

Título: Política de cobro y cobranza a pacientes	Página 1 de 8
Política #: MA1024	
Tipo: Business Office	
Estándar: N/A	

OBJETIVO:

El objetivo de esta política es establecer las directrices y los procedimientos para la facturación directa del paciente y los procedimientos de cobranza por falta de pago de los saldos del paciente.

POLÍTICA:

A los pacientes con saldos de cuenta que son su responsabilidad de pago, se le cobrarán al paciente o a su garante según las disposiciones de la política de asistencia financiera de *Methodist* y los procedimientos que se indican en esta política de cobros. Los saldos de los pacientes pueden ser el resultado de responsabilidades asignadas después del pago de un plan de seguro o un programa del gobierno como Medicare, así como las responsabilidades por no tener seguro. Todas las actividades de facturación y cobro deberán cumplir con la Ley de Políticas de precios justos del Hospital, la Sección 501(r) del Código de rentas internas y la Ley de Prácticas de cobro justo de deudas.

DEFINICIONES:**A. Asistencia financiera**

La Asistencia financiera es una ayuda financiera para un paciente o parte responsable por los montos de facturación de los que el paciente es responsable, independientemente de si el paciente tiene o no seguro. La asistencia financiera se basa principalmente en la necesidad económica del paciente. Cuando el paciente puede pagar parte de su factura, se considerará cancelar una porción de esa cuenta como ayuda financiera parcial. La asistencia financiera también puede incluir asistencia a pacientes que han incurrido en altos costos médicos, tal como se define como costos anuales de atención médica superiores al 10% del ingreso familiar.

La Asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal y se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento de *Methodist Hospital* para solicitar asistencia financiera y contribuyan al costo de su atención en función de la capacidad de pago de su persona.

Esta política y la Asistencia financiera de MHSC pueden obtenerse llamando al (626) 574-3594 y solicitando un asesor financiero o pueden encontrarse en el sitio web de MHSC, en: <https://www.methodisthospital.org/For-Patients-Visitors/Financial-Assistance-for-Patients.aspx>

B. Pacientes con Asistencia financiera

Los Pacientes con Asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) se definen de la siguiente manera:

1. Los pacientes sin seguro (aquellos sin seguro de terceros, Medicare, Medi-Cal, o con lesiones o condiciones que califican para la cobertura de indemnización laboral o seguro de automóvil para lesiones) que no tienen la capacidad de pagar según los criterios descritos en la sección Elegibilidad siguiente.
2. Los pacientes asegurados cuya cobertura de seguro y capacidad de pago son insuficientes para cubrir sus gastos directos.
3. El paciente asegurado que no puede pagar parte de la factura debido a copagos no cobrados, deducibles y servicios no cubiertos.
4. Un paciente asegurado o no asegurado con altos costos médicos, cuyo ingreso familiar no excede el 350% del nivel federal de pobreza, pero cuyos costos directos o gastos médicos superan el 10% de sus ingresos del año anterior.
5. Cualquier paciente que demuestre una incapacidad para pagar, en lugar de una deuda incobrable, que es la falta de voluntad del paciente para pagar.
6. El hospital no basará su determinación de que la persona no es legible para recibir asistencia financiera con base en información que el hospital tiene razones para creer que no es confiable, incorrecta o en información obtenida bajo coacción o prácticas coercitivas.

C. Montos generalmente facturados

Los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) se definen como la cantidad máxima que un paciente califica según la política de asistencia financiera para una organización benéfica u otro descuento equivalente a los montos promedio históricamente permitidos como un porcentaje de los cargos facturados por todos los servicios provistos bajo el programa Medicare para un período de revisión de 12 meses calculado de acuerdo con IRC 501(r). Los servicios para pacientes hospitalizados tendrán un cierto porcentaje de cargos facturados en una escala móvil que refleje los diferentes niveles de utilización de los servicios. Los servicios para pacientes ambulatorios tendrán un precio equivalente a los montos permitidos por Medicare para pacientes ambulatorios del hospital como un porcentaje de los cargos facturados durante el mismo período de revisión de 12 meses mencionado anteriormente para pacientes hospitalizados. Consulte la política MA1023, Anexo A para el cálculo de AGB.

D. Acciones de cobro extraordinarias

Como se define en la Sección 501(r) (6) del Código de rentas internas, las Acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) son actividades de cobro que pueden tomarse contra un paciente o garante por falta de pago, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

1. Reportar información adversa a las agencias de crédito.
2. Colocar un gravamen en la propiedad de una persona, excepto aquellos permitidos bajo la ley estatal debido a juicios o acuerdos como parte de un caso de lesiones personales.
3. Ejecuciones hipotecarias en bienes inmuebles según lo permitido por las regulaciones estatales y federales.
4. Adjuntar o incautar la cuenta bancaria o cualquier otra propiedad personal de una persona.
5. Comenzar una acción civil en contra de una persona o una orden de arresto.
6. Embargo de los salarios de una persona, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales.
7. Ciertas ventas de la deuda de un paciente a otra parte.

Las acciones de cobro extraordinarias no incluyen un gravamen establecido sobre el resultado de un juicio, acuerdo o compromiso adeudado a una persona como resultado de una lesión personal por la cual se prestaron servicios médicos. Además, el protocolo AGB y FAP no se aplica a fideicomisos, sucesiones, sociedades, asociaciones, corporaciones, sociedades de responsabilidad limitada, agencias gubernamentales, organizaciones no lucrativas o negocios que asumen la deuda de una persona. Sin embargo, con respecto a las acciones dentro de esta política, el establecimiento considerará a cualquier persona que haya aceptado o se le exija aceptar la responsabilidad de una persona que recibe tratamiento médico como equivalente a la primera persona que recibe una factura del hospital por servicios prestados.

PROCEDIMIENTOS

A. Facturación inicial del paciente

1. Los pacientes sin seguro o sin cobertura de cualquier programa patrocinado por el gobierno recibirán un estado de cuenta inicial del paciente, generalmente dentro de los 10 días de la fecha del alta.
2. Todos los cargos que se facturan directamente a un paciente que no está asegurado o no cubierto por un programa patrocinado por el gobierno serán facturados o descontados del precio de lista del hospital hasta el monto generalmente facturado a Medicare, de acuerdo con el tipo de paciente (DRG para pacientes internados y OPSS para pacientes ambulatorios). Con la aprobación de la solicitud de asistencia financiera, esta será revisada a AGB.
3. El estado de cuenta inicial del paciente incluirá una versión en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera del hospital, que incluye información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
4. Para pacientes con cobertura de seguro primario, cualquier saldo restante después del pago del seguro primario, es decir, deducibles, copagos, coaseguros, cargos no cubiertos, se le cobrarán al paciente generalmente dentro de los 10 días posteriores al pago del seguro primario.
5. Todos los pacientes pueden pagar los montos adeudados a lo largo del tiempo y el hospital negociará un acuerdo de pago de buena fe.

B. Ciclos de facturación del estado de cuenta

1. Los estados de cuenta de saldos se generan cada 30 días después de la fecha del estado de cuenta inicial.
2. El hospital generará dos estados de cuenta durante los primeros 60 días posteriores a la facturación inicial de pago automático.
3. Después de 90 días, el monto impago se asignará a un proveedor de pre-cobro para realizar actividades adicionales de seguimiento. Mientras la cuenta esté con un proveedor de pre-cobro, se realizarán 3 llamadas o declaraciones al garante.
4. La duración de la actividad pre-cobro demorará 90 días y la cuenta permanecerá en las cuentas por cobrar en el hospital y no se trasladará a deudas incobrables.
5. Al finalizar el ciclo de pre-cobro, la cuenta se trasladará a deudas incobrables y se remitirá a una agencia de cobro.
6. No se trasladará ninguna cuenta a cobros antes de 150 días desde la facturación del primer paciente, o mientras se está procesando una solicitud de asistencia financiera. En la medida en que se reciba una solicitud FAP, antes de 240 días posteriores al alta, MHSC retirará la factura, suspenderá cualquier ECA que pueda haber ocurrido y procesará esta cuenta de acuerdo con la Política de FAP.
7. Los pacientes en un plan de pago formal recibirán un estado de cuenta mensual del monto actual adeudado hasta que se cumpla con el plan de pago.

C. Indemnizaciones por seguro

1. Tras la identificación de un pago insuficiente del seguro (pagado de menos de acuerdo con el contrato con el pagador del seguro), el Representante de Contabilidad del paciente confirmará la responsabilidad del paciente (copago, deducible y/o coaseguro) en la cuenta. Si la responsabilidad financiera del paciente está pendiente de pago y está claramente identificada por su compañía de seguros, se generará una carta de saldo de cortesía del paciente y se enviará a la dirección del garante en archivo.
2. La carta de saldo del paciente (también conocida como una carta de copago) incluirá información como el número de cuenta del paciente, la fecha del servicio y el nombre completo del paciente, la fecha del servicio, y el nombre completo del paciente junto con el saldo adeudado por el garante.
3. La carta de saldo del paciente incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera del hospital, que incluye información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
4. Se debe ingresar una nota en la cuenta del paciente en el sistema de contabilidad que indique la fecha de envío y el monto adeudado por el garante.
5. Los esfuerzos de recolección del paciente (tales como envío de datos/estados de cuenta y transferencia a nuestro proveedor de pre-cobro) no ocurrirán hasta que cesen los esfuerzos de cobro del seguro.

D. Arreglos de pago

Todos los pacientes pueden pagar los montos adeudados con el tiempo y el hospital negociará un acuerdo de pago de buena fe. Todos los arreglos de pago se realizarán con los siguientes límites:

1. Se ofrecerá un plan de reembolsos de doce (12) meses con pagos mensuales mínimos desde \$25/mes.

2. Se ofrecerá un plan de reembolsos de veinticuatro (24) meses para circunstancias o dificultades especiales con la autorización del Supervisor.
3. Los planes de reembolsos más allá de los 24 meses requerirán la autorización del Director de Servicios Financieros del paciente.
4. El paciente/garante tendrá la opción de decidir en qué día se realizará el pago cada mes.
5. Diez (10) días a partir del día acordado serán permitidos como período de gracia para que el pago sea recibido y publicado en la cuenta.
6. Cualquier pago acordado previamente que no se haya recibido dentro del período de gracia especificado se considerará en incumplimiento y puede remitirse a nuestro proveedor de pre-cobro.
7. Todos los arreglos de pago se documentarán claramente en la sección "Notas" de la cuenta de los pacientes.
8. Cuando se realiza un acuerdo de pago, el Representante de Cuenta del paciente agregará una nota y codificará la cuenta a Seguro 760-Pago en efectivo/arreglos y establecerá el plan de pago en *Affinity* bajo Control de cuenta – Plan de pagos.
9. Los pacientes que se establecen en un acuerdo de pago formal y que realizan pagos mensuales programados no serán asignados a cobro a menos que el plan de pago sea moroso.

E. Asignación de cuentas morosas a la agencia de cobro

1. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobro por falta de pago de la cuenta y falta de solicitud financiera o contactando al hospital para hacer arreglos de pagos.
2. Si un paciente está cubierto por el programa de asistencia financiera del hospital con un plan de pago extendido y los pagos no se cumplen, el hospital debe realizar las siguientes acciones antes de asignar una cuenta a una agencia de cobro:
 - a. Intento de contactar al paciente por teléfono.
 - b. Dar aviso por escrito que el plan puede dejar de funcionar.
 - c. Informar al paciente sobre la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentar hacerlo si lo solicita el paciente.
 - d. El aviso y la llamada telefónica se pueden hacer al último número de teléfono conocido y la dirección del paciente.
3. Después de emitir el resumen final de una cuenta morosa, la cuenta se revisa por última vez antes de asignarla a una agencia de cobro para garantizar que no haya una solicitud de asistencia financiera pendiente. El Supervisor de la Oficina comercial del hospital revisará el (los) informe(s) de colocación de deudas incobrables y autorizará la colocación de la deuda incobrable según corresponda con las siguientes consideraciones:
 - a. Pagos incumplidos (2 pagos).
 - b. Negación del paciente/garante a pagar.
 - c. Cheque de fondos insuficientes (NSF).
 - d. No hay solicitud de asistencia financiera en archivo.
 - e. Datos demográficos inexactos en los que el hospital no puede determinar una dirección válida.

4. *Methodist Hospital* tiene contratos con múltiples agencias de cobro externas, pero conserva plena propiedad de las cuentas por cobrar y tiene la última palabra en cualquier resolución de cuenta.
5. Los pacientes que proporcionaron datos demográficos inexactos y donde el hospital no puede determinar una dirección válida se pueden enviar a cobro antes de los 150 días.
6. Las agencias de cobro contratadas deben seguir la política de asistencia financiera del hospital en todos los términos relacionados con solicitudes de procedimientos de asistencia y plazos, negociar planes de pago y las reglas para participar en ECA.
7. ECA no se iniciarán contra un paciente durante los primeros 150 días después de que se envió por correo el primer estado de cuenta; esto incluye los informes negativos a las oficinas de crédito.
8. El paciente será informado por escrito no menos de 30 días antes de que se inicie cualquier ECA. El aviso de 30 días incluirá la versión del lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera.
9. El proveedor de pre-cobro es responsable de realizar esta notificación antes de que se inicie cualquier ECA. El hospital es el responsable final de las acciones de la agencia de cobros.
10. Si se realiza una solicitud de asistencia financiera cuando una cuenta ya está asignada a una agencia de cobro, la agencia retendrá la cuenta durante el proceso de solicitud.
11. Si el hospital conoce cualquier Medi-Cal verificado u otra cobertura de seguro, la cuenta será retirada de la agencia y se facturará al seguro por el servicio.
12. Cualquier acción legal contra un paciente, incluyendo gravámenes, demandas, embargos salariales, etc., debe ser aprobada por el Director Ejecutivo Financiero, y las agencias de cobro deben completar el aviso adecuado de 30 días antes de dichas actividades.
13. Previa solicitud, o cuando se comuniquen con el paciente con respecto a su factura con respecto a acciones legales, MHSC proporcionará una referencia a un centro de asistencia al consumidor local para servicios legales, de acuerdo con las regulaciones estatales.
14. El hecho de que un paciente tenga cuentas en estado de deuda incobrable no se utilizará como una razón para negar futuros servicios médicos de emergencia en el hospital.

F. Solicitud FAP incompleta

En el caso de una persona que presenta una solicitud FAP incompleta durante el período de solicitud, MHSC notificará a la persona sobre las áreas que están incompletas y le informará de los artículos y/o el proceso necesario para completar la Solicitud FAP. MHSC le permitirá al paciente 30 días, a partir de la notificación documentada, para modificar la solicitud incompleta.

1. Si la solicitud incompleta está dentro de los 150 días iniciales de la facturación inicial, el paciente tendrá hasta 240 días para completar la solicitud incompleta, pero se le animará a enviar las modificaciones dentro de los próximos 30 días.
2. Si la solicitud incompleta está dentro del período de 210 y 240 días de la facturación inicial, MHSC notificará al paciente, por escrito, de la solicitud FAP incompleta y la carta servirá como notificación de la intención de MHSC de iniciar un plazo después de que dicha ECA puede iniciarse antes de los 30 días posteriores a la fecha. Por lo tanto, el paciente tendrá 30 días desde el día de notificación para cumplir.

Número: MA1024	Título: Política de cobros y cobranzas al paciente	Página 7 de 8
----------------	--	---------------

G. Saldo de crédito en la cuenta del paciente

Todos los reembolsos se procesan de acuerdo con las directrices regulatorias para incluir la Sección 1371.1 del Código de Salud y Seguridad de California, que dice: “los proveedores reembolsarán el plan de servicios de atención médica dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del aviso de pago en exceso, a menos que el pago en exceso o una parte de éste sea impugnado por escrito, dentro de los 30 días hábiles”. La resolución de los reembolsos solicitados de todos los montos será la primera prioridad del hospital y se emitirá al paciente, garante o compañía de seguros solo después de que el hospital, o *Methodist Hospital* contrató a un tercero, haya realizado una investigación exhaustiva para determinar que la parte solicitante es la parte apropiada para recibir fondos. Se procesarán otros reembolsos de todos los montos después de que se hayan resuelto todos los reembolsos solicitados y de conformidad con las leyes *Escheat* de California.

Tras la revisión de una cuenta que muestra un saldo de crédito en el sistema financiero del hospital y una vez que se ha determinado que la cuenta está pagada en exceso o pagada incorrectamente y se debe un reembolso al paciente, el representante de cuenta del paciente realizará el siguiente proceso:

1. Ingresar comentarios detallados en el sistema financiero para explicar cómo se completó el cálculo del reembolso.
2. Obtener la documentación apropiada, como una copia del cheque del paciente o una copia de la Explicación de beneficios (EOB) para los pagos del seguro y determine el beneficiario apropiado.
3. Revisar otras cuentas que el paciente pueda tener y que puedan verse afectadas por la solicitud de reembolso.
4. Completar un formulario de “Solicitud de autorización para reembolso” y envíela para la autorización correspondiente.
5. Completar una carta de reembolso y se adjunta a la solicitud de reembolso.
6. Los reembolsos aprobados se entregarán al Cajero y se publicarán semanalmente en el sistema financiero del hospital.
7. Una vez publicadas, el cajero remitirá las solicitudes de reembolso a Cuentas por pagar para la emisión.
8. Cuentas por pagar produce los cheques de reembolso y los entregará al Cajero, quien enviará el cheque de reembolso con cualquier documento adjunto.

H. Transferencias de pago entre cuentas de pacientes

1. Las transferencias de pago se utilizan cuando una cuenta tiene un saldo de crédito ocasionado por un pago en exceso que debe aplicarse a otro saldo de cuenta pendiente de pago.
2. La transferencia de pagos de pacientes entre cuentas solo es apropiada cuando existe una responsabilidad documentada del paciente en la cuenta de saldo abierto, incluyendo la deuda incobrable. No es apropiado aplicar un pago de auto pago a un saldo de solo seguro.
3. El Representante de la cuenta del paciente investigará a fondo la cuenta de saldo de crédito y cualquier otro saldo de cuenta abierta que tenga el paciente antes de solicitar

que se transfiera el dinero. Si el saldo de la cuenta abierta se debe a la responsabilidad verificada del paciente, sería apropiada una transacción de débito/crédito.

4. El proceso para transferir pagos del paciente entre cuentas implica los siguientes pasos:
 - a. El Representante de la cuenta del paciente extraerá y copiará el cheque de pago original del paciente (busque bajo la fecha de pago original).
 - b. Utilizando el formulario de solicitud de transferencia de pago, documente todos los códigos de pago y los montos de las transacciones de débito y crédito (utilice los mismos códigos de pago asociados con el pago original).
 - c. Ingrese notas claras y concisas en el Sistema de contabilidad, documentando, en ambas cuentas, el motivo de las transacciones de débito/crédito.
 - d. Envíe la notificación a la agencia de cobro si el crédito se transfirió a una cuenta de deuda incobrable para notificar el nuevo saldo.
 - e. Envíe todos los documentos anteriores al Supervisor/Gerente para su firma.
 - f. El Supervisor/Gerente los enviará al Cajero para su procesamiento.

REFERENCIA:

Pie de página generado por el Sistema

Archivos adjuntos:**Autorizaciones:**

Director Financiero: 2/14
Consejo de Administración: 4/16
Oficina comercial: 11/04, 8/08, 9/11, 2/14
Comité de Política y Procedimientos: 2/14, 4/16

Fecha de vigencia: 11/1/2004

Fechas de revisión: 11/04, 8/08, 9/11, 2/14, 4/16

Fechas revisadas: 8/08, 2/14, 4/16