

<b>PÓLIZA:</b>	<b>PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO</b>		
<b>APROBACIÓN:</b>	<b>PRESIDENTE DE LA JUNTA; PRESIDENTE &amp; DIRECTOR EJECUTIVO; VICEPRESIDENTE DE HACIENDA</b>		
<b>FECHA EFECTIVA: :</b> 2/1/2016	<b>CORRIENTE DE REVISIÓN/FECHA DE REVISIÓN:</b> 12/15	<b>REEMPLAZA:</b> 4/92, 12/92, 3/93, 4/94, 4/95, 4/96, 4/97, 9/98, 4/99, 4/00, 4/01, 8/02, 8/03, 5/04 ( <i>Póliza del Departamento de la Oficina de Negocio</i> ); 11/05; 6/08, 7/11; 2/14	<b>FECHA DE EFECTIVIDAD ORIGINAL:</b> 4/92
			<b>HAM</b>

**I. Propósito:**

Hospital Morris y Centros de Salud (también se conoce como el “Hospital”) es una organización sin fines de lucro, entidad exenta de impuestos con una misión caritativa de proporcionar servicios de atención médica a los residentes de la Ciudad de Morris y la zona de servicios primaria y secundaria definido por el Hospital. El propósito de la Póliza de Facturación y Cobro es garantizar que, en conexión con los esfuerzos del hospital para facturar y cobrar por los servicios de salud prestados, que todos los pacientes son tratados de manera justa y razonable y que tengan oportunidad suficiente para solicitar asistencia financiera (vea la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital Morris y Centros de Salud) o haga otros arreglos de pago.

**II. Descripción General:**

Esta póliza describe ciertos descuentos que pueden estar disponibles a los pacientes con respecto a los saldos de auto-pago. Esta póliza también establece las acciones que el Hospital puede ejercer, en el caso de falta de pago de cualquier saldo de paciente para los servicios de hospital y/o de Clínica de Salud. Esta póliza también establece las medidas que el Hospital llevara a cabo para garantizar que se hagan esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, antes de iniciar cualquier acción de cobro extrema en un esfuerzo para recopilar la cuenta.

A los efectos de esta póliza, las referencias al “paciente” significa el paciente o su garante, es decir la persona que tiene la responsabilidad financiera por el pago del saldo de la cuenta.

**III. Términos:**

**A. Periodo de Aplicación** – El periodo durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda financiera en conformidad con la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital. Copias de la Póliza y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en <http://www.morrishospital.org/financialassistanceapplication>. El Periodo de Aplicación comienza en la fecha que se proporcionan los servicios médicos y termina 240 días después de que el Hospital proporciona el primer Estado de Cuenta después de alta hospitalaria por los servicios.

**B. Facturación**– Cualquier notificación enviada por correo o entregada al paciente solicitando el pago. La notificación puede ser el primer Estado de Cuenta después de la alta hospitalaria por los servicios, cualquier Estado de Cuenta mensual de rutina a partir de entonces o Carta de Pre-Colección.

- C. Medida Extrema de Colección (MEC) - La notificación de deuda del paciente a una oficina de crédito o agencia, o cualquier acción contra el paciente en relación con obteniendo pago de un Saldo de Paciente donde tal acción requiere un proceso legal o judicial, incluyendo:
1. Derecho de prenda contra la propiedad del paciente o con respecto a los cuales el paciente puede tener interés, incluyendo embargos contra fincas y embargos contra juicios legales, acuerdos o compromisos a los que el paciente puede tener derecho (a excepción de los gravámenes que se pueden valer por el Hospital en producto de un juicio de lesión personal, acuerdo o compromiso adeudados a un paciente en particular como resultado de lesiones personales para los cuales el Hospital proporcione atención al paciente);
  2. Ejecución de una hipoteca sobre bienes inmuebles;
  3. Embargo o confiscación de cuentas bancarias o bienes personales;
  4. Iniciando una acción civil;
  5. Causando arresto o mandamiento de ejecución; o
  6. Embargo de salarios u otros ingresos.

MECs no incluyen presentación de una reclamación del Hospital, en un procedimiento de bancarrota.

- D. Representante de Servicios Financieros – Los empleados en la Oficina de Contabilidad del Paciente del Hospital que educan a los pacientes sobre las pólizas financieras del Hospital, incluyendo pero no limitado a la Póliza de Asistencia Financiera y de los términos de la Póliza de Facturación y Cobro.
- E. Periodo de Notificación– El periodo de tiempo durante el cual el Hospital debe notificar al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia financiera. El Periodo de Notificación comienza el primer día que se proporciona atención medica al paciente y termina 120 días después de que el Hospital ofrece el primer Estado de Cuenta después de alta hospitalaria por la atención médica.
- F. Saldo del Paciente – Cualquier saldo de una cuenta que no es pagado por el seguro, pagador gubernamental, u otra origen de pago de seguro tercero. Los Saldos de Pacientes no serán objeto de interés durante el tiempo que dichas cuentas se llevan a cabo por el Hospital Morris y Centros de Salud.
- G. Resumen en Lenguaje Sencillo – El resumen escrito de la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, una copia del cual se adjunta a esa póliza y disponible en <http://www.morrishospital.org/financialassistanceapplication>. El Resumen en Lenguaje Sencillo se hará pública tal como se describe en la Póliza de Asistencia Financiera.
- H. Carta de Pre-Colección – Una declaración de cuenta que se envía por correo o es entregado por el Hospital al paciente por lo menos 30 días antes del comienzo de uno o más MECs contra el paciente, lo que indica la intención del Hospital para iniciar uno o más MEC para obtener el pago del saldo adeudado, e incluyendo el otro contenido requerido descrito en la Sección IV.H debajo.
- I. Descuento de Pago Puntual – Un descuento del 15% que reciben los pacientes de auto-pago que pagan su saldo de cuenta en totalidad (i) en el caso de los servicios hospitalarios, dentro de los 30 días siguientes después del primer Estado de Cuenta

por el cuidado después de estar de alta, o (ii) en el caso de servicios de la clínica (Centros de Salud), dentro de los 10 días siguientes del primer Estado de Cuenta por el cuidado. El Descuento de Pago Puntual no está disponible para un paciente que está cubierto por un Plan de Salud con Deducible Alto. El Descuento de Pago Puntual puede ser aplicado además del Descuento de Auto-Pago, pero no está disponible en los casos en que el paciente califica para atención gratuita o con descuento de conformidad con la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital.

- J. Descuento de Auto-Pago** – Un descuento del 15% dado a los pacientes que no tienen cobertura u otro origen de pago de seguro tercero por los particulares servicios de salud prestados. El Descuento de Auto-Pago no está disponible para un paciente que está cubierto por un Plan de Salud con Deducible Alto. El Descuento de Auto-Pago es adicional de cualquier Descuento de Pago Puntual que pudiera corresponderles, pero no está disponible en los casos en que el paciente califica para atención gratuita o con descuento de conformidad con la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital.

#### **IV. Póliza:**

- A.** El Hospital Morris y Centros de Saludo causará todos los Estados de Cuenta que incluyan:
1. La fecha o fechas de los servicios de salud;
  2. Una breve descripción de los servicios de salud prestados, con una declaración de que el paciente puede obtener una factura detallada a petición;
  3. La cantidad necesaria para ser pagado por el paciente;
  4. Información de contacto (incluir el número de teléfono, dirección de correo electrónico y dirección postal) para la Oficina de Contabilidad del Paciente del Hospital para atender preguntas o preocupaciones de facturación; y
  5. Como lo requiere la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, una declaración visible en cuanto a la disponibilidad de asistencia financiera, junto con un número de teléfono y la dirección del sitio web donde el paciente puede obtener más información.
- B.** Los Representantes de Servicio Financieros del Hospital deberán de responder a las preguntas de facturación, inquietudes o conflictos de los pacientes tan pronto como sea razonablemente posible y, en cualquier caso, no más de (i) dos días después de la llamada de teléfono o pregunta por correo electrónico de un paciente, o (ii ) 10 días después de la recepción de la pregunta de un paciente por correo.
- C.** Todos los pacientes que no tienen cobertura u otro origen de pago de seguro tercero para los servicios de salud particulares previstas serán automáticamente concedido con el Descuento de Auto-Pago. El Descuento de Auto-Pago será revocado si es decidido posteriormente que el paciente califica para ayuda financiera bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, en cuyo caso el descuento de asistencia financiera se aplicará en lugar del Descuento de Auto-Pago.
- D.** Con respecto a cada paciente de auto-pago, el Hospital se asegurará de que el primer Estado de Cuenta por el cuidado incluya una declaración visible en cuanto a la disponibilidad del Descuento de Pago Puntual, así como la cantidad que se deberá si el paciente elige prevalerse del Descuento de Pago Puntual mediante el pago en su totalidad (i) el caso de los servicios hospitalarios, dentro de 30 días, o (ii) el caso de la clínica de servicios (Centros de Salud), dentro de 10 días.

- E.** El Hospital acomodará el paciente a través del establecimiento de planes razonables de pago sin intereses para Saldos de Paciente debidos, en consonancia con la Póliza de Resolución Financiera del Hospital. Los pacientes pueden solicitar planes de pago durante un período inicial de 30 días inmediatamente después del primer Estado de Cuenta por el cuidado después de estar de alta; planes de pago pueden establecerse fuera de ese plazo, a discreción del Hospital. A menos que por escrito se acuerde lo contrario por el Hospital, cada plan de pago proveerá que (i) la cuenta sea pagada en su totalidad dentro de 6 meses después de la fecha de cuidado (con extensión en el caso de los saldos sustanciales), y (ii) un pago mínimo mensual de lo menos \$ 50. La elegibilidad para un plan de pago está condicionado a disposición del paciente de completar información completa y precisa y cooperar la cooperación oportuna del paciente con el representante del hospital. Si un paciente no puede proporcionar información oportuna y precisa o no coopera razonablemente con los representantes del Servicio Financiero del Hospital, él o ella puede ser considerado inelegible para un plan de pago y, por lo tanto, se puede esperar para que pague puntualmente su factura en su totalidad.
- F.** Siempre que se cumplan las disposiciones de esta póliza, el Hospital puede tomar cualquier y toda acción legal, incluso Medidas Extremas de Colección (MECs), para obtener pagos por servicios prestados de cuidado de salud. Sin embargo, los esfuerzos del Hospital para cobrar cantidades adeudadas de los pacientes no incluyera ninguna de las siguientes MECs::
1. Arresto o mandamiento de ejecución;
  2. La presentación de un derecho de prenda sobre cantidades de manutención infantil adeudadas a o para el beneficio del paciente;
  3. Ejecución de una hipoteca sobre una vivienda habitual (que no sea un derecho de prenda con respecto al producto recibido en venta de dicha residencia); o
  4. Adjunción o ejecución a un embargo preventivo contra otros bienes exentos de los acreedores bajo la ley de Illinois.
- G.** Hospital Morris y Centros de Salud no va a participar en una MEC, ya sea directamente o por cualquier agencia de cobro de deudas u otro representante, antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para asistencia bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital. Con ese fin:
1. El Hospital no participará en ningún MEC durante el Período de Notificación.
  2. El hospital dará a conocer la disponibilidad de asistencia financiera a través de los métodos especificados en la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, en particular mediante:
    - a. La postulación de letrado en las áreas de admisión y matrícula del Hospital, así como el Departamento de Emergencia y en los Centros de Salud;
    - b. Publicando la Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, y el Resumen en Lenguaje Sencillo en la página web del Hospital;
    - c. Incluyendo el Resumen en Lenguaje Sencillo en los materiales de registro de pacientes y manuales de hospitalización; y
    - d. Incluyendo el Resumen en Lenguaje Sencillo en los materiales que se ofrecen a cada paciente como parte del proceso de admisión o de descarga.
  3. Hospital Morris y Centros de Salud se asegurará de que la Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, y el Resumen de Lenguaje Sencillo estén disponibles en Inglés y cualquier otro idioma que es el idioma principal de lo menor de (i) 1,000 personas, o (ii) el 5% de la población dentro de las áreas de servicios primarios y secundarios del Hospital.

4. Durante el Período de Notificación, el Hospital proporcionará a cada paciente con al menos tres Estados de Cuenta (aunque no haya Estados de Cuenta además enviadas, una vez que el paciente presenta una Solicitud de Asistencia Financiera), cada uno de los cuales incluye:
    - a. Una declaración visible en cuanto a la disponibilidad de asistencia financiera;
    - b. Un número de teléfono para obtener información sobre la Póliza de Asistencia Financiera y el proceso de solicitud; y
    - c. Una dirección del sitio web donde la Póliza de Asistencia Financiera, Solicitud de Asistencia Financiera, y Resumen en Lenguaje Sencillo están disponibles.
  5. Si cualquier paciente contacta al Hospital para información sobre la posible asistencia financiera, el Hospital proporcionará a estos pacientes, sin costo, con una copia de la Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, y el Resumen en Lenguaje Sencillo. Además, el Hospital se asegurará de que el paciente es referido a un Representante de Servicio Financiero para una explicación más detallada y asistencia cuando sea necesario.
- H.** En el caso de que el Hospital Morris Y Centros de Salud tiene la intención de llevar a cabo uno o más MEC, el Hospital le enviará por correo o entregar al paciente una carta de pre-colección de al menos 30 días antes del comienzo del/de los MEC(s). La carta de pre-colección incluirá todos los siguientes:
1. Una declaración que el Hospitales tiene la intención de iniciar un o más MEC (identificación las MECs específicas cual va a realizar) para obtener el pago del saldo adeudado;
  2. Una fecha (que debe ser de al menos 30 días siguientes a la fecha de la carta de pre-colección) por el cual el pago debe hacerse a fin de evitar la MEC especificada;
  3. Una declaración visible que la asistencia financiera está disponible en virtud de la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital; y
  4. Una copia del Resumen de Lenguaje Sencillo.

Una Carta de Pre-Colección bajo ninguna circunstancia podrá ser enviada por correo o entregada a un paciente antes de 30 días antes de la finalización del Período de Notificación. Durante el período de 30 días después del envío por correo o entrega de la carta de pre-colección, el Hospital seguirá haciendo esfuerzos razonables para notificar verbalmente al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia financiera.

Si una MEC previsto cubre cargos por múltiples episodios de atención, la puntualidad asociada con el Período de Notificación (120 días) y el Período de Solicitud (240 días) será medida con respecto a la más reciente episodio de atención al tema (específicamente, después la fecha de el Estado de Cuenta por el cuidado después de estar de alta).

- I.** Una vez que el Período de Notificación ha transcurrido, el Hospital puede iniciar uno o más MEC de la siguiente manera:
1. Si el paciente no ha solicitado ayuda financiera bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital antes del último día del Período de Notificación, el Hospital puede iniciar una MEC, pero sólo después de que la Carta de Pre-Colección se ha proporcionado y un período de por lo menos 30 días a partir de entonces ha transcurrido.

2. Si el paciente ha solicitado asistencia financiera, pero se ha hecho una determinación que el paciente no califica bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, el Hospital puede iniciar uno o más MECs.
  3. Si el paciente presenta una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta antes de la expiración del Período de Aplicación, a continuación, las MECs no pueden ser iniciados hasta que el siguiente proceso se ha completado:
    - a. El Hospital ofrece al paciente un aviso por escrito que describe la información o documentación adicional requerida con el fin de completar la Solicitud de Asistencia Financiera;
    - b. El Hospital ofrece con previo al paciente aviso por escrito al menos con 30 días de las MECs que el Hospital pueda iniciar contra el paciente si la Solicitud de Asistencia Financiera no se ha completado o pago no se hace en un plazo determinado; *siempre sin embargo*, que el plazo para terminación o pago no puede establecerse antes de la finalización del Período de Aplicación;
    - c. Si entonces el paciente completa la Solicitud de Asistencia Financiera y el Hospital determina definitivamente que el paciente no es elegible para cualquier tipo de asistencia financiera, el Hospital le dará al paciente la oportunidad de establecer un plan de pago antes de iniciar cualquier MECs; y
    - d. Si el paciente no puede completar la Solicitud de Asistencia Financiera para la fecha especificada proporcionada en la notificación por escrito, el Hospital puede iniciar uno o más MECs.
  4. El Hospital no emprenderá una o más MECs contra cualquier paciente a no ser aprobado por escrito por el Vicepresidente de Finanzas del Hospital, basada en la creencia razonable de que las condiciones para la realización de la MEC propuesta (en virtud de este Póliza de Facturación y Colección y la ley aplicable) se han cumplido. El Hospital en ningún caso, participara en las MECs contra los pacientes que han demostrado claramente que no tienen ni los ingresos ni los bienes suficientes para cumplir con sus obligaciones financieras (ya sea en virtud de la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital o de otra manera).
  5. Si una Solicitud de Asistencia Financiera (completo o incompleto) es presentada por un paciente en cualquier momento durante el período de solicitud, el Hospital suspenderá cualquier curso MEC durante tanto tiempo como la Asistencia Financiera del paciente se encuentre pendiente.
- J.** Una vez que ha transcurrido el Período de Notificación, el Hospital Morris y Centros de Salud puede usar agencias de cobro externos para ayudar en la recopilación de cuentas de los pacientes. El Hospital requerirá que cada agencia de cobro este de acuerdo por escrito a que se adhieran a las prácticas de facturación y cobranza establecidos en la Póliza de Facturación y Colección y cumplir con las leyes estatales y federales. Antes de remitir las cuentas a las agencias de cobro, los Representantes del Servicio Financiero proyectaran las cuentas de circunstancias especiales, tales como enfermedades catastróficas, cuentas de dólar alto o numerosas cuentas.
1. Una cuenta no será enviado a una agencia de cobro a menos de que el paciente ha tenido una oportunidad razonable para desarrollar y cumplir con un plan de pago razonable y ha fallido de establecer un plan de este tipo o adherirse a un plan de pago por lo establecido.
  2. Una cuenta no se enviará a una agencia de cobro si el paciente ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera pendiente. Si el proceso de cobro ya está en marcha, el Hospital tomará esfuerzos razonables para suspender el proceso de cobro en espera de una determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

3. Una cuenta no se enviará a una agencia de cobro si el paciente ha solicitado la cobertura a través de un programa de pago del gobierno y que la aplicación sigue pendiente (siempre que existe una base razonable para creer que el paciente va a calificar para dicha cobertura).
  4. Una cuenta no se enviará a una agencia de cobro menos que sea aprobado por escrito por un representante autorizado del Hospital, basada en la creencia razonable de que se han cumplido las condiciones para la realización de recolección externa (bajo esta Póliza de Facturación y Colección y la ley aplicable) y se han cumplido.
  5. El Hospital podrá autorizar agencias de cobro funcionando en su nombre para llevar a cabo MEC en consonancia con las disposiciones de Secciones IV.H y IV.I anteriores y la ley aplicable. Sin embargo, cualquier MEC propuesta para ser llevada a cabo por una agencia de cobros externa requerirá la aprobación previa por escrito del Hospital en cada caso concreto como para el paciente particular y la cuenta.
- K.** Los saldos de cuentas de los pacientes que son capaces, pero no quieren pagar por los servicios del Hospital se consideran deudas malas incobrables; dichas cuentas serán referidos a agencias externas para la colección. Los saldos de las cuentas de los pacientes que califican para ayuda financiera bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, pero que fallan en pagar el restante saldo (con descuento) a su vencimiento, se consideran deudas malas incobrables; dichas cuentas serán referidos a agencias externas para colección.
- L.** Si el Hospital refiere o vende deudas de paciente a otro ente durante el Período de Aplicación, el Hospital entrará en un acuerdo escrito con dicha ente que obliga a dicha ente a:
1. Abstenerse de participar en MECs hasta que el Período de Notificación ha expirado y por lo menos 30 días han pasado desde que la carta de pre-colección fue enviada por correo o entregada al paciente;
  2. Suspender las MECs si el paciente presenta una Solicitud de Asistencia Financiera durante el Período de Aplicación; y
  3. Si se determina que el paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera, asegúrese que no le pide al paciente que pague o sea obligado a pagar (y no paga) más de lo necesario, y revoque cualquier MEC tomada previamente.
- M.** El Hospital Morris y Centros de Salud se asegurará de que los registros médicos de los pacientes no contienen anotaciones relativas a los asuntos financieros, incluyendo la cobertura de seguro u otro origen de pago, los saldos adeudados, más allá de las acciones de captación de corriente, u otros detalles de estado de cuenta.
- V. Publicación:**  
El Hospital Morris y Centros de Salud proveerá copias de esta Póliza de Facturación y Cobro, sin cargo alguno para el público. La Póliza de Facturación y Cobro, será publicado y publicitado, y de otra manera disponible de la misma manera como la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital. El Hospital se asegurará de esta Póliza de Facturación y Cobro se hará disponible en Inglés y cualquier otro idioma que es el idioma principal de la menor de (i) 1,000 personas, o (ii) el 5% de la población dentro de las áreas primarias y secundarias de servicio del Hospital .

