



POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO PARA LAS CUENTAS QUE SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Tennessee — Hospital Methodist University, Methodist North, Methodist South, Methodist Germantown y Hospital de niños Le Bonheur Children's

Mississippi — Hospital Methodist Olive Branch

Tipo: Finanzas/Administrativo

Centro: Sistema

Objetivo: El objetivo de esta política es establecer las medidas que Methodist Le Bonheur Healthcare tomará en caso de no pago de la parte de las cuentas de pacientes que son responsabilidad de cada paciente. Esta política también tiene el propósito de garantizar que se haga todo lo posible para determinar si un paciente individual (o persona responsable del pago de la cuenta) es elegible para recibir ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera para gastos médicos de Methodist Le Bonheur antes de tomar medidas extraordinarias de cobranza para cobrar la cuenta de un paciente. Esta política se revisará anualmente.

Alcance: Esta política cubre la facturación y la cobranza de las cuentas sin cobertura de seguro, así como la facturación y la cobranza de copagos, coseguro y deducibles. Sin embargo, esta política no se aplica a las cuentas de pacientes que tienen seguro de responsabilidad civil.

I. Definiciones

- A. Resumen en lenguaje sencillo: se refiere a una declaración por escrito que describe la ayuda financiera que ofrece Le Bonheur Healthcare de conformidad con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos por servicios hospitalarios prestados a pacientes ambulatorios y hospitalizados y que contiene la información exigida por la § 501(r) del Código de Impuestos Internos.
- B. Cantidades generalmente facturadas ("AGB"): se refiere a los cargos brutos por los servicios cubiertos que se cobran a las personas de acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos, multiplicados por el porcentaje de AGB aplicable a dichos servicios.
- C. Porcentaje de AGB: se refiere a un porcentaje que es el resultado de la división entre (1) la suma de todas las cantidades permitidas por los servicios médicamente necesarios prestados y pagados durante el Período relevante por los pagos por servicio de Medicare y todas las compañías privadas de seguros médicos como pagadores principales, en conjunto con cualquier parte asociada de estas reclamaciones pagada por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en la forma de copagos,

coseguro o deducibles y (2) los cargos brutos por dichos servicios médicamente necesarios. El porcentaje de AGB se calcula a más tardar el 1 de septiembre de cada año para el Período relevante más reciente. El cálculo del porcentaje de AGB deberá cumplir con el “método retrospectivo” que se detalla en la § 1.501(r)-5(b)(3) del Reglamento del Departamento del Tesoro. Para el período relevante actual, que comenzó el 31 de diciembre de 2023 y termina el 31 de diciembre de 2024, el porcentaje de AGB es 22% para nuestros hospitales en Tennessee y el hospital de Mississippi en Olive Branch.

- D. Período de solicitud: Período de tiempo que tiene un paciente para enviar una solicitud llenada para recibir ayuda financiera. Para fines de esta política, el período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención médica y termina no antes de 240 días después del primer estado de cuenta posterior a la fecha de prestación del servicio o 30 días después de que el hospital envía un aviso por escrito al paciente, donde describe las medidas extraordinarias de cobranza pendientes.
- E. Plazo de facturación: se refiere a la fecha después de la cual Methodist Le Bonheur puede tomar medidas extraordinarias de cobranza en contra de una persona responsable que no ha presentado una solicitud de ayuda financiera de acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos. El plazo de facturación deberá especificarse en un aviso por escrito a la persona responsable 30 días antes del plazo, pero no antes del último día del Período de notificación.
- F. Descuento: Para fines de esta política, este término se refiere a la reducción en la cantidad que adeuda el paciente.
- G. Medidas extraordinarias de cobranza: se refiere a cualquier medida tomada contra una persona en relación con la obtención del pago de una cuenta sin cobertura de seguro que exige un proceso legal o judicial, o involucra enviar información desfavorable relacionada con la parte responsable a las agencias de informe de crédito o a las oficinas de crédito. Las medidas extraordinarias de cobranza no incluyen los esfuerzos para perfeccionar derechos de retención reglamentarios o cobrar a fuentes de responsabilidad civil.
- H. Persona elegible para los Programas de Ayuda Financiera (FAP): se refiere a una persona responsable que es elegible para recibir ayuda financiera de acuerdo con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Methodist Le Bonheur, sin importar si la persona responsable ha presentado una solicitud de ayuda financiera según alguno de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos.
- I. Política de ayuda financiera: se refiere a la Política de ayuda financiera de Methodist Le Bonheur y los Programas de Ayuda Financiera de Nivel Uno, Nivel Dos y Con Seguro Médico Insuficiente establecidos en virtud del mismo.
- J. Cargos brutos: se refiere a las tarifas por servicios cubiertos que se presentan anualmente al Departamento de Salud de Tennessee o a otra agencia estatal o

federal pertinente. Si no se exige que se presenten las tarifas anualmente a una agencia estatal o federal, entonces los cargos brutos serán las tarifas por los servicios cubiertos según se establecen en la Lista de cargos del hospital en el momento en que se prestan los servicios cubiertos.

- K. Período de notificación: Se refiere al período durante el cual Methodist Le Bonheur debe informar a la persona responsable sobre su Política de ayuda financiera para hacer todo lo posible para determinar si la persona es elegible para los FAP. El Período de notificación comienza en la fecha en que se prestaron los servicios médicos por primera vez y finaliza 120 días después de que Methodist Le Bonheur proporciona el primer estado de facturación a la persona responsable.
- L. PFS: Se refiere a Servicios Financieros para Pacientes (PFS, Patient Financial Services), un departamento de Methodist Le Bonheur Healthcare que es responsable de facturar y cobrar cuentas por servicios hospitalarios.
- M. Persona responsable: se refiere al paciente y a cualquier otra persona que tenga una responsabilidad financiera por una cuenta sin cobertura de seguro.
- N. Cuenta sin cobertura de seguro: Se refiere a la parte de la cuenta de un paciente por la que el paciente u otra persona responsable es individualmente responsable del pago neto de cualquier reducción o cancelación hecha en relación con una solicitud aprobada para ayuda de acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos o el Programa para Personas con Seguro Médico Insuficiente.
- O. Paciente sin seguro: se refiere a un paciente sin beneficios de seguro de salud o de programas gubernamentales que puede recibir una factura por los servicios cubiertos prestados y quien, de otra forma, no está excluido de esta política de conformidad con la Sección II a continuación. Si un paciente que tiene el beneficio de seguro de salud o de programas gubernamentales y que puede recibir una factura por servicios médicamente necesarios tiene una reclamación denegada, se considerará al paciente como un paciente sin seguro.
- P. Con Seguro Médico Insuficiente: se refiere a un paciente que tiene seguro y tiene un saldo adeudado superior a \$5,000 por algún servicio médico en particular.
- Q. Pago por cuenta propia (self-pay): esto significa que el paciente elige no enviar los cargos a su seguro de salud y por alguna otra razón elige pagar de forma privada / por cuenta propia. Estos pacientes se registrarán por el proceso explicado en la sesión U de este reglamento.
- R. Servicios cubiertos: se refiere a los servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios recibidos en un centro hospitalario de Methodist Le Bonheur.

S. Medicamento necesario: se refiere a los servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o que se espera dentro de lo razonable que sea médicamente necesario considerando el nivel de atención más adecuado. Según el estado de salud del paciente, el entorno más adecuado para proporcionar la atención puede ser el hogar, el consultorio del médico, un centro de atención ambulatoria o de atención a largo plazo, rehabilitación o cama de hospital. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:

1. ser necesario para tratar una lesión o una enfermedad;
2. ser coherente con el diagnóstico y el tratamiento de la afección del paciente;
3. cumplir con los estándares de la práctica médica adecuada;
4. ser para un fin distinto a la comodidad del paciente o del médico del paciente;
5. ser acorde con el nivel de atención más adecuado para el paciente, según la afección del paciente y no su situación financiera o familiar.

Se considera que los servicios médicos de emergencia son médicamente necesarios.

T. Servicios médicos de emergencia: se refiere a los servicios necesarios y adecuados para tratar una afección de un paciente que es consecuencia de la aparición repentina de una afección con síntomas agudos y que, sin atención médica inmediata, es muy probable que se ponga en peligro la vida de dicho paciente y, como consecuencia, pueda derivar en un deterioro grave de las funciones corporales o en una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo.

U. Pacientes con seguro (se excluye a contribuyentes gubernamentales) quienes NO desean enviar sus gastos a su seguro:

- Estos pacientes recibirán un 60% de descuento de sus cargos
- El pago estimado deberá pagarse por completo antes de que se provean los servicios
- Nosotros no enviaremos ningún reclamo al seguro médico sobre esta visita en particular en ningún momento en el futuro

V. Plan “paquete”

- Pacientes que tienen programados procedimientos (ej.: bariátricos) y el pago se exige en el momento en el cual se proveerán los servicios
- Estos pacientes no recibirán descuentos adicionales ni tampoco aplicará a estos encuentros nuestra política de asistencia financiera.

II. Política

Esta política tiene el objetivo de cumplir con la § 501(r) del Código de Servicios Internos y los reglamentos del Departamento del Tesoro de Estados Unidos promulgados en virtud del mismo. Sujeto al cumplimiento de esta política y dichas leyes y reglamentos federales, Methodist Le Bonheur Healthcare puede tomar todas las medidas legales, como las medidas extraordinarias de cobranza, para obtener el pago de los servicios médicos prestados. Esta política establece los procesos y los procedimientos para garantizar que se haga todo lo posible para determinar si una persona responsable es elegible para los FAP y los pasos que tomará Methodist Le Bonheur Healthcare antes de implementar alguna medida de cobranza, o que incluye medidas extraordinarias de cobranza. En ningún caso Methodist Le Bonheur Healthcare, ya sea de forma directa o mediante una agencia de cobranza u otro tercero a quien el hospital haya remitido la cuenta del paciente, tomará medidas extraordinarias de cobranza antes de hacer todo lo posible para determinar si la persona responsable es elegible para recibir ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera para gastos médicos de Methodist Le Bonheur Healthcare.

A. Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para los FAP

1. Todos los pacientes sin seguro recibirán ayuda financiera, el resumen en lenguaje sencillo y los formularios de solicitud de ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera antes de recibir el alta del centro hospitalario.
2. Se enviarán por correo al menos cuatro estados de cuenta con 30 días de diferencia a la última dirección conocida de cada persona responsable antes del término del Período de notificación. Deben pasar al menos 120 días entre el envío del primer y del último estado de cuenta. Cada uno de los estados de cuenta incluirá lo siguiente:
 - a. Un resumen de los servicios hospitalarios y una lista de las citas que se incluyen en el estado de cuenta.
 - b. La cantidad que debe pagar la persona responsable.
 - c. Aviso de la disponibilidad de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos.
3. Si durante el Período de solicitud el paciente no ha llenado una Solicitud de ayuda financiera ni ha hecho arreglos de pagos satisfactorios, entonces se enviará una declaración que informa a la persona responsable sobre las medidas extraordinarias de cobranza que se pueden tomar. La declaración debe proporcionarse a la persona responsable al menos 30 días antes del plazo de facturación.
4. Todas las llamadas telefónicas hechas a la persona responsable en relación con la cuenta sin cobertura de seguro incluirán un aviso sobre la Política de ayuda financiera e información sobre el proceso de solicitud.

B. Inicio de las medidas extraordinarias de cobranza

1. En el caso de que se autoricen medidas extraordinarias de cobranza de conformidad con esta política, PFS recibirá la autorización de informar sobre las cuentas sin cobertura de seguro no pagadas a las agencias de informes de crédito y oficinas de crédito y presentar un litigio de manera coherente con las leyes estatales aplicables.
2. Las medidas extraordinarias de cobranza pueden iniciarse para obtener el pago de las cuentas sin cobertura de seguro solo si se cumplen las siguientes condiciones:
 - a. La persona responsable no ha solicitado ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera antes del término del Período de notificación.
 - b. PFS ha confirmado que la persona responsable ha recibido el aviso por escrito de los 30 días que se describe en la Sección II.A.3.
 - c. PFS ha hecho todo lo posible para confirmar que la persona responsable tiene ingresos que exceden el 250 % de las Pautas federales de pobreza.

O
 - d. La persona responsable ha enviado una solicitud completa para recibir ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera y PFS ha determinado, de forma definitiva, que la persona responsable no es elegible para la ayuda financiera y que la cuenta permanece impaga.

C. Efecto de solicitudes incompletas de ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera o solicitudes presentadas durante el Período de solicitud

Si una persona responsable presenta una solicitud incompleta para recibir ayuda financiera durante el Período de notificación o de solicitud, o presenta una solicitud completa durante el Período de solicitud, entonces es posible que no se inicien medidas extraordinarias de cobranza (si se presenta durante el Período de notificación) o que se suspendan (si se presenta durante el Período de solicitud, pero después de iniciar las medidas extraordinarias de cobranza) hasta que se hayan cumplido cada una de las siguientes condiciones:

1. PFS le envía un aviso por escrito a la persona responsable para indicarle que la solicitud presentada está incompleta e identifica la información o los documentos adicionales que exige la Política de ayuda financiera para completar la solicitud de ayuda financiera. Este aviso por escrito debe incluir una copia del Resumen en lenguaje sencillo.

2. PFS le envía un aviso por escrito a la persona responsable al menos 30 días antes del posible inicio de las medidas extraordinarias de cobranza si la solicitud de ayuda financiera no está completa de acuerdo con la Política de ayuda financiera o si no ha hecho el pago. Sin embargo, el plazo para completar la solicitud no puede ser anterior al término del Período de solicitud.
3. La persona responsable que presentó la solicitud incompleta no la completa antes del término del Período de solicitud o del plazo establecido en el aviso que exige la Sección II.C.2.

O

4. En el caso de que se reciba una solicitud completa de ayuda de acuerdo con la Política de ayuda financiera después del Período de notificación pero durante el Período de solicitud, PFS determina, de forma definitiva que la persona responsable no es elegible para recibir ayuda financiera.

D. Disposiciones varias

1. Habrá copias gratuitas de esta política disponibles para el público. Dichas copias están disponibles en las áreas de ingreso o registro de cada centro hospitalario, en el sitio web de Methodist Le Bonheur Healthcare y también puede solicitarlas por correo.