

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 1 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

## **POLÍTICA**

Es política de Catholic Health Initiatives (CHI), y cada una de sus afiliadas directas exentas de impuestos<sup>1</sup> y las subsidiarias exentas de impuestos<sup>2</sup> que operan un centro hospitalario (en conjunto, las Organizaciones Hospitalarias CHI) seguir los estándares más estrictos de ética e integridad en su conducta respecto de las actividades de cobro y recuperación; brindar, sin discriminación, atención de emergencia y medicamento necesaria (de aquí en adelante, EMCare) en los centros hospitalarios de CHI a todos los pacientes sin importar su capacidad financiera de pago y respetar los protocolos de cobro que garantizan un trato justo para todos los pacientes de las Organizaciones Hospitalarias CHI en cada centro hospitalario.

## **PRINCIPIOS**

Después de que los pacientes de las Organizaciones Hospitalarias CHI hayan recibido servicios, los centros hospitalarios facturarán a los pacientes/garantes y a los pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna. Durante este proceso de facturación y cobro, el personal brindará un servicio de atención al cliente de calidad y seguimiento rápido, y todas las cuentas deudoras se administrarán de acuerdo con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC), y las leyes y reglamentaciones de cobro vigentes. Además, los valores de CHI exigen que se trate a todas las personas con reverencia y compasión. CHI ha establecido que algunas medidas de cobro no respetan los valores organizativos de CHI y ha prohibido su uso en cualquier momento.

## **APLICACIÓN**

---

<sup>1</sup> Una afiliada directa es cualquier corporación en la que CHI es el único miembro corporativo o el único accionista.

<sup>2</sup> Una subsidiaria puede ser una organización, con o sin fines de lucro, en la que una afiliada directa tiene la autoridad de designar la mayoría de los miembros votantes del organismo que rige a dicha organización, o bien, cualquier organización en la que una subsidiaria tiene dicha autoridad.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 2 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

Esta Política se aplica a lo siguiente:

- Todos los cargos de EMCare que brinde una Organización Hospitalaria CHI en un centro hospitalario.
- Todos los cargos de EMCare que brinde un médico o clínico de práctica avanzada (advanced practice clinician, APC) empleado por una Organización Hospitalaria CHI en la medida en que dicha atención se brinde dentro de un centro hospitalario.
- Todos los cargos de EMCare que brinde un médico o un APC empleado por una entidad relacionada sustancialmente dentro de un centro hospitalario.
- Las actividades de cobro y recuperación llevadas a cabo por el centro hospitalario o un proveedor designado de servicios de facturación y cobro (Proveedor Designado), o sus agentes de cobro externos (ya sea que la deuda se transfiera o venda) de una Organización Hospitalaria para cobrar montos adeudados por la EMCare que se describe anteriormente. Todos los acuerdos de terceros que rijan dichas actividades de cobro y recuperación deben incluir una cláusula que exija el cumplimiento de esta Política y la indemnización por fallas como consecuencia de su incumplimiento. Esto incluye, entre otros, los acuerdos entre terceros que posteriormente vendan o transfieran la deuda del centro hospitalario.

### **Coordinación con otras leyes**

La prestación de asistencia financiera y facturación y cobro de cuentas del paciente pueden estar sujetas, en la actualidad o en el futuro, a reglamentaciones adicionales en virtud de las leyes federales, estatales o locales. Dichas leyes rigen en la medida en que impongan requisitos más estrictos que los dispuestos por esta Política. En caso de que dicha ley entre en conflicto directo con esta Política, la Organización Hospitalaria CHI deberá, después de consultarlo con su representante del Grupo de Servicios Legales de CHI, con los directivos de Ciclo de Ganancias de CHI y con los directivos del Departamento de Impuestos de CHI, adoptar una política diferente, con cambios tan mínimos a esta Política como sea necesario para garantizar el cumplimiento con la Sección 501(r) del IRC y demás leyes vigentes.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 3 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

## **OBJETIVO**

El objetivo de esta Política es ofrecer pautas claras y coherentes para llevar a cabo las funciones de facturación, cobro y recuperación de una manera que promueva el cumplimiento, la satisfacción del paciente y la eficacia. Mediante el uso de resúmenes de estado de facturación, correspondencia por escrito y llamadas telefónicas, las Organizaciones Hospitalarias CHI realizarán esfuerzos diligentes por informar a los pacientes/garantes cuáles son sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles, y por llevar un seguimiento de las cuentas deudoras de pacientes/garantes. Como proveedores de atención médica católicos, las Organizaciones Hospitalarias CHI tienen el deber de satisfacer las necesidades de pacientes y de otras personas que buscan atención, sin importar cuál sea su capacidad financiera de pagar por los servicios prestados.

Finalmente, las Organizaciones Hospitalarias CHI están designadas como organizaciones de caridad (es decir, están exentas de impuestos) en virtud de la Sección 501(c)(3) del IRC. De acuerdo con la Sección 501(r) del IRC, entre otras cosas, a fin de permanecer exenta de impuestos, cada Organización Hospitalaria CHI exenta de impuestos debe hacer lo siguiente respecto de los pacientes que reciben EMCare en cualquier centro hospitalario de CHI:

- Limitar los montos que se cobran a las personas elegibles para recibir asistencia financiera por EMCare a uno que no supere los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- Facturar un monto menor a los cargos brutos a personas elegibles para recibir asistencia financiera por toda la demás atención médica.
- No participar en medidas de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) antes de que el centro hospitalario haya realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la persona para recibir asistencia en virtud de la Política de Administración n.º 15 o la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) del centro hospitalario, si es diferente (en conjunto FAP).

Esta Política describe las circunstancias en las que los centros hospitalarios tomarán medidas de cobro sobre las cuentas de pacientes deudores en relación con la prestación de EMCare e identifica

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 4 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

las actividades permitidas de cobro. Esta Política describe las medidas que puede tomar un centro hospitalario para obtener el pago de una factura por EMCare en caso de falta de pago, incluso, entre otros, cualquier ECA permitida.

**DEFINICIONES**

**Período de solicitud:** significa, respecto de cualquier EMCare brindada por un centro hospitalario a una persona, el período que comienza en la fecha en que se proporcionó la EMCare y termina (a) el día n.º 240 después de la fecha en que se entregó el primer resumen de estado de facturación posterior al alta por la EMCare o (b) en el plazo descrito en la carta de notificación, lo que ocurra después.

**Medidas de cobro extraordinarias (ECA):** el centro hospitalario no se involucrará en ECA contra una persona antes de realizar esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad en virtud de la FAP del centro hospitalario. Una ECA puede incluir cualquiera de las siguientes medidas tomadas en un esfuerzo por obtener el pago de una factura por atención:

- Venta de la deuda de una persona a otra parte, a excepción de lo expresamente dispuesto por las leyes fiscales federales.
- Determinadas acciones que requieran un proceso legal o judicial según lo especificado por las leyes fiscales federales.
- Informe de datos adversos acerca de la persona a oficinas de créditos del consumidor.

Las ECA no incluyen ningún gravamen que un centro hospitalario tenga derecho a imponer en virtud de las leyes estatales sobre los beneficios de un dictamen, acuerdo o compromiso adeudados a una persona (o a su representante) como consecuencia de lesiones personales por las cuales el centro brindó atención.

**Asistencia financiera:** significa la asistencia brindada a pacientes para quienes el pago completo de los gastos de bolsillo esperados por la EMCare brindada en un centro hospitalario constituiría una dificultad financiera y que cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir dicha asistencia. La

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

*Facturación y cobros*

Página 5 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

asistencia financiera se ofrece a pacientes asegurados en la medida en que esté permitido en virtud del contrato de la aseguradora del paciente.

**Política de Asistencia Financiera (FAP):** significa la Política de Administración n.º 15 de CHI, *Asistencia Financiera*, que describe el programa de asistencia financiera de CHI, incluidos los criterios que deben reunir los pacientes/garantes a fin de ser elegibles para recibir asistencia financiera, así como el proceso mediante el que las personas pueden solicitar asistencia financiera.

**Garante:** significa una persona que no sea el paciente que es responsable legalmente del pago de la factura del paciente.

**Centro hospitalario (o centro):** es un centro de atención médica que debe tener una licencia, registro o reconocimiento similar como hospital por parte del estado y que es administrado por una Organización Hospitalaria CHI. En referencia al cumplimiento de las actividades de cobro y facturación, el término “Centro Hospitalario” también puede incluir un Proveedor Designado.

**Atención médicamente necesaria:** significa cualquier procedimiento razonablemente establecido para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, que causan sufrimiento o dolor, que tienen como resultado una enfermedad o dolencia, que amenazan con provocar o empeorar una discapacidad, o que provocan una disfunción o deformidad física, en caso de que no exista otro tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso.

**Período de notificación:** el período de 120 días que comienza en la fecha en que el centro hospitalario entrega el primer resumen de estado de facturación posterior al alta por la EMCare. El centro se abstendrá de involucrarse en una ECA durante el período de notificación, a menos que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

**Que opera un centro hospitalario:** se considera que un centro hospitalario es operado por el uso de sus propios empleados o mediante la subcontratación del funcionamiento del centro a otra organización. Un centro hospitalario también puede ser operado por una Organización Hospitalaria CHI si la Organización Hospitalaria CHI tiene un capital o interés sobre las ganancias en una entidad

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 6 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

fiscalizada como una sociedad que opera directamente un centro hospitalario estatal con licencia o que opera indirectamente un centro hospitalario estatal con licencia a través de otra entidad fiscalizada como una sociedad.

**Asistencia financiera presunta:** significa la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera que puede depender de la información aportada por proveedores externos y de otra información disponible públicamente. La determinación de que un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera tendrá como consecuencia EMCare gratuita por el período durante el que la persona sea presuntamente elegible. También puede consultar la sección Elegibilidad presunta en la Política de Administración de CHI n.º 15, *Asistencia Financiera*.

**Entidad relacionada sustancialmente:** significa, respecto de una Organización Hospitalaria CHI, una entidad tratada como una sociedad a los fines de los impuestos federales donde la Organización Hospitalaria tiene un capital o interés en las ganancias, o bien, una entidad excluida, cuyo único miembro o titular es la Organización Hospitalaria, que proporciona EMCare en un centro hospitalario estatal con licencia, a menos que la prestación de dicha atención sea una actividad o un negocio no relacionados descritos en la Sección 513 del IRC respecto de la Organización Hospitalaria.

**Suspender las ECA cuando se presenta una solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA):** significa que un centro (u otra parte autorizada) no iniciará una ECA ni tomará más medidas respecto de cualquier ECA iniciada anteriormente para obtener el pago de la EMCare hasta que suceda lo siguiente:

- Que el centro haya determinado si la persona es elegible conforme a la FAP según una solicitud completa de FAP y que haya cumplido con el requisito de realizar esfuerzos razonables, según lo definido en el presente, respecto de una solicitud de asistencia financiera (FAA) completa.
- En el caso de una FAA incompleta, que la persona no haya respondido a las solicitudes de información o documentación adicional en un período razonable (30 días) ofrecido para responder a dichas solicitudes.

**Persona no asegurada:** es aquella que no tiene cobertura de terceros por parte de una aseguradora comercial externa, un plan de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados,

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**Facturación y cobros**

Página 7 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

un Programa de Atención Médica Federal (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), indemnización por accidente laboral ni otra asistencia de terceros que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.

**Persona que tiene un seguro precario:** es aquella que tiene una cobertura de seguro privada o pública y para quien constituiría una dificultad financiera pagar por completo los gastos de bolsillo esperados por la EMCare cubiertos por esta Política.

## PROCEDIMIENTOS

Las Organizaciones Hospitalarias CHI seguirán procedimientos estándares para el cobro de cuentas relacionadas con la EMCare proporcionada en un centro hospitalario de CHI de la siguiente manera:

### Prácticas de facturación

- **Facturación al seguro**
  - En el caso de los pacientes asegurados, los centros hospitalarios facturarán a los pagadores externos correspondientes (según la información brindada o verificada por el paciente/garante, o verificada adecuadamente por otras fuentes) de manera oportuna.
  - Si el pagador rechaza (o no procesa) un reclamo que, de otra manera, es válido debido a un error por parte del centro hospitalario, el centro hospitalario no facturará al paciente ningún monto que supere lo que el paciente hubiera adeudado en caso de que el pagador hubiera pagado el reclamo.
  - Si el pagador rechaza (o no procesa) un reclamo que, de otra manera, es válido debido a factores externos al control del centro hospitalario, el personal realizará un seguimiento con el pagador y el paciente según sea adecuado para facilitar la resolución del reclamo. Si no se llega a una resolución después de esfuerzos de seguimiento razonables, los centros hospitalarios facturarán al paciente o tomarán otras medidas de acuerdo con los contratos del pagador.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 8 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- **Facturación al paciente**

- Se facturará directamente y de forma oportuna a todos los pacientes/garantes no asegurados, y recibirán un resumen como parte del proceso normal de facturación del centro hospitalario.
- En el caso de los pacientes no asegurados, después de que todos los pagadores externos disponibles hayan procesado los reclamos, los centros hospitalarios facturarán a los pacientes/garantes de manera oportuna por sus respectivos montos adeudados según lo determinado por sus beneficios del seguro.
- Todos los pacientes/garantes pueden solicitar en cualquier momento, y el centro hospitalario proporcionará, un resumen detallado de sus cuentas.
- Si un paciente no está de acuerdo con su cuenta y solicita documentación respecto de la factura, el personal le brindará la documentación solicitada por escrito en el plazo de diez días (de ser posible) y retendrá la cuenta durante, al menos, 30 días antes de derivarla para su cobro.
- Los centros hospitalarios pueden aprobar arreglos de un plan de pago en el caso de pacientes/garantes que indiquen que pueden tener dificultades para pagar su saldo en una sola cuota.
  - Los directivos de Ciclo de Ganancias tienen la autoridad de hacer excepciones a esta disposición al tener en cuenta cada caso y en circunstancias especiales (de acuerdo con los procedimientos operativos).
  - No es necesario que los centros hospitalarios acepten los arreglos de pago iniciados por el paciente y pueden derivar las cuentas a una agencia de cobro externa según lo descrito a continuación si el paciente no cumple con el plan de pago establecido.

**Prácticas de cobro**



**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 9 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- Todas las actividades de cobro llevadas a cabo por el centro, un Proveedor Designado o sus agentes de cobro externos cumplirán con todas las leyes federales y estatales que rigen las prácticas de cobro de deudas.
- Todos los pacientes/garantes tendrán la oportunidad de comunicarse con el centro hospitalario respecto de la asistencia financiera, las opciones de plan de pago y demás programas aplicables que pueden estar disponibles con respecto a sus cuentas.
  - Puede obtener una FAP de cualquier centro hospitalario de forma gratuita de las siguientes maneras:
    - En persona en el centro tratante.
    - Llamando al asesor financiero del centro tratante.
    - En Internet en [www.catholichealth.net](http://www.catholichealth.net).
    - Por correo.
  - Las personas que tengan preguntas respecto de la FAP de un centro hospitalario pueden comunicarse con la oficina de asesoría financiera por teléfono o en persona.
- En cumplimiento con las leyes estatales y federales relevantes, y de acuerdo con las disposiciones descritas en esta Política, los centros hospitalarios pueden involucrarse en actividades de cobro (incluidas las ECA permitidas) para cobrar los saldos adeudados del paciente.
  - Las actividades generales de cobro pueden incluir llamadas telefónicas, resúmenes, y otros esfuerzos razonables de acuerdo con las prácticas estándares de la industria.
  - Los saldos del paciente pueden derivarse a un tercero para su cobro a criterio del centro, y de acuerdo con todas las prácticas antidiscriminatorias federales, estatales y locales vigentes. El centro mantendrá la titularidad de cualquier deuda remitida a las agencias de cobro de deudas y las cuentas del paciente serán derivadas para su cobro únicamente con las siguientes advertencias:

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 10 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- Que exista un fundamento razonable para creer que el paciente debe la deuda.
- Que se haya facturado de manera adecuada a todos los pagadores externos identificados por el paciente/garante y que la deuda restante sea responsabilidad financiera del paciente. Que los centros hospitalarios no facturen al paciente por ningún monto que la compañía de seguros o un tercero estén obligados a pagar.
- Que los centros hospitalarios no remitan las cuentas para su cobro mientras exista un reclamo pendiente de pago en la cuenta por parte de un pagador externo. Sin embargo, los reclamos que sigan teniendo estado de “pendiente” con un pagador externo durante un período no razonable (a pesar de los esfuerzos para llegar a una resolución) pueden volver a clasificarse como “rechazados”.
- Los centros hospitalarios no remitirán las cuentas para su cobro cuando el reclamo del seguro se haya rechazado debido a un error del centro hospitalario. Sin embargo, un centro hospitalario todavía puede transferir para su cobro la parte adeudada del paciente por dichos reclamos, si no se paga.
- Los centros hospitalarios no remitirán para su cobro las cuentas en las que el paciente solicitó inicialmente asistencia financiera y en las que el centro hospitalario aún no realizó esfuerzos razonables (según lo que se define a continuación) con respecto a la cuenta.
- Ningún centro enviará ninguna cuenta de pago por cuenta propia que no se haya pagado a un agente de cobro externo, siempre y cuando el paciente o el garante cumplan con los Estándares de Cooperación del Paciente, según lo definido en la Política de Administración n.º 15, *Asistencia Financiera*.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

*Facturación y cobros*

Página 11 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- **Esfuerzos razonables y medidas de cobro extraordinarias**

Antes de llevar a cabo ECA para obtener el pago de EMCare, los centros hospitalarios deben realizar esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. En ningún caso se iniciará una ECA antes de los 120 días desde la fecha en la que el centro entrega el primer resumen de estado de facturación posterior al alta (es decir, durante el período de notificación), a menos que se hayan realizado todos los esfuerzos razonables.

Los siguientes casos describen los esfuerzos razonables que debe realizar un centro antes de llevar a cabo una ECA.

- **Esfuerzos razonables – Ejecución de ECA – Requisito de notificación:** respecto de cualquier EMCare proporcionada en el centro, el paciente debe recibir una notificación acerca de la FAP (como se describe en el presente) antes de que se inicie una ECA. El requisito de notificación es el siguiente:
  - **Carta de notificación:** el centro hospitalario notificará al paciente acerca de la FAP a través un aviso por escrito (la carta de notificación) con, al menos, 30 días de anticipación al inicio de una ECA. La carta de notificación debe tener las siguientes características:
    - ✓ Debe incluir un resumen en lenguaje sencillo acerca de la FAP.
    - ✓ Debe indicar que la asistencia financiera se encuentra disponible para las personas elegibles.
    - ✓ Debe identificar las ECA que el centro hospitalario (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar a fin de obtener el pago de la EMCare si el monto adeudado no se paga o si no se presenta una FAA antes del plazo especificado, que no será anterior al último día del período de solicitud.
  - **Notificación oral:** junto con la entrega de la carta de notificación, el centro hospitalario intentará notificar oralmente al paciente sobre la manera de obtener asistencia en virtud de la FAP durante el proceso de registro, al comunicarse al número de teléfono más reciente proporcionado por el paciente. Este intento se documentará de forma contemporánea.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 12 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- **Notificación en caso de múltiples episodios de atención:** el centro hospitalario puede cumplir con este requisito de notificación de manera simultánea para múltiples episodios de EMCare y notificar a la persona acerca de las ECA que el centro pretende iniciar a fin de obtener el pago por múltiples facturas adeudadas de EMCare. Sin embargo, si un centro suma las facturas adeudadas de una persona por múltiples episodios de EMCare antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de dichas facturas, no habrá realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible según la FAP a menos que se abstenga de iniciar las ECA hasta que hayan transcurrido 120 días desde el primer resumen de estado de facturación posterior al alta del episodio más reciente de EMCare que se incluye en la suma.
- **Esfuerzos razonables cuando un paciente entrega una FAA incompleta – Esfuerzos de cooperación**
  - El centro suspenderá cualquier ECA (según lo definido) que haya iniciado contra el paciente/garante hasta que se haya determinado su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
  - El centro hospitalario brindará una notificación por escrito al paciente con una lista de la documentación obligatoria que el paciente/garante debe entregar para que la FAA se considere completa y el paciente tendrá 30 días para entregar la información necesaria. La notificación incluirá la información de contacto, es decir, el número de teléfono y la ubicación física del centro o del departamento dentro del centro que puede brindar información, y asistencia sobre la preparación de la FAP.
- **Esfuerzos razonables cuando se presenta una FAA completa:** si un paciente entrega una FAA completa durante el período de solicitud, el centro hospitalario debe hacer lo siguiente:
  - Suspender cualquier ECA (según lo definido) para obtener el pago de la EMCare.
  - Tomar una determinación en cuanto a si la persona es elegible según la FAP para la EMCare y notificar a la persona por escrito respecto de esta determinación de elegibilidad

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 13 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual la persona es elegible) y los motivos de esta determinación.
- Si el centro hospitalario determina que la persona es elegible según la FAP para la EMCare, el centro hospitalario debe hacer lo siguiente:
    - ✓ Reembolsar a la persona cualquier monto que haya pagado por la EMCare (ya sea al centro hospitalario o a cualquier otra parte a quien el centro hospitalario haya remitido o vendido la deuda de la persona por la EMCare).
    - ✓ Tomar todas las medidas disponibles razonablemente para revertir cualquier ECA. Dichas medidas disponibles razonablemente incluyen, por lo general, entre otras, las medidas para dejar sin efecto cualquier decisión contra la persona, eliminar cualquier recaudación fiscal o gravamen (que no sea un gravamen que un centro hospitalario tenga derecho a imponer en virtud de las leyes estatales sobre los beneficios de un dictamen, acuerdo o compromiso adeudados a una persona [o a su representante] como consecuencia de lesiones personales por las cuales el centro hospitalario brindó EMCare) sobre la propiedad de la persona y eliminar cualquier información adversa de la persona en los informes de crédito que se haya proporcionado a una oficina de créditos o agencia de informes del consumidor.
  - Si el centro hospitalario determina que la persona NO es elegible según la FAP para la EMCare, el centro habrá realizado los esfuerzos razonables y podrá involucrarse en las ECA permitidas.
  - **Esfuerzos razonables cuando no se presentó una FAA en el plazo de 90 días después de la entrega del primer resumen de estado de facturación posterior al alta del episodio más reciente de EMCare**
    - El centro emitirá la carta de notificación según lo descrito en Esfuerzos Razonables – Ejecución de ECA — Requisito de notificación. Si no se recibe una FAA en el plazo de 30 días después de enviada la carta de notificación, se habrá cumplido con el requisito de realizar esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad según la FAP. Por lo tanto, el

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 14 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

centro hospitalario puede involucrarse en ECA que estén permitidas por esta Política a partir de los 120 días después del primer resumen de estado de facturación posterior al alta.

- **Exención:** bajo ninguna circunstancia un centro hospitalario aceptará una exención por parte de cualquier persona, ya sea oral o escrita, que establezca que la persona no desea solicitar asistencia financiera, con el fin de satisfacer los requisitos para realizar los esfuerzos razonables descritos en esta Política.
- **Medidas de cobro extraordinarias permitidas:** después de realizar los esfuerzos razonables, que incluyen el requisito de notificación, para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera como se describe anteriormente, un centro hospitalario (u otra parte autorizada) puede involucrarse en las siguientes ECA para obtener el pago de EMCare:
  - Brindar información adversa a agencias de informes de crédito u oficinas de créditos; o
  - Embargar sueldos, incluidas las presentaciones de tales acciones civiles que sean necesarias para lograr el embargo de los sueldos (sin incluir la presentación de acciones civiles para cualquier otro propósito).

El centro hospitalario se abstendrá de ejecutar ECA contra un paciente si brinda documentación que indique que ha solicitado cobertura de atención médica en virtud de Medicaid u otros programas de atención médica patrocinados por el gobierno, a menos que la elegibilidad de la persona para dichos programas se haya determinado (o hasta que se determine), y se haya facturado y procesado cualquier cobertura disponible por parte de terceros para la EMCare.

- **Esfuerzos razonables – Acuerdos de terceros:** a excepción de determinadas ventas de deudas que no se consideran una ECA (según lo descrito en la definición de las ECA anteriormente), con respecto a la venta o transferencia de la deuda de una persona en relación con EMCare a otra parte, el centro hospitalario celebrará (y, en la medida en que corresponda, ejecutará) un contrato vinculante por escrito con la parte. A fin de cumplir con el requisito de

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 15 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

realizar esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de una persona según la FAP, estos acuerdos deben incluir, como mínimo, las siguientes disposiciones:

- Si la persona presenta una FAA (ya sea completa o incompleta) después de la transferencia o venta de la deuda pero antes del final del período de solicitud, la parte suspenderá las ECA para obtener el pago por la EMCare.
- Si la persona presenta una FAA (ya sea completa o incompleta) después de la transferencia o venta de la deuda pero antes del final del período de solicitud y se determina que es elegible según la FAP para la EMCare, la parte hará lo siguiente de manera oportuna:
  - ✓ Respetar los procedimientos especificados en el contrato y en esta Política que garantizan que la persona no pague, ni tenga la obligación de pagar, a la parte y al centro hospitalario en conjunto un monto mayor al que debe pagar por la EMCare como persona elegible según la FAP.
  - ✓ En caso de que corresponda y si la parte (y no el centro hospitalario) tiene la autoridad para hacerlo, tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (que no sea la venta de una deuda) contra la persona.
- Si el contratista tercero transfiere o vende la deuda a otra parte (la cuarta parte) durante el período de solicitud, el tercero obtendrá un contrato por escrito de la parte subsiguiente donde se incluyan todos los elementos descritos en esta sección.
- **Esfuerzos razonables – Envío electrónico de documentos:** un centro hospitalario puede brindar cualquier aviso o comunicación por escrito detallados en el presente de manera electrónica (por ejemplo, por correo electrónico) a cualquier persona que indique que prefiere recibir el aviso o la comunicación por escrito de manera electrónica.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 16 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

**Servicio de atención al cliente**

Durante el proceso de facturación y cobro, los centros hospitalarios brindarán servicio de atención al cliente de calidad al implementar las siguientes pautas:

- Los centros hospitalarios implementarán un estándar de tolerancia cero ante las conductas o el lenguaje abusivo, hostil, ofensivo, engañoso o confuso por parte de sus empleados.
- Los centros hospitalarios mantendrán un proceso simplificado para las preguntas o las disputas del paciente, que incluya un número de teléfono gratuito al que los pacientes/garantes puedan llamar y la dirección de una oficina comercial principal a la que puedan escribir. Esta información se detallará siempre en todas las facturas y los resúmenes de cobro enviados a los pacientes.
- Después de recibir una comunicación por parte de un paciente (ya sea por teléfono o por escrito), el personal de los centros hospitalarios devolverá las llamadas telefónicas a los pacientes/garantes lo más pronto posible (pero no más de dos días después de recibida la llamada) y responderá a la correspondencia escrita en un plazo de 30 días.
- Los centros hospitalarios llevarán un registro de las quejas de los pacientes (tanto verbales como escritas), que estará disponible para su auditoría.

**Determinaciones de asistencia financiera**

- **Procesamiento de solicitudes:** los valores de CHI relacionados con la dignidad humana y la administración se reflejarán en el proceso de solicitud, en la determinación de necesidad financiera y en la concesión de asistencia.
  - Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán rápidamente y los centros hospitalarios enviarán una notificación por escrito al paciente o solicitante en el plazo de 30 días desde la recepción de una solicitud completa.
  - El centro hospitalario no tomará una determinación de elegibilidad según la información que crea que es falsa o poco confiable, o que se obtuvo mediante el uso de prácticas de coerción.



**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 17 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- Si se aprueba la elegibilidad según una FAA completa, se concederá asistencia financiera al paciente de manera prospectiva, durante un período de seis meses desde la fecha de determinación. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles en las que se incurrió por los servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación.
- Si se determina que una persona es presuntamente elegible, el paciente recibirá asistencia financiera durante un período de seis meses que finalizará en la fecha de la determinación de elegibilidad presunta. Como consecuencia, la asistencia financiera se aplicará a todas las cuentas elegibles en las que se incurrió por los servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación. La persona Presuntamente Elegible no recibirá asistencia financiera para la EMCare brindada después de la fecha de determinación si no completa la FAA o si no se realiza una nueva determinación de Elegibilidad Presunta.
- Si se rechaza la elegibilidad para la asistencia financiera ofrecida por un centro hospitalario, el paciente o garante puede volver a solicitarla cada vez que haya un cambio en sus ingresos o en su condición. También puede volver a enviarse una FAA para fechas posteriores de servicio si la determinación de asistencia financiera más reciente fue realizada hace más de seis meses.
- Los pacientes/garantes pueden solicitar una revisión del centro hospitalario en caso de que exista una disputa sobre la aplicación de esta Política o la FAP. Los pacientes/garantes a quienes se les haya denegado la Asistencia Financiera también pueden apelar su determinación de elegibilidad. Las disputas y apelaciones pueden presentarse llamando al 1-800-514-4637 o en el Centro de Asistencia Financiera:

Frisco Assistance Center  
P.O. Box 660872  
Dallas, TX 75266-0872

- El motivo de la disputa o apelación debe indicarse por escrito y enviarse en el plazo de seis meses desde la experiencia del paciente que dio origen a la disputa o desde la notificación de la decisión sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

*Facturación y cobros*

Página 18 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

- El centro hospitalario no pospondrá ninguna determinación de elegibilidad según la FAP por esperar los resultados de una solicitud de Medicaid.
- **Asistencia financiera presunta**
  - Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad según la FAP no son necesarios cuando se determina que una persona es elegible para recibir Asistencia Financiera Presunta.
  - **Rechazos de Medicaid:** se presume que los pacientes que califican para Medicaid, califican para una contabilización como caridad completa. Cualquier cargo contabilizado por días o servicios (a excepción de los rechazos de Medicaid relacionados con puntualidad de facturación, documentación insuficiente de antecedentes médicos, facturas faltantes, o problemas de autorización o elegibilidad) como consecuencia de un rechazo de Medicaid debe contabilizarse con un código específico y registrarse como caridad.
  - **Cobertura limitada de Medicaid:** algunos planes de Medicaid ofrecen cobertura para una lista de servicios limitada o restringida. Si un paciente es elegible para Medicaid, cualquier cargo por días o servicios no incluido en la cobertura del paciente puede contabilizarse como caridad de no completarse una FAA. Esto no incluye ninguna participación en los costos (Share of Cost, SOC) ni otros montos de costos compartidos del paciente, como deducibles o copagos, ya que el estado determina que dichos costos son montos que debe pagar el paciente antes de ser elegible para Medicaid. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (Health and Human Services, HSS) utiliza el término “responsabilidad económica” en lugar de participación en los costos.

## **Responsabilidad**

Los directivos de Ciclo de Ganancias de CHI son los responsables finales de decidir si un centro hospitalario ha realizado los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera. Este equipo también tiene la autoridad final para decidir si la Organización Hospitalaria puede iniciar las ECA descritas en esta Política.

## ***Política de Administración n.º 16***

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Facturación y cobros***

Página 19 de 19

**FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA: 03/14/12**

*Debe ser revisada cada tres años por la  
Gerencia Ejecutiva.*

**REVISAR ANTES DEL:  
xx/xx/19**

---

**POLÍTICA RELACIONADA**

- Política de Administración n.º 15, *Asistencia Financiera*

**MODIFICADA**

- 03/08/16 (vigente a partir del 07/01/16)
- xx/xx/16