Rady Children's Hospital San Diego ☒ **NORMAS** ☐ **PROCEDIMIENTO** ☐ **NORMAS DE ATENCIÓN** ☐ **PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO** ☐ **GUÍA** ☐ **OTROS**	FECHA DE APROBACIÓN **Enero 2025**	MANUAL: **Normas del hospital** Código de seguimiento **HPM 17-56**
	TÍTULO: **FACTURACIÓN Y COBRO DE DEUDAS**	
	EJECUTADO POR: **TODOS los departamentos de RCHSD y RCSSD, ciclo de ingresos, servicios financieros para pacientes, acceso del paciente y asesores financieros.**	

1.0 OBJETIVO:

1.1. Establecer prácticas de facturación y cobro de deudas de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y de California.

2.0 DEFINICIONES:

2.1. **Proveedor autorizado** significa un tercer proveedor autorizado pro Rady Children's para realizar varias funciones para Rady Children's, incluidas, entre otras, la facturación de pacientes y el cobro de facturas impagas de pacientes.

2.2. **Atención caritativa** significa atención médica gratuita.

2.3. **Agencia de cobranza** es un Proveedor autorizado que participa en actividades de cobranza de deudas después de que el paciente no ha pagado, o ha hecho arreglos aceptables para Rady Children's para pagar, una factura emitida como parte del ciclo normal de facturación del hospital. El término Agencia de cobranza no incluye a un Proveedor autorizado que lleve a cabo la función normal de facturación de Rady Children's.

2.4. **Programa de prestaciones de gastos compartidos** (**CSBP**, por sus siglas en inglés), un programa basado en la afiliación en el que un miembro paga una cuota de inscripción periódica (normalmente mensual) y las cuotas se distribuyen cada mes entre los miembros que necesitan ayuda para pagar sus gastos médicos. Normalmente, los programas de prestaciones no aceptan que se les facture directamente y tienen un acuerdo con sus afiliados para reembolsarles sus gastos médicos.

2.5. **Cobro de Deudas** significa toda comunicación sobre el pago por parte de Rady Children's (o su cesionario, incluyendo una subsidiaria, afiliada, agencia de

cobranza o comprador de su deuda) con el paciente/Garante después del envío de la factura inicial.

2.6. **Pago** significa una situación en la que el Hospital ha determinado que el paciente no reúne los requisitos para recibir la atención caritativa completa, pero puede optar a un descuento y se espera que pague sólo una parte de la factura. Se trata de una forma de atención caritativa parcial.

2.7. **Médico de urgencias** es un médico que es miembro acreditado del personal médico del hospital y que está contratado por el hospital para prestar servicios médicos de urgencias en la sala de urgencias (ED, por sus siglas en inglés). El médico de urgencias no incluye a un médico especialista que sea llamado a la sala de urgencias o que forme parte del personal o tenga privilegios en el hospital fuera de la sala de urgencias.

2.8. **Gastos esenciales de subsistencia** son los gastos de cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y suministros domésticos; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o guardería; manutención de los hijos o del cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

2.9. **Las Actividades Extraordinarias de Cobro** (ECA, por sus siglas en inglés) incluyen la imposición de un gravamen sobre la propiedad de una persona, la ejecución hipotecaria sobre un bien inmueble, el embargo o incautación de la cuenta bancaria u otros bienes personales de una persona, el inicio de una acción civil contra una persona o una orden de embargo corporal, la detención de una persona, aplazar o denegar la atención médica necesaria debido a la falta de pago de una factura por la atención prestada anteriormente cubierta por la FAP, exigir el pago antes de prestar la atención médica necesaria debido a facturas pendientes por la atención prestada anteriormente, embargar el salario de una persona y determinadas ventas de la deuda del paciente a otra parte. Las ECA no incluyen la transferencia de una cuenta a un proveedor autorizado con fines de cobro sin el uso de ninguna ECA.

2.10. **Familia** o **familia del paciente** significa,

2.10.1. Para los pacientes de 18 años o más, el cónyuge del paciente, concubinos registrados y los hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en el hogar.

2.10.2. En el caso de pacientes menores de 18 años o de un hijo dependiente de 18 a 20 años, la familia incluye al padre o madre del paciente, a los familiares que lo cuidan y a otros hijos (menores de 21 años) del padre o la madre o del familiar que lo cuida.

2.11. **Programa de asistencia financiera (FAP**, por sus siglas en inglés) significa el programa de Rady Children's descrito en la norma de asistencia financiera (citada en las normas relacionadas, a continuación), que está diseñado para ayudar a los

pacientes que reúnen los requisitos financieros a obtener pagos con descuento o atención caritativa por servicios hospitalarios y servicios médicos de emergencia.

2.12. **Participante de la FAP** significa un paciente que reúne los requisitos financieros de Rady Children's Hospital.

2.13. **Paciente que reúne los requisitos financieros** significa:

2.13.1. Un Paciente no asegurado con ingresos familiares iguales o inferiores al 550% del FPL; o
2.13.2. Un Paciente asegurado o paciente CSBP no asegurado con gastos médicos elevados y un ingreso familiar igual o inferior al 450% del FPL; o
2.13.3. Un Paciente asegurado o paciente CSBP no asegurado con gastos no cubiertos e ingresos familiares iguales o inferiores al 450% del FPL; o
2.13.4. Un paciente, ya sea no asegurado, asegurado o afiliado a la CSBP, que tiene unos gastos médicos elevados.

2.14. La **carta de aviso** es una notificación que Rady Children's debe enviar antes de asignar una cuenta a cobranzas o venderla a un comprador de deudas.

2.15. **Garante** es la persona con responsabilidad financiera por los servicios de atención médica del paciente, generalmente el paciente, padre, madre o tutor legal.

2.16. **Gastos médicos elevados** son cualquiera de los siguientes conceptos, en relación con la(s) fecha(s) de prestación del servicio.

2.16.1. Los gastos anuales de bolsillo del paciente incurridos en el hospital que superen el 10% de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores. Por gastos de bolsillo se entienden todos los gastos de atención médica que no reembolsa el seguro médico o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o la participación en los gastos de Medi-Cal. Estos están determinados por la comparación de los gastos extra de bolsillo del paciente/garante con los ingresos familiares del paciente en el mismo periodo anterior de 12 meses. Por ejemplo, si el paciente/garante presenta una solicitud de asistencia financiera (FAA, por sus siglas en inglés) el 1 de enero, se debe proporcionar la documentación de ingresos y gastos del 1 de enero al 31 de diciembre anteriores.

2.16.2. Los gastos anuales de bolsillo del paciente, incurridos en el hospital, que superen el 10% de los ingresos familiares actuales. Se entiende por gastos de bolsillo cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o la participación en los gastos de Medi-Cal. Cuando se utilicen los ingresos actuales como base para la determinación, el asesoramiento financiero utilizará los ingresos a partir del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y los multiplicará por 12 para determinar los ingresos anuales previstos.

2.16.3. Los gastos anuales de bolsillo que superen el 10% de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores o los ingresos familiares actuales si el paciente/garante proporciona documentación de los gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores. Por gastos de bolsillo se entiende cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o la participación en los gastos de Medi-Cal. Estos están. determinados por la comparación de los gastos médicos totales, incluidos los que no se produjeron en el hospital, pagados por el paciente con los ingresos familiares del paciente. Si se utilizan los ingresos actuales, el servicio de asesoramiento financiero utilizará los ingresos del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y los multiplicará por 12 para determinar los ingresos anuales previstos.

2.17. **Paciente asegurado** significa un paciente que tiene cobertura a través de un tercer pagador, como una compañía de seguro médico, un plan de atención médica, Medicare o Medicaid.

2.18. **Deuda médica** significa una deuda contraída por un consumidor con una persona cuya actividad principal es la prestación de servicios, productos o dispositivos médicos, o con el agente o cesionario de dicha persona, por la prestación de servicios, productos o dispositivos médicos. Las deudas médicas incluyen, entre otras, las facturas médicas no vencidas o pagadas.

2.19. **Ley sin sorpresas** se dirige a hospitales y proveedores; amplía las protecciones federales financieras y de información a las personas cubiertas por planes comerciales e impone nuevos límites a la facturación de saldos y a la participación en los gastos de los pacientes no asegurados.

2.20. **Ingresos del paciente y de la familia** significa los ingresos calculados del siguiente modo: ingresos brutos del paciente y de la familia antes de impuestos, menos los pagos efectuados en concepto de pensión alimenticia y manutención de los hijos. (Los planes de jubilación o de indemnización diferida que cumplan los requisitos del código de rentas internas, o los planes de indemnización diferida no sujetos a requisitos, no se incluirán en los cálculos de ingresos o activos).

2.21. **Plan de pago** significa pagos mensuales de términos acordados entre el hospital y el paciente/garante.

2.22. **Plan de pago razonable** significa pagos mensuales que no superan el 10% de los ingresos del paciente/familia durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de manutención esenciales.

2.23. **Paciente que paga por cuenta propia** es un paciente que no tiene o decide no utilizar la cobertura de terceros de un seguro médico, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid y cuya lesión no es una lesión indemnizable a efectos de indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determinado y documentado por el Hospital.

2.24. **Pacientes que reúnen los requisitos financieros para pagar por cuenta propia** son pacientes sin cobertura a través de un tercer pagador u otra cobertura de terceros y los ingresos del paciente/familia no superan el 550% del FPL. Los pacientes que pagan por cuenta propia y cumplen los requisitos financieros pueden incluir pacientes de atención caritativa.

2.25. **Cobertura de terceros** significa la cobertura de un tercer pagador o a través de un programa de gastos compartidos.

2.26. **Tercer pagador** significa un seguro privado o entidad que paga las reclamaciones médicas en nombre del asegurado, reembolsa y gestiona los gastos de atención médica y ofrece seguro médico, incluyendo la cobertura ofrecida a través del programa de Beneficio de salud intercambiable de California (California Health Benefit Exchange), indemnización laboral, seguro de automóvil, así como la cobertura del programa de atención médica del gobierno, tales como Medi-Cal, CCS, TRICARE, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

2.27. **Paciente no asegurado** significa que el paciente no tiene cobertura a través de un tercer pagador.

2.28. **Paciente CSBP no asegurado** significa que los pacientes no están asegurados y que son miembros de un Programa de gastos compartidos.

2.29. **Obligación de participación en los gastos** significa que un asegurador médico envía el pago de los servicios prestados directamente al asegurado/garante y no al proveedor.

3.0 NORMA:

3.1. Rady Children's apoya el acceso a una atención médica de calidad para los niños estableciendo prácticas de facturación y cobro de deudas justas y transparentes para los servicios del hospital y del médico de urgencias, en cumplimiento con las leyes y regulaciones federales y de California.

3.2. FACTURACIÓN INICIAL:

3.2.1. Antes de enviar la factura inicial de los servicios de atención médica al paciente/garante, Rady Children's:

3.2.2. Hará todos los esfuerzos razonables para:

3.2.2.1. Obtener y validar del paciente/garante la información del tercer pagador, de acuerdo con HPM 7-55, precios justos para médicos de hospitales y servicios de urgencias (Hospital & ED Physician Fair Pricing) y HPM 7-11, normas del programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program).

3.2.2.2. Obtener verificaciones de beneficios y autorizaciones previas.

3.2.2.3. Obtener el reembolso exacto de cualquier tercer pagador mediante la presentación de reclamaciones, el seguimiento y los procesos de apelación, según sea necesario.

3.2.2.4. Validar la adjudicación de reclamaciones de terceros pagadores.

3.2.3. Asignar al paciente/garante el importe adecuado de responsabilidad financiera, según lo limite la adjudicación de terceros pagadores (reclamaciones y pagos) y/o el programa de asistencia financiera, según corresponda.

3.2.4. No recalcular la responsabilidad financiera del paciente/garante basándose en ingresos o activos que no se hayan podido tener en cuenta al determinar la elegibilidad para la FAP.

3.2.5. No facturar un saldo al paciente/garante por primera vez si se cumple alguno de los siguientes criterios:

3.2.5.1. En la fecha en que se inicia la facturación al paciente/garante, han pasado más de 6 meses desde la fecha en que Rady Children's recibió por última vez una explicación de beneficios del tercer pagador y no se envió ninguna carta de coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) o de responsabilidad de terceros (TPL, por sus siglas en inglés) al paciente/garante solicitando la información adicional que necesita su tercer pagador para reembolsar a Rady Children's por los servicios prestados.

3.2.5.2. Han transcurrido más de 6 meses entre la primera reclamación enviada al tercer pagador y la fecha de alta para el servicio facturado y no se ha enviado ninguna carta COB o TPL al paciente/garante solicitando información adicional necesaria para que el tercer pagador reembolse a Rady Children's por los servicios prestados.

3.3. **AVISOS DE FACTURACIÓN:**

3.3.1. La siguiente información se incluirá en todos los avisos de facturación a pacientes/garantes:

3.3.1.1. En la factura inicial, una explicación del saldo adeudado por el paciente. Un extracto detallado de los gastos, si lo solicita;

3.3.1.2. En las facturas posteriores, un saldo a cuenta de los gastos no

pagados;

3.3.1.3. Una solicitud de información sobre la cobertura del seguro;

3.3.1.4. Una nota que indique que si el paciente/garante carece de cobertura de seguro o la que tiene es inadecuada, y cumple ciertos requisitos de ingresos, el paciente/garante puede ser elegible para un programa gubernamental (por ejemplo, Medi-Cal, CCS, Healthy Families o cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California) o para la FAP;

3.3.1.5. Una explicación en la que se indique cómo obtener solicitudes para los programas Medi-Cal, CCS y Healthy Families, la cobertura ofrecida a través del Intercambio de prestaciones médicas de California u otro programa de cobertura médica financiado por el estado o el condado y cómo obtener una solicitud de FAP; y

3.3.1.6. Si el paciente no indica cobertura de un tercer pagador, otra cobertura de terceros o solicita un precio con descuento o atención caritativa, Rady Children's proporcionará una solicitud para Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el condado antes del alta.

3.3.1.7. El número de teléfono del departamento apropiado de Rady Children's para obtener más información sobre asistencia financiera y cómo solicitar dicha asistencia.

3.3.1.8. Una derivación a un centro local de asistencia al consumidor ubicado en las oficinas de servicios legales.

3.4. **PLANES DE PAGO**

3.4.1. Rady Children's:

3.4.1.1. ofrece a todos los pacientes/garantes, independientemente de su elegibilidad para la FAP, la opción de realizar pagos en un plan de pago extendido.

3.4.1.2. negociará las condiciones de un plan de pago con el paciente/garante y tendrá en cuenta los ingresos del paciente/familia y los gastos esenciales de subsistencia.

3.4.1.3. utilizará la fórmula legal para crear un plan de pagos razonable, si el Hospital y el paciente/garante no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de pagos.

3.4.1.4. no cobrará intereses por ningún plan de pago, incluidos los ofrecidos a un participante en la FAP.

3.4.1.5. determinará la duración de un plan de pago teniendo en cuenta la cantidad de la obligación de pago y los recursos financieros del paciente/garante y sus gastos de subsistencia esenciales.

3.4.1.6. podrá dejar sin efecto el plan de pago si el paciente/garante no efectúa todos los pagos consecutivos adeudados durante un periodo de 90 días.

3.4.1.6.1. En primer lugar, intentará comunicarse con el paciente/garante por teléfono (al último número conocido) y notificarle por escrito (a la última dirección conocida) que el plan de pago puede quedar inoperativo, e informará al paciente/garante de la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentará hacerlo si así lo solicita el paciente/garante.

3.4.1.6.2. No se iniciará un informe a una agencia de informes de crédito al consumidor ni se iniciará una acción civil hasta que el plan de pago se declare inoperante.

3.5. **PROCEDIMIENTOS DE COBRO DE DEUDAS**

3.5.1. Rady Children's:

3.5.1.1. adelantará la deuda de un paciente para su cobro, ya sea por parte del Hospital o de su cesionario, incluida una subsidiaria, filial, agencia de cobro o comprador de su deuda, sólo de conformidad con esta norma.

3.5.1.2. realizará esfuerzos razonables de acuerdo con su norma del programa de asistencia financiera para determinar si un paciente/garante reúne los requisitos para recibir asistencia financiera antes de emprender cualquier acción de cobro, incluidas las acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés).

3.5.1.2.1. El paciente/garante recibirá instrucciones sobre cómo solicitar asistencia financiera con la factura inicial y las siguientes, las llamadas de recordatorio de saldo y cuando llame al equipo de atención al cliente de PFS para informarse sobre los saldos de

las cuentas.

3.5.1.2.2. Una vez que haya sido presentada una solicitud de ayuda financiera completa, el departamento de asesoramiento financiero tomará la decisión final de elegibilidad FAP antes de continuar con las acciones de cobro.

3.5.1.3. como mínimo treinta (30) días antes de iniciar cualquier ECA, proporcionar al paciente una notificación por escrito que:

3.5.1.3.1. Indique que la asistencia financiera está disponible para las personas que reúnan los requisitos;

3.5.1.3.2. Identifique las ECA que Rady Children's o su proveedor autorizado pretende iniciar para obtener el pago de la atención;

3.5.1.3.3. Fije una fecha límite después de la cual se puedan iniciar dichas ECAs que no sea antes de 30 días después de la fecha en que se proporcione el aviso; y

3.5.1.3.4. Incluya la siguiente declaración "Las leyes estatales y federales exigen que los cobradores de deudas le traten de forma justa y prohíben a los cobradores de deudas hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, utilizar lenguaje obsceno o profano y establecer comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Salvo en circunstancias excepcionales, los cobradores de deudas no pueden ponerse en contacto con usted antes de las 8:00 a.m. ni después de las 9:00 p.m. En general, un cobrador de deudas no puede dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede ponerse en contacto con otra persona para confirmar su ubicación o para ejecutar una sentencia. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede ponerse en contacto con la Comisión Federal de Comercio por teléfono en el 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov."

3.5.1.4. proporcione al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la FAP de Rady Children's con el aviso escrito de ECA descrito en la sección 4.4.1.3.1 anterior.

3.5.1.5. considere el uso de procesos legales o judiciales, incluido el inicio de una acción civil o procedimientos de embargo de salario, si han transcurrido al menos 180 días después del primer estado de facturación posterior al alta.

3.5.1.6. considere la posibilidad de informar a una agencia de información crediticia sobre cualquier obligación de participación en los costos impaga, como deuda médica, si no se recibe el pago dentro de los 60 días posteriores a la notificación del asegurador médico al asegurado, o dentro del año posterior a la facturación inicial del servicio, lo que ocurra en último término.

3.5.1.7. proporcione al paciente/garante, antes de comenzar las actividades de cobro, un aviso claro y visible de lo siguiente: un resumen redactado de forma clara de los derechos del paciente de acuerdo con la ley de normas de precios justos del hospital, la ley Rosenthal de prácticas justas de cobro de deudas y la ley federal de prácticas justas de cobro de deudas. El aviso también incluirá información sobre los servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro disponibles en la zona. Este aviso:

3.5.1.7.1. Generalmente, se incluirá en la factura inicial al paciente/Garante.

3.5.1.7.2. En todos los casos se facilitará antes de enviar una cuenta a una agencia de cobros externa.

3.5.1.7.3. Se incluirá en todo documento que indique que pueden iniciarse actividades de cobro.

3.5.1.7.4. Se incluirá una hoja con información en inglés y en los 15 idiomas más hablados por las personas con conocimientos limitados de inglés en California, según determine el departamento de servicios de atención médica del estado.

3.5.1.8. Enviar al paciente/garante una carta de despedida antes de asignar una cuenta a una agencia de cobros externa y no antes de 180 días desde la factura inicial, con la siguiente información:

3.5.1.8.1. La fecha o fechas de servicio de la factura que se está asignando a cobros o vendiendo.

3.5.1.8.2. 3.5.1.8.2 El nombre de la entidad a la que se asigna la factura.

3.5.1.8.3. Una declaración en la que se informe al paciente de cómo obtener una factura detallada del hospital.

3.5.1.8.4. El nombre y el tipo de plan de la cobertura médica del paciente registrado en el hospital en el momento de los servicios o una declaración de que el hospital no dispone de esa información.

3.5.1.8.5. Una solicitud de atención caritativa y asistencia financiera del hospital.

3.5.1.8.6. La fecha o fechas en que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la posibilidad de solicitar asistencia financiera, la fecha o fechas en que se envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión sobre la solicitud.

3.5.1.9. no enviar una cuenta a una agencia de cobros cuando el paciente/garante esté intentando de buena fe liquidar una factura negociando un plan de pagos o haya presentado una solicitud de asistencia financiera completa.

3.5.1.10. no utilizar la información sobre ingresos del paciente/familia obtenida durante el proceso de elegibilidad de la FAP con el fin de llevar a cabo actividades de cobro como se describe en esta norma.

3.5.1.11. utilizar personal para realizar actividades de cobro que no haya participado en la determinación de la FAP del paciente.

3.5.1.12. mantener la información relativa a activos o ingresos como parte del proceso de elegibilidad FAP en un archivo separado de la información utilizada para cobrar deudas. El archivo de elegibilidad de la FAP no estará a disposición del personal que realice actividades de cobro de deudas.

3.5.1.13. dar a conocer la FAP a sus agencias de cobro contratadas para que la agencia pueda informar de los importes que ha determinado como incobrables debido a la incapacidad de pago de acuerdo con las pautas de elegibilidad de la FAP.

3.5.1.14. obtener un acuerdo por escrito de cada agencia de cobro que utilice o comprador de deuda en ella que venda su deuda, de

que dicha entidad se adherirá a lo siguiente:

3.5.1.14.1. FAP de Rady Children's, Normas de Precios Justos, y esta norma de facturación y cobro de deudas.

3.5.1.14.2. Estar autorizado como cobrador de deudas por el Departamento de Protección e Innovación Financiera.

3.5.1.14.3. Mantener registros relacionados con deudas médicas durante al menos cinco (5) años.

3.5.1.14.4. Sólo para compradores de deudas: No revender o transferir la deuda del paciente, a menos que la agencia sea vendida o fusionada con otra entidad.

3.5.1.14.5. Sólo para compradores de deuda: No cobrar intereses ni comisiones sobre la deuda del paciente.

3.5.1.14.6. Excepciones:

3.5.1.14.6.1 Una agencia de cobranza o un comprador de deuda que no sea una filial o subsidiaria del Hospital podrá utilizar el embargo de salario contra el paciente/garante por orden del tribunal previa moción notificada, respaldada por una declaración que identifique la base por la cual se cree que el paciente tiene la capacidad de realizar los pagos de la sentencia bajo embargo de salario.

3.5.1.14.6.2 Una agencia de cobros o un comprador de deudas que no sea una filial o subsidiaria del Hospital no podrá notificar ni llevar a cabo una venta de la residencia principal del paciente/garante durante la vida del paciente o de su cónyuge, durante el periodo en que un hijo del paciente sea menor de edad, o durante el periodo en que un hijo del paciente que haya alcanzado la mayoría de edad sea incapaz de cuidar de sí mismo y resida

en la vivienda como residencia principal.

3.5.1.15. no notificar información adversa relativa a la deuda médica a una agencia de informes de crédito del consumidor o no iniciar una acción civil en un plazo de 180 días contra el paciente/garante en el caso de pacientes sin seguro con gastos médicos elevados.

3.5.1.16. ampliar este periodo de 180 días para los pacientes que tengan una apelación pendiente (que incluye, por ejemplo, una queja, una revisión médica independiente, una revisión de audiencia imparcial de reclamación de Medi-Cal o una apelación de cobertura de Medicare) contra un tercer pagador, de modo que el paciente/garante disponga de 180 días a partir de la fecha de finalización de la apelación para efectuar el pago.

3.5.1.17. retirar una cuenta de una agencia de cobros si recibe pruebas de la elegibilidad del paciente para un plan médico comercial o Medi-Cal y notificar a sus agencias de cobros de la cobertura, instruir a las agencias para que cesen los esfuerzos de cobro de la factura impagada por los servicios cubiertos y notificar al paciente/garante que se han tomado las medidas anteriores. La información enviada previamente a una agencia de informes crediticios o a la agencia de cobros se corregirá en un plazo de 30 días a partir de la verificación de la elegibilidad del paciente.

3.5.1.18. retirar una cuenta de una agencia de cobros en la que se haya determinado que el saldo es incorrecto debido a la disponibilidad de un tercer pagador, incluido un plan médico o un programa gubernamental de cobertura médica, o si el paciente reúne los requisitos para recibir atención caritativa o asistencia financiera.

3.5.1.19. no utilizar y prohibir a su cesionario, que sea una filial o afiliada, embargos de salarios o gravámenes sobre bienes inmuebles del paciente/garante para cobrar una factura impagada del hospital con respecto a un paciente elegible para la FAP.

3.5.1.20. mantendrá todos los registros relacionados con el dinero adeudado al hospital por un paciente/garante durante cinco (5) años, incluidos, entre otros, los documentos relacionados con litigios presentados por el hospital, un contrato o registros relacionados con la cesión o venta de deuda médica a un tercero, y una lista, actualizada anualmente, de los cobradores

de deudas y litigantes que participen en actividades de cobro en nombre del hospital.

3.5.1.21. cuando se solicite el reembolso de los servicios del médico de urgencias al Fondo Maddy, suspender cualquier otra actividad de facturación o cobro para ese paciente. Si no se recibe ningún pago del Fondo Maddy, la facturación y el cobro podrán reanudarse de acuerdo con ésta y otras normas correspondientes de Rady Children's.

4.0 NORMAS RELATIVAS:

4.1. Programa de asistencia financiera, HPM 7-11
4.2. Precios justos para médicos de hospitales y Servicio de urgencia SUH, HPM 7-55

5.0 RECURSOS

5.1. California AB 774 (2007), AB 1503 - (2010), SB 1276 - (2014), AB 1020 (2022), AB 532 (2022), SB 1061 (2024), AB 2297 (2024)
5.2. Ley de normas hospitalarias de precios justos (Código de Salud y Seguridad, §§127400-127446, 127452)
5.3. Título 22, Código de Reglamentos de California, §§ 96005-96020, 96040-96050
5.4. https://hcai.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr
5.5. Código de Salud y Seguridad, §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585, 1797.98c y 128770
5.6. Ley de Protección al Paciente y Asistencia Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act)
5.7. Código de Rentas Internas, sección 501(r)

Fecha de redacción: enero de 2016
Fecha de revisión: julio de 2019, junio de 2021, marzo de 2022, septiembre de 2022, julio de 2023, marzo de 2024, diciembre de 2024
Fecha de revisión: agosto de 2019