



METHODIST HOSPITAL
METHODIST WOMEN'S HOSPITAL
METHODIST JENNIE EDMUNDSON HOSPITAL
METHODIST PHYSICIANS CLINIC
METHODIST FREMONT HEALTH
SHARED SERVICE SYSTEMS
OFICINAS CORPORATIVAS DE METHODIST HEALTH SYSTEM
NEBRASKA METHODIST COLLEGE
TODOS LOS AFILIADOS DE METHODIST HEALTH SYSTEM

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

TÍTULO: FACTURACIÓN Y COBRANZA
FECHA DE ELABORACIÓN: 04/04
FECHA DE REVISIÓN: 05/06, 10/05, 10/12, 11/03, 11/11, 12/03, 13/10, 14/02, 15/08, 17/09, 18/06, 18/09, 18/11, 23/07, 24/03
FECHA DE REVISIÓN: 19/11, 24/03
OBJETIVO: DEFINIR EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRANZA PARA LAS CUENTAS DE PAGO POR CUENTA PROPIA

I. POLÍTICA:

Esta política de facturación y cobro a pacientes es coherente con la misión de MHS y cumple con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (PPACA) y sus reglamentos de aplicación. No se tomarán acciones de cobro extraordinarias (ECA) 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 (FAP) de MHS. Los pacientes que hayan recibido atención de emergencia o médicamente necesaria tendrán la oportunidad de solicitar asistencia financiera de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (PPACA) y sus reglamentos de aplicación. La política de MHS es no discriminar por motivos de raza, género, clase social, lengua materna, origen étnico, capacidad física, edad, religión, orientación sexual, experiencia profesional, preferencias personales y estilo de trabajo al prestar sus servicios.

Esta política y la política de asistencia financiera relacionada servirán de base para los procedimientos de MHS en lo que respecta al cobro de las cuentas de los pacientes. El objetivo de esta política es describir el proceso de MHS para resolver las obligaciones de pago de los pacientes y ayudar a los pacientes persona a pagar sus cuentas.

Para que MHS pueda gestionar de forma responsable sus recursos financieros y proporcionar un nivel adecuado de asistencia a los solicitantes con necesidades económicas, se espera que los pacientes contribuyan al coste de su atención en función de los requisitos de su seguro o, en el caso de las personas sin seguro o con seguro insuficiente, en función de su capacidad de pago persona tras haberse realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en el marco de la FAP.

Estos esfuerzos razonables se llevan a cabo en cumplimiento de las leyes y regulaciones federales aplicables, incluyendo **42 CFR §413.89(e)(2)(i)(A)(3)**, que rigen la determinación de esfuerzos de cobro razonables antes de la clasificación de las cuentas de pacientes como deudas incobrables.

II. DEFINICIONES:

Período de aplicación: El período de aplicación es el que ocurra más tarde entre 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta o no menos de 30 días después de la fecha en que MHS proporcione al paciente el aviso final requerido para iniciar acciones de cobro extraordinarias como se describe en el presente documento.

Deuda incobrable: Cualquier cuenta de pago por cuenta propia del paciente que no se ajuste a un plan de pago acordado o que quede impaga una vez que MHS haya realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera bajo la FAP, [ADD] de conformidad con los requisitos de 42 CFR §413.89(e)(2)(i)(A)(3).

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

Acción de cobro extraordinaria o ECA: Una acción tomada por MHS para cobrar una deuda incobrable que implica un proceso legal o judicial, incluyendo demandas legales, gravámenes, ejecuciones hipotecarias, embargo o incautación de cuentas bancarias o bienes personales, embargo de salarios, arrestos o embargos corporales y ventas de deudas a terceros.

Asistencia financiera: Asistencia proporcionada a pacientes elegibles que, de otro modo, experimentarían dificultades financieras, para aliviarles total o parcialmente su obligación financiera por la atención médicamente necesaria proporcionada por MHS. La asistencia financiera puede presentarse en forma de atención médica con descuento, atención médica gratuita, ayuda por dificultades económicas o un descuento para personas sin seguro médico.

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

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

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

Plan de pago: Un plan de pago extendido acordado tanto por MHS como por el paciente, o el garante del paciente, para cualquier gasto de bolsillo. El plan de pago deberá tener en cuenta la situación financiera del paciente, el importe adeudado y cualquier pago realizado anteriormente.

Descuento para personas sin seguro: El descuento que se otorga a los pacientes sin seguro que no cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir atención gratuita o atención con descuento o que no califican para dificultades médicas.

Cuentas de pago por cuenta propia: Cuentas por cobrar que los pacientes, o los garantes de los pacientes, están obligados a pagar directamente a MHS. Estos pueden incluir saldos pendientes después de que se hayan pagado las reclamaciones de seguros, importes adeudados por pacientes sin seguro o saldos pendientes después de que se hayan realizado ajustes de acuerdo con la FAP.

III. RESOLUCIÓN DE LA CUENTA:

Methodist Health System se compromete a proporcionar asistencia financiera para servicios médicamente necesarios a las personas que cumplan los requisitos, según lo estipulado en la FAP. Se exigirá el pago a los pacientes que tengan la capacidad de pagar los servicios prestados por MHS. Los procedimientos de cobro descritos en esta política se aplicarán de manera uniforme a todos los pacientes, independientemente de su cobertura de seguro, y cumplirán con las leyes aplicables y con la misión de MHS.

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

La política de MHS prohíbe exigir el pago de servicios médicos de emergencia antes de que el paciente haya recibido los servicios, así como permitir actividades de cobro que puedan interferir con la prestación de atención médica de emergencia.

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

Responsabilidad financiera del paciente: MHS hará 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 harán todos los esfuerzos razonables para cobrar a todos los terceros pagadores conocidos por los servicios prestados por MHS con el fin de ayudar a los pacientes a resolver sus facturas. Se seguirán los procedimientos de adjudicación de reclamaciones de terceros pagadores, de forma oportuna y adecuada, para garantizar que las reclamaciones se paguen correctamente. Cuando sea necesario, MHS colaborará con los pacientes para ayudarles a resolver los problemas relacionados con el pago de las reclamaciones de seguros. Los pacientes, o sus garantes, también serán informados del FAP, tal como se describe con más detalle en esta política y en la FAP.

Resolución de saldos de pacientes: Después de determinar la responsabilidad financiera del paciente en pago por cuenta propia, MHS informará al paciente, o al garante del paciente, de las diversas opciones para resolver el saldo adeudado. Esto se hará incluyendo un aviso por escrito que notifique al paciente sobre la FAP, proporcionando un número de teléfono al que llamar para obtener más información sobre la FAP o para obtener ayuda para completarlo, y el sitio web donde se pueden encontrar copias de todos los documentos relacionados con la FAP en el estado de cuenta mensual del paciente. La información sobre las opciones que mejor se adaptan a las necesidades de los pacientes para saldar las deudas pendientes también está disponible en el sitio web de MHS, en los centros de admisión y registro, y en el paquete de admisión.

Asistencia financiera: La información sobre asistencia financiera estará disponible para los pacientes y la comunidad atendida por MHS. Para obtener de forma gratuita una copia de esta política, la FAP, un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y un formulario de solicitud de ayuda económica, consulte la información de contacto correspondiente en la sección VII. Acceso público a la política.

MHS también ofrecerá una copia del resumen en lenguaje sencillo a los pacientes al ingresar o al ser dados de alta de un centro hospitalario de MHS. La información sobre asistencia financiera también se incluirá en los extractos mensuales, tal como se describe anteriormente. La información sobre la FAP y las instrucciones sobre cómo contactar con MHS para obtener ayuda e información adicional se publicarán en los lugares de registro y admisión de hospitales y clínicas, así como en el servicio de urgencias del hospital.

Plan de pago: Se espera el pago total, para los saldos adeudados, dentro de los 30 días posteriores a la factura inicial. Los pacientes, o sus garantes, también recibirán información sobre los planes de pago. Para los pacientes que no puedan pagar el saldo adeudado dentro de los treinta días, los planes de pago pueden extenderse hasta por 24 meses sin que se cobren intereses sobre el saldo pendiente. Los acuerdos para dichos planes de pago deben realizarse a través del Servicio de Atención al Cliente de MHS.

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

Programa de préstamos bancarios: Methodist Health System ayudará a los pacientes a identificar programas de préstamos bancarios que cobren una tasa de interés razonable para aquellas personas que no puedan pagar sus saldos de pago por cuenta propia de acuerdo con los términos de pago descritos anteriormente. Estos programas no se considerarán una derivación ni una venta de la cuenta del paciente al banco. Cualquier paciente de MHS que solicite un préstamo bancario para ayudar a saldar saldos pendientes de pago por cuenta propia lo hará de forma voluntaria y directamente con el banco.

Impugnación de facturas: Methodist Health System informará a los pacientes sobre el proceso mediante el cual pueden cuestionar o impugnar las facturas. El nombre de la oficina y un número de teléfono gratuito al que se debe dirigir cualquier reclamación figurarán en todas las facturas mensuales y avisos de cobro enviados por MHS. El Servicio de Atención al Cliente responderá a las consultas realizadas por los pacientes dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de la reclamación. Si la disputa requiere una investigación más exhaustiva, todas las acciones de cobro cesarán hasta que se emita una decisión final sobre la factura en disputa.

Se mantendrá un sistema para registrar todas las disputas de facturación de los pacientes, incluyendo un registro de las quejas recibidas por el Servicio de Atención al Cliente y cualquier agencia de cobro externa de MHS. Los registros se conservarán durante un mínimo de dos años.

IV. MEDIDAS DE COBRO QUE SE TOMAN EN CASO DE IMPAGO:

ECA: Las ECA no se iniciarán sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para asistencia financiera. Ninguna cuenta estará sujeta a ECA dentro del plazo posterior entre (i) 120 días después de la emisión de la primera factura posterior al alta o (ii) el plazo establecido en un aviso escrito al paciente o garante que notifique al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera; incluya un resumen en lenguaje sencillo de la FAP; identifique las ECA específicas que MHS pretende iniciar contra el paciente; y establezca el plazo después del cual se pueden iniciar las ECA, que no es anterior a 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso al paciente. Este plazo podrá acortarse si ya se ha tomado una decisión sobre una solicitud de asistencia financiera completa. MHS también hará esfuerzos razonables para notificar verbalmente al paciente o al garante sobre la disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de tomar cualquier ECA contra el paciente.

La Oficina Administrativa de MHS será responsable de determinar que MHS ha realizado, de hecho, "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente o el garante reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera, lo cual deberá documentarse en el expediente. No se emprenderán acciones de cobro contra un paciente si este, o su garante, ha presentado documentación que demuestre que ha solicitado cobertura a través de Medicaid u

otros programas de salud patrocinados con fondos públicos que puedan cubrir la reclamación pendiente y para la cual aún está pendiente una determinación de elegibilidad.

Si un paciente o un garante solicita asistencia financiera dentro del período de solicitud, las acciones de cobro, incluidas las ECA, cesarán mientras la solicitud esté en consideración. MHS proporcionará al paciente una notificación por escrito que (i) establezca la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible o (ii) deniegue la solicitud de conformidad con la FAP. La notificación debe incluir los fundamentos de la decisión.

Si se aprueba la atención médica gratuita completa para el solicitante, no se tomarán medidas adicionales para cobrar la cuenta. Si al solicitante se le niega la asistencia financiera o se le aprueba la atención con descuento, la ayuda por dificultades médicas o un descuento por no tener seguro, el paciente o el garante deben tomar las medidas adecuadas para resolver el saldo pendiente de pago por cuenta propia, o se emprenderán acciones de cobro adicionales; sin embargo, para aquellos pacientes que no califican para la atención totalmente gratuita, las actividades de ECA deben comenzar de nuevo.

A los solicitantes aprobados para asistencia financiera se les reembolsarán los pagos que excedan el monto adeudado por el paciente o su garante en las cuentas para las cuales se les haya otorgado asistencia bajo la FAP, incluidos los montos pagados bajo cualquier plan de pago. Los reembolsos se aplican a pagos superiores a \$5.

La política de MHS no permite lenguaje ni conductas de cobro acosadoras, abusivas, opresivas, falsas, engañosas o confusas por parte de sus abogados y agencias de cobro de deudas, sus agentes y empleados, y los empleados de MHS responsables del cobro de deudas médicas a los pacientes. MHS podrá emprender las siguientes acciones de cobro:

Agencias de cobranza: Las agencias de cobranza pueden utilizarse para ayudar a reclamar a los pacientes los saldos que pagan por su cuenta. Remitir los saldos de pago por cuenta propia a una agencia de cobro no es una ECA, pero las cuentas no se enviarán a una agencia de cobro durante los primeros 120 días posteriores a la emisión de la factura inicial posterior al alta, a menos que el paciente o el garante no cumplan con un plan de pago acordado.

Antes de ser enviado a una agencia de cobranza, el paciente o garante normalmente recibirá por correo un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta mensuales por escrito que incluirán un aviso destacado sobre la disponibilidad de asistencia financiera como se describió anteriormente. Quienes acepten planes de pago recibirán por correo un mínimo de dos (2) estados de cuenta mensuales. Si el correo es devuelto por no poder ser entregado, MHS intentará ponerse en contacto con el paciente o el garante a través de los números de teléfono que hayan proporcionado. Si todos los intentos por comunicarse con el paciente o el garante resultan infructuosos y no se encuentra una dirección correcta para el correo no entregable, las cuentas se enviarán a una agencia de cobranza.

Todas las agencias de cobranza que trabajen en nombre de MHS deberán tener un contrato escrito que especifique que sus procesos de cobranza deben ajustarse a las políticas de MHS y cumplir con las leyes estatales y federales aplicables, incluidos los requisitos relacionados con la suspensión de las ECA, la reversión de las ECA y los asuntos relacionados con las limitaciones de pago y los reembolsos de los montos pagados en exceso de lo adeudado después de que se haya determinado la elegibilidad para la FAP. Se entregará una copia de las políticas aprobadas de facturación, cobro y asistencia financiera de MHS a todas las agencias de cobro que trabajen con cuentas de pago por cuenta propia de MHS para garantizar el cumplimiento de la política. MHS

conservará en sus archivos un acuse de recibo firmado de estas políticas y el compromiso de hacer un esfuerzo de buena fe para cumplirlas. Las agencias de cobranza deberán recibir autorización de la Oficina Comercial de MHS antes de tomar cualquier ECA contra un paciente o garante para confirmar que se han hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

Acciones legales: Las acciones legales son una ECA. Por consiguiente, no se emprenderán acciones legales hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en el marco de la FAP. Los pacientes, o sus garantes, recibirán una notificación por escrito con la información mencionada anteriormente, con al menos treinta días de antelación a la interposición de cualquier acción legal por facturas impagadas. En ciertos casos, las agencias de cobranza pueden recurrir a acciones legales para recuperar los saldos que los pacientes pago por cuenta propia. Una agencia de cobranza puede iniciar acciones legales por falta de pago de una factura de MHS contra un paciente o garante, después de seguir el proceso descrito anteriormente.

Se consultará con Methodist Health System antes de emprender acciones legales. Todas las cuentas son revisadas individualmente por la Oficina Administrativa de MHS, que tendrá en cuenta la situación del paciente o del garante. La Oficina Administrativa de MHS revisará toda la actividad de cobro pertinente para garantizar que se hayan realizado todos los intentos de cobro voluntario y que la cuenta cumpla con los requisitos para iniciar un litigio.

Las acciones legales pueden incluir la búsqueda de una sentencia judicial. Si se obtiene una sentencia judicial, se podrán utilizar las siguientes medidas: embargos bancarios, embargos de salarios, gravámenes sobre bienes y gravámenes sobre indemnizaciones de seguros relacionadas con el tratamiento médico proporcionado por MHS por el cual exista un saldo pendiente; siempre y cuando dichas medidas se hayan establecido en la notificación final por escrito proporcionada por MHS descrita anteriormente.

Aplazamiento de la atención en Methodist Physicians Clinics: Methodist Physicians Clinic puede requerir el pago o aplazar la atención no urgente, debido a la falta de pago de las facturas por la atención prestada previamente. Esta medida se aplicará a los pacientes que tengan varias facturas clínicas pendientes de pago. Si se pospone la atención médica necesaria que no sea de emergencia, se le proporcionará al paciente una solicitud de asistencia financiera y una notificación por escrito que indique que hay asistencia financiera disponible y que también describa el período de solicitud. Las solicitudes recibidas dentro de este plazo se tramitarán con carácter prioritario. MHS o sus agencias de cobranza no emprenderán de forma rutinaria las siguientes acciones de cobro, a menos que estén obligadas a hacerlo, como se describe a continuación:

Informes de crédito: Ni MHS ni sus agencias de cobranza informarán las cuentas de los pacientes a las agencias de informes de crédito al 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 como tal; siempre que dicha acción potencial se haya establecido en el aviso escrito final proporcionado por MHS como se describe anteriormente.

Gravámenes sobre la residencia principal: Ni MHS, ni sus agencias de cobranza, ni sus abogados impondrán gravámenes sobre 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 judicial y dicho gravamen sea requerido por la ley estatal, siempre que dicha acción potencial se haya establecido en el aviso escrito final proporcionado por MHS como se describe anteriormente.

V. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL:

La capacitación del personal es esencial para una atención al cliente y unas interacciones de cobro eficaces. El personal responsable del cobro de cuentas de pago por cuenta propia recibirá formación en atención al cliente, negociación y resolución de cuentas, y técnicas de cobro. La capacitación se centrará en las políticas de asistencia financiera y facturación/cobro de MHS, así como en su compromiso de tratar a todos los pacientes con respeto y dignidad. La capacitación revisará los guiones de recolección de muestras y otra información necesaria para informar eficazmente a los pacientes sobre las políticas de MHS.

Las sesiones de capacitación de actualización se realizarán anualmente y también formarán parte habitual de la formación continua del personal de MHS. Se impartirá capacitación al personal de registro, programación, asesoramiento financiero y atención médica domiciliar de MHS.

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

VI. SUPERVISIÓN DE LAS AGENCIAS DE COBRANZA:

Las agencias de cobranza externas que trabajen en nombre de MHS serán supervisadas para garantizar que cumplan con esta política. Se implementarán medidas para supervisar la eficacia y el cumplimiento de esta y otras políticas relacionadas con MHS.

Las medidas incluirán:

- Auditoría semestral de las prácticas de cobro de deudas para evaluar el cumplimiento de esta y otras políticas relacionadas.
- Actividad de cobro de deudas por parte de las agencias de cobranza.
- Demandas interpuestas por agencias de cobranza contra pacientes de MHS.
- Quejas y resolución de quejas relacionadas con cuentas remitidas a agencias de cobranza.

Los resultados de la revisión semestral se documentarán en un informe formal que se distribuirá al personal ejecutivo de MHS correspondiente.

VII. ACCESO PÚBLICO A LAS POLÍTICAS:

La información sobre esta política estará disponible para los pacientes y la comunidad a la que presta servicio MHS.

Los pacientes pueden obtener una copia gratuita de esta política, la FAP, un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y una solicitud de asistencia financiera sin cargo alguno (i) comunicándose con el Departamento de asistencia financiera de MHS al 402-354-4230 o al 888-485-4494; o en la recepción de la sala de emergencias o en el mostrador de admisiones de cada hospital MHS respectivo; o (ii) descargándolo en www.bestcare.org/tools/Billing-and-Insurance (para esta política) o www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance (para los demás documentos).

VIII. APLICACIÓN:

Cualquier lenguaje o conducta abusiva, acosadora o engañosa por parte de los empleados de MHS, el personal de la agencia de cobro de deudas o los abogados será abordada mediante procedimientos de medidas correctivas.

IX. CONFIDENCIALIDAD:

El personal de Methodist Health System protegerá la confidencialidad de cada paciente, tanto en lo que respecta a la información financiera como al manejo de la información médica.

X. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA:

Esta política fue aprobada por el Comité de Auditoría de MHS el 12 de septiembre de 2017 y por la Junta Directiva de MHS el 26 de octubre de 2017. La política de asistencia financiera de MHS está sujeta a revisión periódica. Los cambios significativos en la política deben ser aprobados por la Junta Directiva de MHS (o el comité designado).