

 <input checked="" type="checkbox"/> POLÍTICA/PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> PLAN <input type="checkbox"/> NORMAS	FECHA EFECTIVA ACTUAL	FECHA DE REVISIÓN	MANUAL: Política del centro
			Nº DE SEGUIMIENTO CPM
TÍTULO: FACTURACIÓN Y COBRANZA DE DEUDAS			
EFECTUADO POR: Todos los departamentos RCHSD y RCSSD responsables, incluido ciclo de ingresos (Revenue Cycle), servicios financieros para pacientes (Patient Financial Services), acceso de pacientes (Patient Access) y asesores financieros (Financial Counselors).			

1.0 PROPÓSITO:

Establecer prácticas de facturación y cobranza de deudas en Rady Children’s Hospital – San Diego (Hospital) y Rady Children’s Specialists of San Diego, A Medical Foundation (fundación medica) de conformidad con las leyes y reglamentos federales y del Estado de California. El hospital y la fundación médica serán denominados colectivamente en este documento como “Rady Children’s”.

2.0 DEFINICIONES:

“**Atención de caridad**” significa atención de caridad total o parcial. “**Atención de Caridad Total**” significa servicios de atención médica gratuitos donde no se espera que el paciente/Garante pague nada.

“**Atención de Caridad Parcial**” significa que se espera que el paciente/Garante pague una parte de los costos.

“**Cobranza de deudas**” significa toda comunicación sobre el pago realizada por Rady Children’s (o su entidad designada, incluido una subsidiaria, filial, agencia de cobranza o terceros que compran su deuda) con el paciente/Garante después de que se ha enviado la cuenta inicial.

“**Pago con Descuento**” se refiere a una situación en que el Hospital ha determinado que el paciente no califica para Atención de Caridad Total pero es elegible para un descuento y se espera que pague solo una parte de la cuenta. Esta es una forma de Atención de Caridad Parcial.

“Médico de emergencias” se refiere a un médico que es miembro acreditado del Personal médico del hospital y que ha sido contratado por el Hospital para prestar servicios de atención de urgencia en el departamento de emergencias (Emergency department, ED). El “Médico de Emergencias” no incluye a los médicos especialistas que sean llamados al ED o que formen parte del personal, o que tengan privilegios, en el Hospital fuera del ED.

“Gasto Básico de Subsistencia” se refiere a gastos por cualquiera de lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; comida y suministros para el hogar; servicios básicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros, escuela o cuidado de niños; pensión alimenticia a menores o al cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

“Actividades de Cobro Extraordinarias” incluye reportar información adversa a las agencias de información de crédito, poner un embargo preventivo sobre un bien individual, ejecutar un bien inmueble, embargar o incautar la cuenta bancaria de un individuo u otros bienes personales, iniciar una demanda civil contra un individuo o pedir una orden de embargo, causar el arresto de un individuo, diferir o denegar cuidados medicamente necesarios debido al no pago de la cuenta de atención ya realizada cubierta según el FAP, exigir el pago antes de prestar atención medicamente necesaria por deudas impagas por atenciones anteriores, embargar el sueldo de un individuo y ciertas ventas de la deuda del paciente a terceros.

“Familia” o “Familia del Paciente” se refiere, para pacientes de 18 años de edad y más, al cónyuge, pareja doméstica registrada del paciente y sus hijos dependientes menores de 21 años, vivan en su casa o no. Para pacientes menores de 18 años, la Familia incluye al padre/madre del paciente, familiares cuidadores y otros hijos (menores de 21 años) del padre/madre o familiar cuidador.

“Participante FAP” se refiere a un Paciente calificado financieramente para el Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Rady Children’s.

“Programa de Asistencia Financiera” (Financial Assistance Program o “FAP”, por sus siglas en inglés) se refiere al programa de Rady Children’s descrito por esta política y procedimiento y diseñado para ayudar a Pacientes Calificados Financieramente para obtener Pagos con Descuento o Atención de Caridad para servicios del Hospital y servicios de Médico de Emergencias.

“Paciente Calificado Financieramente” significa:

- 1) Una paciente no asegurado con un ingreso familiar del 450% o menos del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés); o
- 2) Paciente asegurado con Costos Médicos Altos y un ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); o
- 3) Paciente asegurado con cargos no cubiertos y un ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); o
- 4) Un paciente, asegurado o no, que tiene Costos Médicos Altos.

“Garante” se refiere a la persona con responsabilidad personal por los servicios de salud del

paciente, normalmente el paciente, padre/madre o tutor legal.

“Costos Médicos Altos” se refiere a lo siguiente, según se aplique a la fecha(s) de servicio:
(1) Costos de bolsillo anuales incurridos en el Hospital que superen el 10% del Ingreso familiar en los 12 meses anteriores (los cuales se determinarán comparando los costos de bolsillo del paciente/Garante para el paciente con el Ingreso Familiar del Paciente), o
(2) Costos de bolsillo anuales que superen el 10% del Ingreso familiar si el paciente/Garante aporta documentación de gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores (los cuales se determinarán comparando los gastos médicos totales, incluidos aquellos no incurridos en el Hospital, pagados realmente por el paciente al Ingreso familiar del paciente).

“Activo Monetario” significa un activo que se puede convertir fácilmente a dinero efectivo, tales como cuentas bancarias y acciones que cotizan en bolsa pero no un activo no líquido como una propiedad inmobiliaria. Un activo monetario no incluye los planes de jubilación o de compensación diferida, ni tampoco se contarán los primeros \$10,000 de un Activo Monetario, ni el 50% de un Activo Monetario en los primeros \$10,000 para determinar la elegibilidad FAP en base al activo monetario.

“Ingreso Familiar/del Paciente” se refiere al ingreso calculado de la siguiente forma: Ingresos brutos antes de impuestos del Paciente o Familia, menos los pagos efectuados por pensión de alimentos para cónyuge e hijos (Los planes de jubilación o de compensación diferida calificados según el Código de rentas internas [Internal Revenue Code], o los planes de compensación diferida no calificados, no se incluirán en el cálculo del ingreso).

“Plan de pago” se refiere a pagos mensuales en condiciones acordadas entre el Hospital y el paciente/Garante.

“Plan de pago razonable” significa pagos mensuales que no representen más del 10% del Ingreso del paciente/familiar por un mes, excluyendo los descuentos por Gastos Básicos de Subsistencia.

“Paciente de Pago por Cuenta Propia” se refiere a un paciente que no tiene cobertura de terceros de una compañía de seguros de salud, un plan de servicio de salud, Medicare o Medicaid y cuya lesión no es compensable a efectos de una indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro determinado y documentado por el Hospital. **“Pacientes de Pago por Cuenta Propia Calificados Financieramente”** son Pacientes sin seguro de terceros ni otra cobertura y cuyo Ingreso de Paciente/Familiar no supera el 450% del nivel de pobreza federal (FPL). Los Pacientes de Pago por Cuenta Propia Calificados Financieramente pueden incluir pacientes de Atención de Caridad.

“Tercero pagador” se refiere a un seguro privado incluida la cobertura ofrecida a través del sistema de beneficios de salud del Estado de California (California Health Benefits Exchange), indemnización laboral, seguro de automóvil así como cobertura de un programa de salud del gobierno como Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

“Paciente No Asegurado” se refiere a un Paciente de Pago por Cuenta Propia.

3.0 POLÍTICA:

Es política de Rady Children's apoyar el acceso a una atención de salud de calidad para niños estableciendo prácticas claras de facturación y cobranza de deudas para el Hospital y los servicios de Médico de Emergencias, de conformidad con las leyes y reglamentos federales y del Estado de California.

4.0 PROCEDIMIENTOS:

4.1 FACTURACIÓN INICIAL

Antes de enviar la cuenta inicial por servicios de atención de salud al paciente/Garante, Rady Children's:

4.1.1 Hará todos los esfuerzos razonables por:

- (1) Obtener y validar del paciente/Garante la información sobre Terceros Pagadores, de acuerdo con su Política de Precio Justo y la política del Programa de Asistencia Financiera.
- (2) Obtener verificaciones de beneficios y autorizaciones previas.
- (3) Obtener el reembolso exacto de cualquier Tercero Pagador(es) a través de la presentación de solicitudes de reembolso, hacer seguimiento y apelar los procesos según sea necesario.
- (4) Validar la adjudicación de solicitudes de reembolso de un Tercero Pagador.

4.1.2 Asignar al paciente/Garante la cantidad apropiada de responsabilidad financiera, según sea limitada por la adjudicación (solicitudes de reembolso y pago) del Tercero Pagador y/o el Programa de Asistencia Financiera, según corresponda.

4.1.3 No recalcular la responsabilidad financiera del paciente/Garante en base a ingresos o activos que no fueron considerados al determinar la elegibilidad para el FAP.

4.2 AVISOS DE FACTURACIÓN

Rady Children's incluirá la siguiente información en todos los avisos de facturación a pacientes/Garantes:

- 4.2.1 En la cuenta inicial, un desglose detallado de los cargos;
- 4.2.2 En las cuentas subsiguientes, un saldo de los cargos sin pagar;
- 4.2.3 Una solicitud de información respecto a la cobertura del seguro;
- 4.2.4 Una declaración que indique que si el paciente/Garante carece de seguro o tiene

cobertura de seguro insuficiente y cumple ciertos requisitos de ingresos, el paciente/Garante puede ser elegible para un programa del gobierno (por ejemplo, Medi-Cal, CCS, Healthy Families o cobertura ofrecida a través del sistema California Health Benefit Exchange) o para el FAP;

- 4.2.5 Una declaración explicando cómo obtener las solicitudes para los programas Medi-Cal, CCS y Healthy Families, cobertura ofrecida a través del sistema California Health Benefit Exchange u otro programa de cobertura de salud financiado por el estado o el condado y cómo obtener una solicitud para el programa FAP; y
- 4.2.6 El número de teléfono del departamento apropiado de Rady Children's para obtener más información sobre la asistencia financiera y cómo solicitar dicha asistencia.

4.3 PLANES DE PAGO

4.3.1 Rady Children's ofrece a todos los pacientes/Garantes, independientemente de su elegibilidad para el programa FAP, la opción de hacer pagos en un plan de pago extendido.

4.3.2 Rady Children's negociará las condiciones del plan de pago con el paciente/Garante y tomará en consideración el Ingreso Familiar/del Paciente y los Gastos Básicos de Subsistencia.

4.3.3 Rady Children's usará la formula obligatoria para crear un Plan de Pago Razonable si el Hospital y el paciente/Garante no pueden ponerse de acuerdo en un plan de pago.

4.3.4 Rady Children's no cobrará intereses en ninguno de los planes de pago, incluidos aquellos ofrecidos a un Participante de FAP.

4.3.5 Rady Children's determinará la duración del plan de pago considerando el tamaño de la obligación de pago y los recursos financieros y Gastos Básicos de Subsistencia del paciente/Garante.

4.3.6 Rady Children's puede declarar anulado un plan de pago si el paciente/Garante no hace todos los pagos consecutivos correspondientes adeudados durante un periodo de 90 días.

(1) Rady Children's o su entidad designada intentará primero ponerse en contacto con al paciente/Garante por teléfono (al último número conocido) y notificar por escrito (a la última dirección conocida) que el plan de pago puede dejar de estar vigente e informará al paciente/Garante sobre la oportunidad para renegociar el plan de pago e intentará hacerlo si así lo solicita el paciente/Garante.

(2) Rady Children's no reportará al paciente a una agencia de información de crédito, ni iniciará una demanda civil hasta que el plan de pago haya sido declarado sin efecto.

4.4 COBRANZA DE DEUDAS.

Los siguientes son los procedimientos de cobranza de deudas de Rady Children's. Rady Children's:

4.4.1 Tramitará la deuda del paciente para su cobranza, por el hospital, o su entidad designada, incluida una subsidiaria, filial, agencia de cobranza o tercero comprador de su deuda, solo de acuerdo a esta política y tras la revisión y aprobación del Director de ciclo de ingresos (Director of Revenue Cycle).

4.4.2 Se harán todos los esfuerzos razonables conforme a su política de su Programa de Asistencia Financiera para determinar si un paciente/Garante califica para asistencia financiera antes de efectuar acciones de cobranza, incluidas las acciones de cobranza extraordinarias (extraordinary collection actions o ECA, por sus siglas en inglés).

4.4.3 Se pueden efectuar las siguientes acciones de cobranza extraordinarias (ECA) en un intento de cobrar una deuda si han pasado al menos 120 días después de la primera cuenta de cobro después del alta hospitalaria:

- (1) Reportar información adversa sobre la persona a las agencias de información de crédito.
- (2) Procesos legales o judiciales, incluido interponer una demanda civil o procedimientos de incautación del sueldo.

4.4.4 Se enviará al paciente/Garante un aviso claro y manifiesto de lo anterior antes de comenzar las actividades de cobranza: un resumen en palabras simples de los derechos del paciente conforme a la ley de la Política de precios hospitalarios justos (Hospital Fair Pricing Policy), la Ley Rosenthal de prácticas justas de cobranza de deudas (Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act), y la Ley federal de prácticas justas de cobranza de deudas (Fair Debt Collection Practices Act). Este aviso:

- (1) Generalmente estará incluido en la cuenta inicial al paciente/Garante.
- (2) En todos los casos se notificará antes de enviar una cuenta a una agencia de cobranza externa.
- (3) Se incluirá en toda la documentación indicando que pueden comenzar las actividades de cobranza.

4.4.5 No se enviará una cuenta a una agencia de cobranza cuando el paciente/Garante esté intentando de buena fe pagar la cuenta negociando un plan de pago.

4.4.6 No se usará la información de Ingreso Familiar/del Paciente o de Activo Monetario obtenida durante el proceso de elegibilidad para el programa FAP con el fin de

emprender actividades de cobranza como las descritas en esta política.

4.4.7 Para realizar las actividades de cobranza se recurrirá a personal que no haya estado involucrado en la determinación FAP del paciente.

4.4.8 Se mantendrá la información sobre activos o ingresos como parte del proceso de elegibilidad FAP en un expediente separado de la información usada para cobrar deudas. El expediente de elegibilidad FAP no estará disponible para el personal que realice actividades de cobranza de deudas.

4.4.9 Informará sobre el programa FAP a las agencias de cobranza contratadas de forma que la agencia pueda reportar importes clasificados como incobrables debido a la incapacidad de pago de acuerdo a las directrices de elegibilidad FAP.

4.4.10 Obtendrá un acuerdo escrito de cada agencia de cobranza contratada indicando que dicha agencia respetará el programa de asistencia financiera FAP de Rady Children's, la Política de Precios Justos y esta política de Facturación y Cobranza de Deudas para todos los pacientes. Excepciones:

- (1) Una agencia de cobranza que no sea filial o subsidiaria del Hospital puede usar la incautación de sueldo contra el paciente/Garante mediante orden del tribunal tras presentación de la solicitud, apoyada por una declaración que identifique la base sobre la que se cree que el paciente tienen la capacidad de hacer el pago en la orden judicial de embargo de sueldo.
- (2) Una agencia de cobranza que no sea una filial o subsidiaria del Hospital no podrá notificar o celebrar la venta de la residencia principal del paciente/Garante durante la vida del paciente o su cónyuge, durante el periodo en que algún hijo del paciente sea menor de edad, o durante el periodo en que un hijo del paciente que haya alcanzado la mayoría de edad no pueda hacerse cargo de sí mismo/a y resida en la vivienda como su residencia primaria.

4.4.11 No se reportará información adversa a una agencia de información de crédito, ni se iniciará una demanda civil contra el paciente/Garante dentro de los 150 días desde la cuenta inicial cuando los pacientes sean No Asegurados con Costos Médicos Altos.

4.4.12 Se extenderá este periodo de 150 días para pacientes que tengan una apelación pendiente (lo que incluye, por ejemplo, una queja, revisión médica independiente, una solicitud de audiencia imparcial a Medi-Cal o una apelación de cobertura Medicare) contra un Tercero Pagador, de forma que el paciente/Garante tiene 150 días desde la fecha de finalización de la apelación para hacer el pago.

4.4.13 Retirá una cuenta de una agencia de cobranza si Rady Children's recibe prueba de la elegibilidad Medi-Cal del paciente y notificará a sus agencias de cobranza de la cobertura Medi-Cal, instruirá a las agencias para que desistan sus esfuerzos de cobranza por la cuenta impaga para los servicios cubiertos y notificará al paciente/Garante de que se han tomado esos

pasos. La información enviada previamente a una agencia de información de crédito por Rady Children's o por la agencia de cobranza será corregida dentro de 30 días desde la verificación de elegibilidad Medi-Cal.

4.4.14 No usará, y prohibirá usar a sus entidades designadas como subsidiarias o filiales, la medida de incautación de sueldo o embargo sobre residencias principales del paciente/Garante para cobrar una cuenta impaga del Hospital con respecto a un paciente elegible para el programa de asistencia financiera FAP.

4.4.15 Cuando se pretenda el reembolso para servicios de Médico de Emergencias del Fondo Maddy, cesarán todas las actividades de facturación o cobranza para dicho paciente. Si no se recibe ningún pago del Fondo Maddy, se podrá reiniciar la facturación y cobranza de acuerdo con esta y otras políticas aplicables de Rady Children's.

5.0 FORMULARIOS:

Solicitud para el programa de asistencia financiera FAP (Atención Gratuita o Pago con Descuento)

6.0 POLÍTICAS RELACIONADAS:

Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program), CPM7-11
Precios Justos del Hospital y Médico de Emergencias (Hospital & ED Physician Fair Pricing),
CPM ____

7.0 REFERENCIAS:

California AB 774 (2007), AB 1503 – Capítulo 445 (2010), SB 1276 – Capítulo 758 (2014)– Ley de políticas de precios hospitalarios justos Hospital Fair Pricing Policies Law (Health & Safety Code 127400-127446, 127452)

Título 22, California Code of Regulations, §§ 96005-96020, 96040-96050

Oshpd.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr

Código de salud y seguridad (Health & Safety Code) §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585, 1797.98c y 128770

Ley de protección del paciente y cuidado asequible (Patient Protection and Affordable Care Act)
Código de rentas internas (Internal Revenue Code), sección 501(r)