

ATLANTIC GENERAL HOSPITAL/HEALTH SYSTEM

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

TÍTULO: POLÍTICA DE COBRANZA Y CRÉDITO

DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

Fecha de vigencia: 1/jul/2016

Número: _____

Fecha de revisión: ene/2021, 7/sep/2022

Páginas: Cuatro (4)

Fecha de revisión: ene/2021, ago/2021,
sep/2022, oct/2022
01/oct/2024

Firma:

Vicepresidente de Finanzas

Director de Servicios Financieros para Pacientes

FECHAS DE APROBACIÓN:

Junta Directiva 04/feb/2021,
03/nov/2022, 24/oct/2024

Comité de Finanzas 27/ene/2021,
26/oct/2022, 17/oct/2024

Política

La política de Atlantic General Hospital/Health System (AGH/HS) es brindar servicios médicamente necesarios, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los servicios se brindarán sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética, discapacidad, nacionalidad o credo. AGH/AGHS operará de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para la prestación de servicios de atención médica, incluyendo los requisitos de evaluación y transferencia según la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Se hará todo lo posible para encontrar un método de reembolso que sea justo y equitativo para el paciente y AGH/AGHS. A todos los pacientes del hospital se les cobrará de manera uniforme según lo establecido por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC) y los montos generalmente facturados (AGB). A todos los pacientes no asegurados atendidos por un proveedor de AGHS en un área no regulada se les cobrará el precio de la Lista de tarifas de Medicare o una tarifa contratada en ausencia de una Lista de tarifas de Medicare. La información sobre cómo solicitar la Asistencia Médica del Estado de Maryland, la Asistencia Financiera (FA) y los planes

de pago sin intereses se publicitarán ampliamente tanto en inglés como en español a través de carteles, notificaciones públicas, mensajes en los estados de cuenta y en el sitio web del hospital. El cobro se realiza con base en la capacidad de pago del paciente, definida como su voluntad de cooperar, respuesta a la comunicación, ingresos y activos, o su falta de voluntad de cooperar al no responder a la comunicación o retener el pago cuando los ingresos o activos consideran que el pago es posible. AGH/AGHS contratará una agencia externa para realizar los cobros. AGH/AGHS supervisa la gestión de las agencias a fin de garantizar que operen bajo las pautas de la política de cobranza y crédito del hospital y la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas. AGH/AGHS no venderá deudas a terceros.

Propósito

Esta política define las opciones de pago disponibles para los pacientes que tienen recursos financieros, incluyendo el seguro, así como para aquellos que no tienen recursos financieros y carecen de un seguro adecuado (es decir, aquellos que tienen seguro insuficiente o que no tienen seguro). Además, esta política establece las circunstancias bajo las cuales las cuentas de autopago y las cuentas de autopago con saldos impagos se derivarán a cobranzas, y define las acciones que las agencias de cobranza pueden llevar a cabo.

Definiciones

- a) Acciones de cobranza extraordinarias (ECA): Cualquier acción legal y/o informe de la deuda a una agencia de informes del consumidor.
- b) Acción anticipada: Una agencia que actúa como una extensión de la Oficina Comercial para cobranza por autopago, pero que no realiza ECA.

Práctica de cobranza a pacientes

- a) A pedido y durante el horario comercial normal, AGH/AGHS proporcionará al paciente un presupuesto por escrito de los cargos totales por servicios, procedimientos y suministros para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Esto es solo una estimación de los cargos conocidos en ese momento, y puede cambiar a medida que se apliquen cargos adicionales.
- b) Los saldos de autopago se transfieren a la agencia Acción anticipada para que envíen estados de cuenta y realicen llamadas de cobro, actuando como una extensión de la oficina de Contabilidad de Pacientes. El Resumen en lenguaje sencillo se incluye en la declaración. El Nivel Federal de Pobreza (FPL) se calcula al momento de la primera colocación de autopago y nuevamente a los 240 días a partir de la fecha en que se envió el estado de cuenta original.
- c) A todos los pacientes se les enviará estados de cuenta y también recibirán llamadas telefónicas según el saldo adeudado. Cada estado de cuenta tiene la información sobre cómo solicitar planes de pago sin intereses y Asistencia Médica. La información de Asistencia Financiera (FA) se puede obtener descargando la solicitud desde el sitio web en www.atlanticgeneral.org, llamando al Asesor Financiero al (410) 629-6025, pidiendo a la agencia que envíe por correo regular una copia gratuita, recogiendo la solicitud en cualquiera de las áreas de registro del hospital/médico o pidiendo que la solicitud se complete oralmente.

- d) Las notificaciones sobre opciones de planes de pago sin intereses se brindan a través de carteles, mensajes en los estados de cuenta y durante el proceso de cobro. El monto del pago no puede exceder el 5% del ingreso mensual ajustado del paciente y deberá considerar las dificultades financieras.
1. Si un paciente notifica a un hospital que sus ingresos han cambiado, el hospital deberá ofrecerle modificar el plan de pago. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se revisará nuevamente en ese momento.
 2. Se considera que el paciente cumple con un plan de pago si realiza al menos 11 pagos mensuales programados dentro de un período de 12 meses.
 3. Se considera que el paciente no cumple con un plan de pago si el pago omitido no se reembolsa en su totalidad al final del período de 12 meses.

Proceso de deudas incobrables

- a) La empresa de Acción anticipada no transferirá ninguna cuenta a la agencia de cobranzas y no realizará ninguna ECA antes de 180 días a partir de la primera fecha de facturación posterior al alta. Los pacientes con un saldo impago que no califiquen para FA serán dados de baja como deuda incobrable a los 121 días posteriores a la fecha del estado de cuenta de facturación posterior al alta y serán derivados a una agencia de cobranzas a los 181 días posteriores a la fecha del estado de cuenta de facturación posterior al alta. Se hará todo lo posible para fomentar el pago sin la necesidad de emprender ECA. Según el saldo de la factura, los pacientes recibirán estados de cuenta y llamadas telefónicas para tratar los acuerdos de pago. El aviso de ECA estará en el último estado de cuenta, que será al menos 30 días antes del inicio de ECA, lo que le dará al paciente la oportunidad de responder. Antes de emprender cualquier acción legal, la agencia de cobranza confirmará que el paciente/garante tiene un empleo remunerado y los medios para pagar.
- b) Las siguientes excepciones pueden resultar en la derivación inmediata a una agencia de cobranzas, pero no se tomarán ECA antes de 180 días a partir del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.
1. Bancarrotas (para garantizar que se cumplan todos los requisitos)
 2. Omisos (no se puede localizar al individuo y no devuelve el correo)
 3. Liquidaciones patrimoniales (para el seguimiento adecuado y la posible presentación de una reclamación)
 4. Casos de accidentes que involucran litigios
- c) No se tomará ninguna ECA hasta el día 181 desde la fecha de facturación posterior al alta. Las acciones aprobadas para ECA se definen como:
1. Derivación a una agencia de crédito
 2. Embargos de salario

3. Acción civil
 4. Presentación de un gravamen
- d) Las acciones para ECA no permitidas son:
1. Los primeros \$100,000 de activos monetarios no se incluyen en el cálculo de ingresos.
 2. En el cálculo de ingresos se excluyen hasta \$150,000 en activos en una residencia principal.
 3. Ciertos beneficios de jubilación, como un 401K, cuando el IRS ha otorgado un tratamiento fiscal preferencial como una cuenta de jubilación, incluyendo, entre otros, los planes de compensación diferida calificados en virtud del Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados en los que el paciente posiblemente podría pagar impuestos y/o multas al cobrar el beneficio se excluyen en el cálculo de los activos y de los ingresos.
 4. Ejecución hipotecaria de la propiedad de un individuo.
 5. Causar el arresto de un individuo.
 6. Aplazar, negar o exigir el pago antes de brindar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la atención brindada anteriormente.
- e) Si el paciente solicita Asistencia Financiera dentro de los 240 días posteriores a la primera fecha de facturación posterior al alta, se suspenderán todas las acciones de ECA. Si se aprueba la FA, o si el paciente paga la factura en su totalidad, el asesor financiero notificará a la agencia para que elimine cualquier juicio o información de ECA adversa enviada a una agencia de informes del consumidor dentro de los 14 días.
- f) Todas las quejas o apelaciones sobre el proceso de cobranza o la agencia de cobranza se derivan al Director de Servicios Financieros para Pacientes.
- g) Todas las disposiciones de esta política se aplican al paciente o al garante cuando corresponda.

Esta política no se puede cambiar sin la aprobación de la Junta Directiva. Además, esta política deberá ser revisada y aprobada cada 2 años.