

POLÍTICA:	BILLING AND COLLECTION PRACTICES (SPANISH VERSION)		
PROPIETARIO:	DIRECTOR DEL CICLO DE INGRESOS		
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1/10/2024			FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL: 4/92
			HAM

I. Propósito:

Morris Hospital & Healthcare Centers (MHHC) es una entidad sin fines de lucro, exenta de impuestos que tiene la misión benéfica de prestar servicios de atención médica a los residentes de la ciudad de Morris y del área de servicio definida de MHHC. El propósito de la Política de facturación y cobro es asegurar que, en relación con los esfuerzos de MHHC para facturar y cobrar los servicios de atención médica prestados, todos los pacientes sean tratados de manera justa y razonable, y se les dé suficiente oportunidad de aplicar para asistencia financiera (consulte la [Política de asistencia financiera de Morris Hospital & Healthcare Centers](#)) o hacer otros acuerdos de pago.

II. Descripción general:

Esta política describe ciertos descuentos que pueden estar disponibles para los pacientes sobre los saldos de pago por cuenta propia. También establece las acciones que MHHC puede hacer si hay una falta de pago de cualquier saldo del paciente para los servicios médicos del hospital o de la clínica. Además, establece las medidas que MHHC tomará para asegurar que se hagan esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de MHHC, antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro en un esfuerzo por cobrar la cuenta.

Para los fines de esta política, las referencias a “paciente” significan el paciente o su garante, *p. ej.*, la persona que tiene la responsabilidad financiera del pago del saldo de la cuenta.

III. Definiciones:

- A. Período de solicitud** -El período en el que MHHC debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de MHHC. Las copias de la Política y de la Solicitud de asistencia financiera están disponibles en <http://www.morrishospital.org/financiamanagement>.
- B. Estado de cuenta** - Cualquier aviso enviado por correo o entregado al paciente solicitando el pago. El aviso puede ser el primer Estado de cuenta posterior al alta por el cuidado, cualquier Estado de cuenta mensual de rutina a partir de ese momento o una Carta de preaviso de cobro.
- C. Agencia de Cobro de Deudas** - Manual de reembolso de proveedores (PRM) 15-1 de CMS, Sección 310 permite que el esfuerzo de cobro del proveedor incluya el uso de una agencia de cobro además o en lugar de facturaciones posteriores, cartas de seguimiento, contactos telefónicos y personales. Las entidades de cobro externas podrán reportar la cuenta a la Oficina de Informes de Crédito. MHHC y las entidades de cobro externas seguirán la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas durante las actividades de cobro.

- D. Acción de cobro extraordinaria (ECA)** - La notificación de la deuda del paciente a una agencia u oficina de crédito o cualquier acción contra el paciente relacionada con la obtención del pago del saldo del paciente cuando dicha acción requiere un proceso legal o judicial, que incluye:
1. Embargos contra la propiedad del paciente o sobre los que pueda tener un interés, incluyendo los embargos contra patrimonios, sentencias judiciales, acuerdos o compromisos a los que el paciente pueda tener derecho (excepto los embargos que pueda hacer valer MHHC sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso por lesiones personales que se adeude a un paciente individual como resultado de las lesiones personales a las que MHHC haya prestado atención al paciente).
 2. Ejecución hipotecaria de bienes raíces.
 3. Embargo o incautación de cuentas bancarias o bienes personales.
 4. Inicio de una acción civil.
 5. Provocación de un arresto o una orden de arresto judicial.
 6. Embargo del salario u otros ingresos.

Las ECA no incluyen la presentación de un reclamo de MHHC en un procedimiento de quiebra.

- E. Proveedor anticipado**: Un proveedor anticipado que tiene la libertad de comunicarse con pacientes que pagan por su cuenta en una etapa temprana del proceso aumenta la probabilidad de que un paciente pueda ser informado de sus opciones financieras y comenzar a hacer pagos en su saldo.
- F. Representante de servicios financieros**: Personal de la Oficina de Contabilidad de Pacientes (Patient Accounting Office) de MHHC que educa a los pacientes sobre las políticas financieras de MHHC, incluyendo, entre otras, la Política de asistencia financiera y los términos de la Política de facturación y cobro.
- G. Período de notificación**: El período durante el que MHHC debe avisar al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera. Este comienza en la primera fecha en que se presta la atención al paciente y termina el día 120 después de que MHHC dé el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención.
- H. Saldo del paciente**: Cualquier saldo de una cuenta que no sea pagado por el seguro, el pagador gubernamental u otra fuente de pago de terceros. Los saldos de los pacientes no estarán sujetos a intereses mientras esas cuentas estén en Morris Hospital & Healthcare Centers.
- I. Sobrepagos**: Pago en exceso de lo adeudado. Un sobrepago de seguro es cualquier pago que recibe un proveedor en exceso de la cantidad a pagar por un servicio prestado.
- J. Resumen en lenguaje sencillo**: El resumen escrito de la Política de asistencia financiera de MHHC; hay una copia adjunta a dicha Política disponible en <http://www.morrishospital.org/financialassistanceapplication>. El Resumen en lenguaje sencillo se publicará como se describe en la Política de asistencia financiera.
- K. Carta de preaviso de cobro**: Un estado de cuenta enviado por correo o entregado al paciente mediante MHHC antes del comienzo de uno o más ECA contra el paciente, indicando la intención de MHHC de iniciar uno o más ECA para obtener el pago del saldo adeudado, e incluyendo el otro contenido requerido que se describe en la Sección IV.H abajo.

- L. Descuento para pacientes sin seguro:** Un descuento del 72.05 % otorgado a los pacientes que no tienen una cobertura de seguro u otra fuente de pago de terceros para los servicios médicos particulares que se prestan. No está disponible para los pacientes que estén cubiertos por un Plan médico de deducible alto. El descuento para pacientes sin seguro no está disponible si el paciente califica para recibir servicios de beneficencia según la Política de asistencia financiera de MHHC. Si el paciente califica para recibir servicios de beneficencia después de recibir el Descuento para pacientes sin seguro, la cantidad se revertirá y aplicará al Descuento por beneficencia.

IV. Política:

- A. Morris Hospital & Healthcare Centers** hará que todos los estados de cuenta incluyan:
1. Las fechas de los servicios médicos.
 2. Una breve descripción de los servicios médicos prestados, con una declaración de que el paciente puede obtener una factura detallada si la solicita.
 3. La cantidad que debe pagar el paciente.
 4. Información de contacto (incluido el número de teléfono, la dirección de email y la dirección postal) para que la Oficina de Contabilidad de Pacientes de MHHC atienda las preguntas o preocupaciones sobre la facturación.
 5. Una declaración explícita sobre la disponibilidad de asistencia financiera, junto con un número de teléfono y una dirección de sitio web donde el paciente puede obtener más información, como lo exige la Política de asistencia financiera de MHHC.
- B.** Los representantes de servicios financieros de MHHC responderán a las preguntas, preocupaciones o disputas sobre la facturación de los pacientes tan pronto como sea razonablemente posible y, en cualquier caso, no más de (i) dos días después de la llamada telefónica o la consulta por email del paciente, o (ii) 10 días después de recibir la consulta del paciente por correo.
- C.** A todos los pacientes que no tengan cobertura de seguro u otra fuente de pago de terceros para los servicios médicos particulares que se prestan se les otorgará automáticamente el descuento para pacientes sin seguro. El descuento para pacientes sin seguro se revertirá si posteriormente se determina que el paciente tiene seguro médico o califica para recibir asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de MHHC, en este caso se aplicará el descuento por asistencia financiera en lugar del descuento para pacientes sin seguro.
- D.** El primer día que el saldo de una cuenta pasa a ser responsabilidad del paciente/garante, MHHC coloca la cuenta con un proveedor de salida anticipada. Ellos administran el saldo de la cuenta desde el día 1 hasta los 120 días. Durante este tiempo, enviarán 4 estados de cuenta y harán llamadas telefónicas para informar al paciente de sus opciones de pago. Después de 120 días, todos los saldos de cuentas que no cumplan los requisitos de pago se revisan electrónicamente para detectar presunta beneficencia y después se devolverán a MHHC.
- E.** Sobre cada paciente que paga por su cuenta, MHHC se adaptará al paciente mediante el establecimiento de planes de pago razonables y sin intereses para los saldos adeudados del paciente, según la Política de asistencia financiera de MHHC. Los planes de pago están a disposición de los pacientes o de sus garantes, que no califican para ninguna asistencia adicional, pero que no pueden pagar el saldo en su totalidad. Se deben hacer arreglos para dichos planes de pago con un representante de MHHC o una persona designada autorizada para su establecimiento. Se seguirá la tabla del plan de pago (abajo) y, en el caso de aquellas cuentas que necesiten más tiempo para pagar,

se remitirán a nuestro programa de préstamos bancarios sin intereses con Grundy Bank. Si el paciente o el garante no hacen arreglos de pago, o no los cumplen, la cuenta se puede remitir a una agencia de cobro externa.

Saldo	Mín.	Med.	Máx.
\$1-\$249.99	3	5	7
\$250-\$499.99	5	7	9
\$500 - \$999.99	7	9	12
\$1000 \$2,999.99	9	12	16
\$3000 +	12	16	20

- F.** Sujeto al cumplimiento de las disposiciones de esta política, MHHC puede tomar todas y cada una de las acciones legales, incluyendo las ECA, para obtener el pago por los servicios de atención médica prestados. Pero los esfuerzos de MHHC por cobrar las cantidades adeudadas a los pacientes no incluirán ninguna de las siguientes ECA:
1. Arresto o una orden de arresto judicial.
 2. La presentación de un gravamen contra los importes de la pensión alimenticia adeudados al paciente o en su beneficio.
 3. Ejecución hipotecaria de una residencia principal (que no sea un gravamen sobre el producto recibido por la venta de dicha residencia).
 4. Embargo o ejecución sobre un gravamen contra cualquier otro activo exento de acreedores según la ley de Illinois.
- G.** MHHC no participará en ninguna ECA, ya sea directamente o por medio de cualquier agencia de cobro de deudas u otro representante, antes de que se hagan esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia según la Política de asistencia financiera de MHHC. Para ese fin:
1. MHHC no participará en ninguna ECA durante el Período de notificación.
 2. MHHC dará a conocer la disponibilidad de asistencia financiera mediante los métodos especificados en la Política de asistencia financiera de MHHC, incluyendo, entre otros:
 - a. Colocar carteles en todas las áreas de admisión y registro.
 - b. La publicación de la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo en el sitio web de MHHC.
 - c. La inclusión del Resumen en lenguaje sencillo en los materiales de registro de pacientes y en los manuales para pacientes hospitalizados.
 - d. La inclusión del Resumen en lenguaje sencillo en los materiales que se ofrece a cada paciente como parte del proceso de admisión o de alta.
 3. MHHC se asegurará de que la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo estén disponibles en inglés y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de lo que sea menor entre (i) 1,000 personas, o (ii) el 5 % de la población dentro de las áreas de servicio primario y secundario de MHHC.
 4. Durante el Período de notificación, MHHC dará a cada paciente al menos tres estados de cuenta (aunque no es necesario enviar más, una vez que el paciente presente una Solicitud de asistencia financiera), cada uno de los cuales incluye:
 - a. Una declaración explícita sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
 - b. Un número de teléfono para obtener información sobre la Política de asistencia financiera y el proceso de solicitud.
 - c. Una dirección de Internet donde se puede consultar la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo.

5. Si algún paciente se pone en contacto con MHHC para obtener información sobre una posible asistencia financiera, se le dará sin costo alguno, una copia de la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo. Además, se asegurará de que el paciente sea remitido a un representante de servicios financieros para recibir más explicaciones y asistencia según sea necesario.
- H.** Si MHHC tiene la intención de hacer una o más ECA, MHHC enviará por correo o entregará al paciente una carta de preaviso de cobro al menos 30 días antes del comienzo de las ECA. Esta incluirá todo lo siguiente:
1. Una declaración de que MHHC tiene la intención de iniciar una o más ECA (identificando las ECA específicas que se harán) para obtener el pago del saldo adeudado;
 2. Una fecha (que debe ser por lo menos 30 días posterior a la fecha de la Carta de preaviso de cobro) donde se debe hacer el pago para evitar las ECA especificadas.
 3. Una declaración explícita de que se dispone de asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de MHHC.
 4. Una copia del Resumen en lenguaje sencillo.

En ninguna circunstancia podrá enviarse por correo o entregarse a un paciente una Carta de preaviso de cobro antes de los 30 días previos al final del Período de notificación. Durante el período de 30 días posterior al envío o a la entrega de la Carta de preaviso de cobro, MHHC continuará haciendo esfuerzos razonables para informar oralmente al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera.

Si una ECA prevista cubre cargos por múltiples episodios de atención, el tiempo asociado al Período de notificación (120 días) y el Período de solicitud (240 días) se medirán teniendo en cuenta el episodio de atención más reciente en cuestión (específicamente, desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta por esa atención).

- I.** Una vez vencido el Período de notificación, MHHC puede iniciar una o más ECA, como se indica abajo:
1. Si el paciente no solicitó asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de MHHC para el último día del Período de notificación, MHHC puede iniciar una ECA, pero solo después de que se haya entregado la Carta de preaviso de cobro y haya transcurrido un período de al menos 30 días a partir de ese momento.
 2. Si el paciente solicitó asistencia financiera, pero se determinó que no califica según la Política de asistencia financiera de MHHC, este último puede iniciar una o más ECA.
 3. Si el paciente presenta una Solicitud de asistencia financiera incompleta antes de que expire el Período de solicitud, no se podrán iniciar las ECA hasta que se haya completado el siguiente proceso:
 - a. MHHC envía al paciente un aviso por escrito donde se describe la información o documentación adicional necesaria para completar la Solicitud de asistencia financiera.
 - b. MHHC envía al paciente un aviso por escrito con 30 días de antelación como mínimo por las ECA que puede iniciar contra el paciente si no se completa la Solicitud de asistencia financiera o si no se hace el pago en una fecha determinada; *siempre y cuando* la fecha límite para completar o efectuar el pago no se fije antes del final del Período de solicitud.

- b. El PFS trabajará diariamente sobre los pagos en exceso y, para los pagadores gubernamentales, MHHC informará y devolverá los pagos en exceso dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se identificó el pago en exceso. Para todos los demás pagos en exceso que no sean gubernamentales, solo se reembolsarán los saldos de crédito de \$10.00 o más.
 - c. Manual de reembolso de proveedores (PRM) 15-1 de CMS, Sección 310 permite que el esfuerzo de cobro del proveedor incluya el uso de una agencia de cobro además o en lugar de facturaciones posteriores, cartas de seguimiento, contactos telefónicos y personales. Las agencias de cobro de deudas podrán reportar la cuenta a la Oficina de Informes de Crédito. MHHC y las entidades de cobro externas seguirán la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas durante las actividades de cobro.
 - d. Si no hay actividad en la cuenta durante 120 días con el proveedor de salida anticipada + 365 días con una agencia de cobro y el saldo de la cuenta es inferior a \$500, la cuenta se devolverá a MHHC y se cancelará como “deuda incobrable”. Las cuentas que superen este umbral permanecerán en la agencia de cobro de deudas durante 48 meses. Si no hay actividad después de 48 meses, las cuentas se devolverán a MHHC y se cancelarán como “deuda incobrable”.
 - e. Los beneficiarios con doble elegibilidad deben presentar un reclamo a Medicaid con un aviso de pago que indique pago cero. Cuando se recibe la remesa de Medicaid de pago cero, el saldo se cancela a ABDMCRMCD – BAD DEBT MCR/MCD. Este ajuste está vinculado al GL para cuentas incobrables y no es un ajuste contractual.
- K.** Si MHHC remite o vende las deudas de los pacientes a otra parte durante el Período de solicitud, MHHC celebrará un acuerdo escrito con dicha parte que la obligue a:
1. Abstenerse de participar en las ECA hasta que haya vencido el plazo de notificación y hayan transcurrido al menos 30 días desde que se envió por correo o se entregó al paciente la Carta de preaviso de cobro.
 2. Suspender cualquier ECA si el paciente presenta una Solicitud de asistencia financiera durante el Período de solicitud.
 3. Si se determina que el paciente es elegible para recibir Asistencia financiera, garantizar que al paciente no se le pida ni se le obligue a pagar (y no pague) más de lo requerido, y revertir las ECA previamente iniciadas.
- L.** MHHC se asegurará de que los expedientes médicos de los pacientes no contengan anotaciones sobre asuntos financieros, incluyendo la cobertura de seguro u otra fuente de pago, saldos adeudados, acciones de cobro pasadas o actuales u otra información sobre el estado de la cuenta.

V. Publicación:

MHHC dará copias de esta Política de facturación y cobro sin cargo al público. La Política de facturación y cobro generalmente se publicará, se dará a conocer y estará disponible de la misma manera que la Política de asistencia financiera de MHHC. MHHC se asegurará de que su Política de facturación y cobro esté disponible en inglés y en cualquier otro idioma que sea el primario de lo menor de (i) 1,000 personas, o (ii) el 5 % de la población dentro de las áreas de servicio primarias y secundarias de MHHC.

- VI. Directrices para organizaciones comerciales/clientes de salud ocupacional:**
El director financiero de MHHC determinará el curso de acción que se debe seguir para las cuentas impagas de las organizaciones comerciales y los clientes de salud ocupacional. En relación con esa determinación, se tendrán en cuenta todos los hechos y circunstancias pertinentes, incluyendo la cantidad de cuentas de la empresa con saldos impagos, la cantidad total adeudada en dólares, los días de atraso, los términos del contrato, la duración de los servicios prestados a la empresa y la cantidad de empleados.
- VII. Información/capacitación del personal:**
- A. MHHC hará que todos los empleados de Contabilidad de pacientes, Registro de pacientes y Centros de atención médica sepan completamente esta Política de facturación y cobro, para que tengan acceso a esta Política, y la Política de asistencia financiera de MHHC (y la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo), y poder dirigir sus preguntas a la oficina o representante correspondiente del hospital.
 - B. MHHC hará que todos los miembros del personal con contacto público y con pacientes reciban la capacitación adecuada sobre la información básica relacionada con esta Política de facturación y cobro a la oficina o representante correspondiente del hospital.
- VIII. Título y texto de transferencia**
Incluya también una referencia a las siguientes políticas: [Política de asistencia financiera](#) y [Política de informes de beneficios comunitarios](#).

Políticas vinculadas

[Política de asistencia financiera](#)

[Política de informes de beneficios comunitarios](#)

Referencias:

Manual de reembolso de proveedores de Medicare: Capítulo tres – Deudas incobrables, caridad y descuentos de cortesía. Sección 310. Esfuerzo de cobranza razonable

APROBACIÓN:

David Bzdill **Fecha**
Presidente del consejo directivo

Michael Lawrence **Fecha**
Director financiero

Thomas J. Dohm **Fecha**
Presidente y CEO

**Disponibilidad de descuentos y tarifas de pago en efectivo
Morris Hospital and Healthcare Centers**

Estado del seguro**	Emergente o médicamente necesario	Electivo (no emergente ni médicamente necesario)
Medicare o Medicaid	<ul style="list-style-type: none"> • Cobra las tarifas de M/M establecidas • FA disponible: copagos, coseguro y deducibles • Sin PP • Sin SP • Sin CPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Asume una cobertura limitada o nula • Sin FA (no es de emergencia o médicamente necesario) • Sin PP • Sin SP • La CPR está disponible para los servicios designados, si se excluye por ley de la cobertura
Asegurado: servicio cubierto y dentro de la red (incluyendo los planes médicos con deducibles altos)	<ul style="list-style-type: none"> • Cobra las tarifas de los contratos negociados • FA disponible: copagos, coseguro y deducibles • Sin PP (sin pago por cuenta propia) • Sin SP (el paciente está asegurado) • Sin CPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobra las tarifas de los contratos negociados • Sin FA (no es de emergencia o médicamente necesario) • Sin PP (sin pago por cuenta propia) • Sin SP (el paciente está asegurado) • Sin CPR (el paciente está asegurado y el servicio está cubierto)
Asegurado: no un servicio cubierto	<ul style="list-style-type: none"> • FA disponible ○ • PP disponible • SP disponible • Sin CPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin FA (no es de emergencia o médicamente necesario) • PP disponible • SP disponible • CPR disponible para los servicios designados (en lugar de PP y SP)
Asegurado: fuera de la red	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrar tarifas fuera de la red • FA disponible: copagos, coseguro y deducibles • Sin PP (sin pago por cuenta propia) • Sin SP (el paciente está asegurado) • Sin CPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrar tarifas fuera de la red • Sin FA (no es de emergencia o médicamente necesario) • Sin PP (sin pago por cuenta propia) • Sin SP (el paciente está asegurado) • Sin CPR (el paciente está asegurado y el servicio está cubierto)
No asegurado	<ul style="list-style-type: none"> • FA disponible ○ • PP disponible • SP disponible • Sin CPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin FA (no es de emergencia o médicamente necesario) • PP disponible • SP disponible • CPR disponible para los servicios designados (en lugar de PP y SP)

FA: asistencia financiera

PP: descuento por pago anticipado

SP: descuento de pago por cuenta propia

CPR: tarifas de pago en efectivo disponibles

** *Salvo en circunstancias extraordinarias, Morris Hospital & Healthcare Centers no atenderá las solicitudes de los pacientes asegurados (incluyendo los que tienen HDHP) de pagar los servicios en efectivo directamente (sin presentar un reclamo a la aseguradora). Si un paciente está asegurado, MHHC presentará un reclamo a la aseguradora del paciente.*

** *En los descuentos por PP o SP, estos no se aplican a ciertos materiales usados en relación con los servicios del centro médico prestados por el proveedor (p. ej., vacunas, inyecciones para la alergia y anticonceptivos).*

