

POLÍTICA: Política de facturación y cobro del paciente
FECHA DE VIGENCIA: 5-1-2014
FECHA(S) REVISADA(S): 6-24-16, 6-1-23, 1-1-24, 6-13-24, 12-17-24, 8-22-2025, 8-27-2025

Southern Mono Healthcare District haciendo negocios como Mammoth Hospital ("MH" u "Hospital") se compromete a mantener el más alto nivel de excelencia en el servicio al cliente. Reconocemos que los pacientes generalmente buscan servicios médicos por necesidad. También reconocemos que los costos asociados con esta atención generalmente no se presupuestan por adelantado. Además de tener que adaptarse a los elementos físicos, emocionales y espirituales asociados con una enfermedad o lesión, los pacientes y sus familias también deben enfrentar una carga financiera imprevista. MH se compromete a brindar un enfoque compasivo y afectuoso para ayudar a nuestros pacientes a resolver sus obligaciones financieras asociadas con los servicios hospitalarios que reciben.

MH desarrolló esta política, junto con la Política de Asistencia Financiera, de acuerdo con los requisitos relacionados con las actividades de facturación y cobro de hospitales, incluida la Ley de Facturación Justa de Hospitales de California codificada en la sección 127400-127446 del Código de Salud y Seguridad y las regulaciones de implementación asociadas en la sección 96051-96051.37 del Código de Regulaciones de California, et seq., la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas Rosenthal de California según corresponda a los hospitales codificados en el Código Civil sección 1788, et seq., sección 501 (r) (6) del Código de Rentas Internas federal y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, Regulación F codificada en 12 CFR parte 1006. Se proporcionará una copia de la Política de Facturación y Cobro al Paciente publicada, y todas las Políticas enmendadas o revisadas, al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica del Estado de California o "HCAI" (también conocido como la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud del Estado) de acuerdo con los procedimientos de presentación estatal de HCAI (Consulte en general, el Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR) sección 96040-96051.37, et seq.).

I. Propósito

Esta política establece procedimientos razonables con respecto a la facturación y el cobro de las cuentas de los pacientes de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Las acciones de facturación y cobranza pueden ser tomadas por MH o empresas externas contratadas y bufetes de abogados.

II. Alcance / Aplicabilidad

Esta política se aplica a todos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en los que MH realiza la facturación (en la mayoría de los casos incluye los honorarios profesionales médicos).

III. Política

A. Procedimientos de facturación

1. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera y expectativas financieras

MH publicita ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera y hace esfuerzos razonables para identificar a las personas que pueden ser elegibles. Los criterios de elegibilidad y el proceso de solicitud se establecen en la Política de asistencia financiera de MH.

De acuerdo con esta Política y la Política de Asistencia Financiera, MH se comunicará claramente con los pacientes con respecto a las expectativas financieras lo antes posible en el proceso de cita y facturación.

- Los pacientes son responsables de comprender la cobertura de su seguro y de proporcionar la documentación necesaria para ayudar en el proceso de cobro del seguro.
- Es posible que se requiera que los pacientes paguen un depósito previo al servicio o copagos, coseguros y deducibles estimados antes de los servicios (excepto en el Departamento de Emergencias y otras situaciones emergentes).
- Los pacientes generalmente son responsables de pagar los saldos de pago por cuenta propia, incluidos los montos no pagados por las compañías de seguros o los terceros pagadores aplicables.

2. Cobranzas del pagador (por ejemplo, seguro y plan de salud)

MH mantendrá y cumplirá con las políticas y procedimientos para garantizar la presentación oportuna y precisa de reclamos a todos los planes de salud conocidos o pagadores de seguros ("Pagador") claramente identificados por el paciente. Si MH recibe oportunamente del paciente información completa y precisa sobre el Pagador, pero no presenta oportunamente un reclamo al Pagador y el Pagador niega el reclamo en función de esa presentación extemporánea, el paciente será responsable solo de la cantidad que el paciente estaría obligado a pagar si el Pagador hubiera pagado el reclamo. Sin embargo, si MH determina que presentó oportunamente los reclamos o que se le proporcionó información inexacta o incompleta, entonces el paciente será responsable.

MH no remitirá ninguna factura del Pagador a una agencia de cobranza externa o a un abogado para la actividad de cobranza mientras un reclamo de pago de los servicios esté pendiente con un pagador contratado. MH puede remitir una factura del pagador a una agencia de cobranza externa o a un abogado después de una denegación inicial o una denegación inoportuna del reclamo por parte de un pagador.

MH no remitirá ninguna factura a una agencia de cobranza externa o a un abogado para la actividad de cobranza cuando un pagador externo rechace un reclamo debido al error de MH y dicho error resulte en que el paciente se vuelva responsable de la deuda

cuando de otro modo no sería responsable. MH se reserva el derecho de corroborar que se ha cometido un error y si MH determina que no ha cometido un error, entonces el paciente puede ser considerado responsable. Los pacientes deben firmar una autorización que permita a MH facturar al plan de salud del paciente, a la compañía de seguros o a cualquier otro pagador externo, y deben cooperar con MH de manera razonable proporcionando la información solicitada para facilitar la facturación adecuada al plan de salud o a la compañía de seguros del paciente.

MH hace todos los intentos razonables para cobrar a todos los pagadores conocidos, con quienes MH tiene un contrato y pagadores no contratados por los servicios prestados para ayudar a los pacientes a resolver sus facturas.

3. Resolución de saldo de pago por cuenta propia

MH empleará procedimientos razonables de manera justa y consistente para cobrar los saldos de pago por cuenta propia del paciente, manteniendo la confidencialidad y la dignidad del paciente. La asistencia financiera está disponible para aquellos pacientes cuyos ingresos no permitan el pago completo de los servicios dentro de un tiempo razonable.

MH sigue los procedimientos de cobro de pago por cuenta propia y los flujos de procesos y debe cumplir plenamente con esta Política. MH y sus afiliados han desarrollado un proceso para que los pacientes cuestionen o disputen las facturas, incluido un número de teléfono gratuito al que los pacientes pueden llamar y una dirección a la que pueden enviar correspondencia escrita. El número de teléfono y la dirección figurarán en todas las facturas de los pacientes y avisos de cobro enviados por MH. MH hará todos los intentos razonables para devolver las llamadas telefónicas realizadas por los pacientes a este número lo antes posible, pero en ningún caso después de cinco días hábiles después de recibir la llamada.

B. Planes de pago extendidos

MH y sus agencias de cobro ofrecerán a los pacientes sin seguro y a los pacientes asegurados con una parte de responsabilidad del paciente la opción de entrar en un acuerdo para pagar su parte de responsabilidad del paciente y cualquier otro monto adeudado a lo largo del tiempo.

MH puede declarar que un plan de pago extendido ya no está operativo después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos durante un período de 90 días. Antes de declarar inoperante el plan de pago extendido, MH o sus agencias de cobro harán un intento razonable de comunicarse con el paciente por el último número de teléfono conocido y notificar por escrito con la última dirección conocida para notificar al paciente que el plan de pago extendido puede quedar inoperativo y brindar la oportunidad de renegociar. MH o la Agencia de Cobranza que actúe en nombre de MH intentará renegociar el plan de pago extendido si el paciente lo solicita.

Después de que un plan de pago extendido se declare inoperativo y hayan pasado más de 180 días desde la facturación inicial del paciente, MH o sus agencias de cobro pueden comenzar las prácticas de cobro descritas en la Sección C a continuación).

C. Prácticas de cobro

De conformidad con las leyes estatales y federales pertinentes, y de acuerdo con las disposiciones descritas en esta Política de Facturación y Cobros, las Agencias de Cobranza de MH pueden participar en actividades de cobro adicionales en nombre de MH. MH no vende deuda a sus agencias de cobranza. MH y sus agencias de cobranza no buscarán cobros de un paciente que intente calificar para recibir asistencia financiera según la Política de asistencia financiera del hospital y esté intentando de buena fe liquidar una factura pendiente.

1. Agencias de cobranza Esfuerzos razonables para identificar a los pacientes elegibles para asistencia financiera

Antes de contratar a una agencia de cobranza para obtener el pago, MH enviará al paciente un aviso con un aviso con la siguiente información:

- La (s) fecha (s) de notificación de la factura que se asigna a los cobros;
- El nombre de la entidad a la que se asigna la factura;
- Una declaración que informe al paciente cómo obtener una factura hospitalaria detallada de MH;
- El nombre y el tipo de plan de la cobertura de salud para el paciente registrado en el hospital en el momento de los servicios o una declaración de que el hospital no tiene esa información;
- Un resumen en lenguaje sencillo y una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de MH;
- La (s) fecha (s) en que se le envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, la (s) fecha (s) en que se le envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión sobre la solicitud.

MH hará además esfuerzos razonables para notificar oralmente a las personas sobre la política de asistencia financiera del Mammoth Hospital.

2. Período de notificación

MH no enviará cuentas a una agencia de cobranza por un período de 180 días después de la fecha del estado de cuenta inicial para la atención médicamente necesaria o de emergencia aplicable. Cuando haya una apelación pendiente (como se define a continuación) con respecto a la cobertura de los servicios y el paciente haga un esfuerzo razonable para comunicarse con el hospital sobre el progreso de cualquier apelación pendiente, este período se extenderá hasta que se tome una determinación final de esa apelación. Una "apelación pendiente" incluye una queja contra un plan de servicios de atención médica contratado o contra una aseguradora, una revisión médica independiente, una audiencia imparcial de revisión de reclamos de Medi-Cal o

una apelación con respecto a la cobertura de Medicare de acuerdo con las leyes y regulaciones federales.

Si un paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera después de que la cuenta haya sido remitida a una agencia de cobranza, MH y sus agencias de cobranza suspenderán la actividad de cobranza y tomarán una determinación de elegibilidad antes de reanudar la actividad de cobranza aplicable. Una vez que se haya tomado una determinación sobre la elegibilidad para la asistencia financiera, se enviará una "Carta de determinación de elegibilidad para asistencia financiera" a cada solicitante informándoles de la decisión de MH. Si un paciente envía una solicitud incompleta, MH notificará al paciente sobre cómo completar la solicitud y le dará al paciente una oportunidad razonable para hacerlo.

3. Envío de cuentas a cobranza

Después de que hayan pasado al menos 180 días desde que se proporcionó el estado de cuenta inicial al paciente y MH haya encontrado que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera o que el paciente no haya respondido a ningún intento de facturar u ofrecer asistencia financiera, MH puede colocar la factura del paciente con una agencia de cobranza para cobrar los saldos pendientes bajo la autoridad del Director Financiero ("CFO") o su designado. Al revisar la cuenta para su remisión a una agencia de cobranza, el CFO o su designado confirmará que:

Existe una base razonable para creer que el paciente tiene la deuda.

Todos los pagadores conocidos han sido facturados correctamente, de modo que cualquier deuda restante es responsabilidad financiera del paciente. Cuando el paciente ha indicado su incapacidad para pagar el monto total de la deuda en un solo pago, se requiere la consideración de un plan de pago razonable siempre que MH pueda requerir que el paciente proporcione una verificación razonable de la incapacidad de pagar el monto total de la deuda en un solo pago.

Al paciente se le ha dado una oportunidad razonable de presentar una solicitud de asistencia financiera.

Después de que se haya notificado al hospital que el paciente ha presentado una queja ante HCAI, MH no enviará la factura impaga a ninguna agencia de cobranza u otro cesionario a menos que esa entidad haya acordado cumplir con la Ley de Precios Justos del Hospital. Esto se aplicará solo a las facturas por las cuales el paciente haya presentado una queja ante HCAI.

4. Sin acciones de cobro extraordinarias

MH y sus agentes, incluidas las Agencias de Cobro, no participan en Acciones de Cobros Extraordinarias. Ni MH ni sus agentes proporcionarán ninguna información relacionada con la deuda de un paciente a una agencia de informes crediticios del consumidor, ni utilizarán embargos salariales ni presentarán un gravamen contra la residencia principal de un paciente como medio para cobrar facturas hospitalarias impagas.

D. Agencia de cobranza

MH no vende deudas a agencias de cobranza. MH puede enviar cuentas a las agencias de cobranza solo después de que se hayan agotado todas las opciones razonables de cobro y pago. Las agencias de cobranza pueden ayudar a resolver las cuentas de los servicios que han sido calificados y asignados a deudas incobrables debido a que los pacientes no cooperan en los pagos, no realizan los pagos apropiados o no están dispuestos a proporcionar datos financieros y de otro tipo razonables para respaldar su solicitud de asistencia financiera. MH y sus agencias de cobro no utilizarán ninguna de la documentación recopilada durante el proceso de solicitud de asistencia financiera (incluidos los recibos de pago y las declaraciones de impuestos) en sus actividades de recaudación.

El personal de la Agencia de Cobranza mantendrá la confidencialidad y la dignidad individual de cada paciente. Todas las agencias de cobranza cumplirán con todos los requisitos de HIPAA para manejar información médica protegida.

IV. DEFINICIONES

Atención caritativa: La atención caritativa es la atención gratuita que se brinda cuando no se espera que el paciente pague la obligación de pago del paciente por los artículos y servicios proporcionados por MH. La atención caritativa se basa en la necesidad financiera y está disponible para pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza más reciente.

Agencia de cobranza: una agencia de cobranza contratada por MH u otros cesionarios que no son subsidiarias o afiliadas de MH que intenta pagar las facturas impagas por los servicios prestados.

Atención con descuento: La atención con descuento es una deducción de las obligaciones de pago de artículos y servicios que se brinda a ciertas categorías de pacientes, por ejemplo, pacientes sin seguro.

Acción de cobro extraordinaria (ECA): Acciones tomadas por un centro hospitalario contra una persona relacionadas con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta por la Política de asistencia financiera del hospital, tal como se define en 26 CFR § 1.501(r)-6(b).

Asistencia financiera: La asistencia financiera es atención caritativa o atención con descuento.

V. Departamento responsable

La implementación, la capacitación y el seguimiento del cumplimiento de esta política y procedimiento son responsabilidades del Director de Gestión del Ciclo de Ingresos.

VI. Renovación/Revisión

Esta política y procedimiento se revisarán a intervalos planificados y se evaluarán según sea necesario, pero al menos cada dos años para determinar si cumplen con las recomendaciones, pautas, mandatos, estatutos, prácticas y operaciones de MH actuales. Si se requieren cambios, la política y el procedimiento se actualizarán según sea necesario.