Scripps						
Política: Gestión de Cuentas de Pacientes, Facturación y Cobranza (Patient Account Management, Billing and Collections)						
Vigencia: 06/07/22					**Identificador: S-FW-LD-5400**	
Cuidados agudos:	**ENC ☒**	**GR ☒**	**LJ ☒**	**MER ☒**	**Ambulatorio ☒**	**SHAS ☒**

OBJETIVO: el objetivo de esta política es proporcionar información con respecto a los cargos, la facturación y la cobranza de la deuda del paciente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California, la Ley Federal de Protección del Paciente y la Ley de Atención Médica Asequible, además de las políticas y prácticas de los Hospitales Scripps, (Scripps Memorial Hospital La Jolla, Scripps Memorial Hospital Encinitas, Scripps Green Hospital, Scripps Mercy Hospital, San Diego and Chula Vista) y Scripps Medical Foundation.

I. POLÍTICA

A. Una vez que nuestros pacientes hayan recibido los servicios, la política de Scripps Health es facturar a los garantes y pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna. Durante el proceso de facturación y cobranza, el personal le brindará al cliente un servicio de calidad y un seguimiento oportuno; asimismo, todas las cuentas no pagadas se tratarán de acuerdo con el IRS y la regla final 501r de la Tesorería bajo la autoridad de la Ley de Atención Médica Asequible.

B. Facturación al seguro

Tenga en cuenta que es responsabilidad del paciente conocer sus beneficios y cobertura de seguro antes de recibir los servicios de Scripps Health. Todas las derivaciones o autorizaciones requeridas deben asegurarse antes de iniciar los servicios. Si el paciente tiene preguntas sobre su responsabilidad financiera o cobertura de servicio en Scripps Health, puede comunicarse con su compañía de seguros antes de recibir los servicios.

1. Para todos los pacientes asegurados, Scripps Health facturará de manera oportuna a los terceros pagadores aplicables (en función de la información proporcionada o comprobada por el paciente). En el caso de los pacientes asegurados después de que las reclamaciones hayan sido procesadas por el seguro, Scripps Health les facturará oportunamente los montos a pagar de su bolsillo por servicios hospitalarios y profesionales, de acuerdo con lo determinado por los beneficios de su seguro que no se hayan cobrado durante o antes del momento del servicio.
2. Si un pagador rechaza (o no procesa) una reclamación debido a un error de nuestra parte, Scripps Health no le facturará al paciente ningún monto que supere lo que el paciente obtendría si el pagador hubiese pagado la reclamación al seguro.
3. Si un pagador rechaza (o no procesa) una reclamación debido a factores fuera del control de nuestra organización, el personal hará un seguimiento con el pagador y el paciente, según corresponda, para facilitar la resolución de la reclamación. Si no se llega a una resolución luego de esfuerzos razonables de seguimiento, Scripps Health le podrá facturar al paciente o tomar otras medidas con base en la regulación vigente y las normas de la industria.
   i. Scripps cumple con sus obligaciones contractuales con los pagadores. Los pacientes tienen la responsabilidad de buscar opciones disponibles de pago de seguros de salud públicos o privados.

ii. Si se cuenta con cobertura de seguro, se hacen todos los intentos para recibir el pago completo del seguro antes de reconocer cualquier monto responsabilidad del paciente.

C. **Facturación al paciente:** se informará a los pacientes de sus obligaciones y programas disponibles para ellos a través de múltiples métodos, que incluyen:

1. Cuando sea posible, y si así lo permiten las leyes, Scripps informará a los pacientes sus costos previstos que pagará de su bolsillo antes de la prestación de los servicios.
2. Se firmará un Contrato de Servicios con los pacientes, en el que se describirán sus obligaciones financieras generales y el acuerdo de cooperar con la organización para pagar su deuda hospitalaria y profesional. Además, se incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
3. Los programas de Scripps ofrecen a los pacientes diversas opciones para cumplir con sus obligaciones financieras

    a. El programa de Descuento para Pagos de Bolsillo (Self Pay Discount program) se ofrece a todos aquellos pacientes no asegurados o a aquellos que no deseen usar su seguro, independientemente de sus ingresos. Consulte: Cuenta del Paciente, Descuento para Pagos de Bolsillo (Patient Account, Self Pay Discount) S-FW-LD-5407

    b. Asistencia Financiera, Pago con Descuento, Caridad para aquellos elegibles en función de los ingresos. Consulte Cuentas del Paciente, Asistencia Financiera, incluyendo Atención de Caridad, Pagos con Descuento (FAP) S-FW- LD -5406

    c. Planes de pago extendidos sin intereses. Consulte Gestión de la Cuenta del Paciente, Plan de Pago (Patient Account Management, Payment Plan) LD-5404

4. **Los estados de cuenta de facturación incluirán**:
    a. Una declaración a la vista que indique la disponibilidad de asistencia financiera;
    b. Fechas de servicio(s) hospitalario(s) y profesional(es);
    c. Si se ha facturado a la compañía de seguros;
    d. Dirección del sitio web donde se puede encontrar la solicitud de asistencia financiera y resumen de la Política de Asistencia Financiera (FAP).
    e. Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente de Scripps Health, con una dirección y un número de teléfono al que los pacientes puedan llamar en caso de preguntas sobre su factura o para obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
5. Las preguntas del paciente sobre la facturación serán respondidas de inmediato por teléfono o comunicación escrita. Los beneficios del Programa de Asistencia Financiera de Scripps se comunicarán a los pacientes con gastos de bolsillo a través de sus estados de cuenta mensuales.

6. La información sobre la asistencia financiera aparece en las áreas clave de registro para informar a los pacientes sobre los recursos de asistencia.
7. Si un Garante no está de acuerdo con el saldo de la cuenta, el Garante tendrá la posibilidad de solicitar que se investigue y verifique el saldo de la cuenta antes de que la cuenta se asigne a una agencia de cobranza.
8. Todos los pacientes podrán solicitar un estado de cuenta detallado en todo momento.

D. Cobro de montos responsabilidad del paciente:

1. Todos los pacientes reciben una serie de cuatro estados de cuenta por un período de hasta 135 días a partir de la fecha en que se determinó la obligación del paciente.
2. Todas las cuentas se mantienen durante un mínimo de 180 días antes de asignarse a una agencia externa de cobranza. Serán excepciones aquellos pacientes que se nieguen expresamente a pagar la obligación o no puedan ser localizados. Las cuentas evaluadas para recibir asistencia financiera no se entregarán a una agencia de cobranza hasta que concluya la evaluación de asistencia financiera y se hayan agotado todos los esfuerzos razonables o el paciente no coopere en la búsqueda de su solicitud de asistencia.
3. Se informa a los pacientes que, en caso de que su cuenta se asigne a una agencia de cobranza, se agregarán a dicha cuenta todas las tarifas asociadas a ello.
4. Se suspenderán todos los trabajos de cobranza siempre y cuando el paciente haga un esfuerzo de buena fe para solicitar un programa federal o estatal o el programa de asistencia financiera del hospital. Los trabajos de cobranza reiniciarán si el paciente no cumple con las solicitudes realizadas en tales programas.
5. Scripps, o una agencia de cobranza, no deberán participar en Actividades de Cobranza Extraordinarias en los 240 días posteriores al primer estado de cuenta o después de que se haya determinado que un paciente es elegible para la asistencia financiera. De conformidad con todas las leyes aplicables, a menos de que el paciente haya calificado para la asistencia financiera, las agencias de cobranza podrán cobrar intereses y registrar judicialmente los resúmenes de las órdenes de pago por sentencia.
6. Toda actividad de cobranza se fundamentará en los procedimientos escritos respetados tanto por el personal de cobranza de Scripps como por las agencias de cobranza externas. La cobranza se llevará a cabo de manera consistente en función de esos procedimientos y la ley aplicable, incluidas las Prácticas Federales Justas de Deuda y Cobranza, la legislación estatal y las leyes estatales y federales de asistencia financiera de Rosenthal.
7. Los planes de pago extendidos sin cargos por intereses se pondrán a disposición de los pacientes que califiquen para la asistencia financiera parcial. Los términos de pago se negociarán entre Scripps y el paciente para permitir que el paciente pague la cantidad descontada en plazos. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo, Scripps implementará un plan de pago razonable.
8. En el caso de cuentas de pacientes internacionales, podría usarse una agencia externa para determinar la capacidad de pago del paciente y las cuentas se pueden enviar a la agencia al momento del alta.

9. Las cuentas en posesión de una agencia de cobranza pueden retirarse y devolverse a Scripps Health a discreción de Scripps Health y/o de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales o federales. Scripps Health podrá elegir una resolución de las cuentas con el Garante o un tercero según sea el caso, o bien trasladar las cuentas a otra agencia de cobranza.
10. Las cuentas designadas con el estado "Correo devuelto" son elegibles para asignarse a cobranza después de que se hayan agotado y documentado los esfuerzos razonables. Si la dirección del paciente es "Situación de calle", después de los esfuerzos razonables para localizar al Garante, esta cuenta se cancelará por Caridad.
    a. Los esfuerzos para obtener información de contacto del paciente podrán incluir:
        i. Rastreo para localizar la nueva dirección del Garante
        ii. Ponerse en contacto con el Garante por correo electrónico, MyScripps y/o teléfono.

III. ANEXO

Glosario de términos de servicios financieros para pacientes

Cronología del documento		
Original: 06/12	**Actualizado: 08/14, 06/16, 06/19, 05/22**	**Examinado:**

Atención de Caridad	El equivalente a la atención prestada por un hospital a un paciente por la cual un tercero pagador no es responsable y dicho paciente no puede pagar, y ante lo cual el hospital no tiene expectativas de pago.
Monto Descontado de Asistencia Financiera	Este monto representa la cantidad generalmente facturada (amount generally billed, AGB) según lo definido en los requisitos del Internal Revenue Service (IRS). Scripps utiliza el método prospectivo para determinar la cantidad generalmente facturada y calcula el monto que Medicare pagaría, incluidos los montos pagaderos por un beneficiario de Medicare. Una vez que se determine la elegibilidad, este monto representa el máximo que un paciente calificado deberá pagar.
Precio en Efectivo Establecido	Se refiere al monto de pago esperado ya aplicado un descuento a los cargos totales por los servicios. Este monto se ofrece a los pacientes que no tienen seguro y califican bajo la política de pago con descuento del hospital, pero que no se han clasificado como elegibles para la asistencia financiera. A los pacientes considerados elegibles para la asistencia financiera no se les obligará a pagar más que el Monto con Descuento de Asistencia Financiera.
Actividades Extraordinarias de Cobranza	Se refiere a aquellas actividades de cobranza que requieren un proceso legal o judicial o que implican vender la deuda de un individuo a otra parte o bien brindar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes de crédito de los consumidores.
Ingresos Familiares	Se determinan con base en recibos de nómina y declaraciones de impuestos recientes.
Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL)	Se refiere a las más recientes directrices sobre pobreza adoptadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal que determinan la elegibilidad financiera para la participación en varios programas con base en el tamaño de la familia según corresponda en California.
Paciente Financieramente Calificado	Se refiere a un paciente que cumple con los siguientes dos requisitos: (1) Un paciente que sea un paciente con gastos de bolsillo, como se define en la subdivisión (f), o un paciente con Altos Costos Médicos, como se define en la subdivisión (g). (2) Un paciente que tiene un ingreso familiar que no supera el 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL)
Garante	La persona financieramente responsable por los servicios de atención médica de un paciente, generalmente los padres o tutor legal del paciente.
Situación de Calle	Una persona se encuentra en situación de calle si vive: 1. En un lugar no destinado a la vivienda humana, por ejemplo: calles, coches, edificios abandonados, parques; 2. En albergues de emergencia; 3. En viviendas de transición o de apoyo (para personas que llegan de la calle o del albergue) y; 4. En cualquiera de los lugares mencionados anteriormente, pero está en un hospital o institución desde hace poco tiempo (30 días o menos)

	O si el individuo: 5. Será desalojado dentro de una semana de una vivienda privada 6. Será dado de alta dentro de una semana de una institución que no ofrece una vivienda como parte de la planificación del alta 7. Es víctima de violencia intrafamiliar y no tiene un entorno de vida seguro 8. O no se ha identificado una residencia subsecuente y no tiene recursos ni redes de apoyo para obtener vivienda. Fuente: Oficinas de gobierno del HUD http://www.dmh.co.la.ca.us/HaH/documents/COUNTYS_3_%20Homelessness_%20Eligibility_%20Doc_Guide.pdf#search=%22defining%20homelessness%22
Familia del Paciente	Para las personas de 18 años y mayores se refiere al cónyuge, pareja de hecho, según lo definido en la Sección 297 del Código de Familia, e hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en casa o no. (2) Para las personas menores de 18 años se refiere a los padres, parientes cuidadores y otros menores de 21 años del padre o pariente cuidador.
Altos Costos Médicos del Paciente	Un paciente con "Altos Costos Médicos" es una persona cuyos ingresos familiares no exceden el 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL), como se define en la subdivisión (b). A estos efectos, por "Altos Costos Médicos" se entenderá cualquiera de los siguientes: (1) Gastos anuales pagados del bolsillo propio incurridos por la persona en el hospital que exceden lo que sea menor entre el 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente y los ingresos familiares en los 12 meses anteriores. (2) Gastos anuales pagados del bolsillo propio que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores. (3) Un nivel inferior determinado por el hospital de acuerdo con la política de atención de caridad del hospital.

Esfuerzos Razonables	Un conjunto de acciones que una organización de atención médica debe tomar con el propósito de determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Scripps Health. En general, los esfuerzos razonables consisten, entre otros, en proporcionar a las personas notificaciones escritas y verbales sobre el proceso de solicitud y la Política de Asistencia Financiera o las políticas de Scripps Health.
Plan de Pago Razonable	Hace referencia a los pagos mensuales no superiores al 10 por ciento del ingreso familiar de un paciente durante un mes, sin incluir las deducciones de los gastos básicos esenciales. "Gastos básicos esenciales", para los propósitos de esta subdivisión, se refiere a los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de los hijos o cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos seguros, combustible y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
Paciente con Gastos de Bolsillo	Un paciente que cumple con los siguientes criterios: • No tiene seguro de terceros • No tiene Medi-Cal • No sufrió ningún daño indemnizable con fines del Seguro de Indemnización de los Trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital.
Cargos Totales	Los cargos totales son las tarifas completas establecidas del hospital en conformidad con los servicios de atención al paciente