

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 1 de 11</b>

## **PURPOSE / PROPOSITO**

To describe the hospital's collection policy that is consistent with best practices in the industry and in compliance with regulatory requirements.

## **DECLARACIÓN DE POLÍTICA**

Community Hospital of the Monterey Peninsula cuenta con una política de cobro consistente con las mejores prácticas de la industria, las recomendaciones de la Asociación de Hospitales de California (CHA), la Ley de Políticas de Precios Equitativos de Hospitales y todas las leyes federales, estatales y locales que rigen el cobro de una deuda de un paciente, incluido el Artículo 501(r) del Código de Ingresos Internos. El hospital publicará y mantendrá carteles en lugares claros y visibles para notificar a los pacientes sobre los Programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento del hospital y la disponibilidad de fondos de otros programas para ayudar en el pago de facturas. Los carteles son colocados en cada sitio de registro, la oficina administrativa del paciente, la sala de emergencias, la oficina de facturación, la oficina de admisiones, otros ámbitos de pacientes ambulatorios y el sitio web del hospital.

## **PRÁCTICA GENERAL**

- A. Los Servicios Administrativos del Paciente (PBS) deberán cumplir las siguientes pautas en el cobro de cualquier deuda de pacientes con el hospital derivadas de servicios médicos prestados en cualquier sitio o en cualquier departamento. Cada paciente será tratado con respeto y dignidad en todo momento. Estas pautas de cobro se establecen bajo la autoridad del Departamento de Servicios Administrativos del Paciente y las deudas no serán derivadas a un proceso de cobranza sin haber sido revisadas según el proceso de Autorización por umbral en dólares. La decisión de derivar una deuda a un proceso de cobranza se tomará según cada caso, siguiendo la política y los procesos establecidos a continuación. El proceso de cobranza podrá automatizarse si se cumplen ciertos criterios. La decisión de derivar una deuda al proceso de cobranza se basará en factores tales como falta de pago, no presentar una solicitud a uno de los programas disponibles, no responder a las peticiones del hospital, o no contactarse con el hospital en respuesta a una factura. Según el criterio de los Servicios Administrativos del Paciente y luego del proceso de autorización según el umbral en dólares abajo, una deuda podrá derivarse a un proceso de cobranza si el pago total no es recibido dentro de los 30 días de la factura inicial, sujeto a las limitaciones que se indican más adelante. Independientemente de la antigüedad de una factura, el hospital siempre estará abierto para llegar a un acuerdo con una deuda.
- B. Inicialmente, el proceso de cobranza es realizado por el hospital pero podría ser referido a una agencia de cobro externa o acciones legales según se establece más adelante. Esta política de cobro rige todas las comunicaciones entre el hospital y un paciente respecto a la recolección de montos que se deben al hospital.

## **TIPOS DE SALDOS**

- A. Los saldos del paciente derivan de cuatro grupos de circunstancias:

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6678
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO	Página 2 de 11

1. El paciente ha calificado o podría resultar elegible para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento. Esta categoría podría incluir:
  - a. Un paciente que paga por cuenta propia que cumple con los requisitos de activos monetarios y/o ingresos del Programa de Cuidados Patrocinados o del Programa de Pago con Descuento y que no cuenta con cobertura de seguro de salud de terceros, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es elegible para aplicar el Seguro de indemnización para trabajadores (Workers' Compensation), seguro de automóvil o cualquier otro seguro que pueda cubrir los servicios hospitalarios provistos al paciente.
  - b. Un paciente asegurado que cumple con los estándares de elegibilidad del Programa de Pago con Descuento respecto de ingresos (del 350% o menos del Nivel Federal de Pobreza) y que tiene costos médicos elevados (gastos médicos de bolsillo en los 12 meses anteriores a la prestación de los servicios que superen el 10% del ingreso familiar del paciente durante el mismo periodo de 12 meses).
2. El paciente no tiene cobertura de terceros (pago por cuenta propia) y no resulta elegible para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento del hospital.
3. El paciente tiene cobertura de terceros pero tiene deducibles, copagos o servicios no cubiertos, y no resulta elegible para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento del hospital.
4. El paciente tiene un seguro que no paga al hospital a pesar del seguimiento consistente del personal, y no existen exclusiones legales ni contractuales que limiten la capacidad del hospital de perseguir el pago por parte del paciente.

## PROCESOS

- A. Siempre que sea posible, todos los pacientes deberán ser registrados previamente para recibir los servicios. Se alienta a los pacientes que no tienen seguro a trabajar con los asesores de inscripción del hospital para localizar programas del gobierno y/o el California Health Benefit Exchange para los que podrían calificar. Los pacientes recibirán información sobre el Programa de Cuidados Patrocinados del hospital y se les ayudará a presentar la solicitud.
- B. Los procedimientos de cobranza variarán según el tipo de visita, del siguiente modo:
  1. **Paciente que podría resultar elegible para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento.**
    - a. Los pacientes que cumplen con los requisitos de activos y/o ingresos podrían calificar para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento. Deberá realizarse todo esfuerzo para determinar la elegibilidad para estos programas antes del servicio de ser posible o lo antes posible luego de brindarse los servicios. El Departamento de Servicios Sociales o el Departamento de Servicios Administrativos del Paciente del hospital revisará las solicitudes de elegibilidad para el Programa de Cuidados

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 3 de 11</b>

Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento de acuerdo con la política del hospital. Todos los pacientes deberán tener al menos 240 días para presentar una solicitud completa para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento del hospital (“Período de Solicitud”). Mientras esté pendiente la solicitud del paciente, el hospital podrá enviar facturas pero no iniciará ninguna actividad de cobro dentro de los 120 días de la primera factura posterior al alta del hospital. La primera factura incluirá un resumen en un lenguaje simple de la Política del Programa de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento del hospital. Antes de comenzar cualquier actividad de cobro, el hospital deberá suministrar a los pacientes una notificación escrita que describa las actividades potenciales de cobro que podrían iniciarse en caso de falta de pago. La notificación incluirá una fecha límite luego de la cual podrán iniciarse actividades de cobro que no sea anterior a treinta días luego de la fecha de la notificación.

- b. En el caso de que un paciente presente una solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento del hospital durante el Período de Solicitud, el hospital suspenderá de inmediato cualquier acción de cobro pendiente en contra del paciente hasta que se haya realizado una determinación final respecto de la elegibilidad del paciente para obtener asistencia financiera o el paciente no haya respondido las solicitudes de información adicional necesaria para que el hospital realice una determinación definitiva respecto de la elegibilidad.
- c. En el caso de que un paciente presente una solicitud incompleta para el Programa de Cuidados Patrocinados o de Pago con Descuento del hospital durante el Período de Solicitud, el hospital proveerá al paciente una notificación escrita que describa la documentación adicional requerida para completar la solicitud. Los pacientes tendrán al menos 30 días para responder a solicitudes de información adicional de seguimiento relacionadas con solicitudes incompletas.

## **2. Pacientes que califican exitosamente para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento.**

- a. Luego de que se determine que el paciente es elegible para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento, el hospital determinará el monto que debe pagar el paciente de acuerdo con la Política del Programa de Cuidados Patrocinados y del Programa de Pago con Descuento del hospital. Si el paciente no puede pagar este monto en un único pago, se ofrecerá al paciente la oportunidad de negociar y acordar un plan de pagos.
- b. Si el paciente ha firmado un Plan de Pagos del Programa de Cuidados Patrocinados o Programa de Pago con Descuento y el paciente no realiza oportunamente todos los pagos programados durante cualquier período de 90 días, el hospital podrá finalizar el Plan de Pagos. Antes de finalizar el Plan de Pagos, el hospital se contactará con el paciente telefónicamente y por escrito e informará al paciente que el Plan de Pagos podrá ser finalizado debido a la

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 4 de 11</b>

falta de pagos programados. Si el paciente lo solicita, el hospital renegociará el Plan de Pagos.

- c. El hospital no presentará información adversa a una agencia de información crediticia para consumidores ni comenzará acciones civiles en contra del paciente por falta de pago antes de que se finalice el Plan de Pagos.
- d. El hospital no usará información de activos monetarios que haya obtenido para determinar la elegibilidad para el Programa de Cuidados Patrocinados para actividades de cobro. La información sobre activos monetarios e ingresos obtenida como parte de la determinación de elegibilidad no podrá compartirse con agencias de cobro.
- e. Por un período de 150 días después de la facturación inicial al paciente, el hospital no presentará información adversa a una agencia de información crediticia de consumidores respecto de, ni iniciará acciones civiles en contra de, un paciente que no tenga cobertura o provea información de que podría resultar elegible para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento.
- f. Si un paciente está intentando calificar para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento y está intentando de buena fe arreglar el pago de una factura no pagada ya sea negociando un plan de pagos o realizando pagos regulares razonables de su factura, el hospital no enviará la visita del paciente a una agencia de cobros a menos que la agencia acepte cumplir con la política de cobro del hospital, el § 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad de California (Ley de Políticas de Precios Equitativos del Hospital) y las disposiciones del Título 26 de las C.F.R. 1.501(r)-6(b)(2) que rigen las acciones de cobro extraordinarias.
- g. El hospital no recurrirá a embargos de sueldos o gravámenes sobre viviendas primarias como medio de cobro de facturas de hospital no pagadas de pacientes que sean elegibles para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento.
- h. Si un paciente apela la decisión del hospital respecto de la elegibilidad o el nivel de beneficios del paciente en virtud del Programa de Cuidados Patrocinados o del Programa de Pago con Descuento, o si apela una cobertura de determinación de un tercero, el hospital no presentará información adversa a una agencia de información crediticia de consumidores ni comenzará acciones civiles en contra del paciente siempre que el paciente haya presentado una apelación de conformidad con la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento del hospital o realice esfuerzo razonable para comunicarse con el hospital respecto del avance de cualquier apelación de cobertura pendiente con un tercero. El hospital no iniciará el período de 150 días mencionado precedentemente hasta después de completarse la resolución de la apelación del paciente para brindar al paciente los 150 días completos para hacer el pago.

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 5 de 11</b>

- i. Antes de comenzar cualquier actividad de cobro en contra de cualquier paciente, incluyendo aquellos que no resulten elegibles para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento, el hospital proveerá al paciente un resumen en lenguaje simple de la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento del hospital y una notificación clara y visible de los derechos del paciente en virtud de la Ley de Políticas de Precios Equitativos, la Ley de Prácticas de Cobro de Deuda Equitativo Rosenthal y la Ley de Prácticas de Cobro de Deuda Equitativo federal. La notificación indicará:

“La ley estatal y federal requiere a los cobradores de deudas que le provean un trato justo y prohíbe a los cobradores de deudas realizar declaraciones falsas o amenazas de ejercer violencia, usar lenguaje obsceno o soez y realizar comunicaciones inadecuadas con terceros, incluyendo su empleador. Salvo en circunstancias excepcionales los cobradores de deudas no podrán contactarlo antes de las 8 AM o después de las 9 PM. En general, un cobrador de deudas no podrá dar información sobre su deuda a otra persona distinta de su abogado o cónyuge. Un cobrador de deuda podrá contactarse con otra persona para confirmar su ubicación o hacer cumplir una sentencia. Para obtener más información sobre actividades de cobro de deuda, podrá contactarse telefónicamente con Federal Trade Commission al 877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov). Es posible que haya disponible en el área servicios de asesoramiento crediticio gratuitos.

Si usted no tiene seguro o tiene costos médicos elevados, contáctese con el Departamento de Servicios Administrativos del Paciente del Community Hospital al (831) 625-4922 o (888) 625-4922 para obtener información sobre descuentos y programas para los que podría ser elegible, incluyendo el programa Medi-Cal. Si cuenta con cobertura, díganoslo para que podamos facturarle a su plan.”

- j. Esta notificación también se dará en cualquier documento que indique que podrían iniciarse actividades de cobro e incluirá una fecha límite después de la cual podrán iniciarse actividades de cobro que no sea antes de los treinta días después de la fecha de la notificación.
- k. En caso de que el hospital cobre pagos a un paciente que luego califique para la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento, el hospital reembolsará cualquier exceso pagado previamente por el paciente, junto con intereses sobre dicho monto a la tasa actual (remítase al procedimiento de reembolso) por año desde la fecha en la que el hospital recibió el pago en exceso o la fecha en la que el paciente califique para la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento, lo que suceda después.

### **3. Servicio previo para pacientes que pagan por cuenta propia**

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 6 de 11</b>

Los pacientes que accedan al hospital sin cobertura de terceros serán procesados del siguiente modo:

- a. Se harán esfuerzos para informar a los pacientes que pagan por cuenta propia programados que se esperan acuerdos de pago al momento del servicio y se suministrará un monto estimado por el servicio si así se solicita. Cuando así se solicite, se proveerá una estimación por escrito en un documento que especifique claramente el servicio que se prestará, el costo estimado y un aviso de declinación de responsabilidades claro en donde se indica que la estimación podría ser más alta o más baja que los servicios efectivamente recibidos y que la diferencia será reembolsada o pagadera al momento de la facturación final. Todos los pacientes tendrán oportunidad de platicar con los asesores de inscripción del hospital para localizar programas del gobierno y/o el California Benefit Exchange para los que podrían calificar y recibirán una notificación mediante la que se les informe acerca de los programas de Cuidados Patrocinados o de Pago con Descuento del hospital.
- b. Si un paciente indica que no puede pagar la factura o que podría requerir ayuda para pagar la factura, el representante del hospital determinará primero si el servicio es urgente. Si el servicio no es urgente, podrá posponerse, con el acuerdo del médico, hasta que el paciente pueda realizar los arreglos para pagar los servicios. Si se considera que los servicios son urgentes, se adoptará(n) la(s) siguiente(s) accione(s):
  - i. Remitir al paciente a los asesores de inscripción del hospital para ser examinado respecto de la elegibilidad para cualquier programa, estatal, o federal y/o el California Benefits Exchange para el que podría calificar. Remitir al paciente a la Guía de Referencia de Programas del Gobierno ubicada en la Oficina Administrativa del Paciente y la Oficina de Acceso de Pacientes.
  - ii. Ofrecer al paciente una lista de otras posibles fuentes de asistencia, incluyendo información sobre los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento del hospital. Suministrar al paciente una copia del resumen en lenguaje simple de la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento y los correspondientes formularios de solicitud.
  - iii. Informar al paciente de que una solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento podrá presentarse antes del servicio o deberá presentarse dentro de los 240 días después de haber recibido la primera factura de cargos posteriores de servicios hospitalarios.

#### **4. Pacientes que pagan por cuenta propia durante una estadía en el hospital o después del servicio**

Todos los pacientes que pagan por cuenta propia que no hayan sido examinados antes de ingresar para recibir servicios de internación o cirugía ambulatoria u

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 7 de 11</b>

otros procedimientos mayores serán examinados por el Asesor Financiero siempre que sea posible. El examen es obligatorio para pacientes internados. El Asesor Financiero platicará con el paciente o su representante legal acerca de las opciones de pago y solicitará el pago según sea apropiado. Si el paciente indica que no puede pagar los servicios, el Asesor Financiero adoptará las siguientes acciones:

- a. Ofrecer al paciente información sobre otras posibles fuentes de asistencia, incluyendo información sobre los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento del hospital. Ofrecer al paciente formularios de solicitud.
- b. Remitir al paciente a los asesores de inscripción del hospital para ser examinado respecto de la elegibilidad para cualquier programa, estatal, o federal y/o el California Benefits Exchange para el que podría calificar. Remitir al paciente a la Guía de Referencia de Programas del Gobierno ubicada en la Oficina Administrativa del Paciente y la Oficina de Acceso de Pacientes.
- c. Para pacientes interesados en los Cuidados Patrocinados, informar al paciente de que una solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento deberá presentarse dentro de los 240 días después de haber recibido la primera factura de cargos posteriores de servicios hospitalarios. Suministrar al paciente una copia del resumen en lenguaje simple de la Política del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento y los correspondientes formularios de solicitud. Alentar al paciente a trabajar con los asesores de inscripción del hospital para ser examinado respecto de la elegibilidad para cualquier programa, estatal, o federal y/o California Benefits Exchange para el que podría calificar. Todos los pacientes no asegurados recibirán un descuento estándar al momento de facturación.

## **5. Deducibles, copagos y servicios no cubiertos**

- a. Toda o cada vez que un paciente llame o se presente para recibir servicios, deberá reunirse información de cobertura de terceros. Verifique la cobertura siempre que sea posible antes de que se presten los servicios. Si el paciente tiene deducibles que deberá pagar y puede establecerse que los deducibles no han sido cumplidos, siempre pida el monto del deducible a pagar antes hacerse los servicios. Cualquier servicio no cubierto por el seguro del paciente deberá considerarse como de pago por cuenta propia y deberá seguirse el proceso de pago por cuenta propia mencionado. Los servicios no urgentes podrán posponerse si no están cubiertos por el seguro, en consulta con el médico del paciente.
- b. En el caso de Seguro del Gobierno, tales como Medi-Cal, Tri-West, etc., deberán seguirse las normas actuales sobre cobro de copagos, deducibles y participación en los costos. Si no puede determinarse el monto del copago o

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 8 de 11</b>

deducible, no intente cobrar el copago o deducible antes de que se facture y adjudique el reclamo.

- c. Medicare exige que se verifique la Necesidad Médica en todos los servicios ambulatorios. Si el proceso demuestra que los servicios podrán no ser cubiertos, el paciente deberá ser informado y deberá dársele un formulario de Notificación de Beneficiario Avanzado (ABN) para que lo firme. El paciente podrá optar por posponer el servicio, firmar el ABN con el entendimiento de que podrá facturársele el servicio en caso de que Medicare deniegue el pago, o negarse a firmar y optar por recibir el servicio de todos modos, en cuyo caso el paciente será responsable del pago y podrá solicitársele que pague el servicio por adelantado.
- d. Si el paciente indica que no puede pagar el monto adeudado, provea información y una solicitud para los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento del hospital (incluyendo un resumen en lenguaje sencillo) e información sobre otras posibles fuentes de asistencia. Siga los procesos de pago por cuenta propia para remitir al paciente a que reciba asistencia.

#### **6. Falta de pago por un tercero**

- a. Los reclamos completados con aseguradoras terceras se presentan 5 días después del alta. Los reclamos que contengan errores detectados por el sistema de facturación serán revisados y reparados según resulte apropiado.
- b. El equipo de seguimiento rastreará cada reclamo con el fin de recibir el pago oportuno del pagador. PBS proveerá información adicional requerida para que se pague el reclamo incluyendo Historiales Clínicos (siguiendo los procedimientos para la presentación de Historiales Clínicos) y EOB (Explicación de Beneficios) de pagadores previos, etc. La aseguradora tendrá tiempo suficiente en virtud de la ley para pagar un reclamo no disputado. Si el pagador no realiza el pago dentro de ese plazo sin un motivo legítimo y expreso, se realizarán los seguimientos y las apelaciones apropiadas en base a los procedimientos ubicados en los Servicios Administrativos del Paciente.
- c. Los pacientes solo serán facturados por saldos no pagados según lo permita la ley.
- d. Una vez que la factura pase a ser responsabilidad del paciente, la clase financiera se modifica a pago por cuenta propia y el paciente será contactado para el pago. Luego, deberá seguirse el proceso de paciente que paga por cuenta propia para el procesamiento y cobro de la visita.

#### **7. Cobro de una visita que no es elegible para cobertura de terceros, el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento**

- a. Salvo que lo prohíba la ley, cada paciente que tenga un saldo después del pago del seguro o que no sea elegible para cobertura de terceros o el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento del hospital recibirá las facturas. Si el paciente no ha sido evaluado para recibir asistencia



<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 9 de 11</b>

del hospital, o no ha respondido a la oferta de ser evaluado para recibir dicha asistencia, el paciente será facturado tan pronto como se haga la factura. Se enviará al paciente antes del comienzo de cualquier actividad de cobro un resumen de los derechos del paciente en virtud de la Ley de Políticas de Precios Equitativos, la Ley de Prácticas de Cobro de Deuda Equitativo Rosenthal y la Ley de Prácticas de Cobro de Deuda Equitativo federal. Además, el hospital proveerá un resumen de los Programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento con cada factura. La notificación incluirá una fecha límite después de la cual podrán iniciarse actividades de cobro que no sea anterior a treinta días después de la fecha de la notificación.

- b. El proceso de facturación está diseñado para proveer al paciente una oportunidad amplia para contactar al hospital con el fin de realizar arreglos de pago, solicitar asistencia o solicitar el programa de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento.
- c. Los pacientes que no resulten elegibles para recibir asistencia financiera o para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento del hospital podrán ser asistidos de otras maneras diferentes:
  - i. Todos los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán un descuento del 15% automáticamente de la factura. La primera factura enviada al paciente mostrará tal descuento.
  - ii. Podría ofrecerse un descuento adicional por pronto pago para alentar al paciente/garante a realizar el pago total, a una tasa que no supere del 10%, si se paga dentro de los 30 días de la factura inicial.
  - iii. Los pacientes podrán hacer pagos mensuales sin intereses por un máximo de 25 meses.
  - iv. Los pacientes podrán elegir otras opciones de financiamiento disponibles para ellos.
- d. Si el paciente no se pone en contacto con el hospital para hacer un arreglo de pago o con respecto a notificaciones de cobro, o si el paciente no cumple con sus promesas de pagar, el paciente podrá ser remitido a una agencia de cobro o un abogado. La remisión de una visita a una agencia de cobro será determinada según el número de días de vencimiento de la factura, o caso por caso. Una visita podrá remitirse directamente en el caso de pacientes que se hayan negado consistentemente a pagar visitas previas. PBS cumplirá con las leyes estatales y federales respecto de la remisión de visitas de pacientes para realizar un cobro.
- e. Los pacientes de Medicare, pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera y pacientes que no realicen arreglos de pago también podrán ser remitidos a cobros después de transcurridos 120 días, siempre que hayan recibido las mismas notificaciones y oportunidades de pagar que cualquier otro paciente, a menos que esté pendiente una apelación de cobertura de los

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 10 de</b> <b>11</b>

servicios. Una visita podrá remitirse directamente en el caso de pacientes que se hayan negado consistentemente a pagar visitas previas. Los pacientes de Medicare podrán ser remitidos a cobros en estos casos pero no podrán ser demandados por el pago.

- f. Los pacientes transitorios y encarcelados podrán resultar elegibles para participar en el Programa de Cuidados Patrocinados o en el Programa de Pago con Descuento.
- g. Si una deuda se reduce a una sentencia, podría imponerse el embargo de sueldo de acuerdo con las leyes estatales y federales. Podrán presentarse gravámenes pero no podrán iniciarse ejecuciones salvo en raras circunstancias y deberán estar aprobadas por la administración y contar con el asesoramiento de abogados. No podrá considerarse una ejecución de una hipoteca sobre una vivienda primaria del paciente o cónyuge de éste.

#### **8. Remisión a agencias de cobro**

- a. El hospital obtendrá un acuerdo escrito con una agencia que cobre cuentas por cobrar de hospitales para asegurarse de que la agencia cumpla con los estándares y prácticas para el cobro de deudas del hospital. Todas las agencias utilizadas por el hospital deberán cumplir con todas las normas y leyes federales, estatales y locales sobre prácticas de cobro. Cualquier violación informada por pacientes o presenciada por empleados deberá informarse a la gerencia e investigarse de inmediato. Cualquier agencia que se determine utiliza tácticas de cobro ilegales o no éticas estará sujeta a la cancelación inmediata del contrato.

- b. Proceso manual de autorización del personal para avanzar visitas para cobro

Hasta \$2,500.00	Representantes de la Oficina de Servicios administrativos del paciente
	\$2,500.01 - \$10,000.00
\$10,000.01-\$15,000.00	
\$15,000.01-\$25,000.00	Director Adjunto de la Oficina de Servicios administrativos del paciente Director
\$25,000.01-\$50,000.00	Director de la Oficina de Servicios administrativos del paciente
\$50,000.01+	Director de Finanzas del Hospital

- c. Proceso automatizado de sistema para avanzar visitas para cobro

Hasta \$5,000.00 al vencimiento
---------------------------------

<b>COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA</b>	<b>DP-5.6678</b>
<b>Departamento de Servicios Administrativos del Paciente</b> <b>TÍTULO DE POLÍTICA: POLÍTICA DE ESFUERZO DE COBRO</b>	<b>Página 11 de</b> <b>11</b>

<b>CONTENTS</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>Submitted by:</b>	Daisy Noguera, Director, Patient Business Services
<b>Next review date:</b>	2018
<b>Effective date:</b>	April 2017
<b>Applicable to:</b>	Patient Business Services Staff
<b>Approved by:</b>	Director, Patient Business Services
<b>Reviewed by:</b>	Management Team and Procedure Committee, Patient Business Services
<b>Replaces:</b>	Patient Business Services Policy: PBS Collection Effort Policy, version 2015.
<b>References:</b>	
<b>Key Words:</b>	Ayuda financier , Cuidado patrocinado, Programa de pagos de descuentos Medi-cal , Beneficio de Carlifornia compart, Periodo de Aplicacion ,Coleccion de Nivel Autorizado
<b>Distribution:</b>	CHOMP Intranet Policies and Procedures, Patient Business Services Staff. Patient Access, Financial Services, Legal Services, PAC.
<b>Additional information:</b>	
<b>Related policies or programs:</b>	