

**ADMINISTRATIVO  
OPERACIONES DISTRITALES**

---

**FECHA DE EMISIÓN: 22/11**

**ASUNTO: Política de autopago y cobros**

**FECHA DE REVISIÓN:**

<b>Aprobación de Expertos en Contenido Administrativo:</b>	<b>11/22</b>
<b>Aprobación del Comité de Políticas y Procedimientos Administrativos:</b>	<b>11/22</b>
<b>Aprobación del Comité de Farmacia y Terapéutica:</b>	<b>N/A</b>
<b>Aprobación de la administración:</b>	<b>11/22</b>
<b>Aprobación de Asuntos Profesionales:</b>	<b>N/A</b>
<b>Aprobación de la Junta Directiva:</b>	<b>11/22</b>

---

**A. PROPÓSITO:**

1. Proporcionar una descripción general del proceso que sigue Tri City Medical Center para asignar el pago por cuenta propia y el saldo después de las cuentas de seguro a una agencia de cobro de terceros.

**B. DEFINICIÓN(ES):**

1. Charity Care (Atención caritativa) - La parte de la estadía en el hospital en la que un tercero pagador no es responsable y el paciente no tiene medios para pagar y por la cual el hospital no tiene expectativas de pago.
2. Paciente que paga por cuenta propia: un paciente que cumple con los siguientes criterios:
  - a. No hay elegibilidad para Medi-Cal
  - b. Sin seguro a terceros
  - c. Lesiones sin compensación (es decir: Compensación para trabajadores, seguro de automóvil)
  - d. Un paciente que elige pagar su tratamiento directamente en lugar de usar un seguro médico privado
3. Paciente sin seguro : paciente que actualmente no es elegible para un programa federal, estatal u otro programa gubernamental o que actualmente no es un suscriptor/dependiente elegible bajo un plan de seguro

**C. PROCESO DE AUTOPAGO:**

1. Saldo del paciente después del seguro:
  - a. El encuentro se envía a un proveedor de subcontratación de pago por cuenta propia, que es una extensión de la oficina comercial del hospital, para perseguir el saldo adeudado por el paciente.
  - b. El proveedor de externalización de pago por cuenta propia se pone en contacto con el paciente a través de una serie de cartas y llamadas telefónicas que abarcan 120 días.
    - i. Día 2 – Aviso 1 enviado por correo al paciente
    - ii. Día 35 – Aviso 2 enviado por correo al paciente
    - iii. Día 92 – Aviso 3 Carta Final de "Despedida" y Solicitud de Asistencia Financiera enviada por correo al paciente
  - c. Después de 120 días, el saldo se asigna a una agencia de cobro para medidas de cobro adicionales. Las excepciones incluyen:
    - i. El paciente tiene un acuerdo de pago al día
    - ii. El paciente ha proporcionado documentación de que el saldo se incluyó en una bancarrota

- iii. El paciente tiene una solicitud de caridad en revisión
  - iv. El paciente ha solicitado asistencia financiera y aún no se ha tomado una determinación.
  - v. El saldo de la cuenta está por debajo de un umbral establecido por el hospital que los saldos deben alcanzar/superar para ser asignados a las cobranzas
  - vi. Med-Cal Managed Care, Medicare o Medi-Cal son responsables de cualquier parte del saldo pendiente
  - vii. Plazo de prescripción excedido (según el estado de residencia del garante)
  - d. Los planes de pago extendido sin intereses estarán disponibles para los pacientes que califiquen. Los términos de pago se acuerdan entre el hospital y el paciente en función de la capacidad del paciente para pagar mensualmente la cantidad acordada.
2. Pacientes que pagan por su cuenta (sin seguro):
- a. Se brindan servicios de asesoramiento financiero a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, que incluyen, entre otros:
    - i. Solicitud de programas de atención médica estatales y federales
    - ii. Identificar si la cobertura está disponible bajo la ACA (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)
    - iii. Informar al paciente sobre los Programas de Asistencia Financiera disponibles en el centro y ayudar a completar la solicitud.
  - b. Si el paciente sigue sin seguro o con seguro insuficiente después de este proceso, el encuentro se envía a un proveedor de subcontratación de pago por cuenta propia, que es una extensión de la oficina comercial del hospital para perseguir el saldo adeudado por el paciente.
  - c. El proveedor de externalización de pago por cuenta propia se pone en contacto con el paciente a través de una serie de cartas y llamadas telefónicas que abarcan 120 días.
    - i. Día 2 – Aviso 1 enviado por correo al paciente
    - ii. Día 35 – Aviso 2 enviado por correo al paciente
    - iii. Día 92 – Aviso 3 Carta Final de "Despedida" y Solicitud de Asistencia Financiera enviada por correo al paciente
  - d. Después de 120 días, el saldo se asigna a una agencia de cobro para medidas de cobro adicionales. Las excepciones incluyen:
    - i. El paciente tiene un acuerdo de pago al día
    - ii. El paciente ha proporcionado documentación de que el saldo se incluyó en una bancarrota
    - iii. El paciente tiene una solicitud de caridad en revisión
    - iv. El paciente ha solicitado asistencia financiera y aún no se ha tomado una determinación.
    - v. El saldo de la cuenta está por debajo de un umbral establecido por el cliente que los saldos deben alcanzar/superar para ser asignados a las cobranzas
    - vi. Medi-Cal Managed Care, Medicare o Medicaid es responsable de cualquier parte del saldo pendiente
    - vii. Plazo de prescripción excedido (según el estado de residencia del garante)
  - e. Los planes de pago extendido sin intereses estarán disponibles para los pacientes que califiquen. Los términos de pago se acuerdan entre el centro y el paciente en función de la capacidad del paciente para pagar mensualmente la cantidad acordada.

**D. PROGRAMAS DISPONIBLES PARA PERSONAS SIN SEGURO, CON SEGURO INSUFICIENTE O PARA AQUELLOS QUE ELIGEN NO USAR SU SEGURO:**

- 1. Tri City Medical Center ofrece una variedad de programas a los pacientes para cumplir con sus obligaciones financieras, entre los que se incluyen:
  - a. Programa de descuento de pago por cuenta propia (no asegurados o aquellos que no usan su seguro SOLAMENTE)
  - b. Asistencia financiera
  - c. Caridad para aquellos elegibles en función de los ingresos

**E. PROCESO DE COBRANZA:**

1. Elegibilidad:
  - a. La cuenta ha completado el ciclo de facturación del paciente sin resolución
  - b. Se envió una carta final de "despedida" al paciente informándole que aún se adeudaba un pago
  - c. La cuenta supera el monto establecido en la política de instalaciones que describe la elegibilidad del umbral de cobro ( $\geq$  \$25)
2. Saldo después de pacientes con seguro / pago por cuenta propia (sin seguro):
  - a. Las cuentas se asignan semanalmente a las cobranzas a través de un proceso sistemático realizado por un proveedor de tercerización de pago por cuenta propia de primera parte
    - i. Esta información se transmite electrónicamente de acuerdo con los requisitos reglamentarios y del cliente
  - b. Las cuentas se dividen entre 2 agencias de cobro en función de una división alfa predefinida
    - i. Oficina de Negocios de California, Inc. (CBB)
    - ii. CMRE Financiero Incorporado (CMRE Financial Inc.)
  - c. La agencia de cobro tendrá acceso a la documentación acreditativa para validar la deuda adeudada por el fiador o el patrimonio de la misma en caso de fallecimiento del fiador
  - d. Los cobros se llevan a cabo de manera coherente según el procedimiento hospitalario y la ley aplicable, incluida la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas Rosenthal y otras leyes estatales y federales de asistencia financiera
  - e. Las cuentas asignadas a cobros pueden ser retiradas y devueltas a Tri City Medical Center a discreción del hospital y/o de las leyes y regulaciones estatales o federales.
  - f. Las cuentas que tienen "Correo devuelto" en el archivo son elegibles para la asignación de cobros solo después de que se hayan realizado esfuerzos razonables y se hayan agotado. Los esfuerzos razonables incluyen:
    - i. Saltar el rastreo
    - ii. Contactar al Garante por teléfono

**F. REFERENCIA(S):**

1. Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)
2. Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas
3. Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas de Rosenthal