

Política de Mercy Health System Corporation: Facturación y cobros

Aprobado: 5/25/16

Vigente a partir de: 7/01/2016

I. POLÍTICA:

La política de Mercy Health System Corporation (Mercy's) es ofrecer servicios excepcionales de atención médica para las personas de las comunidades que atiende Mercy, sin importar su edad, raza, país de origen, sexo, religión o discapacidad. Para poder continuar atendiendo a los pacientes en sus comunidades, Mercy usará las directrices estándar de facturación y cobro que se establecen en esta política. Mercy podría tomar las medidas extraordinarias de cobranza (Extraordinary Collection Action, ECA) que se describen en esta política para recibir el pago de los servicios prestados.

Esta política de facturación y cobro para cuentas de pago por cuenta propia asegurará que Mercy use iniciativas de cobro que cumplan con todas las leyes estatales y federales aplicables. Las cuentas de pago por cuenta propia incluyen copagos, deducibles, saldos no cubiertos y otros saldos que son responsabilidad del paciente, incluidos los montos adeudados por personas que no tienen seguro ni otra cobertura de terceros. Cualquier saldo que no cubra un tercero pagador será responsabilidad personal del garante. Se les dará a todos los garantes el plazo y los avisos razonables para que estén enterados y comprendan cuál es su responsabilidad financiera. El garante tiene la responsabilidad de entender la cobertura del tercero pagador y el garante será responsable del pago de los servicios prestados y documentados.

II. DEFINICIONES:

- A. **Estado de deuda incobrable:** Cuando una cuenta tiene un estado de deuda incobrable, no se considera completamente incobrable o sin valor. Las agencias externas de cobro están acostumbradas a cobrar cuentas con estado de deuda incobrable. Después de que la Agencia externa de cobro haya agotado todas las vías de cobro o que hayan transcurrido 15 meses desde su colocación sin que haya habido una actividad razonable, lo que ocurra antes, la cuenta será devuelta a Mercy y se considerará totalmente incobrable.
- B. **Cancelación de deuda incobrable:** Un ajuste realizado a la cuenta de un paciente por los montos que se consideran incobrables, pero el paciente tiene la capacidad de pago del saldo adeudado. Esta determinación se basa en criterios de cobro establecidos y se hace únicamente después de que se ha facturado y se han realizado todas las iniciativas de cobro adecuadas.
- C. **Medida extraordinarias de cobranza (ECA):** Estas son las medidas de cobranza denominadas ECA en la sección V siguiente.
- D. **Asistencia financiera:** Asistencia financiera significa la asistencia que ofrece Mercy a los pacientes que cumplen con ciertos criterios financieros y otros criterios de elegibilidad definidos en la política de Asistencia financiera de hospitales de Mercy para ayudarlos a obtener los recursos financieros necesarios para pagar los servicios de

atención médica emergentes o médicamente necesarios prestados por Mercy en el entorno de un hospital. La asistencia financiera no incluye las asignaciones contractuales con los terceros pagadores.

- E. **Garante:** La persona que es financieramente responsable de la factura del paciente. En caso de un adulto, el paciente es su propio garante. Los niños menores de 18 años de edad no pueden actuar como sus propios garantes; Mercy les preguntará quién es el adulto financieramente responsable del menor. Si la persona que lleva al menor a la cita no es uno de sus padres (por ejemplo, una niñera, un abuelo, un vecino, etc.), debe proporcionar la información del padre o madre que vaya a ser el garante del menor. Si los padres están separados o divorciados, Mercy preguntará quién de los dos posee la patria potestad y custodia del menor. Si la patria potestad y custodia del menor la comparten los dos padres, cualquiera de los padres puede ser el garante.
- F. **Responsabilidad del paciente:** Cualquier saldo adecuado en el cual la parte financieramente responsable es el garante (no el tercero pagador). Se le conoce también como “pago por cuenta propia”.
- G. **Resumen en lenguaje sencillo (Plain Language Summary, PLS):** Un resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de Mercy’s Hospital.
- H. **Tercero pagador:** Cualquier organización, pública o privada, que paga o asegura los gastos médicos o de salud en nombre de los beneficiarios o destinatarios, como compañías comerciales de seguros, Medicare y Medicaid.

III. PROCESO Y DIRECTRICES DE FACTURACIÓN

Mercy recopilará información para programar citas y podrá llevar a cabo una revisión previa al registro. De acuerdo a la información inicial, Mercy podrá, en la medida de sus capacidades, determinar si el tercero pagador está en red. Si se determina que los proveedores de Mercy no están dentro de la red del tercero pagador, el paciente podría ser remitido a otro centro. De conformidad con lo establecido por la legislación de Illinois, para los hospitales de Illinois, en caso de que Mercy determine que el plan de seguro del paciente no cubre los servicios prestados, no se pueda verificar la cobertura o de que Mercy no sea un proveedor participante en el plan de seguro del paciente, Mercy deberá darle al paciente un aviso escrito, durante la admisión o tan pronto como sea posible después de esta, indicando que podría, según sea el caso: (1) ser responsable de todos o de parte de los cargos por los servicios prestados; (2) recibir facturas separadas por los servicios prestados por los profesionales de atención médica afiliados a Mercy; (3) ser atendido por miembros del personal médico que no participan en el mismo plan de seguro ni en la misma red que Mercy y, posiblemente, tener mayor responsabilidad financiera por los servicios prestados por los profesionales de servicios de atención médica en Mercy que no tienen contrato con el plan de seguro del paciente; (4) dirigir sus preguntas acerca de la cobertura o los niveles de beneficios al plan de seguro del paciente y consultar su certificado de cobertura; o (5) tener derecho, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Reembolso de la Atención Médica de Illinois (Illinois Health Care Reimbursement Act) a que la aseguradora asuma la responsabilidad por los cargos de los proveedores auxiliares que no estén cubiertos o que estén fuera de la red de algún proveedor contratado, si hizo sus mejores esfuerzos, de buena fe, para usar los servicios cubiertos de un proveedor contratado, pero que dichos servicios no

estaban disponibles. Las preguntas con respecto a dicha responsabilidad deberá dirigirlas el paciente a su plan de seguro.

Muchos terceros pagadores requieren que el médico del paciente o el titular de la póliza obtengan autorización antes de recibir los servicios. Si el tercero pagador tiene dichos requisitos, el paciente deberá confirmar con su médico o con el tercero pagador que tiene la autorización previa. La falta de autorización previa podría tener como consecuencia la denegación parcial o total de los beneficios de parte del tercero pagador para la hospitalización. El garante podría ser responsable del pago de cualquier cargo denegado debido a que no se obtuvo la autorización previa, a menos que esté prohibido contractualmente.

El paciente debe presentar la información completa y exacta que asegure que se tiene la información necesaria para proporcionar atención eficientemente y para facturar los servicios prestados. Mercy facturará a la mayoría de terceros pagadores después de que se reciba el formulario de asignación de beneficios.

Mercy facturará al tercero pagador después del alta y después de que se realicen las codificaciones necesarias en los registros médicos para los servicios prestados. Las reclamaciones no pagadas por el tercero pagador dentro de los plazos de pago serán identificadas para su seguimiento.

- A. **Medicare.** Mercy es un proveedor certificado de Medicare. Los servicios hospitalarios para la parte A y la parte B de Medicare se facturarán después de verificar la cobertura. Mercy enviará una reclamación de seguro complementario por los saldos adeudados. El paciente será responsable del pago de los saldos no cubiertos por Medicare o una compañía de seguro complementario.
- B. **Medicaid.** Medicaid es el pagador de última instancia. Los pacientes deberán informarle a Mercy si existe otro tercero pagador o si recibieron Medicaid durante el ciclo de facturación. Ciertos programas de Medicaid requieren que el paciente pague algo llamado “spend-down” (exceso de ingreso). El garante será responsable del pago inmediato de cualquier monto de spend-down (exceso de ingreso).
- C. **Compensación de los trabajadores.** Los cargos por servicios hospitalarios incurridos como resultado de una lesión relacionada con el empleo serán tratados de conformidad con las leyes estatales vigentes. Si un empleador rechaza una reclamación, es responsabilidad del paciente presentar una solicitud de apelación. Durante la apelación, Mercy no proseguirá con las iniciativas de cobro mientras la reclamación está en revisión. Si se deniega la apelación, se convertirá en responsabilidad del paciente

Mercy hará los esfuerzos necesarios para cobrarle al tercero pagador antes de facturarle al paciente los servicios prestados. Después de que se hagan los esfuerzos razonables para cobrarle al tercero pagador, Mercy buscará la ayuda del paciente para comunicarse con el tercero pagador para resolver la reclamación pendiente de pago.

Después de recibir los pagos del tercero pagador, cualquier monto que permanezca pendiente de pago o cualquier monto no cubierto que sea responsabilidad del paciente se le facturará al garante. Se le enviará al garante un estado de cuenta por los servicios médicos y hospitalarios en ciclos de facturación acumulados. Para los servicios hospitalarios, la factura inicial deberá

contener la siguiente información: (i) la fecha o las fechas en que se prestaron los servicios de atención médica al paciente; (ii) una descripción breve de los servicios hospitalarios; (iii) el monto adeudado por servicios hospitalarios; (iv) la información de contacto del hospital para realizar consultas sobre la facturación; (v) aviso escrito claro y explícito sobre la disponibilidad de asistencia financiera; (vi) una declaración con referencia de cómo el paciente puede presentar una solicitud para su consideración según la política de asistencia financiera de hospitales de Mercy, incluido el número de teléfono de una oficina que pueda proporcionarle información sobre la asistencia financiera y la dirección del sitio Web en donde puede obtener copias de la política de asistencia financiera de hospitales de Mercy; y (vii) un aviso indicando que el paciente puede obtener una factura detallada si así lo solicita. La factura también debe incluir el número de teléfono para que el garante pueda consultar o debatir la factura.

Las cuentas que se consideren cuentas de pago por cuenta propia recibirán hasta cuatro estados de cuenta y avisos solicitando el pago del saldo pendiente. Mercy continuará enviando estados de cuenta mensuales hasta que se pague totalmente el saldo o hasta que se envíe la cuenta a un estado de cancelación por cuenta incobrable.

Los representantes de Servicio al Cliente o los consejeros financieros de los pacientes podrían intentar comunicarse con el garante (por teléfono, por correo, mediante una carta de cobro o por correo electrónico) durante los ciclos de facturación de los estados de cuenta para hacer un cobro. Todas las iniciativas de cobro realizadas se documentarán en la cuenta del paciente.

Después de realizar iniciativas razonables durante un período hasta de 120 días después de que Mercy envió el primer estado de cuenta de facturación para cobrar el saldo de una cuenta de pago por cuenta propia, Mercy podrá remitir la cuenta a una agencia externa de cobro. Esta remisión no será considerada una medida extraordinaria de cobranza (ECA).

IV. MÉTODOS Y EXPECTATIVAS DE PAGO

Mercy aceptará diversas formas de pago que incluyen: efectivo, cheques, tarjetas de crédito bancarias, VISA, MasterCard, American Express y Discover Card.

Mercy ofrecerá planes de pago a plazos sin interés para la parte de la factura que es responsabilidad del paciente. Los pacientes podrán pagar los saldos en pagos iguales de \$50 o más durante un plazo hasta de 24 meses. Los pacientes podrán hacer un arreglo de pagos a plazos con el consejero financiero de los pacientes o con el representante de servicio al cliente. Se tomarán en cuenta las circunstancias atenuantes que justifiquen un plan de pagos ampliado a más de dos años, pero este deberá aprobarlo el director de cuentas de los pacientes. Si el paciente no cumple con el plan de pagos, la cuenta se revisará para considerar una medida externa de cobro. Cuando la cuenta se envíe a una agencia externa, esta permanecerá en la agencia hasta que se pague la totalidad de la cuenta o hasta que la cuenta regrese de la agencia.

Hay programas ampliados de financiamiento a través de un banco o de una cooperativa de crédito para aquellos pacientes que necesiten un período más largo de pago. El consejero financiero de los pacientes o el representante de Servicio al Cliente podrá proporcionarle más información a los pacientes sobre esta opción.

Los pacientes que reciben servicios electivos, cosméticos u otros servicios que no son médicamente necesarios deberán pagar el 100 % del monto adeudado antes de que se preste

el servicio.

V. MEDIDAS DE COBRANZA Y MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE COBRANZA

Mercy no asignará las cuentas para cobro externo ni hará uso de ECA antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con lo establecido en la política de asistencia financiera. Además, Mercy no remitirá la cuenta a una agencia externa de cobro sin primero ofrecerle al paciente la oportunidad de obtener un plan razonable de pagos.

Para cualquier estado de cuenta que se devuelva debido a que la dirección está incorrecta o “mala”, se tomarán las medidas necesarias para localizar la dirección correcta. Si fallan los intentos razonables, la cuenta se remitirá a una agencia externa de cobro después de transcurridos 60 días a partir de la fecha de alta o, para servicios para pacientes ambulatorios, a partir de la fecha en la que se prestó la atención.

El Director de cuentas de los pacientes es responsable de asegurar que todas las iniciativas de cobro tomadas por un agente externo de parte de Mercy sean congruentes con la misión, la visión y los valores de Mercy, y que este agente externo trate a todas las personas con respecto y que cumpla con las regulaciones pertinentes. Los estándares y el alcance de las prácticas de cobranza se describirán en los acuerdos escritos celebrados con cada agencia individual. Se le notificará a Mercy sobre cualquier queja justificada del paciente o de la familia en cuanto a la conducta de la agencia de cobro.

Mercy o sus agentes podrán tomar Medidas extraordinarias de cobranza (ECA) después de que hayan transcurrido 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta de facturación emitido después del alta relacionado con la atención. Las ECA que Mercy o sus agentes podrían tomar incluyen:

- A. Presentar información adversa acerca de la persona a las agencias de informe crediticio del consumidor o a las oficinas de crédito.
- B. Medidas que podrían requerir procedimientos judiciales o legales, incluidos, entre otros, la imposición de gravámenes sobre los bienes de la persona o el embargo del salario de la persona. (Actualmente Mercy limita las ECA de este tipo a la imposición de gravámenes sobre los bienes de la persona o al embargo del salario de la persona. Mercy podría, a su entera discreción, cambiar las limitaciones en cualquier momento).
- C. Diferir, denegar o requerir un pago antes de ofrecer atención médicamente necesaria que no sea de emergencia porque la persona incumplió con el pago de una o más facturas de atención prestada anteriormente.
- D. Vender la deuda de la persona a terceros. (Mercy actualmente no hace esto. Mercy podría, a su entera discreción, cambiar esta limitación en cualquier momento).

No obstante lo anterior, lo siguiente no debe considerarse una ECA: (i) cualquier gravamen que Mercy tenga derecho a ejercer de conformidad con la ley estatal en los fondos que surjan de un juicio, liquidación o compromiso adeudado al paciente (o a su representante) como resultado de las lesiones personales para las cuales Mercy prestó atención, y (ii) la presentación de un reclamo en cualquier proceso de bancarrota.

Mercy o sus agentes le notificarán al paciente, por escrito, por lo menos 30 días antes de tomar cualquier ECA. Dicha notificación deberá: (i) proporcionar un aviso escrito que indique que hay asistencia financiera para los pacientes elegibles, que identifica cualquier ECA que Mercy pueda tomar en caso de incumplimiento de pago y que indique la fecha límite después de la cual se tomarán medidas ECA; (ii) proporcionar al paciente una copia del Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de hospitales de Mercy; y (iii) hacer los esfuerzos razonables para notificarle al paciente, verbalmente, acerca de la política de asistencia financiera de hospitales de Mercy. Si dentro del período de aviso de 30 días el paciente solicita asistencia financiera y no han transcurrido más de 240 días desde la fecha del primer estado de cuenta después del alta (el período de solicitud), entonces se le dará al paciente la oportunidad de presentar una solicitud para recibir asistencia financiera antes de que se tome una ECA. En caso de que se haya tomado una medida ECA durante el período de solicitud y el paciente solicita asistencia financiera, entonces se deberá suspender la ECA y se deberá permitir que el paciente presente su solicitud para asistencia financiera. Si Mercy acumula facturas pendientes de pago de una persona por varios episodios de atención antes de implementar una o más ECA para recibir el pago de esas facturas, deberá abstenerse de emprender una ECA sino hasta 120 días después de que entregó el primer estado de cuenta de facturación después del alta para el episodio más reciente de atención incluido en este acumulado.

No obstante lo anterior, y en caso de que Mercy pretenda diferir o denegar atención que no es de emergencia, Mercy podría notificarle al paciente acerca de la política de asistencia financiera de hospitales por lo menos 30 días antes de dicha denegación o retraso, siempre que Mercy le ofrezca al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y un aviso escrito indicando que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles y la fecha límite para que Mercy acepte y proceda con el trámite de la solicitud enviada por el paciente para la atención previa en cuestión. La fecha límite será 30 días contados a partir de la fecha del aviso escrito o 240 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta de facturación después del alta de la atención prestada previamente, lo que ocurra después. Si el paciente envía una solicitud de asistencia financiera, Mercy deberá dar trámite a la solicitud de forma expedita.

Mercy suspenderá cualquier ECA para cobrar los pagos de atención cuando un paciente envía una solicitud de asistencia financiera hasta que (i) Mercy haya determinado si la persona es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo a la solicitud completa; o (ii) en caso de que la solicitud esté incompleta, la persona no haya respondido la solicitud de información o documentación adicional dentro de un período razonable otorgado para responder a dicha solicitud. Si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, Mercy deberá: (i) reembolsarle al paciente cualquier monto que haya pagado por la atención que exceda la responsabilidad personal calculada para el paciente; (ii) proporcionarle al paciente un estado de cuenta de la facturación que indique el monto que adeuda el paciente por la atención como paciente elegible para recibir asistencia financiera y una explicación de cómo se calculó ese monto, incluida una descripción de cómo el paciente puede obtener información sobre el monto generalmente facturado (tal como se define en la política de Asistencia financiera de hospitales de Mercy); y (iii) tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (excepto la venta de deuda) tomada en contra del paciente para obtener el pago por su atención.

En sustitución de una solicitud, Mercy podría determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera para su atención con base en información diferente a la proporcionada por el paciente o con base en una determinación previa de asistencia financiera, siempre que se determine que el paciente no es elegible para recibir atención gratuita y Mercy debe: (i) notificarle al paciente sobre la base para la determinación y el método para solicitar una asistencia financiera más generosa; y (ii) darle al paciente un período razonable para presentar una solicitud para mayor asistencia financiera antes de tomar medidas ECA.

El jefe del Departamento de Contabilidad del Paciente tiene la autoridad final para determinar si un hospital de MRHS ha hecho los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera.

VI. LOS PACIENTES QUE TENGAN PREGUNTAS

Un representante de Servicio al Cliente para las Cuentas de los Pacientes está disponible para responder a sus preguntas de manera confidencial, antes, durante y después de la hospitalización o servicio. Los pacientes pueden llamar a Servicio al Cliente al 866-269-7115 o al (608) 741-7630 para obtener más información o si tienen alguna pregunta o inquietud acerca de las políticas de pago de Mercy.

Citas:

26 CFR s. 1.501(r)

Manual de Reembolso a los Proveedores CMS (CMS Provider Reimbursement Manual, PRM)
15-1, Sección 310

210 ILCS 89/1 y subsiguientes

210 ILCS 88/1 y subsiguientes