

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

POLÍTICA:

Memorial Health System (MHS) y sus subsidiarias (según se define en la política de asistencia financiera de MHS y denominadas en conjunto "MHS o Subsidiarias de MHS") están comprometidos a brindarle al paciente atención médica y servicios de la más alta calidad de manera rentable. Es política de MHS facturar a los pacientes y a los pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna, luego de que nuestros pacientes hayan recibido los servicios. Todas las cuentas no canceladas se manejarán de conformidad con la norma final 501(r) del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) y del Tesoro dependiente de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y cumplirán con todas las leyes y regulaciones federales y estatales. MHS admitirá a todos los pacientes que precisen atención urgente y brindará la atención necesaria sin hacer consideraciones de tipo económico. La gerencia de MHS tiene la autoridad para hacer excepciones a esta política, caso por caso, en circunstancias especiales.

PROPÓSITO:

El objetivo de esta política es proporcionar pautas claras y coherentes para realizar las funciones de facturación y cobranzas con el fin de favorecer el cumplimiento, la satisfacción del paciente y la eficacia. Mediante el uso de estados de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas, MHS hará esfuerzos diligentes para informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles. Además, esta política requiere que MHS haga esfuerzos razonables para determinar si los pacientes cumplen con los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la Política de asistencia financiera de MHS antes de tomar Medidas de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) para obtener el pago.

DEFINICIONES:

Fecha límite de facturación (aviso final): la fecha después de la cual MHS puede tomar medidas de cobro extraordinarias contra una persona responsable. La fecha límite de facturación debe ser específica y notificarse por escrito a la persona responsable al menos 30 días antes de la fecha límite, pero no antes de los 120 días posteriores a la emisión del primer estado posterior al alta.

Medidas de cobro extraordinarias (ECA): una lista de actividades de cobro, definidas por el IRS y el Tesoro, que las organizaciones de atención médica solo pueden iniciar contra una persona para obtener el pago de la atención después de que se hayan realizado los Esfuerzos razonables para determinar si la persona califica para recibir asistencia financiera. Estas medidas se definen con más detalle en la sección Esfuerzos razonables y medidas de cobro extraordinarias (ECA) de esta política y pueden incluir medidas como notificar información desfavorable a las agencias de información crediticia, junto con acciones legales/judiciales como el embargo de salarios.

Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP): una política independiente que describe el programa de asistencia financiera de MHS, incluidos los criterios que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para obtener asistencia financiera y el proceso mediante el cual las personas pueden solicitar asistencia financiera.

Pagador: entidad distinta al paciente que financia o reembolsa el costo de los servicios médicos. En la mayoría de los casos, este término se refiere a una compañía de seguros, otro pagador o patrocinador del plan médico (empleador o sindicato).

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

Responsabilidades del paciente: cualquier parte de la cuenta de un paciente que sea responsabilidad del paciente u otra persona responsable. Esta responsabilidad se determina después de la imputación de los pagos realizados por cualquier seguro médico disponible u otro pagador externo (incluidos los pagos por copagos, coseguro y deducibles) y todos los descuentos en virtud de la FAP.

Resumen en lenguaje sencillo (Plain Language Summary, PLS): una declaración escrita que notifica a una persona que MHS ofrece asistencia financiera en virtud de su FAP para cubrir servicios hospitalarios médicamente necesarios. El PLS proporciona información sobre cómo acceder y obtener asistencia en virtud de la FAP. El PLS está disponible durante el proceso de admisión o alta del paciente.

DEFINICIONES (continuación):

Esfuerzos razonables: un conjunto determinado de medidas que una organización de atención médica debe tomar para determinar si una persona es califica para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP de MHS. En general, los esfuerzos razonables pueden incluir hacer determinaciones de presunta elegibilidad para recibir asistencia, así como proporcionar a las personas notificaciones escritas y orales sobre la FAP y los procesos de solicitud.

No asegurado: paciente de un hospital que no está cubierto por una póliza de seguro médico privado, beneficios médicos ni ningún otro programa de cobertura médica, incluidos planes de seguro médico con deducibles altos, indemnización por accidentes de trabajo, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otros seguros de responsabilidad civil ante terceros.

PROCEDIMIENTOS:

Acceso del paciente

Registro previo

MHS se esforzará, siempre que sea posible, por registrar a los pacientes antes de recibir los servicios y deberá verificar la identidad y la información demográfica y la elegibilidad, obtener certificaciones previas y validar la necesidad médica.

Autorización previa (certificación previa)

La mayoría de las compañías de seguros requieren que el médico del paciente o el titular de la póliza de seguro obtenga una autorización antes de recibir servicios hospitalarios. Si la compañía de seguros presenta dicho requisito, el paciente debe confirmar con su médico o compañía de seguros que se obtuvo la autorización previa. No obtener la autorización previa requerida puede dar como resultado la denegación parcial o total de los beneficios del seguro para la hospitalización. El paciente puede ser responsable del pago de cualquier cargo denegado debido a la falta de autorización previa.

Registro

En el momento del servicio, MHS recopilará todos los datos de admisión disponibles de los pacientes no registrados previamente y, cuando sea posible, verificará todos los datos de registro de la manera más eficaz y oportuna.

Evaluación de presunta elegibilidad

En el momento de la admisión, cuando sea posible, el personal de Acceso del paciente examinará a todos los Pacientes no asegurados para determinar si califican para obtener asistencia financiera del 100 %. Consulte la FAP para conocer los criterios y la evaluación de Presunta elegibilidad.

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

Resumen en lenguaje sencillo

A todos los pacientes registrados se les ofrecerá una copia del Resumen en lenguaje sencillo de MHS.

Asesoramiento financiero

Los asesores financieros están disponibles para ayudar a los pacientes con las solicitudes de asistencia financiera y de Medicaid.

Recaudación en el punto de servicio

MHS tiene la filosofía de recaudar las Responsabilidades del paciente identificadas en el momento del servicio o antes, siempre que dicha recaudación no obstaculice la prestación de la atención médica. A los pacientes que se presenten para recibir servicios electivos se les puede solicitar que paguen un coseguro o deducibles por adelantado.

Facturación/seguimiento del seguro

Para todos los pacientes asegurados, MHS facturará a los Pagadores correspondientes (según la información proporcionada o verificada por el paciente) de manera oportuna. Se realiza un seguimiento de todas las cuentas facturadas a los Pagadores de manera oportuna, solicitando una respuesta o el pago total.

Facturación/seguimiento del paciente

Determinación de las responsabilidades del paciente

MHS se reservará el derecho de determinar las Responsabilidades del paciente en función de las obligaciones contractuales del pagador o los requisitos de reembolso federales y estatales. Si MHS impugna un pago del pagador, el personal de MHS investigará la impugnación y tomará las medidas pertinentes antes de solicitar el pago del paciente. Si un pagador rechaza una reclamación (o no la procesa) debido a un error de MHS, MHS no facturará al paciente ningún monto superior al importe que el paciente habría debido si el pagador hubiera pagado la reclamación. Si el problema del pagador no se debe a un error de MHS, MHS se reserva el derecho de facturar y cobrar al paciente.

Facturación/seguimiento

Todas las cuentas que acarrearán responsabilidad del paciente se facturarán de manera oportuna. El paciente puede recibir una llamada telefónica con respecto al pago. El contacto con el paciente incluirá información sobre la FAP de MHS.

Estados del paciente

Los avisos o estados se enviarán al paciente en un ciclo mensual y contendrán el URL del sitio web para obtener información sobre la FAP.

Centro de atención telefónica

MHS mantendrá un centro de atención telefónica para clientes para responder a las llamadas entrantes de los pacientes. Este centro brindará servicio al cliente de calidad y ayudará a los pacientes a realizar pagos, responder preguntas o resolver conflictos.

Facturas detalladas

Todos los pacientes pueden solicitar una factura detallada de sus cuentas en cualquier momento.

Impugnaciones de los pacientes

Si un paciente impugna la factura, los miembros del personal proporcionarán la documentación solicitada por escrito en un plazo de 7 días (si es posible) y retendrán la cuenta durante al menos 30 días antes de derivar la cuenta a una agencia de cobro.

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

Métodos de pago y otros recursos

Efectivo y cheques

Se aceptan cheques personales, pero deben estar preimpresos con el nombre del pagador, la dirección del pagador, el nombre del banco, la sucursal, la dirección del banco y los códigos bancarios ABA y MICR. También se aceptan cheques certificados, cheques de caja, giros bancarios, giros postales y cheques de viajero. No se aceptarán divisas extranjeras.

Tarjetas de crédito

MHS aceptará tarjetas Mastercard, Visa o Discover. Los pagos con tarjeta de crédito se aceptarán tras la aprobación de la autoridad emisora y estarán sujetos a las restricciones de la tarjeta de crédito.

Planes de pago

MHS puede aprobar planes de pago. MHS no tiene la obligación de aceptar acuerdos de pago iniciados por el paciente y puede derivar cuentas a una agencia de cobranzas, como se describe a continuación, si el paciente no está dispuesto a hacer acuerdos de pago aceptables o no cumplió con un plan de pago establecido. Los estados del paciente incluirán el número de teléfono de la oficina que puede ayudar al paciente a realizar acuerdos de pago.

Préstamos bancarios

MHS ayudará al paciente a acceder a financiamiento a largo plazo a por medio de instituciones financieras externas a MHS.

Agencias tercerizadas

MHS puede contratar compañías independientes para ayudar en el cobro y la resolución de cuentas pendientes. Las agencias cumplirán las políticas y pautas de MHS y las leyes y regulaciones estatales y federales.

Reembolsos

MHS identificará todos los saldos de crédito y reembolsará los saldos de crédito en el marco de los estatutos y regulaciones federales y estatales aplicables.

Prácticas de recaudación

De conformidad con las leyes y regulaciones estatales y federales pertinentes y en virtud de las disposiciones descritas en esta Política de facturación y cobranzas, MHS puede efectuar actividades de recaudación, incluidas las Medidas de cobro extraordinarias (ECA), necesarias para recaudar las responsabilidades pendientes del paciente. A criterio de MHS, las Responsabilidades del paciente se pueden referir a un tercero para su recaudación. MHS mantendrá los derechos de propiedad sobre cualquier deuda referida a las agencias de cobranzas. MHS tiene una política de código de conducta en la cual establece ciertos principios que se espera que las agencias, representantes y cobradores cumplan.

La cuenta de un paciente se referirá a una agencia de cobranzas, con las siguientes advertencias:

1. Existe un fundamento razonable para creer que el paciente tiene una deuda.
2. Se facturó correctamente a todos los Pagadores y la deuda restante es Responsabilidad del paciente.

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

3. MHS no referirá cuentas a una agencia de cobranzas, mientras exista una reclamación en la cuenta que esté pendiente de pago por parte del Pagador. No obstante, MHS puede clasificar ciertas reclamaciones como "denegadas" si dichas reclamaciones permanecen "pendientes" durante un período que no fuese razonable, a pesar de los esfuerzos para facilitar la resolución.
4. MHS no referirá cuentas a una agencia de cobranzas si el paciente solicitó inicialmente asistencia financiera u otros programas patrocinados por el gobierno y MHS aún no notificó su determinación al paciente, siempre que el paciente haya cumplido con el cronograma y las solicitudes de información estipuladas durante el proceso de solicitud, tal como se identifica en la FAP.
5. La FAP de MHS no se aplica a la parte de los servicios que han sido, o pueden ser, pagados por un seguro de responsabilidad civil o automotor. Según lo permitido por el estado de Illinois, cuando un paciente acude para recibir atención después de un accidente o lesión, MHS puede incorporar un derecho de embargo preventivo del hospital al acuerdo de terceros.

Esfuerzos razonables y Medidas de cobro extraordinarias (ECA)

Antes de tomar medidas de cobro extraordinarias para obtener el pago por la atención médica, MHS debe realizar ciertos Esfuerzos razonables para determinar si una persona cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera según nuestra Política de asistencia financiera, entre ellos:

1. Las ECA pueden comenzar solo cuando hayan pasado 120 días desde que se proporcionó el primer estado posterior al alta.
2. Al menos 30 días antes de tomar una medida ECA para obtener el pago, MHS deberá hacer lo siguiente:
 - Enviar a la persona en cuestión un aviso final por escrito que indique la disponibilidad de asistencia financiera, enumerar las posibles ECA que pueden tomarse para obtener el pago por la atención médica y detallar la Fecha límite de facturación.
 - Proporcionar un resumen en lenguaje sencillo de la FAP, junto con el aviso descrito anteriormente.
 - Intentar informarle a la persona verbalmente sobre la FAP y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud.
3. Se suspenderán las ECA si la solicitud de FAP se envía dentro de los 240 días posteriores al primer estado posterior al alta. Esas ECA pueden activarse nuevamente si se determina que la persona no califica para recibir asistencia financiera. Si la solicitud está incompleta, MHS enviará a la persona una notificación por escrito donde se detalle la información o documentación adicional requerida en virtud de la FAP.

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

4. Después de hacer Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, como se describe anteriormente, MHS (o sus socios comerciales autorizados) pueden tomar las siguientes ECA para recaudar el pago por la atención:
 - Acciones legales, presentaciones de informes a las agencias de informes crediticios o embargos de salario por sentencia judicial.
5. Los gastos incurridos en materia de ECA para recibir pagos correrán por cuenta del paciente.

Asistencia financiera

MHS ofrece información sobre asistencia financiera sin cargo. Para solicitar una copia o para obtener más información, comuníquese con el centro de MHS a continuación:

Memorial Medical Center

- Personalmente en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 701 N. First St., Springfield, IL 62781
- Llamando al Representante de Asistencia Financiera al 217-788-4774 o sin cargo al 800-562-2829
- Enviando una solicitud por correo electrónico a Financial.Assistance@mhsil.com
- Enviando una solicitud por correo a Memorial Medical Center, a la atención del departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 701 N. First St., Springfield, IL 62781
- En línea a MemorialMedical.com/FinancialAssistance

Decatur Memorial Hospital

- Personalmente en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 2300 N. Edward St., Decatur, IL 62526
- Llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 217-876-3785
- Enviando una solicitud por correo electrónico a DMHFinancialAssistance@mhsil.com
- Enviando una solicitud por correo a Decatur Memorial Hospital, a la atención del departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 2300 N. Edward St., Decatur, IL 62526
- En línea al DMHCares.com/patient-and-visitor-information/financial-assistance

Passavant Area Hospital

- Personalmente a la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 1600 W. Walnut St., Jacksonville, IL 62650
- Llamando al Gerente de Crédito al 217-479-2876 o al 217-479-2877
- Enviando una solicitud por correo electrónico a PAHFinancial.Assistance@mhsil.com
- Enviando una solicitud por correo a Passavant Area Hospital, a la atención del departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 1600 W. Walnut St., Jacksonville, IL 62650

TEMA: Política de facturación y cobranzas de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
REDACTADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- En línea a PassavantHospital.com/FinancialAssistance

Abraham Lincoln Memorial Hospital

- Personalmente en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 200 Stahlhut Drive, Lincoln, IL 62656
- Llamando a la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes al 217-788-3370
- Enviando una solicitud por correo electrónico a ALMHPatientAccounts@mhsil.com
- Enviando una solicitud por correo a Abraham Lincoln Memorial Hospital, a la atención del departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 200 Stahlhut Drive, Lincoln, IL 62656
- En línea en ALMH.org/FinancialAssistance

Taylorville Memorial Hospital

- Personalmente en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 201 E. Pleasant St., Taylorville, IL 62568
- Llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 217-788-3370
- Enviando una solicitud por correo electrónico a TMHPatientAccounts@mhsil.com
- Enviando una solicitud por correo a Taylorville Memorial Hospital, a la atención del departamento de Servicios Financieros para Clientes, 201 E. Pleasant St., Taylorville, IL 62568
- En línea en [TaylorvilleMemorial.org/Financial Assistance](https://TaylorvilleMemorial.org/FinancialAssistance)