

ASUNTO:	FACTURACIÓN Y COBRANZAS
APLICABLE:	Nebraska Methodist Hospital, Methodist Fremont Health, Methodist Jennie Edmundson, Methodist Women’s Hospital, and Methodist Physicians Clinic
FECHA EFECTIVA:	04/04
REVISADO:	06/05, 05/10, 12/10, 03/11, 11/11, 03/12, 10/13, 02/14, 08/15, 09/17, 9/18, 11/18
PROPÓSITO:	DEFINIR EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRANZAS PARA CUENTAS DE PAGO POR CUENTA PROPIA

I. POLÍTICA:

Esta Política de facturación y cobranza para pacientes es consistente con la misión del Methodist Health System (en adelante, MHS) y el cumplimiento con la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) y las reglamentaciones de implementación. No se tomarán medidas o acciones extraordinarias de cobranza (ECA, por sus siglas en inglés) contra una persona antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia bajo la política de asistencia financiera del MHS (PAF, por el inglés). A los pacientes que hayan recibido atención de emergencia o médicamente necesaria se les brindará la oportunidad de solicitar asistencia financiera de conformidad con la PPACA y sus reglamentos de implementación. La política del MHS es que no discriminará en función de la etnicidad, género, clase, idioma nativo, origen étnico, capacidad física, edad, religión, orientación sexual, experiencia profesional, preferencias personales o estilo de trabajo en la prestación de sus servicios.

Esta política y la Política de asistencia financiera relacionada serán la base de los procedimientos del MHS con respecto al cobro de cuentas de los pacientes. El objetivo de la política es describir el proceso del MHS para resolver las obligaciones de pago de los pacientes y ayudar a los pacientes individuales a pagar sus cuentas.

Para que el MHS administre sus recursos financieros de manera responsable y proporcione un nivel adecuado de asistencia a los solicitantes con necesidades financieras, se espera que los pacientes contribuyan al costo de su atención según los requisitos de su seguro, o en el caso de los no asegurados e insuficientemente asegurados, en función de su capacidad individual de pago después de haberse realizado esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP.

II. DEFINICIONES:

Período de solicitud: El período de solicitud es hasta el último de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuentas posterior al alta o no menos de 30 días después de la fecha en que el MHS proporciona al paciente el aviso final requerido para comenzar acciones extraordinarias de cobranza, como se describe en este documento.

Deuda incobrable: Toda cuenta de pago del paciente que no esté en conformidad con un plan de pago acordado o que no se pague una vez que el MHS haya agotado todos los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP.

Atención con descuento: Asistencia financiera que proporciona un descuento porcentual, basado en una escala móvil, para pacientes elegibles o garantes de pacientes, determinado según lo establecido en la FAP.

Acción extraordinaria de cobranza o ECA: Una medida tomada por el MHS para cobrar una Deuda incobrable que involucra un proceso legal o judicial, que incluye demandas judiciales, gravámenes, ejecuciones hipotecarias, embargo o incautación de cuentas bancarias o bienes personales, embargos de salarios, arrestos y ventas de deudas a terceros.

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes elegibles, que de otro modo experimentarían dificultades financieras, para eximirlos de toda o parte de su obligación financiera por la atención médicamente necesaria provista por el MHS. La asistencia financiera puede ser en forma de Atención con descuento, Atención gratuita, Dificultad médica o Descuento a no asegurados.

Atención gratuita: Una exención del 100% de la obligación financiera del paciente resultante de los servicios médicos prestados por el MHS para pacientes elegibles, o sus garantes, determinada según lo establecido en la FAP.

Garante: Una persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.

Dificultad médica: Asistencia financiera para pacientes elegibles o garantes con ingresos familiares anuales superiores al 400% del nivel de pobreza federal cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves determinadas según lo establecido en la FAP.

Plan de pago: Un plan de pago extendido acordado entre el MHS y un paciente o garante del paciente para los gastos que deberá desembolsar. El plan de pago tendrá en cuenta la circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y los pagos anteriores.

Descuento para no asegurados: Un descuento otorgado a pacientes no asegurados que no cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir Atención gratuita o Atención con descuento y que no califican para Dificultad médica.

Cuentas de pago por cuenta propia: Cuentas a cobrar que los pacientes, o los garantes de los pacientes, están obligados a pagar directamente a MHS. Estas pueden incluir los saldos adeudados después de que se hayan pagado los reclamos de seguro, los importes adeudados por pacientes no asegurados o los saldos adeudados después de haberse realizado los ajustes de acuerdo con la FAP.

III. CANCELACIÓN DE LA CUENTA:

El Methodist Health System se compromete a proporcionar asistencia financiera para servicios médicamente necesarios a personas elegibles según lo dispuesto en la FAP. Se procurará que los pacientes identificados con capacidad de pagar, paguen por los servicios prestados por el MHS. Los procedimientos de cobranza descritos en esta política se aplicarán consistentemente a todos los pacientes independientemente del estado del seguro y cumplirán con las leyes aplicables y con la misión del MHS.

El Methodist Health System se comunicará claramente con los pacientes, o sus garantes, con respecto a los programas de asistencia financiera y las expectativas de pago. Esto se hará tan pronto como sea posible en el proceso de programación, cita o facturación.

La política del MHS es prohibir que se exija el pago por afecciones médicas de emergencia antes de que el paciente haya recibido servicios o permitir actividades de cobranza que podrían interferir con la provisión de atención médica de emergencia.

Toda la información financiera obtenida de los pacientes, o sus garantes, será confidencial.

Responsabilidad financiera del paciente: El MHS realizará esfuerzos razonables para validar las obligaciones de pago del paciente e identificar a los terceros pagadores para ayudar a los pacientes a resolver sus facturas. Se realizarán esfuerzos razonables para cobrar a todos los pagadores terceros conocidos por los servicios prestados por el MHS a fin de ayudar a los pacientes a cancelar sus facturas. Se cumplirá con la presentación oportuna y adecuada de los procedimientos de sumisión de reclamos a terceros para garantizar que los reclamos se paguen de manera adecuada. Cuando sea necesario, el MHS trabajará con los pacientes para ayudarlos a resolver problemas de pago de sus reclamos a un seguro. Los pacientes, o sus garantes, también serán informados de la FAP como se describe en esta política y en la FAP.

Cancelación de saldos de pacientes: Después de determinar la responsabilidad financiera del paciente para pagar por sí mismo, el MHS informará al paciente, o al garante del paciente, de las diversas opciones para cancelar el saldo adeudado. Esto se hará incluyendo un aviso por escrito notificando al paciente de la FAP, proporcionando un número de teléfono para llamar para obtener más información sobre la FAP o para obtener asistencia para completar la solicitud de FAP, y el sitio web en el que se pueden obtener copias de todos los documentos relacionados con la FAP que se encuentra en estado de cuentas mensual de un paciente. La información sobre las

opciones que mejor se adaptan a las necesidades del paciente en términos de resolución de los saldos de pago por cuenta propia también está disponible en el sitio web del MHS, en los lugares de admisión y registro, y en el paquete de admisión.

Asistencia financiera: Información sobre asistencia financiera estará disponible para los pacientes y la comunidad atendida por el MHS. Para obtener una copia de esta política, la FAP, un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y una solicitud de asistencia financiera gratuita, consulte la información de contacto apropiada en la sección VI. Acceso público a la política.

El MHS también ofrecerá una copia del resumen en lenguaje sencillo a los pacientes al ingreso o el alta de un centro hospitalario del MHS. La información sobre asistencia financiera también se incluirá en los estados de cuenta mensuales como se describió anteriormente. La información sobre la FAP y las instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con el MHS para obtener asistencia y más información se publicarán en los lugares de registro y admisión de hospitales y clínicas, así como en el departamento de emergencias del hospital.

Plan de pago: Se espera el pago completo, para saldos vencidos, dentro de los 30 días posteriores a la factura inicial. Los pacientes, o sus garantes, también recibirán información sobre planes de pago. Para los pacientes que no pueden pagar el saldo adeudado dentro de los treinta días, los planes de pago pueden extenderse por hasta seis meses sin intereses cargados en el saldo pendiente.

Los arreglos para dichos planes de pago se deben hacer con el Servicio al cliente del MHS.

Si un paciente del MHS con un plan de pago existente recibe posteriormente servicios en un centro del MHS e incurre en cargos a pagar por cuenta propia adicionales, el plan de pago actual del garante del paciente o del paciente podrá ser revisado para incluir los cargos adicionales.

Programa de notas bancarias: Methodist Health System ayudará a los pacientes a identificar los programas de préstamos bancarios que cobren una tasa de interés razonable para aquellas personas que no puedan pagar sus saldos de acuerdo con los términos de pago descritos anteriormente. Este programa no será considerado una referencia o venta de la cuenta del paciente al banco. Cualquier paciente del MHS que solicite un préstamo bancario para ayudarlo a cancelar los saldos con su propio peculio lo hará voluntariamente y directamente con el banco.

Resolución de disputas: Methodist Health System informará a los pacientes sobre el proceso mediante el cual pueden cuestionar o impugnar las facturas. En todos los estados de cuenta mensuales y avisos de cobranza enviados por el MHS se incluirá el nombre de la oficina y un número de teléfono gratuito al que se debe dirigir toda disputa. El Servicio al Cliente responderá a las consultas realizadas por los pacientes dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de la disputa. Si la disputa requiere una investigación adicional, todas las acciones de cobranza cesarán hasta que se haya emitido una decisión final sobre la factura impugnada.

Se mantendrá un sistema para registrar todas las disputas de facturación de los pacientes, incluido

un registro de quejas recibidas por el Servicio al Cliente y cualquier agencia de cobranza de terceros del MHS. Los registros se mantendrán durante un mínimo de dos años.

IV. ACCIONES DE COBRANZA A TOMAR EN CASO DE NO PAGO:

ECAs: No se iniciarán ECAs sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Ninguna cuenta estará sujeta a ECAs antes de la fecha más tarde entre (i) los 120 días después de la emisión de la primera factura posterior al alta o (ii) la fecha límite establecida en una notificación por escrito al paciente o garante que notifican al paciente sobre la disponibilidad de fondos asistencia, incluyendo un resumen en lenguaje sencillo de la FAP; identificando las ECA específicas que el MHS intenta iniciar contra el paciente; y estableciendo la fecha límite después de la cual se pueden iniciar las ECA, que no será anterior a 30 días después de la fecha en que se le entrega la notificación al paciente. Este plazo puede acortarse si ya se ha realizado una determinación completa sobre una solicitud de asistencia financiera. El MHS también hará intentos razonables para notificar oralmente al paciente o garante de la disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de adoptar cualquier ECA contra el paciente.

La Oficina de Negocios del MHS será responsable de determinar que el MHS efectivamente ha realizado “esfuerzos razonables” para determinar si el paciente o el garante son elegibles para recibir asistencia financiera, lo que deberá documentarse en el registro. No se llevarán a cabo acciones de cobranza contra un paciente si el paciente o garante han proporcionado documentación que demuestre que han solicitado la cobertura de Medicaid u otros programas de salud patrocinados públicamente, que podrían pagar la reclamación pendiente y para la cual todavía sigue pendiente una determinación de elegibilidad.

Si un paciente o garante solicitan asistencia financiera dentro del Período de solicitud, las acciones de cobranza, incluidas las ECA, cesarán mientras esté siendo considerada la solicitud. El MHS le proporcionará al paciente un aviso por escrito, ya sea (i) estableciendo para qué asistencia financiera es elegible el paciente o (ii) denegando la solicitud de conformidad con la FAP. El aviso debe incluir la base para esta determinación.

Si el solicitante es aprobado para la atención completamente gratuita, no se tomarán más medidas para cobrar la cuenta. Si al solicitante se le niega la asistencia financiera o se le aprueba una atención con descuento, Dificultad médica o un Descuento para no asegurados, el paciente o el garante deben tomar las medidas adecuadas para cancelar el saldo pendiente de pago por cuenta propia o se tomarán medidas adicionales de cobranza; con la condición, sin embargo, de que para aquellos pacientes que no califican para la atención completamente gratuita, las actividades de ECA comiencen de nuevo desde el principio.

A los solicitantes aprobados para asistencia financiera se les reembolsarán los pagos que excedan la cantidad que se determina que el paciente o su garante deben, en todas las cuentas para las cuales se les haya otorgado asistencia según la FAP, incluidos los montos pagados en un plan de pago. Los reembolsos se aplican a pagos superiores a \$ 5 o más.

La política del MHS no permite el comportamiento hostil, abusivo, opresivo, falso, engañoso o ambiguo por parte de sus abogados o agencias de cobranza ni sus agentes empleados ni los empleados del MHS responsables de cobrar la deuda médica de los pacientes. El MHS puede llevar a cabo las siguientes acciones de cobranza:

Agencias de cobranzas: Se podrán utilizar agencias de cobranza para darle seguimiento a los pacientes que tengan saldos que deben pagar por cuenta propia. Enviar los saldos de pago por cuenta propia a una agencia de cobranzas no es una ECA, pero las cuentas no se depositarán en una agencia de cobranzas dentro de los 120 días posteriores a la emisión de la factura inicial posterior al alta, a menos que el paciente o garante no esté cumpliendo con un plan de pago acordado.

Antes de ser enviado a una agencia de cobranzas, el paciente o garante, por lo general, recibirá por correo un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta mensuales por escrito que incluirán un aviso llamativo sobre la disponibilidad de asistencia financiera como se describe anteriormente. Aquellos que acepten los planes de pago recibirán por correo un mínimo de dos (2) estados de cuenta mensuales. Si el correo es devuelto como imposible de entregar, el MHS intentará comunicarse con el paciente o garante a través de los números de teléfono que figuran en los registros del paciente o garante. Si fallaran todos los esfuerzos para comunicarse con el paciente o el garante, y no se encuentra una dirección correcta para el correo no entregado, las cuentas se enviarán a una agencia de cobranzas.

Todas las agencias de cobranzas que trabajan en nombre del MHS tendrán un contrato escrito que especificará que sus procesos de cobranza deben cumplir con las políticas del MHS y cumplir con las leyes estatales y federales aplicables, incluidos los requisitos relacionados con la suspensión de ECA, reversión de ECA y asuntos relacionados con las limitaciones de pago y los reembolsos de cantidades pagadas en exceso de lo que se debe después de que se haya determinado la elegibilidad por la FAP. Se debe entregar una copia de las Políticas de facturación y cobranza y asistencia financiera del MHS aprobadas a todas las agencias de cobranza que trabajan con las cuentas de pago por cuenta propia del MHS para garantizar el cumplimiento de la política. El MHS mantendrá en sus archivos un recibo firmado de estas políticas y un acuerdo para hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con estas políticas. Las agencias de cobranza recibirán autorización de la Oficina Comercial del MHS antes de implementar cualquier ECA contra un paciente o garante a fin de confirmar que se han realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Acciones legales: Acciones legales son una ECA. En consecuencia, las acciones legales no se llevarán a cabo hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP. A los pacientes o garantes del paciente se les enviará una notificación por escrito que contenga la información establecida anteriormente, al menos treinta días antes de iniciar cualquier acción legal para las facturas no canceladas. En ciertos casos, las agencias de cobranzas pueden utilizar acciones legales para cobrar los saldos de pago por cuenta propia del paciente. Una agencia de cobranzas puede iniciar acciones legales por falta de pago por una factura del MHS contra un paciente o garante, después de seguir el proceso descrito anteriormente.

Antes de iniciar acciones legales, se consultará al Methodist Health System. Todas las cuentas serán revisadas caso por caso por la Oficina de Negocios del MHS y tomarán en consideración la situación del paciente o el garante. La Oficina Comercial del MHS revisará toda la actividad de cobranzas relevante para garantizar que se hayan realizado todos los intentos de pago voluntario y que la cuenta cumpla con los requisitos para el litigio.

La acción legal puede incluir la prosecución de un juicio. Si se obtiene una sentencia legal, se pueden utilizar las siguientes acciones: embargos bancarios, embargos salariales, embargos preventivos de propiedad y embargos preventivos sobre acuerdos de seguro asociados con el tratamiento médico provisto por el MHS sobre el cual haya un saldo pendiente; siempre que tales acciones se hayan establecido en la notificación escrita final proporcionada por el MHS descrita anteriormente.

Diferir la atención en las Clínicas de médicos de Methodist: La clínica de médicos de Methodist puede requerir el pago o diferir atención que no sea de emergencia en caso de falta de pago de las facturas por atención prestada anteriormente. Esta acción se tomará con pacientes que tienen múltiples facturas clínicas impagas. Si se difiere la atención médicamente necesaria que no es de emergencia, se le proporcionará al paciente una solicitud de asistencia financiera y una notificación por escrito indicando que existe asistencia financiera disponible y también se describirá el Período de solicitud. Las solicitudes recibidas dentro de este marco de tiempo se procesarán de manera expedita. No se seguirá en forma rutinaria ninguna de las siguientes acciones de cobranza, a menos que se requiera hacerlo, como se describe a continuación:

Informes crediticios: Ni el MHS ni sus agencias de cobranza reportarán las cuentas de los pacientes a las agencias de informes de crédito del consumidor como resultado de la falta de pago de una cuenta por parte de un paciente o garante, a menos que se haya obtenido una sentencia legal y se informe en forma acorde, pero solo si dicha acción potencial fue anunciada por escrito en el aviso final proporcionado por el MHS como se describe anteriormente.

Gravámenes sobre la residencia principal: Ni el MHS, sus agencias de cobranza ni sus abogados colocarán gravámenes en la residencia principal de los pacientes, o sus garantes, como resultado

de la falta de pago de las obligaciones pendientes del paciente, a menos que se haya obtenido una sentencia legal y bajo la ley estatal se requiera dicho embargo. Esta acción potencial, sin embargo, deberá haber sido mencionada en el aviso escrito final provisto por el MHS como se describió anteriormente.

V. FORMACIÓN DEL PERSONAL:

La capacitación del personal es esencial para el servicio al cliente efectivo y las interacciones de cobranza. El personal responsable cobrar cuentas de pago por cuenta propia recibirá capacitación sobre servicio al cliente, negociación / cancelación de cuentas y habilidades de cobranza. La capacitación se enfocará en las políticas de asistencia financiera y facturación / cobranza del MHS y su compromiso de tratar a todos los pacientes con respeto y dignidad. La capacitación revisará los guiones de cobranza y otra información requerida para informar efectivamente a los pacientes sobre las políticas del MHS.

Se llevarán a cabo anualmente sesiones de puesta al día de capacitación y también serán una parte regular de la educación continua para el personal del MHS. Se brindará capacitación al personal de registro, programación, asesoramiento financiero y al personal de salud en el hogar del MHS.

Se alentará al personal clínico a que notifique al servicio de atención al cliente sobre pacientes que hayan expresado su preocupación acerca de su capacidad para cumplir con sus obligaciones financieras.

VI. CONTRALOR DE LAS AGENCIAS DE COBRANZA:

Las agencias de cobranza externas que trabajan en nombre del MHS serán monitoreadas para asegurar que cumplan con esta política. Se implementarán medidas para controlar la efectividad y el cumplimiento de esta y otras políticas relacionadas del MHS.

Las medidas incluirán:

- Auditoría semestral de las prácticas de cobro de deudas para evaluar el cumplimiento de esta y las políticas relacionadas.
- La actividad de cobro de deudas de las agencias de cobranza.
- Litigios presentados contra pacientes del MHS por agencias de cobranza.
- Quejas y resolución de quejas para cuentas colocadas en agencias de cobranza.

Los resultados de la revisión semestral se documentarán en un informe formal y se distribuirán al personal ejecutivo correspondiente del MHS.

