



Propósito

El propósito de esta política es establecer los procedimientos usados por el Distrito de Salud del Condado de Morrow (MHCD o el Distrito) en relación comercial con Pioneer Memorial District & Nursing Facility, Pioneer Memorial Clinic, Pioneer Memorial Home Health & Hospice, Irrigon Medical Clinic, Ione Community Clinic y Morrow County Ambulance para la facturación y cobro de los saldos de cuenta de los pacientes.

Política

Los saldos de cuenta que sean de su responsabilidad del paciente le serán facturados al paciente o a su garante en conformidad a lo dispuesto en esta política. Los balances del paciente pueden ser resultado de pasivos asignadas después del pago por un plan de seguros o un programa gubernamental como Medicare, así también como pasivos por no estar asegurados. Todas las actividades de facturación y cobro de deudas cumplirán con la Ley de Políticas de Precios Justos del Distrito, con la sección 501(r) del Código de Hacienda y la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.

Definiciones

Para los propósitos de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Esfuerzos razonables: Conjunto de acciones que debe realizar una organización de salud para determinar si una persona es elegible para asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera del Distrito de Salud del Condado de Morrow.

Acciones extraordinarias de cobro de deudas (ECA): Según se define en la sección 501(r) (6) del Código de Hacienda, las ECA son actividades de cobro de deudas que pueden tomarse contra un paciente o garante por falta de pago. Estas acciones incluyen, entre otras:

- Reportar información adversa a las agencias de crédito.
- Colocar un derecho de retención sobre una propiedad individual, en aquellas permitidas bajo la ley estatal a causa de sentencias o acuerdos como parte de un caso de lesiones personales.
- Comenzar una acción civil contra un individuo o acción por incumplimiento contractual.
- Embargar el salario de un individuo.

Las acciones extraordinarias de cobro de deudas no incluyen un derecho de retención sobre los productos de una sentencia, un arreglo o un compromiso adeudado a un individuo como resultado de una lesión personal en la cuales se brindaron servicios médicos.

Asistencia financiera: Servicios de salud que hayan o vayan a ser provistos de forma gratuita o con descuento para las personas que cumplan los criterios establecidos.

Política de asistencia financiera (FAP): Una política separada que describe el programa de asistencia financiera del Distrito de Salud del Condado de Morrow, incluyendo los criterios que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para la asistencia, así también como el proceso mediante el cual los individuos pueden solicitar asistencia financiera.

Procedimientos

A. Facturación inicial del paciente

- Los pacientes con o sin cobertura de seguro recibirán una facturación inicial en el siguiente ciclo mensual de facturación, habitualmente dentro de los 30 días de la fecha de servicio.
- Todos los cargos que facturados directamente al paciente no asegurado serán por una cantidad no mayor a la que generalmente se factura a Medicare.
- La facturación inicial del paciente incluirá información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
- Para aquellos pacientes con cobertura de seguro primario, cualquier saldo restante después del primer pago del seguro, es decir, deducibles, copagos, coseguros, costos no cubiertos, serán facturados al paciente en el siguiente ciclo mensual de facturación, habitualmente dentro de los 30 días de los pagos del seguro primario.
- Los estados de cuenta para pacientes con balances secundarios a un pago seguro primario incluirán información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
- Todos los pacientes pueden pagar cualquier monto adeudado en el tiempo y el Distrito negociará un arreglo de pago en buena fe. Si no se puede llegar a un acuerdo, el Distrito debe aceptar el “plan razonable de pago” según lo define la ley.

B. Ciclos de facturación

- Las facturas de saldo adeudado se general habitualmente cada 30 días después de la fecha de la factura original.
- El Distrito generará tres facturas durante los primeros 90 días, incluyendo la factura inicial de autopago.
- 30 días después de que se envíe la primera factura mensual al garante y esta no haya tenido respuesta ni pago, los representantes de cuentas del paciente intentarán

comunicarse personalmente con el paciente o el garante por correo electrónico o por teléfono hasta los 90 días o más desde la primera facturación mensual.

- Después de 90 días de intentos razonables de establecer un acuerdo de pago o de obtener la solicitud de asistencia financiera y no obtener respuesta, se enviará una notificación final al garante informando que la cuenta será asignada a una agencia de cobro por ECA en 30 días.
- Al expirar los 30 días desde la notificación final, la cuenta será anulada por deuda incobrable y se remitirá a una agencia de cobro. No se remitirá ninguna cuenta a agencias de cobros antes de los 120 días de la primera facturación al paciente, ni mientras se encuentre en proceso una solicitud de asistencia financiera.

C. Asignación a agencias de cobro de cuentas en mora

1. Los pacientes que participen en un plan formal de pagos y que cumplan con los pagos mensuales programados no serán remitidos a agencias de cobro a menos que el plan de pagos esté en mora.
2. Si el paciente está cubierto por el plan de asistencia financiera del Distrito con un plan extendido de pagos y no se cumplen con los pagos, el Distrito tomará las siguientes medidas antes de remitir la cuenta a una agencia de cobro:
 - a. Hará un intento de comunicarse con el paciente o el garante en el último número de teléfono o dirección conocidos en el registro.
 - b. Renegociará el plan de pagos si hubo cambios en la situación financiera.
 - c. Si no puede comunicarse o si el paciente no está dispuesto a continuar con el plan de pagos o con un nuevo plan:
 - d. Se enviará una notificación final al garante informando que la cuenta será asignada a una agencia de cobro por ECA en 30 días.
3. Después que haya sido emitida la notificación final para la cuenta en mora, esta será revisada una última vez antes de remitirla a una agencia de cobro para asegurarse que no hay una solicitud pendiente de asistencia financiera.
 - a. Si se descubre que hay una solicitud FAP debido a que estaba incompleta, y el individuo presentó dicha solicitud durante el periodo de solicitud, el Distrito le enviará un aviso por escrito describiendo la información o documentación adicional necesaria bajo FAP o el formulario de solicitud FAP que debe ser presentada para completar la solicitud.
 - b. Si la solicitud FAP se completa subsecuentemente durante el periodo de solicitud, se considerará que esa persona presentó una solicitud FAP completa durante el periodo de aplicación.
 - c. Si la cuenta ya fue remitida a una agencia de cobro, la agencia pondrá dicha cuenta en espera durante la duración del proceso de solicitud y suspenderá cualquier ECA.
 - d. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con rapidez y MCHD notificará al paciente por escrito, dentro de los 14 días de la recepción de una

solicitud completa.

4. Se remitirán a agencias de cobro las cuentas que no cumplan con los pagos y que no soliciten asistencia financiera o se comuniquen con el Distrito para hacer arreglos de pago.
5. Si los pacientes brindan información demográfica inexacta y el Distrito no puede determinar una dirección válida serán remitidos a agencias de cobro antes de los 120 días. Es responsabilidad de los garantes brindar la dirección correcta al momento del servicio o cuando se muden. Si la dirección en la cuenta es inválida o no se puede enviar correo, se tendrá que hacer una determinación de “esfuerzo razonable”.
6. Las agencias de cobro contratadas deben seguir la política asistencia financiera del Distrito en todos los términos relacionados con los procesos y plazos de solicitud de asistencia, con la negociación de planes de pago y las reglas para aplicar ECA.
7. No se iniciarán ECA en contra de un paciente durante los primeros 120 días después de haberse enviado la primera facturación; esto incluye hacer reportes negativos a las oficinas de crédito.
8. Se le informará por escrito al paciente no menos de 30 días antes de que se inicien las ECA.
9. Si la solicitud de asistencia financiera se hace cuando la cuenta ya fue remitida a una agencia de cobro, la agencia pondrá la cuenta en espera durante la duración del proceso de solicitud.
10. Si el Distrito es informado de cualquier cobertura verificada de Medicaid u otro seguro, la cuenta será retirada de la agencia de cobro y se le facturará al seguro por los servicios.
11. Los pagos hechos directamente al Distrito por cuentas ya remitidas a agencias de cobro, se le informará diariamente a la agencia de los mismos.
12. El hecho que el paciente tenga cuentas endeudadas no se usará como motivo para denegar futuros servicios médicos en el Distrito.

Puede pedir una copia de esta políticas por correo, sin cargo, o llamando a la

Oficina Comercial de Pacientes de MCHD al **(541) 676-9133** o al **1-800-737-4113**,
o en persona en:

Pioneer Memorial Hospital, 564 E Pioneer Drive, Heppner OR 97836

Pioneer Memorial Clinic, 130 Thompson, Heppner OR 97836

Pioneer Memorial Home Health & Hospice, 162 N Main, Heppner OR 97836

Ione Community Clinic, 365 W 3rd St, Ione OR 97843

Irrigon Medical Clinic, 220 N Main, Irrigon OR 97844