

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 1 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

POLÍTICA:

Memorial Health System (MHS) y sus afiliadas (definidos en la Política de ayuda económica a los pacientes de MHS y en conjunto denominados "MHS o Afiliada/s de MHS) están comprometidos a brindar atención médica y servicios médicos de la mejor calidad y a bajo costo para los pacientes. Una vez que nuestros pacientes reciben servicios médicos, es política de MHS facturar a los pacientes y a los correspondientes Pagadores de forma precisa y con puntualidad. Todas las cuentas pendientes se manejarán conforme a la norma final 501 (r) del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service) y el Departamento Fiscal (Treasury) al amparo de la Ley de atención médica asequible y deberán cumplir con todas las reglamentaciones federales y estatales. MHS aceptará a todos los pacientes con emergencias y les brindará la atención médica necesaria, sin consideraciones financieras. La gerencia de MHS tiene la autoridad para hacer excepciones a esta política según cada caso, para circunstancias especiales.

OBJETIVO:

Esta política tiene como objetivo brindar pautas claras y uniformes para llevar a cabo las tareas de facturación y cobro de una manera que promueva el cumplimiento, la eficacia y la satisfacción del paciente. Mediante el uso de resúmenes de cuenta, correspondencia escrita y llamadas telefónicas, MHS hará todo lo que esté a su alcance para informarle a cada paciente sus responsabilidades financieras y opciones de ayuda económica. Asimismo, esta política requiere que MHS realice Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica bajo la Política de ayuda económica de MHS antes de llevar a cabo Acciones extraordinarias de cobro (ECA, Extraordinary Collection Actions) para obtener el pago.

DEFINICIONES:

Fecha de vencimiento de la factura (Aviso final): la fecha después de la cual MHS puede iniciar una ECA contra un individuo responsable. La fecha de vencimiento de la factura debe ser específica y estar informada en un aviso enviado por escrito al individuo responsable 30 días antes de la fecha de vencimiento, pero no antes de los 120 días después del primer resumen posterior al alta.

Acciones extraordinarias de cobro (ECA): lista de actividades de cobro definidas por el Servicio de Rentas Internas y el Departamento Fiscal que las organizaciones de atención médica solo pueden aplicar contra un individuo para obtener el pago de los servicios brindados una vez que se hayan realizado todos los Esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para recibir ayuda económica. Estas acciones se definen también en la sección de Esfuerzos razonables y Acciones extraordinarias de cobro (ECA) de esta política, y pueden incluir acciones como presentación de información adversa a agencias de crédito o agencias de informes, junto con acciones legales o judiciales como embargo de salarios.

Política de ayuda económica (FAP): una política separada que describe el programa de ayuda económica de MHS, donde se incluyen los criterios que deben cumplir los pacientes para ser elegibles para recibir ayuda económica, así como el proceso mediante el cual los individuos pueden solicitarla.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 2 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

DEFINICIONES (continuación)

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

Responsabilidades del paciente: toda parte de la cuenta del paciente que sea responsabilidad del paciente o de otro/s individuo/s responsable/s. Esta responsabilidad se determina después de la aplicación de los pagos realizados por cualquier seguro de atención médica u otro pagador (incluidos los pagos de copagos, coseguros y deducibles) y todos los descuentos bajo la FAP.

Resumen en lenguaje sencillo (PLS): declaración escrita mediante la cual se notifica a un individuo que MHS ofrece ayuda económica bajo su FAP para recibir servicios hospitalarios médicamente necesarios. El PLS brinda información sobre cómo obtener asistencia bajo la FAP y se extiende durante el proceso de admisión o alta del paciente.

Esfuerzos razonables: serie de acciones que debe implementar una organización de atención médica para determinar si un individuo es elegible para recibir ayuda económica bajo la FAP de MHS. En general, estos esfuerzos razonables pueden incluir la determinación razonable de elegibilidad para recibir ayuda, así como el suministro de notificaciones orales y escritas sobre la FAP y los procesos de solicitud a los individuos.

No asegurado: paciente de un hospital que no está cubierto por ninguna póliza de seguro de salud privada, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, como planes de seguro de salud de deducible alto, compensación del trabajador, seguro de responsabilidad contra accidentes u otra responsabilidad de terceros.

PROCEDIMIENTOS:

Acceso de pacientes

Prerregistro

En tanto sea posible, antes de brindar cualquier servicio, MHS se esforzará por prerregistrar a los pacientes; verificará su identidad, información demográfica y elegibilidad; obtendrá precertificaciones y validará su necesidad médica.

Autorización previa (precertificación)

La mayoría de las compañías de seguro requieren la presentación de una autorización (que debe obtener el médico del paciente o el asegurado) antes de que el paciente reciba cualquier servicio hospitalario. En caso de que este requisito se encuentre vigente en la compañía de seguro, el paciente debe confirmar con su médico o compañía de seguro la obtención de esta autorización previa. La no obtención de la autorización previa requerida puede resultar en la denegación total o parcial de los beneficios del seguro para la hospitalización. El paciente puede ser responsable del pago de cualquier cargo denegado como consecuencia de la falta de autorización previa.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 3 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

Registro

Al momento de brindar servicios a pacientes no prerregistrados, MHS recopilará todos los datos de ingreso disponibles y, cuando sea posible, verificará todos los datos de registro con la máxima eficacia y puntualidad.

Evaluación de presunta elegibilidad

El personal de Acceso de pacientes evaluará a todos los pacientes No asegurados para determinar la obtención de ayuda económica por el 100 % del valor de los servicios al momento del registro, cuando sea posible. Consulte la FAP para conocer los criterios y la evaluación de Presunta elegibilidad.

Resumen en lenguaje sencillo

Todos los pacientes registrados podrán recibir una copia del Resumen en lenguaje sencillo de MHS.

Asesoramiento financiero

Los pacientes podrán recurrir a los asesores financieros disponibles para recibir asistencia relacionada con Medicaid y solicitudes de ayuda económica.

Cobro en el punto de servicio

Es política de MHS cobrar las Responsabilidades del paciente identificadas al momento del servicio o con anterioridad, en tanto el cobro no impida la prestación de la atención médica. Es posible que se les solicite a aquellos pacientes que se presenten para servicios electivos el pago anticipado de un coseguro o deducible.

Facturación del seguro/Seguimiento

MHS facturará oportunamente a los Pagadores pertinentes (según la información suministrada o verificada por el paciente) por todos los pacientes asegurados. Se realizará un seguimiento oportuno de las cuentas facturadas a los Pagadores, y se les solicitará una respuesta o un pago completo.

Facturación del paciente/Seguimiento

Determinación de las responsabilidades del paciente

MHS se reservará el derecho de determinar las Responsabilidades del paciente según las obligaciones contractuales del Pagador o conforme a los requisitos de reembolso federales o estatales. En caso de que MHS reclame un pago de un Pagador, el personal de MHS investigará el reclamo y tomará las medidas necesarias antes de reclamar el pago al paciente. Si un Pagador rechaza (o no procesa) un reclamo debido a un error de MHS, MHS no facturará al paciente por ningún monto por encima de lo que el paciente hubiera adeudado si el Pagador hubiera abonado el reclamo. Si el problema del Pagador no se relaciona con un error de MHS, MHS se reserva el derecho de facturar y cobrar al paciente.

Facturación/Seguimiento

Todas las cuentas con una responsabilidad del paciente se facturarán de manera oportuna. Es posible que el paciente reciba una llamada telefónica relacionada con el pago. El contacto con el paciente incluirá información sobre la FAP de MHS.

Resúmenes del paciente

Se emitirán mensualmente avisos y resúmenes para el paciente, los cuales incluirán la URL del sitio web para obtener información sobre la FAP.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 4 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

Centro de atención telefónica

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

Facturas detalladas

En cualquier momento, los pacientes pueden solicitar una factura detallada de sus cuentas.

Reclamos de los pacientes

Si un paciente objeta una factura, los miembros del personal brindarán la documentación solicitada por escrito dentro del plazo de 7 días (de ser posible) y mantendrán la cuenta congelada por al menos 30 días antes de transferirla para el cobro.

Métodos de pago y otros recursos

Efectivo y cheques

Se aceptan cheques personales, pero deben estar preimpresos con el nombre y el domicilio del Pagador; el nombre, la sucursal y la dirección del banco; el código ABA y el MICR. También se aceptan cheques certificados, cheques de cajero, giros bancarios, giros postales y cheques de viajero. No se aceptará moneda extranjera.

Tarjetas de crédito

MHS aceptará MASTERCARD, VISA o DISCOVER. Se aceptarán pagos con tarjeta de crédito previa aprobación por parte de la autoridad emisora y sujeto a las restricciones de la tarjeta de crédito.

Planes de pago

MHS puede aprobar planes de pago. MHS no está obligado a aceptar acuerdos de pago iniciados por el paciente y puede transferir las cuentas a una agencia de cobro, según se indica a continuación, en caso de que el paciente no realice un acuerdo de pago aceptable o haya incumplido un plan de pago establecido. Los resúmenes enviados a los pacientes incluirán el número de teléfono de la oficina que puede ayudar al paciente a realizar acuerdos de pago.

Créditos bancarios

MHS brindará ayuda al paciente sobre cómo acceder a financiamientos a largo plazo a través de instituciones financieras externas a MHS.

Agencias externas

MHS puede contratar compañías independientes para gestionar el cobro y la resolución de cuentas pendientes. Las agencias deberán cumplir con todas las políticas y pautas de MHS, así como con las reglamentaciones y leyes federales y estatales.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 5 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

Reembolsos

MHS identificará todos los saldos crediticios y los reembolsará conforme a las reglamentaciones y los estatutos federales y estatales aplicables.

Prácticas de cobro

En cumplimiento de las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables, y conforme a las disposiciones de esta Política de facturación y cobro, MHS puede implementar actividades de cobro (como las Acciones extraordinarias de cobro) para cobrar las Responsabilidades del paciente que se encuentren pendientes. Las Responsabilidades del paciente se pueden transferir a un tercero para su cobro, a criterio de MHS. MHS mantendrá la titularidad de todas las deudas transferidas a agencias de cobro de deudas. MHS posee una política de código de conducta que establece ciertos principios que se espera que las agencias, los representantes y los cobradores cumplan.

Las cuentas de un paciente se transferirán para el cobro en tanto se cumplan las siguientes premisas:

1. Exista una base razonable para creer que el paciente debe la deuda.
2. Se haya facturado correctamente a todos los Pagadores y la deuda pendiente sea responsabilidad del paciente.
3. MHS no transferirá cuentas para cobrar cuando exista un reclamo sobre la cuenta cuyo pago todavía no se haya realizado. No obstante, MHS puede clasificar ciertos reclamos como "denegados" en caso de que estos estén en estado "pendiente" durante un período de tiempo irrazonable, a pesar de los esfuerzos realizados para facilitar la resolución.
4. MHS no transferirá cuentas para el cobro si el paciente inicialmente solicitó ayuda económica o se presentó en otro programa patrocinado por el gobierno y MHS todavía no notificó su determinación al paciente, en tanto este haya cumplido con los plazos y las solicitudes de información realizadas durante el proceso de solicitud según se establece en la FAP.
5. MHS no transferirá cuentas para el cobro si el paciente inicialmente solicitó ayuda económica o se presentó en otro programa patrocinado por el gobierno y MHS todavía no notificó su determinación al paciente, en tanto este haya cumplido con los plazos y las solicitudes de información realizadas durante el proceso de solicitud según se establece en la FAP.

Esfuerzos razonables y Acciones extraordinarias de cobro (ECA)

Antes de iniciar una ECA para lograr el pago de la atención médica brindada, MHS debe realizar Esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para recibir ayuda económica bajo nuestra Política de ayuda económica. Estos esfuerzos razonables incluyen lo siguiente:

1. Las ECA solo podrán iniciarse después de transcurridos 120 días a partir de la presentación del primer resumen posterior al alta.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 6 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

2. Al menos 30 días antes de iniciar una ECA para obtener un pago, MHS deberá realizar lo siguiente:
 - Enviar al individuo un aviso final que indique la disponibilidad de ayuda económica, enumere las posibles ECA que se pueden iniciar para obtener el pago de la atención médica y especifique una fecha de vencimiento de la factura.
 - Enviar un Resumen en lenguaje sencillo de la FAP, junto con el aviso antes mencionado.
 - Intentar notificar al individuo oralmente acerca de la FAP y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud.
3. Las ECA se suspenderán en caso de que se presente una solicitud para FAP dentro del plazo de 240 días a partir del primer resumen posterior al alta. Estas ECA podrán volver a estar disponibles en caso de que el individuo no resulte elegible para recibir ayuda económica. Si la solicitud está incompleta, MHS enviará al individuo un aviso por escrito donde se indicará la información o documentación adicional requerida conforme a la FAP.
4. Después de hacer Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica, como se indica más arriba, MHS (o sus socios comerciales autorizados) podrá implementar las siguientes ECA para obtener el pago de la atención médica:
 - acciones legales, denuncia en organismos de crédito o embargo de salario por sentencia judicial.
5. El paciente será responsable por cualquier cargo incurrido en la implementación de una ECA para recibir un pago.

Ayuda económica

MHS ofrece información sobre ayuda económica sin cargo. Para solicitar una copia u obtener más información, contáctese con cualquiera de los siguientes centros de MHS:

Memorial Medical Center

Personalmente, durante el horario laboral, en Servicios financieros al paciente, en 701 N. First St, Springfield, IL 62781.

Por teléfono, llamando al Representante de ayuda económica al 217-788-4774 o al número gratuito 800-562-2829.

Por correo electrónico, a financial.assistance@mhsil.com

Por correo postal a Memorial Medical Center a: PFS Department, 701 N First St, Springfield, IL 62781

En línea, a través de www.TaylorvilleMemorial.org/FinancialAssistance.

TEMA: Política de facturación y cobro de MHS	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE	PÁGINA: 7 de 7
PREPARADO POR: Comité de ayuda económica	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 10/1/2016
REVISADO POR: Bob Kay	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/1/2016
APROBADO POR: Junta directiva de MHS	

Passavant Area Hospital

Personalmente en la Oficina de servicios financieros al paciente, en 1600 West Walnut, Jacksonville, IL 62650.

Por teléfono, llamando al Responsable de créditos, al 217-479-2876 o al 217-479-2877

Por correo electrónico, a pahfinancial.assistance@mhsil.com

Por correo postal a Passavant Area Hospital a: PFS Department, 1600 West Walnut, Jacksonville, IL 62650.

En línea, a través de www.TaylorvilleMemorial.org/FinacialAssistance.

Abraham Lincoln Memorial Hospital

Personalmente en la Oficina de servicios financieros al paciente, en 200 Stahlhut Dr., Lincoln, IL 62656.

Por teléfono, llamando a Servicios financieros al paciente, al 217-732-2161.

Por correo electrónico, a ALMHPatientAccounts@mhsil.com

Por correo postal a Abraham Lincoln Memorial Hospital a: PFS Department, 200 Stahlhut Dr., Lincoln, IL 62656

En línea, a través de www.TaylorvilleMemorial.org/FinacialAssistance.

Taylorville Memorial Hospital

Personalmente en la Oficina de servicios financieros al paciente, en 303 E Bidwell St., Taylorville, IL 62568.

Por teléfono, llamando a Servicios financieros al paciente, al 217-824-3331.

Por correo electrónico, a TMHPatientAccounts@mhfinancial.assistance@mhsil.com

Por correo postal a Taylorville Memorial Hospital a: PFS Department, 303 E Bidwell St., Taylorville, IL 62568

En línea, a través de www.TaylorvilleMemorial.org/FinacialAssistance.