



Política: Gestión de cuentas de pacientes, facturación y cobranza

Fecha en vigencia: 10/dic/2024

Identificador: S-FW-LD-5400

Cuidados agudos: ENC GR LJ MER Ambulatorio SHAS

PROPÓSITO: proporcionar información sobre la facturación, el cobro y la gestión de las deudas de los pacientes de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de California, la Ley Federal de Protección y Cuidado Asequible del Paciente, así como las políticas y prácticas de los hospitales de Scripps (Scripps Memorial Hospital La Jolla, Scripps Memorial Hospital Encinitas, Scripps Green Hospital, Scripps Mercy Hospital, San Diego y Chula Vista) y Scripps Medical Foundation.

I. POLÍTICA

- A. Después de que se reciban los servicios del paciente, Scripps Health (Scripps) facturará a los garantes y pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna. Todas las cuentas no pagadas se manejarán de acuerdo con la regla final de la sección 501r del servicio de impuestos internos (IRS, por sus siglas en inglés) y el Departamento del Tesoro bajo la autoridad de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- B. Facturación de seguros del paciente
 1. Responsabilidad del paciente antes de los servicios:
 - a. Proporcionar los beneficios y la cobertura del seguro.
 - b. Obtener todas las derivaciones o autorizaciones requeridas.
 - c. Contactar a su seguro si tiene preguntas sobre la responsabilidad financiera o la cobertura de los servicios.
 - d. A los pacientes se les informará que deben pagar al hospital cualquier monto enviado directamente al paciente por los pagadores de terceros, incluyendo aquellos provenientes de acuerdos legales, juicios o premios.
 - e. Scripps cumple con sus obligaciones contractuales con los pagadores. Los pacientes son responsables de buscar opciones de pago disponibles a través de seguros de salud públicos o privados.
 2. Responsabilidad de Scripps
 - a. Scripps facturará a los pagadores de terceros correspondientes (según la información proporcionada o verificada por el paciente) de manera oportuna. En situaciones donde los reclamos de terceros no sean adjudicados dentro de un período de seis meses desde la fecha de servicio, no se perseguirá la responsabilidad del paciente.
 - b. Después de que los reclamos sean procesados por el seguro, Scripps facturará a los pacientes de manera oportuna por sus respectivas cantidades de responsabilidad de pago de hospital y servicios profesionales que no se hayan cobrado en el momento de la atención.
 - c. Si un reclamo es rechazado (o no procesado) por un pagador debido a un error de nuestra parte, Scripps no facturará al paciente por ninguna cantidad superior a la que el paciente hubiera debido pagar si el pagador hubiese saldado el reclamo.

- d. Si un reclamo es rechazado (o no procesado) por un pagador debido a factores fuera del control de Scripps, el personal hará un seguimiento con el pagador y el paciente de manera apropiada para facilitar la resolución del reclamo. Si no se logra una resolución después de esfuerzos razonables de seguimiento, Scripps podrá facturar al paciente o tomar otras medidas consistentes con la regulación vigente y los estándares de la industria, por ejemplo, Asistencia financiera/Beneficencia.
 - e. Se harán todos los intentos posibles para cobrar completamente al seguro antes de reconocer cualquier responsabilidad del paciente.
- C. Facturación al paciente:** Los pacientes son informados de sus obligaciones y programas disponibles a través de varios métodos, incluidos:
1. Cuando sea posible y permitido por las regulaciones, se les informará a los pacientes sobre sus gastos de bolsillo esperados antes de la prestación de los servicios.
 2. Los pacientes recibirán un Acuerdo de servicios que describe sus obligaciones financieras y el acuerdo de cooperar con Scripps en la cobranza de la deuda hospitalaria y profesional.
 3. La información sobre el programa de asistencia financiera se proporcionará en el momento de los servicios y con la factura.
 4. Las declaraciones de facturación incluirán:
 - a. Una declaración destacada que indique la disponibilidad de asistencia financiera.
 - b. Las fechas de los servicios hospitalarios y profesionales.
 - c. Si se ha facturado a un seguro.
 - d. La dirección del sitio web donde se puede encontrar la política de asistencia financiera, el resumen en lenguaje claro y una solicitud.
 - e. Información del programa de asistencia financiera.
(Resumen en lenguaje claro).
 - f. Notificación del programa de quejas sobre facturas hospitalarias.
 - g. Notificación sobre ayuda con el idioma.
 - h. Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente de Scripps, que incluye una dirección y número de teléfono al que los pacientes pueden llamar si tienen preguntas sobre su factura o para obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
 5. Las preguntas sobre facturación de los pacientes serán respondidas de manera oportuna por teléfono o por escrito.
 6. Si un garante no está de acuerdo con el saldo de la cuenta, puede solicitar que se investigue y verifique el saldo antes de que dicha cuenta se asigne a una agencia de cobranza.
 7. Todos los pacientes pueden solicitar una declaración detallada de sus cuentas en cualquier momento.
- D. Cobranza de responsabilidades del paciente:**
1. Todos los pacientes reciben una serie de cuatro estados de cuenta durante un período de hasta 135 días, desde la fecha en que se determinó la obligación del paciente.

2. Todas las cuentas se mantienen por un mínimo de 180 días antes de ser asignadas a una agencia externa para su cobranza. Las excepciones serían:
 - a. Pacientes que expresamente se niegan a pagar la obligación o no pueden ser localizados.
 - b. Cuentas que están siendo evaluadas para asistencia financiera.
 - c. Cuentas pendientes de resolución de una queja presentada.
3. Los pacientes son informados de que, si su cuenta es asignada a una agencia de cobranza, se agregarán a la cuenta todas las tarifas asociadas, incluyendo los intereses.
4. Todos los intentos de cobranza se suspenden si el paciente está haciendo un esfuerzo de buena fe para solicitar un programa federal o estatal o el programa de asistencia financiera del hospital. Los intentos de cobranza se reanudarán si el paciente no cumple con las solicitudes realizadas en relación con estos programas.
5. Scripps, o una agencia de cobranza, no llevará a cabo actividades de cobranza extraordinarias.
6. Toda actividad de cobranza se basará en procedimientos escritos seguidos tanto por el personal de cobranza de Scripps como por las agencias externas. Las cobranzas se llevarán a cabo de manera consistente según esos procedimientos y las leyes aplicables, incluidas las Leyes Federales de Prácticas Justas de Cobranza de Deudas, la legislación estatal Rosenthal y las leyes federales y estatales de asistencia financiera.
7. Los planes de pago extendidos sin cargos por intereses estarán disponibles para los pacientes que califiquen para asistencia financiera parcial. Los términos de pago se negociarán entre Scripps y el paciente para permitir que el paciente abone la cantidad descontada a lo largo del tiempo. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo, Scripps implementará un plan de pago razonable.
8. Las cuentas en una agencia de cobranza pueden ser retiradas y devueltas a Scripps a discreción de Scripps y/o de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales o federales. Scripps puede optar por trabajar en las cuentas para llegar a una resolución con el garante o con un tercero según sea necesario.
9. Las cuentas con un estado de "correo devuelto" son elegibles para asignarse a cobranza después de que se documenten y agoten los esfuerzos razonables. Si la dirección del paciente es "sin hogar" después de los esfuerzos razonables para localizar al garante, esta cuenta se cancelará como beneficencia.
 - a. Los esfuerzos para obtener la información de contacto del paciente pueden incluir:
 - i. Rastrear la dirección para localizar la nueva dirección del garante.
 - ii. Contactar al garante a través de comunicación segura.

II. ANEXO

Glosario de términos de servicios financieros para pacientes

ANEXO: Glosario de términos de servicios financieros para pacientes

Identificador: S-FW-LD-5400

Fecha: nov/2024

Página 1 de 2

Beneficencia	Se considera atención médica gratuita, la parte de la atención médica proporcionada por un hospital a un paciente para la cual un pagador de terceros no es responsable y el paciente no puede pagar.
Cantidad de asistencia financiera descontada	Esta cantidad reducida representa la cantidad generalmente facturada (AGB, por sus siglas en inglés) según los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Scripps utiliza el método prospectivo para determinar el AGB y estima la cantidad que se pagaría a Medicare, incluidas las cantidades pagaderas por un beneficiario de este. Esta cantidad representa el máximo que un paciente calificado tendrá que pagar.
Precio en efectivo establecido	El precio en efectivo establecido es la cantidad esperada de pago después de aplicar un descuento a las tarifas completas de los servicios. Esta cantidad se ofrece a los pacientes que no tienen seguro y califican bajo la política de pago con descuento del hospital, pero que no han sido determinados como elegibles para asistencia financiera. Los pacientes determinados como elegibles para asistencia financiera no tendrán que pagar más que la cantidad de asistencia financiera descontada.
Actividades extraordinarias de cobranza	Las actividades extraordinarias de cobranza son aquellas que requieren un proceso legal o judicial o que implican vender la deuda de un individuo a otra parte, o reportar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes crediticios de consumidores.
Ingreso familiar	Determinado por los talonarios de pago recientes y las declaraciones de impuestos.
Nivel federal de pobreza	Las normas de pobreza más recientes adoptadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar la elegibilidad financiera para participar en varios programas, dependiendo del tamaño de la familia y según sea aplicable en California.
Paciente financieramente calificado	Un "paciente financieramente calificado" es aquel que cumple con las siguientes condiciones: (1) Es un paciente de pago por cuenta propia, según se define en la subdivisión (f) o un paciente con altos costos médicos, según se define en la subdivisión (g). (2) Un paciente cuyo ingreso familiar no excede el 400 por ciento del nivel federal de pobreza.
Garante	La persona con responsabilidad financiera por los servicios de atención médica del paciente, generalmente su padre, madre o tutor legal.
Personas sin hogar	Una persona se considera sin hogar si vive: (Fuente: HUD - Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano del gobierno) <ol style="list-style-type: none">1. En un lugar no destinado para la habitabilidad humana, como: calles, automóviles, edificios abandonados, parques.2. En un albergue de emergencia.3. En vivienda transitoria o de apoyo (para personas que provienen de la calle o albergues).4. En cualquiera de los lugares anteriores, pero está en un hospital/institución por un período corto (30 días o menos). O si: <ol style="list-style-type: none">5. Ha sido desalojada dentro de una semana de una vivienda privada.6. Ha sido dada de alta dentro de una semana de una institución que no proporciona vivienda como parte de la planificación de alta.7. Es víctima de violencia intrafamiliar que no tiene un entorno de vivienda seguro.8. O no se ha identificado una residencia posterior y no tiene recursos ni redes de

ANEXO: Glosario de términos de servicios financieros para pacientes

Identificador: S-FW-LD-5400

Fecha: nov/2024

Página: 2 de 2

	apoyo para obtener una vivienda.
Familia del paciente	(1) Para personas de 18 años o más, cónyuge, concubino, hijos dependientes menores de 21 años, que vivan en casa o no y los hijos discapacitados de cualquier edad. (2) Para personas menores de 18 años, los padres, familiares encargados de su cuidado y otros niños menores de 21 años del padre o familiar encargado del cuidado. (3) Para pacientes (1) menores de 18 años o (2) entre 18-20 años y dependientes, la familia del paciente también incluye otros hijos dependientes del padre y madre o familiares encargados del paciente si esos otros hijos son discapacitados.
Pacientes con costos médicos altos	Un “paciente con costos médicos altos” es una persona cuyo ingreso familiar no excede el 400 por ciento del nivel federal de pobreza, como se define en la subdivisión (b). Para estos fines, los “costos médicos altos” significan cualquiera de los siguientes: (1) Los gastos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en el hospital que superan el menor de 10 por ciento del ingreso familiar actual del paciente o del ingreso familiar en los 12 meses previos. (2) Los gastos anuales de bolsillo que superan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores. (3) Un nivel más bajo determinado por el hospital de acuerdo con la política de beneficencia del hospital.
Esfuerzos razonables	Un conjunto de acciones que una organización de salud debe tomar para determinar si un individuo es elegible para asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera de Scripps (FAP, por sus siglas en inglés). En general, los esfuerzos razonables pueden incluir proporcionar a los individuos notificaciones escritas y orales sobre el proceso de solicitud del FAP o las políticas de Scripps.
Plan de pagos razonable	Son pagos mensuales que no superan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por mes, excluyendo deducciones por gastos esenciales de vida. Los “gastos esenciales de vida” son, para los fines de esta subdivisión, los gastos para cualquiera de los siguientes: alquiler o pago de vivienda y mantenimiento, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, gastos escolares o de cuidado infantil, manutención de menores o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos seguro, combustible y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
Paciente de pago por cuenta propia	Un paciente que cumple con los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• Sin seguro de terceros• Sin Medi-Cal• Sin lesión cubierta por compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determinado y documentado por el hospital.
Cargos totales	Los cargos totales son las tarifas completas establecidas por el hospital para los servicios de atención médica del paciente.