

<b>Política de crédito y cobros de los pacientes</b>	<b>RC-002</b>
<b>Ciclo de Ingresos de Penn State Health</b>	<b>Fecha de vigencia:</b> <b>11/5/2017</b>

## PROPÓSITO

Proporcionar directrices claras y congruentes para llevar a cabo funciones de facturación, cobros y recuperación, de manera tal que se promueva el cumplimiento, la satisfacción del paciente y la eficiencia. Mediante el uso de estados de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónica, Penn State Health (PSH) será diligente para realizar esfuerzos con el fin de informar a los pacientes/garantes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones disponibles de Asistencia financiera, así como dar seguimiento a los pacientes/garantes relacionado con cuentas pendientes, en tanto se garantiza la transparencia durante la atención ininterrumpida en cuanto al aspecto financiero. Esta política cumple con los requisitos detallados en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.

## ÁMBITO

Personal de registro y facturación, asesores financieros

## DEFINICIONES

**Colocación de agencia:** se contrata a las agencias externas de cobro para que se encarguen de las cuentas incobrables. Cuando una cuenta se encuentra en situación de morosidad, no se le ha declarado como incobrable sino hasta nueve meses de haber transcurrido sin éxito la actividad de cobro con una agencia de cobros primaria o secundaria.

**Estados de facturación o estado de cuenta:** una factura por servicios prestados. Esto puede referirse a un resumen de actividad o a una factura detallada, al enumerar cada cargo en la cuenta de un paciente.

### **Fecha del servicio (DOS, por sus siglas en inglés):**

- DOS del paciente hospitalizado: la fecha en que al paciente se le da el alta del hospital.
- DOS ambulatoria/del paciente ambulatorio: la fecha en que se realiza el procedimiento o en que el paciente recibe la atención médica.

**Servicios de diagnóstico:** los servicios que se utilizan para determinar la causa de una enfermedad o de un trastorno. La atención médica de diagnóstico implica tratar o diagnosticar un problema que esté presentando un paciente al monitorear un problema existente, revisar nuevos síntomas o dar seguimiento a resultados anormales de pruebas. Los Servicios de diagnóstico les permiten a los proveedores de atención médica conocer la gravedad o la causa de las enfermedades de los pacientes.

**Servicios o procedimientos electivos:** son los servicios o procedimientos que no son médicamente necesarios, según lo determina el personal médico de PSH.

**Condición médica de emergencia:** un estado médico que se manifiesta por síntomas agudos o que se considera de una gravedad tal (incluso dolor intenso) que una persona sensata no experta en el asunto, que tenga conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que en ausencia de atención médica inmediata podría colocar la salud del individuo (o cuando se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé nonato) en grave riesgo, causar trastornos graves de las funciones corporales o disfunción grave en cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.

**Atención de emergencia:** atención que se le proporciona al paciente que presenta una condición médica y que se define en más detalle como:

- Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de una gravedad tal (por ejemplo, dolor intenso, alteraciones psiquiátricas y/o síntomas de abuso de sustancias, etc.) que en ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que origine alguno de los siguientes escenarios:
  - Colocar la salud del paciente (o cuando se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé nonato) en grave riesgo o
  - Trastornos graves a las funciones corporales o
  - Disfunción grave a cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.
  - Con respecto a una mujer embarazada que esté teniendo contracciones, que haya un tiempo inadecuado para efectuar un traslado a otro hospital antes del parto, o que el traslado pudiera representar una amenaza a la salud o seguridad de la mujer o de su bebé nonato.

**Garante:** la persona que es financieramente responsable de la factura de un paciente. En el caso de un adulto o un menor económicamente independizado, el paciente será generalmente su propio garante. A los menores de 18 años de edad por lo general no se les indicará como garantes. Todos los servicios que se presten a un menor de edad se facturarán al padre que tenga la custodia o al tutor legal, a menos que el menor esté económicamente independizado.

**Medicamento necesario:** este término deberá hacer referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, le ofrecería a un paciente a los efectos de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o síntomas y que cumple con los siguientes requisitos:

- Están en conformidad con los estándares del ejercicio médico, generalmente aceptados.
  - Para tales fines, “los estándares de ejercicio médico, generalmente aceptados” hacen referencia a los estándares que se basan en la evidencia científica veraz publicada en literatura médica revisada por los pares, que esté generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o que esté en coherencia con las normas establecidas en las publicaciones de políticas que involucran el criterio clínico.
- Son clínicamente adecuados, en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y, a su vez, se consideran efectivos para la enfermedad o lesión del paciente.
- No son principalmente para comodidad del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, y no son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos, que tengan al menos la misma posibilidad de producir resultados de diagnóstico y terapéuticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad o lesión de ese paciente.
- Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimental se abordarán según el caso.

**Procedimientos o servicios no cubiertos o experimentales:** servicios o procedimientos que están establecidos como:

- Servicios o procedimientos experimentales/en investigación: servicios médicos, procedimientos o medicamentos que no fueron aprobados para uso general, pero que están bajo investigación en ensayos clínicos en cuanto a su seguridad y eficacia. Servicios, procedimientos o medicamentos experimentales y en investigación para uso en el diagnóstico de enfermedades u otros estados médicos, o bien, en la cura, mitigación, tratamiento o prevención de enfermedades.
  - Puesto que los protocolos de tratamiento se desarrollan para los servicios experimentales y de investigación, PSH trabajará con la comunidad de pagadores para explicar la necesidad médica.
- Servicios o procedimientos no cubiertos: servicios o procedimientos médicos que no están cubiertos por el plan del seguro del paciente.

**Responsabilidad del paciente:** cualquier saldo que se adeude en los casos en que la parte financieramente responsable es el paciente o el garante del paciente (no un pagador en calidad de tercero).

- Retraso de la atención: PSH puede demorar servicios o procedimientos que no se consideran de emergencia para aquellos pacientes que rechazan repetidamente establecer esfuerzos razonables de responsabilidad del paciente por la atención que se les suministra; se excluye la atención que se brinda conforme a la política de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

**Servicios primarios o de atención especializada:** servicios o procedimientos que se prestan a los pacientes que llegan al hospital en busca de atención médica no de emergencia y no urgente, o que pretenden obtener atención adicional luego de una estabilización o de un estado médico de emergencia. Los servicios programados primarios o de especialidad son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación.

**Atención urgente:** la atención que se le brinda a un paciente que presenta un estado médico que no amenaza su vida o sus extremidades, o que tiene poca probabilidad de causar daño permanente, pero que requiere atención y tratamiento con prontitud, según se define en los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) para que se presten en un plazo de 12 horas, con el fin de evitar:

- Colocar la salud del paciente en riesgo grave o evitar graves trastornos o disfunciones; o bien
- La aparición probable de una enfermedad o lesión que requiere de servicios de emergencia, según se define en este documento.

## **DECLARACIONES DE LA POLÍTICA Y/O PROCEDIMIENTO**

PSH procurará hacer el pago sobre las cuentas de pacientes de manera congruente, sin importar raza, idioma principal, sexo, edad, religión, educación, empleo, condición de estudiante, disposición, relación, cobertura de seguro, solvencia moral en la comunidad o cualquier otro factor de diferenciación discriminatorio.

A todo paciente/garante se le dará un plazo razonable y se le harán llegar comunicaciones para que comprenda su responsabilidad financiera. PSH procurará notificar a los pacientes/garantes sobre su responsabilidad financiera con antelación a su servicio en situaciones que no se consideran de emergencia. PSH puede posponer o cancelar atención que no se considera de emergencia (según lo determine el personal médico de PSH) para cualquier paciente que no pueda o no esté dispuesto a someterse a la autorización financiera antes de un servicio electivo. A los pacientes se les brindará la oportunidad de solicitar asistencia financiera de acuerdo con la **Política de asistencia financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

El término “Autorización financiera” se define como cooperar con y realizar todo los procesos necesarios para garantizar una continuidad financiera libre de excepciones, lo que incluye, entre otros:

- Constancia de seguro
- Información demográfica correcta
- Pago de todos los gastos de bolsillo que corresponden (es decir, copago, coaseguro, deducibles y cargos no cubiertos).
- Trabajar conjuntamente con los Asesores financieros para lograr beneficios o asistencia financiera de terceros.
- Resolver saldos pendientes de pacientes para servicios de atención médica de PSH.

No cumplir con proporcionarle la información necesaria a PSH para la autorización financiera podría causar que se envíe la cuenta de la persona a una agencia externa de cobro para que se encargue de cobrar los saldos.

## **Facturación del seguro:**

La cobertura del seguro médico del paciente constituye un contrato entre el paciente, el proveedor de seguro y/o el empleador del paciente. Penn State Health no forma parte de este contrato. Los pacientes tienen la responsabilidad de:

- Saber si es necesaria una remisión para las visitas al consultorio.
- Verificar con su proveedor de seguro para determinar si las pruebas indicadas están cubiertas bajo la póliza de cobertura del seguro médico.
- Comunicarse con el proveedor del seguro para determinar el esquema de beneficios y si aplica algún copago o deducible.
- Llegar a las citas con la debida documentación.
- Trabajar con nuestra oficina comercial para apelar las decisiones adversas.

Luego de la prestación de la atención, se hará todo intento razonable por procesar el reclamo de un paciente por medio de su seguro proporcionado o pagador en calidad de tercero (de acuerdo con la información proporcionada o verificada por el paciente/garante, o verificada adecuadamente de otras fuentes) de manera oportuna.

- Si se deniega un reclamo de otra manera válido (o no se procesa) por parte del pagador debido a un error de PSH, PSH no le facturará al paciente por ningún monto en exceso de lo que el paciente hubiera adeudado en caso de que el pagado pagara el reclamo.
- Si se deniega un reclamo de otra manera válido (o no se procesa) por parte de un pagador debido a los factores ajenos al control de PSH, el personal le dará seguimiento al pagador y al paciente según corresponda para facilitar la resolución del reclamo.
- Si la resolución no se produce después de los esfuerzos razonables de seguimiento, PSH puede facturarle al paciente o adoptar otras medidas congruentes con los contratos con pagadores.

## **Facturación de los pacientes:**

Cualquier saldo después de la adjudicación de un reclamo de seguro del pagador se facturará al paciente (o garante) con base en la explicación de beneficios.

Ante la ausencia de un pagador de seguro o pagador en calidad de tercero, a los pacientes se les facturará directamente. A estos pacientes se les considerará pacientes que pagan por sus propios medios. A las personas elegibles no se les cobrará más que los montos generalmente cobrados para la emergencia o la atención médica necesaria.

- A los pacientes que pagan por sus propios medios se les dará información relacionada con la política de asistencia financiera en PSH. Consulte la **Política de asistencia financiera - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- PSH tiene la expectativa de que todos los garantes/pacientes realicen todos los esfuerzos razonables y de buena fe en pagar los servicios que presta PSH.
- Adicionalmente, es responsabilidad del garante/pacientes proporcionar a PSH información demográfica completa y precisa. De no hacerlo, esto puede ocasionar que se haga uso de medidas extraordinarias de cobro.

Las directrices para las expectativas del paciente se detallan a continuación.

### **Responsabilidad financiera del paciente para los servicios programados de atención médica:**

- Si se determina durante la programación o el registro que el paciente carece de seguro médico o tiene beneficios limitados, las cuentas se remitirán a un asesor financiero.
  - Los asesores financieros proporcionarán estimaciones de precios a todos los pacientes, si se solicitan.
  - Si un paciente indica que no puede pagar la estimación de responsabilidad del paciente, los asesores financieros pueden clasificar previamente al paciente/garante para determinar si una persona es elegible para los programas gubernamentales o la asistencia financiera.
  - A las personas que se determinen elegibles para los programas gubernamentales o la asistencia financiera se les darán opciones sobre cómo presentar su solicitud.
    - La persona tiene la obligación de proporcionarle al PSH la información financiera requerida que se pide en la solicitud.
    - A todos los pacientes que soliciten asistencia financiera de PSH se les requerirá que proporcionen toda la información necesaria para establecer su falta de capacidad de pago.
  - Los servicios que no son médicamente necesarios se pueden posponer o cancelar para los pacientes que no cooperan o que no pueden ayudar a PSH a proporcionar la información necesaria para establecer su capacidad de pago o su necesidad de asistencia financiera.
    - El proveedor de PSH y el personal médico determinarán la necesidad médica. Consulte la definición de Médicamente necesario en la sección Definiciones de este documento.
      - Los asesores financieros se comunicarán con los proveedores y les pedirán que proporcionen la información adicional relacionada con el estado médico del paciente y su necesidad de atención inmediata. Solo los servicios que se consideren no médicamente necesarios se pospondrán o cancelarán según lo determine el personal médico de PSH; consulte el Procedimiento de Riesgo Financiero.
    - PSH seguirá proporcionando servicios médicamente necesarios en tanto que los asesores financieros trabajan de manera proactiva con el paciente para satisfacer las obligaciones financieras.
  - Si una persona no cumple con calificar para los programas gubernamentales o asistencia financiera, se encuentra la opción de pago mensual.
  - No cumplir con proporcionar la información necesaria a PSH o establecer un plan de pago mensual podría causar que se envíe la cuenta de la persona a una agencia externa de cobro para que se encargue de cobrar los saldos.
  - Pacientes con direcciones extranjeras: Penn State Health tiene la política de cobrar saldos pendientes al momento del servicio para todos los pacientes con seguros extranjeros que se atienden en un centro de atención no agudos; se espera que los asociados que manejan pacientes en centros de atención aguda recaben toda la información pertinente para poder facturar al paciente todos los servicios prestados.

Luego de la prestación de servicios, los saldos del garante y los saldos para el pago propio se le facturarán al garante. A continuación se indican las directrices para este proceso de estado de facturación.

### **Estados de facturación**

- Se envía al paciente/garante un estado de cuenta por servicios hospitalarios y/o servicios de médicos en un mínimo de cuatro ciclos de facturación incrementales de 30 días.
- Todos los pacientes/garantes pueden solicitar en cualquier momento un estado de cuenta pormenorizado correspondiente a sus cuentas.
- Si un paciente refuta su cuenta y solicita documentación relacionada con la factura, el personal responderá al paciente/garante de manera oportuna y retendrá la cuenta durante 30 días como mínimo antes de remitir la cuenta a cobro.
- Los representantes o proveedores contratados de Ciclo de Ingresos pueden intentar comunicarse con el paciente/garante (por teléfono, correo electrónico, carta de cobro o correo electrónico) durante el ciclo de facturación del estado de cuenta, con el fin de procurar los cobros o la oportunidad de asistencia financiera. Los esfuerzos de cobro se documentan en la cuenta del paciente, en el sistema de facturación. Se harán todos los esfuerzos razonables para comunicarse con el garante/paciente en relación con su saldo pendiente.
- El mensaje final del estado de facturación indica que es posible que se envíe la cuenta a una agencia externa de cobro, en caso de que no se pague dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta.
- Las cuentas de los pacientes o garantes que participen activamente con Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes)/proveedores, según lo determine PSH, en relación con asistencia financiera no se enviarán a una agencia de cobros.
- Los pacientes/garantes seguirán recibiendo declaraciones de facturación mientras participen activamente con Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para Pacientes)/proveedores y el proceso de solicitud de asistencia financiera.

El paciente/garante tiene la obligación de actuar de buena fe y de hacer todos los esfuerzos razonables para pagar los servicios que se prestan en PSH. Los pacientes que no deseen solicitar asistencia gubernamental no califican para asistencia financiera; o quienes se sitúan por encima de los requisitos de ingresos y necesitan asistencia para pagar los servicios pueden solicitar un plan de pago. A continuación se indican las directrices para establecer un plan de pagos.

### **Planes de pago**

- PSH ofrece un arreglo de plan de pago, en caso de que un paciente/garante no pueda pagar totalmente su factura y no sea elegible para la asistencia financiera.
- El plan de pago se basa en el monto adeudado pendiente y se solicita que se resuelva dentro de una cantidad razonable de tiempo, según lo determinan los directivos de PSH (de 6 a 24 meses), consulte [Directrices de planes de pago](#).
- Las personas que no han formalizado un plan de pagos con PSH podrían estar sujetas a una agencia externa de cobro para continuar con el proceso de cobro.

- Se espera que las personas efectúen sus pagos a tiempo cada mes.
- Una cuenta entra en morosidad cuando el paciente/garante no realiza el pago mensual acordado dentro de los 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta. Las cuentas morosas podrían estar sujetas a una agencia externa de cobro para continuar con el proceso de cobro.
- Si un paciente/garante prevé que no podrá realizar un pago o que han cambiado los ingresos de su grupo familiar, la persona puede solicitar asistencia financiera; consulte la **Política de asistencia financiera - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- PSH puede seguir procurando el cobro de los saldos ante la ausencia de esfuerzos razonables del paciente o del garante por pagar una factura pendiente. Esto incluye, pero no está limitado a, no proporcionar la información necesaria para completar el proceso de asistencia financiera o un plan de pago según se describe en párrafos anteriores. A continuación se indican directrices para el proceso de medidas extraordinarias de cobro.

### **Medidas extraordinarias de cobro**

- **Agencias externas de cobro:** PSH no cede cuentas para cobro externo y tampoco participa en medidas extraordinarias de cobro antes de que se realicen los esfuerzos razonables para determinar si el paciente resulta elegible para Asistencia financiera.
  - PSH proporcionará avisos durante un período de notificación que finaliza en un mínimo de 120 días después de la fecha del primer estado de facturación.
  - Se ajustarán las cuentas cuando se trasladen a la agencia de cobros.
- **Informes de crédito:** las agencias externas de cobro pueden declarar las cuentas a agencias externas de informes de crédito. PSH y las agencias externas de cobro cumplirán con la Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act) y la Ley Federal de Protección al Consumidor de Telefonía (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act), así como con las normativas de 501(r) en todas las actividades de cobro.
- **Mala dirección de garante (Bad Guarantor Address, BGA):** PSH realizará los esfuerzos razonables por responder a todos los estados de cuenta de los pacientes que devuelva la Oficina de Correos de los Estados Unidos (United States Post Office, USPS) que no se puedan entregar. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una indicación de BGA pueden remitirse a una agencia externa como deuda incobrable para el seguimiento adicional por un mínimo de 120 días antes de su colocación; sin embargo, estas cuentas no estarán sujetas un evento de medida extraordinaria de cobro hasta que se satisfagan los requisitos de notificación. La intención de esta póliza es cumplir con lo estipulado en las normativas de 501(r).
- **Colocación con el Magistrado o Fiscal de distrito:** en ciertos casos basados en el umbral de saldo pendiente y la capacidad de pago, y/o el patrón de falta de pagos por parte del garante o pagador en calidad de tercero, PSH puede entablar acciones legales para cobrar los saldos de los pacientes.
  - Las cuentas identificadas para medidas legales deben identificarse de forma independiente a las cuentas incobrables que se trasladan a una agencia de cobro.
  - Todas las cuentas que se recomiendan para proceso legal se revisarán y evaluarán en un plazo de 30 días. Durante el período de evaluación, la cuenta permanecerá en el estado A/R activa. Una vez se aprueba para la agencia legal, la cuenta se clasificará como incobrable.



- Si se ha recibido un aviso de un tribunal por sentencia/gravamen, se realizará el ajuste apropiado sobre las cuentas según se identifica en el aviso, se documentará la cuenta y se archivará el aviso.
- **Rescisión de relación médico/paciente:** PSH puede rescindir la relación médico/paciente, si este último se encuentra moroso en el pago de la atención. El Director médico, el Gerente y el Médico deben estar todos de acuerdo para rescindir la atención del paciente y también de acuerdo en el nivel de rescisión. Consulte la **Política sobre desestimación de pacientes (135-MGM)**.
  - El término “moroso” al pagar la atención incluye lo siguiente, entre otros:
    - Falta de pago o pago notoriamente por debajo del monto de facturas, a pesar de la capacidad de efectuar el pago. Deben hacerse esfuerzos por ayudar a los pacientes a conseguir asistencia financiera o, cuando sea posible, establecer planes razonables de pago; consulte la **Política de asistencia financiera - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
    - Rehusarse a cooperar con el personal de Ciclo de Ingresos para inscribirse en los programas correspondientes de pagadores en calidad de terceros para conseguir asistencia.
- **Deudas incobrables reembolsables con informe de costos de Medicare:** se seguirán las directrices y normativas estipuladas conforme a los Requisitos Reglamentarios de CMS relacionados con deudas incobrables de Medicare.

## DOCUMENTOS Y REFERENCIAS RELACIONADOS

PSH tiene la intención de que esta política se ajuste a las directrices y normativas estipuladas en el Registro Federal conforme a la Sección 501(r) y a los Requisitos Reglamentarios de CMS relacionados con deudas incobrables de Medicare.

Política de asistencia financiera - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)

Política sobre desestimación de pacientes (135-MGM)

Procedimiento de riesgo financiero Directrices de planes de pagos

## APROBACIONES

	Nombre	Cargo	Fecha
Autorizado por:	Steve Massini	Director financiero	11/5/2017
Aprobado por:	Dan Angel	Director principal de Ciclo de Ingresos, Operaciones	11/5/2017

## FECHA DE ORIGEN Y REVISIONES

Fecha de origen: 1/1/2008

Fecha(s) de revisión: 5/1/2008, 1/1/2009, 1/7/2009, 2/2010, 5/2017

Se modificó el: 5/1/2008, 10/6/11 y 1/7/2016 (Reemplaza a: Proceso de cobro con responsabilidad del paciente, 10/06)

Trasladadas en 2017 a la política combinada de Penn State Health. Las políticas siguientes de St. Joseph se incorporaron en la Política de Penn State Health:

- ADM-CRP-64: Crédito y cobros para pacientes
  - 1-10 - Cobros
  - Vigilancia n.º 16 - Cobros
- 1-3 Deudas incobrables en cobros a pacientes
- 1-4 Deudas incobrables/Arreglo de pago por medios propios
- 2-8 Remisión de cuentas legales
- 3-2 Sentencias/gravámenes
- Política de deudas incobrables - área profesional de St. Joseph
- Manejo de los pacientes con direcciones extranjeras - área profesional de St. Joseph
- Acuerdo financiero para cirugías y procedimientos - área profesional de St. Joseph
- CPMG – Cobros de pagos por medios propios

## **REVISORES DE CONTENIDO Y COLABORADORES**

Director principal de Ciclo de Ingresos, Operaciones