Granville Health System	Manual: Administrativo			
Asunto **Política de facturación financiera**	**Número:** **F-225**	**Modificado el:** **14/03/18** **21/01/19** **08/01/20** **03/02/21** **14/01/22** **03/02/23** **27/06/24** **21/12/24** **12/02/25** **01/06/25** **25/11/25** **20/04/26**	**Fecha de entrada en vigencia:** **29/09/14**	**Página** **1 de 9**
Distribución **Todos los departamentos**	**Reemplaza:** **Todo lo anterior**	**Preparado por:** **Administración**	**Aprobado por:** **Comité P & P /** **Junta de Administradores / Comité de Finanzas**	

POLÍTICA DE FACTURACIÓN FINANCIERA

Granville Health System (GHS) es un hospital sin fines de lucro comprometido con proporcionar servicios de atención médica de calidad a nuestros pacientes. Con el fin de proporcionar los servicios médicos necesarios a nuestra comunidad, GHS debe mantener una base financiera sólida que incluya el cobro oportuno de todas las cuentas por cobrar. Esta política establece los requisitos financieros de GHS para el pago de los servicios en función de criterios de cumplimiento coherentes que incorporan las condiciones y circunstancias financieras de cada paciente. Esta política garantizará la resolución adecuada de las obligaciones financieras del paciente con GHS mientras se mantiene la satisfacción óptima del cliente. Como hospital sin fines de lucro, GHS se compromete a proporcionar los servicios médicamente necesarios a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. La necesidad médica puede ser determinada por ciertos pagadores, lo que resulta en la responsabilidad del paciente por los saldos de las cuentas.

POLÍTICA

REQUISITOS GENERALES: se espera que los pacientes con capacidad de pago paguen por su atención médica, incluido el copago solicitado, cualquier coseguro, deducible y, para algunos servicios, un depósito, que deberá pagarse al momento del servicio. Los pacientes que no tengan la capacidad de pagar parte o la totalidad de su atención serán evaluados por Medicaid o la asistencia financiera médica, como se indica en la Política de asistencia financiera médica de GHS. La falta de cooperación podría resultar en el aplazamiento o la cancelación de la atención que no sea de emergencia o que no sea urgente. Toda comunicación con los pacientes con respecto a sus responsabilidades financieras se manejará con empatía, cuidado y atención.

1. Se entiende por urgente a una afección que, si se retrasa el tratamiento, puede aumentar el riesgo de muerte, hospitalización, discapacidad permanente o la necesidad de atención de emergencia.
2. Se entiende por emergencia a una afección para la cual la necesidad de tratamiento de atención médica inmediato es tan razonablemente evidente que cualquier retraso en la prestación del tratamiento empeoraría gravemente el estado físico o pondría en peligro la vida de la persona.

PROGRAMACIÓN: al momento de la preinscripción, se le informará al paciente acerca de las expectativas de pago, dependiendo de las pautas de pago de terceros o del pago por cuenta propia. En ese momento, se le informará al paciente que si no se pueden cumplir las expectativas de pago, se le ofrecerán arreglos de pago para los montos adeudados. Los pacientes que no puedan cumplir con los arreglos de pago, pueden solicitar una evaluación de Medicaid o la asistencia financiera médica.

REGISTRO/INGRESO: se le pedirá al paciente que pague cualquier monto adeudado por saldos anteriores y cualquier copago y coseguro adeudado por los servicios actuales. Los pacientes que soliciten que se les facturen copagos, coseguros o deducibles pueden recibir una excepción si no hay saldos pendientes en sus cuentas y el monto adeudado es inferior a $1,000. Algunos servicios pueden requerir depósitos para servicios programados futuros. Si el paciente no puede cumplir con esta obligación financiera, será evaluado para Medicaid o la asistencia financiera médica. Si la visita o el servicio no es por motivos de urgencia/emergencia, o si se trata de la primera visita de seguimiento tras haber acudido al Departamento de Emergencias, se notificará al médico tratante para que considere la posibilidad de posponer el servicio.

PACIENTES CON CITAS QUE NO SON DE EMERGENCIA: se espera que los pacientes cumplan con sus obligaciones financieras identificadas con GHS antes de la fecha y hora programada para recibir el servicio. GHS espera pagos anticipados en efectivo o con tarjeta de crédito antes de la fecha programada del servicio o en el momento del servicio. Si no se cumplen las expectativas de pago, se puede reprogramar el servicio. Los pacientes que soliciten que se les facturen los gastos de bolsillo pueden recibir una excepción si no hay saldos pendientes en sus cuentas y si el monto adeudado es inferior a $1,000. Los pacientes que no puedan cumplir con las obligaciones financieras indicadas serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica.

PACIENTES SIN CITAS QUE NO SON DE EMERGENCIA: se espera que los pacientes cumplan con sus obligaciones financieras identificadas con GHS al momento de recibir el servicio. Si no se cumplen las expectativas de pago, se puede reprogramar el servicio. Los pacientes que soliciten que se les facturen los gastos de bolsillo pueden recibir una excepción si no hay saldos pendientes en sus cuentas y si el monto adeudado es inferior a $1,000.
Los pacientes que no puedan cumplir con las obligaciones financieras indicadas serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica.

PACIENTES QUE NECESITAN ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA: GHS proporcionará servicios de emergencia independientemente de la capacidad del paciente para pagar por dichos servicios, de acuerdo con la misión de nuestra organización y de conformidad con las regulaciones federales y estatales aplicables. Solo después de que se haya completado el examen médico, el personal de GHS analizará cualquier obligación financiera con el paciente. Se le pedirá al paciente que pague el monto de bolsillo que corresponda según la cobertura del seguro o, si se paga por cuenta propia, se le pedirá que pague un depósito de $35.00, sin exceder el costo compartido conforme al plan de salud del paciente (para pacientes asegurados). Los pacientes que no puedan cumplir con las obligaciones financieras indicadas serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica.

ESTIMACIÓN DE CARGOS: cualquier paciente puede obtener una estimación de los cargos o los montos de responsabilidad financiera después del seguro contactando al Departamento de Admisiones al 919-690-2142 o al 919-690-3204. La documentación de la estimación se proporcionará al paciente dentro de los tres días hábiles a partir de la fecha de la solicitud. En el sitio web de GHS, en la sección Transparencia de precios, se incluye una lista de los cargos hospitalarios actuales y los cargos más comunes por admisiones de pacientes hospitalizados. La información de estimación no garantiza la responsabilidad financiera final del paciente y la factura que reciba puede reflejar un monto diferente de la estimación original debido a la complejidad de los factores que intervienen en la facturación del hospital.

PROCESAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA: la persona que es financieramente responsable de la factura del paciente se considera el garante. En el caso de un adulto, el paciente es su propio garante. Los niños menores de 18 años no pueden figurar como su propio garante, a menos que estén emancipados. La parte responsable será el tutor del menor que firme el consentimiento del centro para el formulario de autorización de tratamiento en el momento del tratamiento. Si la persona que presenta al niño para su tratamiento es alguien que no es uno de sus padres o tutores (es decir, una niñera, un abuelo, un vecino, etc.), el personal de Admisiones contactará por teléfono al tutor legal del paciente para obtener una autorización verbal para el tratamiento. El tutor que proporcione la autorización verbal será el garante y será el responsable financiero.

Ninguna persona, con excepción de los cónyuges, será responsable de las deudas médicas de ninguna otra persona mayor de 18 años (las personas pueden asumir voluntariamente la responsabilidad). Un cónyuge que se considere responsable de la deuda médica de un paciente será elegible para las mismas políticas de mitigación de la deuda médica que se ofrecen al paciente.

Pautas de procesamiento:

A. ATENCIÓN NO MÉDICAMENTE NECESARIA: GHS completará las revisiones de Necesidad médica de los pacientes de la siguiente manera:

1. Pacientes ambulatorios no quirúrgicos de Medicare: para los servicios que se determinen como "no médicamente necesarios" de acuerdo con los criterios LMRP de Medicare, se generará un aviso anticipado del beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés), y se le pedirá al paciente que firme el formulario aceptando personalmente la responsabilidad total del pago. Las reclamaciones se completarán y se presentarán de acuerdo con las pautas de facturación de CMS. Los saldos de responsabilidad del paciente donde se firma un ABN y en el archivo se procesarán de acuerdo con las pautas de pago por cuenta propia. Se les solicitará a los pacientes que paguen al momento del servicio. A los pacientes que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras se les ofrecerán los arreglos de pago que se indican a continuación. Aquellos que no puedan comprometerse con los términos de los acuerdos de pago serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica. Si no se cumplen las expectativas de pago, se puede reprogramar el servicio.

2. Pacientes hospitalizados, SDS, pacientes de la sala de emergencias, pacientes en observación y pacientes de recuperación prolongada: cuando se identifica un problema de necesidad médica, el personal clínico coordinará la resolución, según corresponda, con el médico, la administración de la atención, el personal de Acceso para Pacientes y el equipo de Servicios Financieros para Pacientes. Si el médico no está de acuerdo con la revisión y los requisitos administrativos o clínicos, el Jefe de Cirugía realizará una evaluación para determinar la necesidad médica. La revisión clínica del jefe de cirugía incluirá, pero no se limitará al paquete de programación [órdenes, consentimiento, historial y examen físico, etc.]. El jefe de cirugía tendrá en cuenta las comunicaciones entre médicos para formular su recomendación. La decisión del jefe de cirugía se considerará definitiva y se comunicará directamente al médico y al director de cirugía en un plazo de cuatro horas.

B. PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO VÁLIDA: GHS completará y procesará todas las actividades de presentación de reclamos de seguros identificadas para la facturación y el pago de acuerdo con las siguientes pautas, siempre y cuando se identifique una cobertura de seguro válida:

1. Se aceptará el seguro como un requisito de resolución financiera del paciente, como parte del procesamiento integral, cuando se haya recopilado/validado/actualizado toda la

información requerida del conjunto de datos del seguro y se haya verificado la cobertura. Las cuentas de seguro con deducibles anticipados, copagos, coseguros o cargos no cubiertos se evaluarán y procesarán de la siguiente manera:

a. Las cuentas de seguro con deducibles, copagos, coseguros y cargos no cubiertos identificados durante la etapa previa a la prestación de servicios o al momento de la prestación de servicios se marcarán para la resolución financiera de estos saldos antes de la prestación de servicios y, a más tardar, en el momento del alta. Los pacientes que soliciten que se les facturen sus gastos de bolsillo pueden recibir una excepción si no hay saldos pendientes en sus cuentas y si el monto adeudado es inferior a $1,000. A los pacientes que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras se les ofrecerán los arreglos de pago que se indican a continuación. Aquellos que no puedan comprometerse con los términos de los acuerdos de pago serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica. Según la revisión administrativa o clínica o la posterior revisión del jefe de cirugía, los servicios pueden retrasarse o cancelarse, según corresponda, en espera del pago previo al servicio o al momento del servicio para crear una resolución financiera. En el caso del Departamento de Emergencias, Observación y Pacientes Hospitalizados, se solicitarán las responsabilidades identificadas del paciente antes del alta del centro.

b. Las cuentas de seguros donde las responsabilidades del paciente no se pueden identificar hasta después del procesamiento del seguro serán responsabilidad del paciente y se procesarán de acuerdo con las pautas de seguimiento y facturación de la responsabilidad del paciente que se detallan a continuación. Para las cuentas que cumplen con las pautas de límite y cuando no se puede establecer la responsabilidad del paciente durante el procesamiento del seguro, se puede solicitar un pago inicial de hasta $250.00.

c. Las cuentas de seguros con responsabilidades identificadas de los pacientes deben resolverse financieramente utilizando las opciones de pago que figuran a continuación, a más tardar el día del alta. A los pacientes con saldos de pago por cuenta propia por una admisión en un hospital se les pueden ofrecer arreglos de pago como se indica a continuación. Aquellos que no puedan comprometerse con los términos de los acuerdos de pago serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica. Según la revisión clínica, los servicios adicionales pueden retrasarse o cancelarse, según corresponda, en espera de una resolución financiera previa al servicio o al momento del servicio. Las opciones de pago pueden incluir, entre otras:
    - PAGOS EN EFECTIVO: se acepta el pago en efectivo, giros postales o cheques.
    - TARJETAS DE CRÉDITO: se aceptan tarjetas VISA, MasterCard o tarjetas de débito.
    - Opciones de financiación con crédito y planes de reposicionamiento sin crédito establecidos a través de asociaciones con Granville Health System.
    - PLANES DE PAGO: GHS ofrece planes de pago basados en la documentación financiera, de acuerdo con las pautas departamentales aprobadas. ***El monto mínimo de pago mensual es de $50.00.***
    - ASISTENCIA FINANCIERA (asistencia financiera médica): GHS incentiva a los pacientes a solicitar asistencia financiera y los evaluará de acuerdo con las reglas de elegibilidad definidas en las pautas del programa de asistencia gubernamental o la política de asistencia financiera médica de GHS.
    - OTROS FONDOS: GHS puede ayudar con otros programas de financiación para aquellos pacientes que exceden las pautas gubernamentales de asistencia financiera médica, pero tienen otras circunstancias de elegibilidad que pueden justificar la asistencia financiera.

d. Los pacientes que estén por debajo del umbral estarán sujetos al estado de cuenta y a la política de cobro del hospital.

.

e. Cuando los contratos prohíben que GHS reclame responsabilidades de seguro abiertas del paciente, los Servicios Financieros para Pacientes continuarán reclamando el pago al tercero pagador hasta que se reciba el pago de acuerdo con la política y el procedimiento de seguimiento establecidos.

f. En el caso de los pagadores contratados en los que los Servicios Financieros para Pacientes hayan determinado un patrón de retrasos en el pago, el problema se remitirá a la Administración. La Administración de Ciclos de Ingresos trabajará con el tercero pagador para resolver el problema.

g. GHS se reserva el derecho de contactar al empleador del asegurado para ayudarlo en la verificación de la cobertura del seguro.

h. Para los servicios que se consideraron médicamente necesarios a través de los protocolos apropiados, los representantes de los pacientes notificarán al paciente sobre su responsabilidad total resultante de los copagos, coseguros o deducibles por adelantado antes de o en la fecha del servicio. A los pacientes que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras se les ofrecerán los arreglos de pago que se indican a continuación. Aquellos que no puedan comprometerse con los términos de los acuerdos de pago serán evaluados para Medicaid o la asistencia financiera médica. Si el paciente no puede realizar el pago completo por adelantado o calificar para Medicaid o asistencia financiera médica, los representantes reducirán el monto de pago inicial solicitado en incrementos de $250 para saldos superiores a $500. Los saldos de $500 o menos se reducirán en incrementos de $100. Esta táctica se aplicará a los pagos por adelantado de su bolsillo que se soliciten solamente antes o en la fecha del servicio y no reducirá el saldo de la verdadera responsabilidad del paciente.

i. Se espera que, como mínimo, se cumplan los siguientes cronogramas de pagos por adelantado/depósitos. Se requiere la aprobación del director de Servicios Financieros para Pacientes o del director de Admisiones para aquellos pacientes que no pueden cumplir con estos niveles de pago:

Copagos/Deducibles de Medicare	20 %
Copagos/Deducibles comerciales	20 %
Pago por cuenta propia sin seguro	20 %

Acuerdos de pago del saldo de GHS

Monto adeudado	Monto de pago mensual	Términos permitidos
$1.00-$50.00	Pago completo	30 días
$51.00-$150.00	1/2 del monto adeudado	30 días
$151.00-$300.00	1/4 del monto adeudado	4 meses
$301.00-$750.00	1/6 del monto adeudado	6 meses
$751.00 a $2,000.00	1/18 del monto adeudado	18 meses
Más de $2,000.00	1/24 del monto adeudado	24 meses

Si el paciente no puede cumplir con estos arreglos de pago, los arreglos finales deben ser aprobados por el director de Servicios Financieros para Pacientes o el director de Admisiones.

C. PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA: cuando el paciente no tenga cobertura de seguro, la cuenta se documentará como responsabilidad del paciente/garante y se procesará de acuerdo con las siguientes pautas:

1. Todos los pacientes identificados como pago por cuenta propia con saldos superiores a $750.00 o un total combinado de $750.00 y por encima de los umbrales establecidos serán evaluados para determinar su elegibilidad para Medicaid o asistencia financiera médica.

    a. Las cuentas serán evaluadas para la cobertura de Medicaid utilizando los criterios de evaluación establecidos de Medicaid y también serán evaluadas para una posible asistencia financiera médica.

    b. Calificación de la Asistencia Financiera Médica de acuerdo con las reglas de elegibilidad establecidas según se define en la Política de Asistencia Financiera Médica de GHS

    c. Las cuentas serán derivadas para su procesamiento por parte de Medicaid de la siguiente manera:
        - El asesor de Acceso para Pacientes/Servicios Financieros para Pacientes completará la educación financiera con los pacientes que paguen por cuenta propia o que tengan un seguro insuficiente. El pago se solicitará antes de los servicios o se establecerá un contrato de pago mensual para el saldo de la cuenta.
        - Nuestro personal de elegibilidad de Medicaid entrevistará a los pacientes que se cree que cumplen con las pautas de Medicaid o se los derivará a la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de su condado para completar una solicitud para Medicaid.
        - Las cuentas que cumplan con los posibles criterios de calificación se actualizan en el sistema como Pendientes de Medicaid y permanecen allí hasta que se reciba la información de aprobación o denegación.
        - Las cuentas que no cumplen con los criterios de calificación permanecen como pago por cuenta propia y se procesan de acuerdo con los criterios de procesamiento del pago por cuenta propia.

    d. Los pacientes de obstetricia que pagan por cuenta propia deben ser evaluados antes del parto del recién nacido. Este proceso comenzará cuando los consultorios de obstetricia locales o los departamentos de salud remitan a las pacientes a GHS para discutir las obligaciones financieras y resolverlas antes del parto.

    e. Recién nacidos: las cuentas que cumplan con los posibles criterios de calificación se actualizan en el sistema a medida que el personal de elegibilidad de Medicaid revisa la cobertura de Medicaid y permanecen allí hasta que se reciba la información de aprobación o denegación. La cuenta del recién nacido se factura como un pago por cuenta propia hasta que el bebé sea aprobado para la cobertura de Medicaid.

2. Las cuentas restantes de pago por cuenta propia se marcarán para asesoramiento financiero para asegurar que el paciente entienda completamente su responsabilidad financiera por el servicio solicitado. El asesoramiento financiero se completará lo antes posible antes del servicio para los pacientes programados y en el momento del servicio o antes del alta para los pacientes no programados, incluidos los pacientes de emergencia que se hayan estabilizado. El asesoramiento financiero ayudará al paciente a identificar fuentes alternativas de financiación para la resolución financiera.

3. Programa de descuento para pagos por cuenta propia: los pacientes que no tienen cobertura de terceros (sin seguro o no asegurables) son elegibles para un descuento de pago por cuenta propia del 20 % que se aplica automáticamente a la cuenta en el momento del procesamiento del estado de cuenta.

4. Descuento por pago rápido: se puede aprobar un descuento por pago rápido de los saldos del paciente si el paciente acepta pagar el saldo de una cuenta en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de descuento.

    a. Los saldos después del seguro pueden ser aprobados con hasta un 30 % de descuento con la aprobación del director de Servicios Financieros para Pacientes.

    b. Los saldos de pagos por cuenta propia que ya recibieron el descuento del 20 % pueden ser aprobados para un descuento adicional del 10 % después de la revisión y aprobación del director de Servicios Financieros para Pacientes.

    c. Las solicitudes de descuento que excedan los descritos anteriormente deben ser revisadas y aprobadas por el director financiero o el director ejecutivo.

5. Al finalizar el asesoramiento financiero del paciente, los pacientes deben finalizar un acuerdo financiero mutuamente aceptable con GHS. Los pacientes que pagan por cuenta propia deberán resolver financieramente sus cargos estimados utilizando una de las opciones de pago aprobadas por el centro antes o en la fecha del servicio. Según la revisión clínica, los servicios pueden retrasarse o cancelarse, según corresponda, en espera de una resolución financiera previa al servicio o al momento del servicio; sin embargo, en ningún momento se retrasará el tratamiento de emergencia debido a la incapacidad del paciente para pagar. Los pacientes que realicen pagos por adelantado recibirán un recibo en el momento del pago. Los arreglos del plan de pago se documentarán en el sistema de registro/facturación o se derivarán al área de Servicios Financieros para Pacientes para obtener asesoramiento financiero adicional.

D. FACTURACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE: La facturación y el seguimiento de la responsabilidad del paciente se completarán en todas las cuentas en las categorías de pago por cuenta propia y pago por cuenta propia después del seguro. Los saldos de estas cuentas se facturarán al paciente que solicite que el saldo se pague en su totalidad.

1. Si el pago no se remite en su totalidad o no se establece un plan de pago adecuado en un plazo de 30 días a partir del estado de cuenta inicial, la cuenta se derivará a la Oficina Comercial Extendida de Salida Temprana (EBO, por sus siglas en inglés). La EBO retendrá el saldo pendiente durante 90 días y hará llamadas para ayudar en la resolución del saldo. Se continuará enviando una serie de declaraciones al paciente desde GHS durante este período de tiempo.

2. Si el saldo de la cuenta no se resuelve en un plazo de 90 días, la cuenta será devuelta por la EBO y se remitirá a una agencia de cobro de deudas externa. La deuda seguirá siendo propiedad del Sistema de Salud y no se venderá a terceros.

    a. Todas las cuentas pendientes en la EBO con saldos inferiores a $50.00 serán devueltas a GHS como deuda incobrable. Se seguirá el proceso descrito a continuación para los pacientes cubiertos por Medicare que no paguen sus gastos de bolsillo para archivar estas cuentas de saldo pequeño como deuda incobrable de Medicare.
    b. Todas las cuentas colocadas en la agencia de cobro de deudas se transfieren a un estado de deuda incobrable y se cobra la reserva de deuda incobrable.
    c. No se informarán las deudas de pacientes a las agencias de informes de crédito, ni el sistema de salud o la agencia de cobranzas tomará ninguna de las medidas que se indican a continuación:
        - Causar el arresto de una persona.

- Causar que una persona sea declarada en desacato civil o encarcelada.
- Ejecutar la hipoteca sobre los bienes inmuebles de una persona.
- Embargar salarios o devoluciones de impuestos estatales sobre los ingresos.
- Emprender cualquier acción legal de cobranza.
- Cobrar intereses sobre los saldos pendientes de pago de los pacientes.
- Vender deudas a agencias externas cobradoras de deudas.

d. Al remitir la deuda a la agencia de cobranza, se les notificará a los pacientes al respecto y tendrán 30 días para resolver la deuda antes de que se inicien otros procesos de cobranza.

3. Una vez que las cuentas con saldos superiores a $50.00 se asignan a la agencia de cobro de deudas, la agencia emite una carta de notificación de intención de cobro para comenzar el proceso de cobro.

    a. Las facturas pendientes para el servicio de emergencias médicas del condado de Granville están sujetas a embargo salarial si no se pagan.

    b. Las cuentas no resueltas de GHS permanecerán en la agencia de cobro de deudas durante al menos 270 días. Una vez que haya transcurrido el plazo de 270 días, la cuenta se devolverá a GHS como deuda incobrable. Se seguirá el proceso que se describe a continuación para los pacientes cubiertos por Medicare que no paguen sus gastos de bolsillo para archivar estas cuentas de saldo como deuda incobrable de Medicare.

        - Se suspenderán todas las actividades de cobro de las cuentas de pago por cuenta propia incluidas en una bancarrota declarada. Las bancarrotas serán derivadas para su procesamiento de acuerdo con la política y el procedimiento de bancarrota establecidos.

        - Las cuentas de pago por cuenta propia pueden cancelarse en parte o en su totalidad por razones administrativas relacionadas con la gestión de riesgos o las relaciones públicas de acuerdo con la política y el procedimiento de ajuste administrativo.

        - Los pacientes cubiertos por Medicare que no paguen los deducibles o copagos identificados serán tratados de acuerdo con las regulaciones aplicables a las deudas incobrables de Medicare, según lo definido por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en el Manual de Seguros de Hospitales (HIM 10), para asegurar que se reciba un reembolso apropiado de Medicare por las deudas incobrables impagas.

        - Los saldos crediticios de las cuentas de los pacientes se procesarán de acuerdo con los procedimientos de saldo crediticio establecidos. No se realizarán reembolsos a los pacientes si existen saldos pendientes de pacientes y/o garantes en cuentas de deudas activas o incobrables. Los saldos de crédito se aplicarán a las cuentas de pacientes activas de GHS y Granville Health, Inc. Los reembolsos se emitirán dentro de los 45 días posteriores a la recepción del aviso de pago excesivo por parte del paciente.

        - Si el paciente solicita asistencia financiera médica, todos los esfuerzos de cobro cesarán hasta después de que se determine la elegibilidad del paciente para la cobertura del programa. No se reanudarán los esfuerzos de cobro hasta que el paciente haya sido notificado del estado de la solicitud de Asistencia Financiera Médica.

a. Los saldos aprobados para una cobertura del 100 % por el programa de asistencia financiera médica se ajustarán y se resolverán con un saldo de cero.

b. Los saldos denegados o parcialmente aprobados para la asistencia financiera médica son responsabilidad del paciente. Las partes impagas de estas cuentas seguirán el proceso de facturación de la responsabilidad del paciente descrito anteriormente.
    i. En ningún momento un paciente aprobado para la asistencia financiera médica pagará más del monto generalmente facturado (MGF) al seguro de salud. **Para el año calendario 2026, este monto es el 28.22% del total de los cargos facturados.**

E. PACIENTES QUE SE NIEGAN A COOPERAR: se pueden posponer los servicios de los pacientes que se nieguen a cooperar con los asesores financieros de atención al paciente, los procesadores de solicitudes de Medicaid o los procesadores de asistencia financiera médica para determinar los arreglos de pago. Se notificará al médico tratante para determinar la viabilidad del aplazamiento. Si el médico determina que el servicio puede posponerse, el asesor financiero notificará al paciente. Si el paciente no acepta los términos de los planes de pago, se consultará al médico para posponer los servicios.

F. PUBLICACIÓN DE CASOS: los casos quirúrgicos se publicarán un mínimo de 5 días hábiles antes del procedimiento [se prefieren 14 días]. La publicación de los casos quirúrgicos antes del mínimo permite al Departamento de Cirugía disponer de tiempo suficiente para garantizar la cobertura del personal, le permite a la Administración de Información Médica revisar la documentación y le brinda a Acceso para Pacientes una oportunidad para adquirir la precertificación de seguro necesaria y abordar las responsabilidades financieras de los pacientes. Los pacientes que no hayan realizado los pagos o los arreglos apropiados serán pospuestos o cancelados. Para los casos que se cancelen o se pospongan, Acceso para Pacientes se pondrá en contacto con el consultorio del médico correspondiente, con el Director del Departamento de Cirugía, con Programación Quirúrgica y con el Coordinador de Enfermería Quirúrgica.

Deben cumplirse los siguientes criterios para publicar procedimientos quirúrgicos o procedimientos de menos de 5 días.

1. No se requieren implantes
2. El paciente tiene dos formas de seguro
3. El paciente tiene Medicaid

G. DISPUTA DE FACTURACIÓN: los pacientes/garantes que deseen disputar una factura o el saldo restante de una factura pueden hacerlo llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 919-690-3254 o presentando su disputa por escrito a GHS, Patient Financial Services, PO Box 947, Oxford, NC 27565. La disputa será revisada por el personal de PFS y será derivada al director del departamento o a la persona designada para su investigación y resolución. Las disputas de facturación se manejarán de acuerdo con la política de quejas de los pacientes.

Para obtener copias gratuitas de esta política (Política de facturación financiera), un resumen en lenguaje sencillo que describa la asistencia financiera médica y la documentación completa de la política de asistencia financiera médica, la solicitud de asistencia financiera médica y las instrucciones relacionadas, escriba a Servicios Financieros para Pacientes a 1010 College Street, Oxford, NC 27565. Estas políticas pueden encontrarse en la sala de emergencias y en las áreas de admisión del centro principal o pueden descargarse en http://ghshospital.org. Hay más información sobre la Política de asistencia financiera médica y ayuda con el proceso de presentación de solicitudes disponible por teléfono, llamando al 919-690-3254, o en persona durante el horario regular de atención en Granville Health System, 1010 College Street, Oxford, NC 27565.