

SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE DE MISSISSIPPI

CICLO DE INGRESOS

Título: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA

POLÍTICA:

Después de que nuestros pacientes han recibido servicios, es la política de Servicios de Salud del Norte Mississippi (NMHS, ver definición más abajo) de facturar con exactitud y a tiempo a pacientes y pagadores aplicables. Durante el proceso de facturación y cobro, el personal proporcionará servicios de calidad al cliente y seguimiento a tiempo y aplicable y todas las cuentas pendientes se tratarán de acuerdo con la regla final 501 (r) del IRC bajo la autoridad de la Ley de Asistencia Asequible.

PROPÓSITO:

Es el objetivo de esta política proporcionar directrices claras y consistentes para realizar funciones de facturación y cobro de una manera que promueve la eficiencia, cumplimiento y satisfacción del paciente. Mediante el uso del resumen de la cuenta, correspondencia y llamadas telefónicas, NMHS hará esfuerzos diligentes para informar a los pacientes de sus responsabilidades financieras y opciones disponibles de ayuda financiera, así como el seguimiento de pacientes con respecto a cuentas pendientes. Además, esta política requiere a NMHS a hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para ayuda financiera bajo la política de asistencia financiera de NMHS antes de participar en acciones extraordinarias de colección para obtener el pago.

DEFINICIONES:

Servicios de Salud del Norte de Mississippi (NMHS):
Servicios de Salud del Norte de Mississippi usado en este

documento, se refiere a North Mississippi Medical Center, Condado Clay, Servicios de Salud de Webster, Hospital de Pontotoc, Servicios de Salud de Tishomingo, Centro Médico Regional de Marion, Clínicas de Salud Rurales y Proveedor (Hospital) de Clínicas.

Acciones Extraordinaria de Colección (AEC): Una lista de las actividades de colección, definidas por el Departamento de Rentas Internas (DRI) y el Departamento del Tesoro, que los hospitales solamente pueden tomar contra un individuo para obtener el pago por el cuidado después de hacer esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para ayuda financiera. Estas acciones están más definidas en la Sección II de esta póliza a continuación e incluyen acciones tales como reportar información adversa a burós de crédito/reportes a agencias así como acciones legales y judiciales como guarnición los salarios.

PROCEDIMIENTOS

Política de Asistencia Financiera (PAF): Una política separada que describe el programa de asistencia financiera de NMHS — incluyendo el criterio que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para ayuda financiera así como el proceso por el cual individuos pueden aplicar para asistencia financiera.

Esfuerzos Razonables: Cierta serie de acciones que una organización de salud debe de tomar es determinar si un individuo es elegible para ayuda financiera bajo la política de asistencia financiera de NMHS. En general, los esfuerzos razonables pueden incluir hacer presuntas determinaciones de elegibilidad para asistencia total o parcial, así como proveer a los individuos con notificaciones acerca del PAF y el proceso de aplicación.

I. Prácticas de facturación

A. Facturación a Compañías de Seguros:

1. Para todos los pacientes asegurados, NMHS facturará a pagadores terceros aplicables (basado en información proporcionada o verificada por el paciente) en un tiempo razonable.
2. Si una reclamación es negada (o no se procesa) por un pagador debido a un error nuestro, NMHS no facturará al paciente por cualquier cantidad superior a la que el

paciente debe si el contribuyente hubiera pagado la reclamación.

3. Si una reclamación es negada (o no se procesa) por un pagador debido a factores fuera del control de nuestra organización, el personal dará seguimiento con el pagador y el paciente como sea apropiado para facilitar la resolución de la reclamación. Si no ocurre una resolución después de los esfuerzos de seguimiento prudente, NMHS puede facturar al paciente o tomar otras acciones consistentes con la normativa vigente, estándares de la industria y acuerdos contractuales con el pagador.

B. Facturación al Paciente:

1. Todos los pacientes sin seguro será facturados directa y a tiempo, y recibirán un resumen de su cuenta como parte del proceso de facturación de la organización, conforme a las guías que gobiernan la Cantidad Generalmente Facturada (CGF)
2. Para los pacientes asegurados, después de que los reclamos han sido procesados por pagadores terceros, NMHS facturará a pacientes por las cantidades respectivas de responsabilidad según lo determinado por sus beneficios del seguro.
3. Todos los pacientes pueden solicitar un informe detallado de sus cuentas en cualquier momento.
4. Si un paciente disputa su cuenta y solicita documentación sobre el cobro, los miembros del personal proveerán la documentación solicitada por escrito dentro de 10 días (si es posible) y detendrán la cuenta al menos 30 días antes de referir la cuenta para colección.
5. NMHS puede aprobar un plan de pagos para los pacientes que indiquen que pueden tener dificultades para pagar su saldo en un solo pago.
 - a. Directores y supervisores de servicios financieros al paciente tienen la autoridad para hacer excepciones a esta política basados en circunstancias especiales caso por caso.
 - b. NMHS no está obligado a aceptar acuerdos

de pago iniciados por el paciente y puede referir la cuenta a una agencia de cobros como se indica a continuación si el paciente no está dispuesto a hacer arreglos de pago aceptables o no ha cumplido con un plan de pagos establecido.

II. Prácticas de colección

A. Conforme a las leyes federales y estatales pertinentes y conforme a las disposiciones descritas en la política de colecciones y de facturación, NMHS puede constituir actividades de colección, incluyendo acciones extraordinarias de colección (AEC) — para cobrar el balance que los pacientes adeudan.

1. Actividades generales de colección pueden incluir seguimiento de llamadas por el balance que adeuden.

2. El balance que los pacientes adeuden pueden ser referidos a un tercero para el cobro a la discreción de NMHS. Las cuentas de los paciente serán referidas para colección con las siguientes advertencias:

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

b. Los pagadores terceros han sido facturados, y la deuda restante es la responsabilidad financiera del paciente. NMHS no puede facturar a un paciente cualquier cantidad que NMHS ha determinado que una compañía de seguros está obligada a pagar.

c. De acuerdo a NMHS, NMHS no referirá cuentas de colección cuando el reclamo fue rechazado debido a un error de NMHS. Sin embargo, NMHS todavía puede referir la porción de responsabilidad del paciente de dichos cargos para la colección si no han sido pagados.

B. Esfuerzos Razonables y Acciones Extraordinarias de Colección (AEC)

1. Antes de participar en AECs para obtener pago por el cuidado, NMHS debe hacer ciertos esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para ayuda financiera bajo nuestra política de asistencia financiera:

- a. AEC puede comenzar solamente cuando han pasado 120 días desde que se le proporcionó el primer balance después de haber sido dado de alta.
 - b. Sin embargo, al menos 30 días antes de iniciar AECs para obtener el pago, NMHS deberá hacer lo siguiente:
 - i. Proporcionar a la persona con al menos 3 estados de cuenta del paciente que indica la disponibilidad de ayuda financiera, listas de potenciales AECs que se pueden tomar para obtener el pago por el cuidado, y le da un plazo después de que se inicie AECs (no antes de 120 días después de que se le proporcionó el balance después de haber sido dado de alta y 30 días después de la notificación por escrito).
 - ii. Ofrecer un resumen en lenguaje claro del FAP junto con el aviso descrito anteriormente (esto también estará disponible a petición, publicada en las áreas de registro y de acceso público en www.nmhs.net.)
2. Después de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de ayuda financiera como se indicó anteriormente, NMHS (o sus socios autorizados) pueden tomar cualquiera de los siguientes AECs para obtener pago por el cuidado:
- a. Reportar información negativa a agencias de crédito y o al buró de crédito.
 - b. Presentar una demanda / Embargar el sueldo
 - c. Utilizar adicionales agencias de cobranza.
 - d. Perseguir responsabilidades a terceros y usar el derecho de retención contra el patrimonio.
3. Servicios de auditoría interna y externa serán responsables de determinar si NMHS y sus socios han hecho esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para ayuda financiera. Además, anualmente se realizará una auditoría interna o externa.

4. Líderes administrativos, como Director Financiero y Vicepresidente del Ciclo de Ingresos tienen autoridad final para decidir si la organización puede proceder a cualquiera de las AECs esbozadas en la política.

III. Asistencia financiera

- A. A todos los pacientes que se les mande una factura, tendrán la oportunidad de comunicarse con NMHS sobre ayuda financiera para sus cuentas, opciones de plan de pago y otros programas aplicables.

1. La política de asistencia financiera de NMHS está disponible de forma gratuita.

Solicitar una copia:

- a. En persona:

Business Services

1494 Cliff Gookin

Tupelo, MS 38801 o

Central de Facturación

450 E President

Tupelo, MS 38801

- b. Llamando a asesoramiento de asistencia financiera, al (662)377-3219.

- c. En línea en www.nmhs.net

2. personas con preguntas sobre la política de asistencia financiera de NMHS pueden comunicarse a la oficina de asesoramiento financiero al teléfono (662)377-3219 o en persona

Business Services

1494 Cliff Gookin

Tupelo, MS 38801 o

Central de Facturación

450 E President

Tupelo, MS 38801

IV. Servicio al cliente

- A. Durante el proceso de facturación y cobranza, NMHS proporcionará servicios al cliente de calidad mediante la implementación de las siguientes directrices:

1. NMHS hará cumplir un estándar de cero tolerancia para lenguaje abusivo, acosador, ofensivo, engañoso en la conducta de sus empleados, el paciente o su representante.
2. NMHS mantendrá un proceso aerodinámico

para las preguntas de los pacientes y o disputas, que incluyen un número de teléfono gratuito al que pueden llamar y la dirección prominente de la oficina de negocios a la que puede escribir. Esta información permanecerá con la lista de todas las facturas y colecciones enviadas a los pacientes.

3. Después de recibir una comunicación de un paciente o su representante (por teléfono o por escrito), personal de NMHS regresará las llamadas telefónicas a los pacientes tan pronto como sea posible (pero no más de dos días hábiles después de que se recibió la llamada) y a contestar la correspondencia dentro de 10 días.
4. NMHS mantendrá un registro de quejas de los pacientes (orales o por escrito) que estarán disponibles para la auditoría.

Referencias: Ideas de Negocios Salud

Distribuido A: A todo el liderazgo de NMHS y a todo el personal de NMHS comprometidos en cualquier función del ciclo de ingresos

Fecha de Emisión: Marzo del 2017

Publicado Por: Liderazgo del Ciclo de Ingresos

Fecha de Revisión:

Fecha de Revisión: