

**ANAHEIM GLOBAL MEDICAL CENTER
 CHAPMAN GLOBAL MEDICAL CENTER
 HEMET GLOBAL MEDICAL CENTER
 MENIFEE GLOBAL MEDICAL CENTER
 ORANGE COUNTY GLOBAL MEDICAL CENTER
 SOUTH COAST GLOBAL MEDICAL CENTER
 VICTOR VALLEY GLOBAL MEDICAL CENTER**

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Título:	Política de cobro de deudas		
Manual:	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE NEGOCIOS	Política núm.:	
Fecha original: 1 de enero de 2024	Fecha de modificación:	Fecha de revisión:	

PROPÓSITO

El propósito de esta política es establecer pautas para cada uno de los hospitales mencionados anteriormente (cada uno un “hospital”) para garantizar el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales aplicables con respecto a los esfuerzos de cobro de deudas por facturas hospitalarias por las cuales el hospital ha establecido que el paciente o el garante del paciente tiene responsabilidad financiera.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta política se aplica a la oficina de negocios central del hospital, sus agencias externas a las que se les asignan actividades de cobro de deudas (“agencias de cobro”), cualquier comprador de deudas u otro cesionario.

Los saldos que son responsabilidad financiera del paciente o sus garantes pueden incluir, sin limitación, saldos de (1) pacientes sin seguro/que pagan por sí mismos y (2) responsabilidad del paciente después de que los servicios se hayan facturado al seguro del paciente y el seguro haya pagado y aplicado una parte del costo al paciente (por ejemplo, parte del costo de Medi-Cal, deducibles y coseguros de Medicare, deducibles, coseguros y copagos de atención administrada/comercial), sujetos a cualquier descuento aplicable según la política de atención caritativa/pago con descuento del hospital.

POLÍTICA

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

1. Al momento de la facturación, el hospital deberá proporcionar un resumen escrito sobre la disponibilidad de las políticas de pago con descuento y atención caritativa del hospital de acuerdo con los requisitos de la Sección 127410 del Código de Salud y Seguridad, que incluye la misma información sobre los servicios y cargos brindados a todos los demás pacientes que reciben atención en el hospital.
2. El director del Ciclo de ingresos o su designado tendrá la autoridad de revisar y determinar si se han realizado esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera de modo que la deuda del paciente pueda ser adelantada para su cobro y si la actividad de cobro la lleva a cabo el hospital, una filial o subsidiaria del hospital, o una agencia de cobro externa o un comprador de deuda.
3. El hospital ha establecido umbrales mínimos para asignar cuentas a una agencia de cobranzas.

B. Requisitos de notificación antes de asignar cuentas de pacientes a cobros

1. Antes de asignar una factura a cobranzas o vender la deuda de un paciente a un comprador de deuda, el hospital deberá enviar al paciente un aviso con toda la siguiente información:
 - a. La fecha o fechas de servicio de la factura que se está asignando a cobros o que se está vendiendo.
 - b. El nombre de la entidad a la que se está asignando o vendiendo la factura.
 - c. Una declaración que informe al paciente cómo obtener una factura hospitalaria detallada del hospital.
 - d. El nombre y el tipo de plan de la cobertura médica para el paciente que figura en los registros del hospital al momento de los servicios o una declaración de que el hospital no tiene esa información.
 - e. Una solicitud de atención caritativa y asistencia financiera del hospital.
 - f. La fecha o fechas en las que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, la fecha o fechas en las que se envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en la que se tomó una decisión sobre la solicitud.
2. **Aviso sobre prácticas justas de cobro de deudas**
 - a. Antes de iniciar actividades de cobro contra un paciente, el hospital, cualquier cesionario del hospital u otro titular de la deuda del paciente, incluida una agencia de cobro, también deberá

proporcionar al paciente un aviso escrito claro y visible de lo siguiente:

- i. Una declaración sobre los derechos del paciente, de la siguiente manera: “La ley estatal y federal exige que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y les prohíben hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o profano y realizar comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. ni después de las 9:00 p. m. En general, un cobrador de deudas no puede brindar información sobre su deuda a otra persona, que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una sentencia. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio por teléfono al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov”.
 - ii. Una declaración de que pueden estar disponibles servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro en el área.
- b. La notificación requerida anteriormente deberá acompañar también cualquier documento que indique que puede producirse el inicio de las actividades de cobro.
 - c. Los requisitos de esta sección se aplicarán a la entidad que se dedique a las actividades de cobro. Si un hospital cede o vende la deuda a otra entidad, las obligaciones se aplicarán a la entidad, incluida una agencia de cobro, que se dedique a la actividad de cobro de deudas.

C. Relaciones con agencias de cobro

1. **Cumplimiento de leyes, políticas y normas**

- a. Las agencias de cobro contratadas por el hospital deben dar fe y cumplir siempre con las leyes federales y estatales aplicables al cobro de deudas de consumidores y pacientes.
- b. Las agencias de cobro deben tratar a los pacientes, sus familias y otros contactos de manera justa, con dignidad, compasión y respeto.

- c. Las agencias de cobro deben revisar y cumplir con las políticas y estándares del hospital relacionados con el cobro de deudas, incluidas, entre otras, esta política y la política de atención caritativa/pago con descuento, incluida la definición y aplicación del hospital de un plan de pago razonable, según se define en la subdivisión (i) de la Sección 127400 del Código de Salud y Seguridad.
 - d. Cada agencia de cobro que contrate con el hospital deberá mantener la documentación adecuada para demostrar el cumplimiento de los requisitos de las leyes federales y estatales de cobro de deudas de consumidores y todos los demás requisitos basados en la versión más actualizada de esta política y la política de atención caritativa/pago con descuento.
2. **Normas para la contratación con agencias de cobro.** El hospital no contratará ninguna agencia de cobranza para cobrar las cuentas de los pacientes a menos que:
- a. El acuerdo se establece en un acuerdo escrito firmado por la agencia de cobranza y el representante autorizado del hospital; y
 - b. El acuerdo escrito exige que la agencia de cobranza cumpla con esta política y con la ley, las políticas y los estándares mencionados anteriormente.
3. **Sin cesión ni subcontratación.** Las agencias de cobro no podrán ceder ni subcontratar la cobranza de ninguna cuenta sin:
- a. El consentimiento previo por escrito del director de Ciclo de ingresos o su designado; y
 - b. Un acuerdo por escrito del cesionario o subcontratista para cumplir con esta política y la ley federal y estatal.
4. Nada de lo dispuesto en esta política ni ningún acuerdo escrito con ninguna agencia de cobranzas o comprador de deudas se interpretará como la creación de una empresa conjunta entre el hospital y la entidad externa, o como la autorización para que el hospital gobierne una entidad externa que cobra las cuentas por cobrar del hospital.

D. Prácticas generales en relación al cobro de deudas

1. Si un paciente intenta cumplir con los requisitos de elegibilidad de acuerdo con la política de atención caritativa o pago con descuento del hospital y está intentando de buena fe liquidar una factura pendiente con el hospital negociando un plan de pago razonable o haciendo pagos parciales regulares de un monto razonable, el hospital no enviará la

factura pendiente a ninguna agencia de cobranza, comprador de deudas u otro cesionario, a menos que esa entidad haya acordado cumplir con esta política.

2. El hospital, cualquier cesionario del hospital u otro propietario de la deuda del paciente, incluida una agencia de cobranzas o un comprador de deudas, no proporcionará información adversa a una agencia de informes crediticios ni iniciará una acción civil contra el paciente por falta de pago antes de 180 días después de la facturación inicial.
3. Al determinar el monto de una deuda que un hospital puede intentar recuperar de los pacientes que son elegibles según la política de Atención Caritativa/pago con descuento del hospital, el hospital puede considerar solo los ingresos y los activos monetarios según lo limitado por la Sección 127405 del Código de Salud y Seguridad.
4. La información obtenida de acuerdo con las políticas de asistencia financiera del hospital con el propósito de determinar la elegibilidad para la atención caritativa o un pago con descuento no se utilizará para actividades de cobranza. Este párrafo no prohíbe el uso de la información obtenida por el hospital, la agencia de cobranza o el cesionario independientemente del proceso de elegibilidad para la atención caritativa o el pago con descuento.
5. El hospital u otro cesionario que sea una filial o subsidiaria del hospital no utilizará, al tratar con pacientes elegibles según la política de Atención caritativa/Pago con descuento del hospital, embargos de salario o gravámenes sobre residencias principales como un medio para cobrar facturas hospitalarias pendientes.
6. Una agencia de cobranza, comprador de deudas u otro cesionario que no sea una subsidiaria o afiliada del hospital no deberá, al tratar con ningún paciente bajo la política de Atención caritativa/pago con descuento del hospital, utilizar como medio para cobrar facturas hospitalarias pendientes, ninguno de los siguientes:
 - a. Un embargo de salario, excepto por orden de un tribunal tras moción notificada, respaldado por una declaración presentada por el solicitante que identifique la base por la cual cree que el paciente tiene la capacidad de realizar pagos en virtud de la sentencia bajo el embargo de salario, que el tribunal considerará a la luz del tamaño de la sentencia y la información adicional proporcionada por el paciente antes o durante la audiencia sobre la capacidad del paciente para pagar, incluida información sobre los probables gastos médicos futuros en función de la condición actual del paciente y otras obligaciones del paciente.

- b. Notificar o llevar a cabo una venta de la residencia principal del paciente durante la vida del paciente o de su cónyuge, o durante el período en que un hijo del paciente sea menor de edad, o un hijo del paciente que haya alcanzado la mayoría de edad no pueda cuidar de sí mismo y resida en la vivienda como su residencia principal. En caso de que una persona protegida por este párrafo sea propietaria de más de una vivienda, la residencia principal será la vivienda que sea la residencia principal actual del paciente, según se define en la Sección 704.710 del Código de Procedimiento Civil, o que fuera la residencia principal del paciente al momento de la muerte de una persona distinta del paciente que está invocando las protecciones de este párrafo.
7. El hospital, la agencia de cobranza, el comprador de deudas u otro cesionario pueden reclamar el reembolso y cualquier recurso o recursos de ejecución de acuerdos de responsabilidad de terceros, infractores u otras partes legalmente responsables.
8. Planes de pago extendidos.
 - a. Los planes de pago extendidos ofrecidos por un hospital para ayudar a los pacientes elegibles según la política de Atención caritativa/pago con descuento del hospital, o cualquier otra política adoptada por el hospital para ayudar a los pacientes de bajos ingresos sin seguro o con costos médicos elevados a liquidar las facturas hospitalarias vencidas pendientes, no tendrán intereses. El plan de pago extendido del hospital puede declararse inoperante después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días. Antes de declarar que el plan de pago extendido del hospital ya no está operativo, el hospital, la agencia de cobranza, el comprador de deudas o el cesionario harán un intento razonable de comunicarse con el paciente por teléfono y de notificarle por escrito que el plan de pago extendido puede dejar de estar operativo y de la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido. Antes de que el plan de pago extendido del hospital se declare inoperante, el hospital, la agencia de cobranzas, el comprador de deudas o el cesionario intentarán renegociar los términos del plan de pago extendido en mora, si el paciente lo solicita. El hospital, la agencia de cobro, el comprador de deudas o el cesionario no deben proporcionar información adversa a una agencia de informes crediticios ni iniciar una acción civil contra el paciente o la parte responsable por falta de pago antes del momento en que se declare que el plan de pago extendido ya no está en vigencia. Para los fines de esta disposición, la notificación y la llamada telefónica al

paciente se pueden realizar al último número de teléfono y dirección conocidos del paciente.

- b. Nada de lo aquí dispuesto reducirá ni eliminará las protecciones que tienen los consumidores bajo las leyes federales y estatales de cobro de deudas existentes, ni ninguna otra protección al consumidor disponible bajo la ley estatal o federal. Si el paciente no realiza todos los pagos consecutivos durante 90 días y no renegocia un plan de pago, nada de lo aquí dispuesto limita ni altera la obligación del paciente de realizar los pagos de la obligación adeudada al hospital de conformidad con cualquier contrato o estatuto aplicable a partir de la fecha en que se declare que el plan de pago extendido ya no está en vigencia.
- c. El período de 90 días descrito anteriormente se extenderá si el paciente tiene una apelación pendiente para la cobertura de los servicios, hasta que se tome una determinación final sobre dicha apelación, si el paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con el hospital sobre el progreso de cualquier apelación pendiente.
 - i. Para los efectos de esta sección, “apelación pendiente” incluye cualquiera de los siguientes:
 - 1. Una queja contra un plan de servicios de atención médica contratado, como se describe en el Capítulo 2.2 (comenzando con la Sección 1340) de la División 2, o contra una aseguradora, como se describe en el Capítulo 1 (comenzando con la Sección 10110) de la Parte 2 de la División 2 del Código de Seguros.
 - 2. Una revisión médica independiente, como se describe en la Sección 10145.3 o 10169 del Código de Seguros.
 - 3. Una audiencia justa para la revisión de un reclamo de Medi-Cal de conformidad con la Sección 10950 del Código de Asistencia Social e Instituciones.
 - 4. Una apelación sobre la cobertura de Medicare de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales.

E. Venta de deuda a un comprador de deuda

El hospital no venderá la deuda del paciente a un comprador de deuda, según se define en la Sección 1788.50 del Código Civil, a menos que se cumplan todas las siguientes condiciones:

1. El hospital ha determinado que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera o el paciente no ha respondido a ningún intento de facturar u ofertas de asistencia financiera durante 180 días.
2. El hospital incluye un lenguaje contractual en el acuerdo de venta en el que el comprador de la deuda acepta devolver, y el hospital acepta recuperar, cualquier cuenta en la que se haya determinado que el saldo es incorrecto debido a la disponibilidad de un pagador externo, incluido un plan de salud o un programa de cobertura de salud del gobierno, o el paciente es elegible para recibir atención caritativa o asistencia financiera.
3. El comprador de la deuda acepta no revender ni transferir de otro modo la deuda del paciente, excepto al hospital de origen o a una organización exenta de impuestos descrita en la Sección 127444 del Código de Salud y Seguridad, o si el comprador de la deuda se vende o se fusiona con otra entidad.
4. El comprador de la deuda acepta no cobrar intereses ni tarifas sobre la deuda del paciente.
5. El comprador de la deuda tiene licencia como cobrador de deudas otorgada por el Departamento de Protección e Innovación Financiera.

F. Facturas médicas no cubiertas por esta política de cobro de deudas

Esta política no se aplica a los cobros por servicios prestados por médicos u otros proveedores médicos, incluidos, entre otros, médicos de salas de urgencias, anestesiólogos, radiólogos, personal hospitalario, patólogos, etc., cuyos servicios no están incluidos en la factura del paciente del hospital. La facturación y los cobros por dichos servicios se facturan y cobran por separado por el médico, el grupo médico u otro proveedor.