

HOSPITAL SINAI DE BALTIMORE

Política de cobro de deudas

ALCANCE: Hospital Sinai de Baltimore (Hospital)

RESPONSABILIDAD: Servicios Financieros al Paciente

PROPÓSITO: El Hospital Sinai, cuando es posible, intenta cobrar el monto estimado que es responsabilidad del paciente antes o en el momento del servicio. Los ciclos de cobranza de los estados de cuenta del paciente y la comunicación telefónica se utilizan para facilitar que la actividad de cobranza se realice después del momento del servicio.

El Hospital Sinai tiene contratos de gestión de cuentas por cobrar con agencias de terceros para proporcionar servicios de oficina de negocios extendidos y servicios de subcontratación de seguros para garantizar que se realizan los máximos esfuerzos para recuperar los pagos por cuenta propia y las cuentas por cobrar de los seguros antes de transferirlos a deudas incobrables.

El Hospital Sinai también tiene contratos con agencias de cobranza de terceros para ayudar en la recuperación de dólares de deudas incobrables una vez que se han agotado todos los esfuerzos internos de cobranza. Al hacerlo, las agencias de cobranza deben operar de manera consistente con la meta del Hospital Sinai de máxima recuperación de deudas incobrables y estricta adherencia a las reglas y regulaciones de la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (FDCPA por sus siglas en inglés), a la vez que se mantienen relaciones positivas con los pacientes. Los contratos especifican el alcance general del trabajo y la actividad de cobro que debe realizar la agencia de cobranza externa. El Hospital Sinai y sus agentes ayudarán a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y a los miembros elegibles de la familia con el proceso de solicitud de Asistencia Financiera de acuerdo con la política del hospital. El Hospital Sinai y sus agentes se abstendrán de realizar actividades de cobro de deudas contra reclamantes ante la Junta de Compensación por Lesiones Penales (CICB por sus siglas en inglés) de conformidad con el Proyecto de Ley 115 del Senado y operarán de acuerdo con su política. Además, el hospital tiene prohibido vender cualquier deuda.

POLÍTICA: La política del Hospital Sinai es garantizar que todas las cuentas de pacientes se manejen de manera constante y adecuada para maximizar el flujo de efectivo e identificar las cuentas de deudas incobrables de manera oportuna. Las cuentas por cobrar activas se cancelan y se convierten en cuentas de deudas incobrables cuando cumplen con los lineamientos establecidos de la actividad de cobranza y/o son revisadas por la administración de Servicios Financieros al Paciente adecuada y se determina que son ingresos incobrables. Se realizan todos los esfuerzos para identificar y buscar todas las opciones de liquidación de saldos de cuentas, incluidas, entre otras, el reembolso a terceros pagadores, acuerdos de pago con los pacientes, la elegibilidad para Medicaid y la Asistencia Financiera.

La Junta Directiva revisará y aprobará la Política de Cobro de Deudas cada dos años. El hospital no puede alterar su Política de Cobro de Deudas de manera sustancial sin la aprobación de la Junta Directiva.

Fecha original: 12/08

Fecha de revisión: 10/10

Aprobaciones: 04/11; 03/13; 04/16; 01/18

Aprobación de la Juta Directiva

Fecha

Anthony K. Morris

Vicepresidente Corporativo
Director de Compras, Ventas y Marketing

Fecha

William H. Rew

Director/Servicios Financieros para Pacientes

Fecha

Procedimiento:

El Hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre proporcionen declaraciones que contengan información de Asistencia Financiera incluyendo cómo y dónde solicitar, dónde encontrar información incluyendo: en línea, en persona en el hospital y por teléfono.

El Hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre no inicien Acciones Extraordinarias de Cobro (EACs por sus siglas en inglés) hasta al menos 120 días a partir de la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.

- I. **Pagos por cuenta propia en salida adelantada (EOS) – Pacientes ambulatorios**
 - A. **Sistemas de Información generará una factura detallada para las cuentas de pago por cuenta propia de los pacientes ambulatorios en función de las reservas sistemáticas establecidas.**
 - B. **Sistemas de Información generará un archivo de cuentas de pago por cuenta propia para pacientes ambulatorios para la colocación en proveedor(es) de EOS. Este proceso incluirá la asignación del código de tercerización apropiado basado en una división alfa predeterminada, para identificar al proveedor de EOS.**
 - C. **Sistemas de Información entregará diariamente al proveedor de EOS el archivo de colocación, que contiene datos demográficos, de seguros, de documentación y de cargos del paciente. Sistemas de Información enviará un correo electrónico resumiendo el número de cuentas y el monto total en dólares colocado.**
 - D. **El proveedor de EOS cargará la colocación y enviará al hospital un acuse de recibo, validando el recibo de la colocación.**
 - E. **El Enlace de Cobros del Hospital conciliará el resumen de la colocación contra el acuse de recibo y resolverá las discrepancias. Las discrepancias que queden sin resolver más de un día hábil se informarán al Gerente de Operaciones de Facturación y al Director de PFS (Servicios Financieros al Paciente).**
 - F. **Todas las consultas de pacientes recibidas por el hospital, donde no es evidente que exista una queja o reclamo, se remitirán al proveedor de EOS apropiado para su manejo.**
 - G. **El proveedor de EOS inicia el proceso de flujo de trabajo definido, que incluye llamadas telefónicas salientes y envió por correo al garante de los estados de cuenta/facturas.**
 - H. **El proveedor de EOS intenta –**
 - **desarrollar información de seguros no proporcionada al momento del registro**
 - **obtener el pago en su totalidad**
 - **establecer un plan de pagos aceptable**
 - **investigar la capacidad del garante para pagar en función de los ingresos/activos y hacer la remisión a asistencia financiera según corresponda (derivar al el departamento interno de Elegibilidad para**

Asistencia Médica o enviar una solicitud de Asistencia Financiera y hacer derivación al hospital)

- I. Si tiene éxito, el proveedor de EOS mantendrá la cuenta hasta que se resuelva.
- J. Si no tiene éxito 120 días a partir de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta posterior al alta, el proveedor de EOS pasará las cuentas al proceso de flujo de trabajo interno de deudas incobrables. Nota: la clasificación del proveedor de AR activo o deuda incobrable no afecta la clasificación de la cuenta del hospital.
- K. Si no tiene éxito después de 180 días, el proveedor de EOS prepara un archivo cerrado mensualmente para devolver al hospital.
- L. Sistemas de Información del hospital recibe los archivos cerrados, los códigos de subcontratación se actualizan para reflejar la nueva asignación a la segunda agencia y se colocan con la segunda agencia mensualmente. Sistemas de Información proporciona la información de la segunda colocación al Enlace de Cobros del hospital.
- M. El proveedor de EOS carga la segunda colocación y envía al hospital un acuse de recibo, validando el recibo de la colocación.
- N. El Enlace de Cobros del hospital concilia los datos de la colocación contra el acuse de recibo y resuelve las discrepancias. Las discrepancias que queden sin resolver más de un día hábil se informarán al Gerente de Operaciones de Facturación y al Director de PFS.
- O. El proveedor de EOS inicia el proceso definido de flujo de trabajo de segunda colocación, incluyendo llamadas telefónicas salientes y envío por correo de los estados de cuenta/avisos al garante.

II. Pago por cuenta propia de pacientes hospitalizados

- A. El Asesor de pagos por cuenta propia en Acceso de Pacientes procesa a los pacientes admitidos como pago por cuenta propia (sin seguro).
- B. El Asesor de pagos por cuenta propia evalúa a los pacientes para obtener un seguro de terceros de la siguiente manera:
 - verifica TODOS los registros anteriores
 - verifica HDX
 - verifica la elegibilidad para EVS/MA
 - verifica Medicare (si es mayor de 65 años o tiene indicación de discapacidad)
 - verifica otros sitios web automatizados
- C. El Asesor de pagos por cuenta propia entrevista al paciente, personalmente o por teléfono y completa la Lista de Verificación de Pago por Cuenta Propia (Adjunto N° 1).
- D. El Asesor de pagos por cuenta propia actualiza a los pacientes para los que se ha obtenido un seguro, o pueden realizar el pago completo o establecer acuerdos de pago aceptables. Los pacientes que no tienen capacidad de pago son referidos al Enlace de MA (Asistencia Médica) para revisión adicional.
- E. El Enlace de MA entrevista al paciente personalmente o por teléfono para su consideración en el programa de Asistencia Financiera del Hospital Sinai y/o continuación de la entrevista de Asistencia Médica según corresponda. Se completa una solicitud de Asistencia Financiera con el paciente siempre que sea posible y se conserva en el archivo para uso futuro.
- F. El Enlace de MA determina el potencial de elegibilidad para Asistencia Médica e inicia el proceso de solicitud. Se contacta con el médico tratante y el trabajador Departamento de Servicios Sociales en el lugar para completar los formularios necesarios y establecer la fecha y hora de la entrevista para Medicaid.

- G. El Enlace de MA continúa gestionando la solicitud del paciente mientras está en casa y después del alta hasta que se realiza la determinación de elegibilidad para Medicaid.
 - H. Si la cuenta fue tercerizada a una agencia de Elegibilidad para MA contratada por el Hospital Sinai, la agencia continúa gestionando el proceso de solicitud del paciente.
 - I. Si se determina que es elegible, el Enlace de MA actualizará el sistema en consecuencia y supervisará el proceso de facturación hasta que se pague.
 - J. Si se determina que no es elegible, el Enlace de MA enviará la solicitud de Asistencia Financiera y la documentación de respaldo recopilada durante el proceso de elegibilidad para MA al Técnico de Asistencia Financiera para su revisión.
 - K. El Técnico de Asistencia Financiera procesará la solicitud y emitirá una decisión de elegible o no elegible de acuerdo con el procedimiento. Se enviará una carta al paciente/garante informando el resultado.
 - L. Los saldos de las cuentas se ajustarán de acuerdo con la política/procedimiento de Asistencia Financiera. Si no es elegible, debido a un exceso de ingresos o falta de cooperación, se evaluará al paciente para derivarlo a una agencia de cobranzas de deudas incobrables.
- III. Responsabilidad del paciente después del seguro /Derivación a la agencia de cobranzas de deudas incobrables
- A. El Hospital Sinai mantendrá supervisión activa de cualquier contrato para el cobro de deudas en nombre del hospital.
 - B. Las cuentas califican como deudas incobrables después de que se hayan agotado todos los reembolsos de terceros y la responsabilidad del seguro y
 - C. Las cuentas califican como deudas incobrables basado en el número de estados de cuenta/facturas y/o la antigüedad de la cuenta (120 días a partir de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta). La transferencia a deuda incobrable puede acelerarse o retrasarse según ciertas situaciones, entre las que se incluyen: correo devuelto, pago perdido y/o contratos de pago en incumplimiento.
 - D. Las cuentas pueden marcarse como deudas incobrables de forma manual o automática (a través del sistema). Sistemas de Información selecciona las cuentas que cumplen con los criterios de deudas incobrables todas las noches y asigna el código apropiado de salida para cobro en función de la asignación de división alfa. Los archivos semanales se generan el domingo, para incluir las cuentas seleccionadas desde el lunes anterior hasta el domingo.
 - E. Todas las consultas de pacientes recibidas por el hospital, en las que no es evidente que exista una queja o una impugnación, se remitirán a la agencia de cobro correspondiente para su manejo.
 - F. Tipos de deudas incobrables –
 - Paciente que claramente no es candidato para Medicaid debido a consideraciones médicas y/o financieras
 - Paciente que tenía Medicaid pendiente por factura(s) pendiente(s) de pago y se determinó que no era elegible o no cooperaba
 - Paciente que se procesó para recibir Asistencia Financiera para factura(s) pendiente(s) de pago y se determinó que no era elegible ni cooperativo
 - Paciente que se procesó para recibir Asistencia Financiera para factura(s) pendiente(s) de pago, aprobado para Asistencia Financiera con un recurso del paciente y luego no pagó el monto del recurso del paciente
 - Paciente que celebró un contrato para pagar las facturas pendientes y no cumplió con el contrato

- Paciente que no respondió a los intentos de contacto
 - Paciente que no puede ser localizado por correo o por teléfono (SKIP)
 - Paciente con quien todos los otros esfuerzos de cobro han sido agotados
- G. Sistemas de Información generará un archivo de cuentas que califican para la colocación de deudas incobrables en las agencias. Este proceso incluirá la asignación del código apropiado de salida para cobro basado en una división alfa predeterminada, para identificar la agencia para deudas incobrables.
- H. Sistemas de Información entregará semanalmente a cada agencia el archivo de colocación, que contiene datos demográficos, de seguros, documentación y cargos del paciente. Sistemas de Información proporcionará al Enlace de Cobros información sobre la colocación, incluida la cantidad de cuentas y el monto total en dólares que se colocará.
- I. La agencia cargará la colocación y enviará al hospital un acuse de recibo, validando el recibo de la colocación.
- J. El Enlace de Cobros del hospital conciliará la información de la colocación contra el acuse de recibo y resolverá las discrepancias. Las discrepancias que queden sin resolver más de un día hábil se informarán al Gerente de Operaciones de Facturación y al Director de PFS.
- K. La agencia inicia el proceso de flujo de trabajo definido, incluyendo llamadas telefónicas salientes y envío por correo de los estados de cuenta/facturas al garante.
- L. La agencia de cuentas incobrables intenta –
- desarrollar información de seguros no suministrada al momento del registro
 - obtener el pago en su totalidad
 - establecer un plan de pago aceptable
 - investigar la capacidad de pago del garante según los ingresos/activos/estatus laboral, y hacer la remisión a asistencia financiera según corresponda (derivar al departamento interno de Elegibilidad para Asistencia Médica o enviar la solicitud de Asistencia Financiera y hacer la remisión al hospital)
 - determinar si la cuenta tiene bases para un reclamo legal (el garante tiene activos o el paciente está empleado)
- M. Si tiene éxito, la agencia mantendrá la cuenta hasta que se resuelva.
- N. Si no tiene éxito después de aproximadamente 180 días, la agencia prepara un archivo cerrado mensualmente para devolver al hospital.
- O. Los archivos cerrados son recibidos por Sistemas Financieros del hospital según los criterios específicos y los códigos de salida para cobro se actualizan para reflejar la nueva asignación a la segunda agencia y se colocan con la segunda agencia mensualmente. Sistemas de Información proporciona información de la segunda colocación al Enlace de Cobros del Hospital.
- P. La agencia carga la segunda colocación y envía al hospital un acuse de recibo, validando el recibo de la colocación.
- Q. El Enlace de Cobros del hospital concilia los datos de la colocación contra el acuse de recibo y resuelve las discrepancias. Las discrepancias que se mantengan sin resolver más de un día hábil se informarán al Gerente de Operaciones de Facturación y al Director de PFS.
- R. La agencia inicia el proceso de flujo de trabajo definido para segunda colocación, incluyendo llamadas telefónicas salientes y el envío por correo al garante de los estados de cuenta/avisos.
- S. La agencia retiene la cuenta por un período de tres años a partir de la fecha de servicio o hasta que el plazo de prescripción haya expirado (el que sea mayor). Las cuentas que excedan el plazo legal de prescripción se cierran y se devuelven al hospital.

- T. El Hospital Sinai no reportará, por lo menos 120 días después de emitir una factura inicial del paciente, información adversa sobre un paciente a una agencia de informes al consumidor ni iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago, a menos que el hospital documente la falta de cooperación del paciente o del garante del paciente en proporcionar la información necesaria para determinar la obligación del paciente con respecto a la factura del hospital.
- U. El Hospital Sinai informará del cumplimiento de la obligación de pago de un paciente dentro de los 60 días posteriores al cumplimiento de la obligación a cualquier agencia de informes al consumidor a la que el hospital haya reportado información adversa sobre el paciente.
- V. Si el hospital ha obtenido una sentencia en contra o ha reportado información adversa a una agencia de informes al consumidor sobre un paciente que luego resultó ser elegible para recibir atención gratuita en la fecha del servicio para el cual se emitió la sentencia o se reportó la información adversa, el hospital intentará revocar la sentencia o anular la información adversa.

IV. Cuentas al cobro derivadas al departamento legal de la agencia

Política: Es la política del Hospital Sinai utilizar remedios legales (juicios) para ayudar a recuperar los saldos pendientes de las cuentas de los pacientes solo como último recurso. Antes de tomar una acción legal para obtener un fallo, se agotan todos los esfuerzos para asegurar un plan de pago razonable. Durante este proceso, se hace todo lo posible para garantizar que los pacientes reciban un trato justo, con dignidad, compasión y respeto. El Hospital Sinai El Hospital no forzará la venta o la ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente para cobrar una deuda de una factura del hospital. Si Sinai tiene un derecho de retención sobre la residencia principal de un paciente, puede mantener su posición como acreedor garantizado con respecto a otros acreedores con quienes el paciente puede tener una deuda. Nota: las sentencias de la ciudad de Baltimore dan como resultado la colocación de gravámenes "automáticos" en los bienes inmuebles del paciente/garante. Sin embargo, esto no impide que el Hospital obligue a vender una propiedad o residencia secundaria que sea propiedad del paciente o del garante. Como regla general, Sinai instruye a sus agentes de cobranza para que no persigan embargos posteriores al juicio sobre bienes inmuebles en ninguna otra jurisdicción.

- A. Basado en la verificación de la agencia de los ingresos/activos/ estatus laboral del garante, una cuenta puede ser remitida al departamento legal de esa agencia para su revisión.
- B. Se requiere que la agencia haya completado el proceso de llamadas y cartas sin la resolución del saldo.
- C. Las cuentas son derivadas al abogado de la agencia para su revisión, para asegurar que la demanda sea apropiada.
- D. La firma legal envía una carta al garante. El garante tiene treinta días para impugnar la deuda. La agencia proporcionará la verificación de la deuda a petición.
- E. Por lo general, la firma legal intentará localizar al garante por teléfono antes de enviar una declaración jurada al Hospital Sinai.
- F. La declaración jurada (Adjunto N° 4), incluyendo la documentación para respaldar la verificación de los ingresos/activos y/o estatus laboral del garante es enviada al hospital por la firma legal para su revisión y autorización para proceder.

- G. El Enlace de Cobros revisa todas las declaraciones juradas antes de dar su aprobación para una demanda**
- las cuentas se anotan en MPAC con el motivo específico por el que el caso califica (activo - dueño de casa, empleado, etc.)
 - El Enlace de Cobros firma y fecha la declaración jurada
 - se requieren firmas adicionales para montos mayores de \$4,999.99 utilizando el Formulario de Autorización Legal (Adjunto N° 5):

\$ 5,000.00 - \$ 9,999.99	Gerente de Operaciones de Facturación
\$10,000.00 - \$24,999.99	Director de PFS
\$25,000.00 +	V.P. de Ciclo de Ingresos
 - las declaraciones juradas firmadas se devuelven al departamento legal de la agencia
 - tras la devolución de la declaración jurada firmada a la agencia, la demanda se presenta ante la jurisdicción del tribunal correspondiente
- H. Si el garante presenta una moción de defensa, se programa un juicio de mérito en el tribunal de distrito correspondiente.**
- asiste un representante designado del hospital, preparado para declarar en el juicio de mérito
- I. Se falla sentencia a favor del Hospital Sinai, a menos que el garante pueda probar a satisfacción del tribunal que el saldo no se adeuda (en cuyo caso se exonera al garante de la deuda). El sistema judicial reporta la sentencia automáticamente en el informe crediticio del garante porque la sentencia ahora es un registro público. El garante tiene todas las oportunidades para impugnar la demanda en un tribunal; sin embargo, si no comparece, generalmente se otorga el fallo por defecto.**
- J. El garante tiene 45 días después de que se ingresa la sentencia para presentar una apelación. Si el garante presenta una apelación dentro de los 45 días, el proceso judicial vuelve a empezar.**
- K. El departamento legal de la agencia hace intentos adicionales de contacto (teléfono) con el garante para resolver la deuda antes del embargo de salarios.**
- L. Si el garante no presenta una apelación y no ha respondido a los intentos de resolver la sentencia antes del embargo**
- la agencia presenta el embargo, que se envía al empleador del garante
 - la agencia confirma que el empleador otorga un embargo a los salarios del garante
 - si el garante ya no está trabajando con el empleador que figura en el registro, la agencia busca nueva información de empleo, bienes inmuebles contra los que se puede presentar un embargo o cuentas bancarias para embargar
- M. Cuando corresponda, en los casos en que un garante haya expirado y tenga activos comprobables, se presentará una reclamación contra el patrimonio.**
- N. Se evalúa al garante para el cobro de interés posterior a la sentencia, que está determinado por la ley del estado de Maryland. Además, el garante también debe pagar los costos judiciales incurridos. Sinai tiene prohibido cobrar intereses previos a la sentencia.**
- O. Pueden seleccionarse derivaciones a Accidente de Vehículo Motorizado (MVA por sus siglas en inglés), Compensación por Accidente de Trabajo y otras derivaciones de Responsabilidad de Terceros para colocar en una agencia como AR activo, luego transferirse manualmente a deuda incobrable una vez que la cuenta alcance aproximadamente 150 días para el MVA y aproximadamente 90 días para Compensación al Trabajador.**
- la agencia envía una carta al abogado del garante solicitando información del PIP (seguro de Protección contra lesiones personales) y del seguro de salud e información de responsabilidad
 - si se proporcionan todos, la agencia aceptará una carta de protección por hasta seis meses

- si no se obtiene una resolución dentro de los seis meses, la agencia envía al abogado del garante una carta de intención para presentar una demanda
- en algunas circunstancias, la agencia extenderá el período de protección más allá de los seis meses
- la agencia proporciona al abogado del garante copias de las facturas si así lo solicita
- la agencia presenta una demanda como medio para presionar al abogado del garante a fin de acelerar el acuerdo
- el proceso legal sigue los pasos descritos anteriormente (H – L)

V. Informes de crédito

- A. La deuda de un paciente puede ser reportada a una agencia de informes de crédito después de que se obtiene la sentencia y se convierte en un registro público.
- B. Las cuentas remitidas para la colocación secundaria de cobros pueden reportarse siempre que hayan transcurrido al menos 120 días desde la emisión de la factura inicial del paciente.
- C. La agencia y/o los abogados de la agencia reportarán a cualquier agencia de informes al consumidor sobre el cumplimiento de una obligación de pago del paciente dentro de los 60 días posteriores al cumplimiento de la obligación.
- D. La agencia debe mantener documentación que garantice el cumplimiento de la regla de los 60 días.

VI. Cobranzas relacionadas/documentación de deudas incobrables

- A. Pagos/ajustes de deudas incobrables
 - el recupero de deudas incobrables puede pagarse directamente al Hospital Sinai o puede pagarse a la agencia designada
 - los recuperos que se pagan directamente al hospital se publican en la cuenta correspondiente y se informan a la agencia de cobranzas a través del archivo electrónico generado por Sistemas de Información a diario o semanalmente
 - los recuperos que se pagan directamente a la agencia de cobranzas se informan al Hospital Sinai electrónicamente en forma semanal. 100% del pago se reenvía al hospital con la factura mensual. Los honorarios no se deducen de las recuperaciones facturadas
 - los códigos de transacción de falta de pago (ajustes) se informan a la agencia correspondiente como actividad de falta de pago (no se paga comisión por las transacciones de falta de pago)
 - las agencias solo tienen derecho a cobrar comisión por los códigos de transacción de pago. Las agencias son responsables de procesar todos los demás códigos de transacción sin comisión con el único propósito de mantener saldos de cuentas de pacientes precisos
- B. Reembolsos a pacientes
 - A partir de las fechas de servicio 1 de octubre de 2010, el Hospital Sinai proporcionará un reembolso completo de los montos que superen los \$25 en total, cobrados a un paciente o al garante de un paciente que, dentro de un período de 2 años a partir de la fecha de servicio, fue encontrado elegible para atención gratuita en la fecha de servicio.
 - El hospital puede reducir el período de 2 años a no menos de 30 días después de la fecha en que el hospital solicita información de un paciente o del garante de un paciente, para determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención gratuita en el momento del servicio,

si el hospital documenta la falta de cooperación del paciente o del garante de un paciente para proporcionar la información requerida.

- If the patient or the guarantor of the patient has entered into a payment
Si el paciente o el garante del paciente han firmado un contrato de pago, es responsabilidad del paciente o del garante del paciente notificar al hospital de los cambios sustanciales en el estado financiero, lo que podría afectar la capacidad de cumplir el contrato de pago y calificación del paciente para Asistencia Financiera.
- El Hospital debe reembolsar los montos pagados con retroactividad a la fecha del cambio de estado financiero, o la fecha en que el cambio de estado financiero se dio a conocer al Hospital, la cual es más favorable para el paciente. Los montos anteriores pagados de acuerdo con un contrato de pago no se considerarán reembolsables.

C. Formulario de Autorización de Deudas Incobrables - Autorizaciones requeridas por rango de saldo

- El Formulario de Autorización de Deudas Incobrables (Adjunto N°2) es una herramienta utilizada para asegurarse de que las cuentas del paciente cumplan los criterios requeridos para ser consideradas incobrables y que se obtengan las autorizaciones correspondientes. No se utiliza para saldos inferiores a \$5,000.00 cuando se han seguido los procedimientos detallados en esta política. Las notas del cobrador deben documentar minuciosamente todos los pasos que se han tomado descritos en esta política
- se requieren firmas para montos superiores a \$4,999.99
 - \$ 5,000.00 - \$ 9,999.99 Gerente de Operaciones de Facturación
 - \$10,000.00 - \$24,999.99 Director de PFS
 - \$25,000.00 + V.P. del Ciclo de Ingresos

D. Facturas de la agencia de cobranzas

- las agencias facturarán al Hospital Sinai en forma mensual a más tardar el octavo día del mes
- la factura consistirá en una contabilidad detallada de cada transacción de pago e incluirá como mínimo la siguiente información:
 1. código del cliente
 2. número de cuenta del paciente
 3. nombre del paciente
 4. tipo de transacción (débito o crédito)
 5. monto pagado
 6. comisión adeudada por cada pago
 7. saldo actual de la cuenta
 8. total de dólares pagados de la factura
 9. total de comisión adeudada de la factura
- El Enlace de Cobros es responsable de auditar todas las facturas de las agencias para constatar su exactitud. Las facturas se auditan principalmente para lo siguiente:
 1. asegurarse de que las tarifas contingentes (comisión) estén calculadas correctamente
 2. asegurarse de que no se informen pagos duplicados (misma factura o anterior)
 3. asegurarse de que no se informen pagos de cuentas que se han retirado o están en estado de "cerrar y devolver"
- El Enlace de Cobros es responsable de mantener una hoja de cálculo por cada agencia, documentando los resultados y la resolución de la auditoría. El Responsable de Cobros se pone en contacto con la agencia para resolver cualquier discrepancia y se asegura de que se

emita una factura corregida si es necesario. Las facturas se codifican y se obtiene la firma de autorización apropiada.

- todas las facturas requieren la autorización del Directo de PFS o de su representante antes de ser enviadas a Cuentas por pagar para su procesamiento.
- El Enlace de Cobros revisa los resultados de la auditoría con el Gerente de Operaciones de Facturación mensualmente para garantizar la precisión de los procesos de auditoría y de gastos. el Gerente de Operaciones de Facturación informa los resultados al Director de PFS mensualmente

E. Estimaciones, consultas telefónicas, impugnaciones y correspondencia

- las estimaciones por escrito se proporcionan a petición de un paciente activo o programado antes o durante el tratamiento. El Hospital no está obligado a proporcionar estimaciones por escrito a las personas que compran servicios. El Hospital proporcionará al paciente una estimación por escrito de los cargos totales por los servicios, procedimientos y suministros del hospital que se espera que sean proporcionados y facturados razonablemente por el hospital. La estimación escrita indicará claramente que es solo una estimación y los cargos reales podrían variar. El hospital puede restringir la disponibilidad de una estimación por escrito a las horas normales de oficina comercial. El Director de Acceso de Pacientes o su designado será responsable de proporcionar todas las estimaciones (verbales y escritas). Las solicitudes de estimaciones de los pacientes, ya sean recibidas por Servicios Financieros al Paciente o por una agencia, deben reenviarse al Director de Acceso de Pacientes o persona designada.
- el Departamento de Servicio al Cliente de Servicios Financieros al Paciente es responsable de las consultas telefónicas recibidas por el centro de atención telefónica durante las horas publicadas de atención. El correo de voz está disponible para que los pacientes dejen un mensaje después del horario de atención. El Servicio al Cliente responderá a todas las consultas sobre cuentas que no estén colocadas en una agencia.
- las consultas de los pacientes sobre cuentas colocadas en una agencia, en las que se determina que no existe una queja o impugnación, se remiten a la agencia de cobranza correspondiente para su manejo. Es una práctica habitual no intervenir ni establecer acuerdos de pago con el paciente cuando se ha colocado una cuenta en una agencia de cobro.
- las impugnaciones recibidas por el hospital se manejan de acuerdo con la Ley de Facturación Justa de Crédito, que requiere que el hospital responda dentro de los treinta días posteriores a la recepción. Si se identifica un error de facturación, se deben hacer las correcciones apropiadas en la cuenta dentro del mismo período de treinta días.
- las impugnaciones recibidas por una agencia se manejan de acuerdo con la Ley de Facturación Justa de Crédito, que requiere que la agencia responda dentro de los treinta días. La agencia coordinará con el hospital y proporcionará al paciente cualquier información requerida para validar el servicio y/o corregir un error de facturación dentro del plazo de respuesta de treinta días.
- La correspondencia recibida se documentará en el sistema y se enviará una fotocopia a la agencia. La correspondencia prioritaria también puede comunicarse a la agencia por correo electrónico. El documento original se conservará en el Departamento de Servicios Financieros al Paciente.

F. Quejas del paciente

Quejas contra el hospital:

- todas las quejas contra el hospital se remiten al Director de Servicios Financieros al Paciente o a su designado para su investigación y resolución

Quejas contra las agencias de cobranzas:

- todas las quejas relacionadas con la agencia de cobranzas se remiten al Enlace de Cobros
- Se contacta a la agencia y se le informa de la queja. Se da a la agencia la oportunidad de investigar y responder rápidamente. Se informa a la agencia que toda actividad de cobro sobre la cuenta se suspende hasta nuevo aviso
- con base en la respuesta de la agencia, el Director de PFS o la persona designada determinará si la queja es fundada o infundada
- si es infundada, el Enlace de Cobros notificará al paciente que se investigó la queja y que el manejo de la cuenta por parte de la agencia fue apropiado. Luego se le indica al paciente que se comunique con la agencia para establecer acuerdos de pago. Se pone al tanto a la agencia y se le da permiso para reanudar la actividad de cobro
- si es fundada, según la gravedad de la queja, se llevará a cabo una o más de las siguientes acciones:
 1. 'cerrar y devolver' la cuenta inmediatamente
 2. rescindir o suspender el contrato con la agencia de cobro según el historial de quejas previo
 3. solicitar que el cobrador que genera la queja ya no maneje las cuentas del Hospital Sinai y/o LifeBridge Health
 4. solicitar que el gerente de operaciones de la agencia se comunique con el paciente y maneje personalmente la cuenta

G. Retiro de cuentas de las agencias de cobranzas

- El Enlace de Cobros o su designado se pondrá en contacto con la agencia por correo electrónico o por teléfono para iniciar el proceso de retiro
- se informa al representante de la agencia del motivo del retiro. El sistema se documenta con el nombre del representante de la agencia y las notas de cobranza pertinentes
- cuando sea apropiado, la cuenta se reactiva en el sistema como cuenta activa por cobrar. En algunos casos, es suficiente cambiar el código de salida para cobro a un código interno de deuda incobrable

H. Acuerdos de liquidación

- Las agencias identificarán ocasionalmente las cuentas para las cuales un acuerdo es la mejor oportunidad de cobro
- por lo general, las cuentas que entran en esta categoría implican liquidación de seguros o ingresos de suma global de las ventas de activos
- El Director de PFS debe aprobar todos los acuerdos

I. Auditoría de agencias de cobranzas

- Es una práctica estándar del Hospital Sinai auditar a las agencias de cobranzas de manera rutinaria. El Director de PFS o el Gerente de Operaciones de Facturación, el Enlace de Cobros y/o persona designada, realiza auditorías a intervalos que no excedan de doce meses. Las auditorías se realizarán antes si hay razones para creer que una auditoría está justificada. El propósito principal de la auditoría es asegurar que la agencia de cobranza esté operando y funcionando de manera consistente con las condiciones y estipulaciones descritas en el contrato de cobranza. Esto incluye, entre otros, asegurar que la agencia de cobranza cumple con lo siguiente:

1. recepción sistemática y puntual de las cuentas remitidas en el formato del sistema del Hospita Sinai
 2. producción sistemática y oportuna del informe de acuse de recibo de las cuentas remitidas dentro de las cuarenta y ocho horas de la colocación
 3. 'cierre y devolución' sistemático y oportuno de cuentas cuando se cumple el criterio especificado
 4. presentación sistemática y oportuna de facturas por comisiones ganadas
 5. suministro de otros informes según lo solicitado
- además, también es una práctica estándar seleccionar (al azar) una muestra de al menos veinte cuentas remitidas para revisar la actividad de trabajo de cobro de la agencia. El objetivo principal del proceso de revisión de cuentas es garantizar que las cuentas del Hospital Sinai se trabajen de manera sistemática y exhaustiva
 - Al finalizar la auditoría, se lleva a cabo una reunión final con el equipo de administración de la agencia para analizar las áreas de preocupación y sus planes de acción correctiva. El Enlace de Cobros y/o su representante, resumiendo los diversos componentes de la auditoría, proporcionando detalles adicionales para las áreas de preocupación y los planes de acción correctiva, completa un Informe de Resultados de la Auditoría (Adjunto N° 3). Si los resultados de la auditoría plantean serias inquietudes sobre la agencia de cobranza, el Director de PFS aconsejará de inmediato al Vicepresidente del Ciclo de Ingresos que analice las recomendaciones sobre cómo proceder
- J. Análisis de desempeño en deudas incobrables**
- utilizado para hacer un seguimiento del desempeño de la agencia por comparación y calcular los porcentajes de recuperación bruta/neta Los informes de análisis de desempeño de la agencia se envían al Director de PFS y al V.P. del Ciclo de Ingresos el día 15 de cada mes
- K. Colocaciones activas de cuentas por cobrar**
- Periódicamente, las cuentas en el seguro activo de cuentas por cobrar pueden seleccionarse para la colocación externa de seguros según lo solicite el Director de PFS. Las agencias reciben las colocaciones electrónicamente
- L. Segundas colocaciones**
- las cuentas que no hayan resultado en un acuerdo de pago, que no hayan sido cubiertas por un seguro activo o que no hayan pasado al departamento legal de la agencia de colocación primaria en un plazo aproximado de 180 días a partir de la fecha de la colocación primaria, son cerradas y devueltas por la agencia primaria para una segunda colocación
 - los archivos electrónicos se envían desde la agencia primaria a Sistemas de Información del Hospital Sinai
 - Sistemas de Información actualiza el código de asignación de deudas incobrables junto con la explicación que refleja la razón del cierre y devolución, así como la documentación que indica la derivación a la agencia de segunda colocación
 - Los motivos de "cierre y devolución" que se enumeran a continuación (si se conocen) de la agencia primaria que en general no tiene la segunda colocación, incluyen:
 1. indigente: los ingresos del deudor, de haberlos, provienen de fuentes públicas como SSI o asistencia social, y el deudor carece de otros recursos para pagar
 2. quiebra: el deudor ha presentado una petición de quiebra

3. encarcelado: el deudor está encarcelado
 4. fallecido: el deudor ha fallecido y una investigación por activos patrimoniales no ha revelado resultados
 5. bajos ingresos: los ingresos y el tamaño de la familia ponen al deudor por debajo del 200% de las pautas de pobreza del HHS
 6. sin activos: el deudor no tiene propiedad, trabajo u otros elementos conocidos que se consideren de valor para su embargo legal
 7. elegible para el/los programa/s de Asistencia Médica no reembolsable: el deudor es elegible para la asistencia estatal que no reembolsa los gastos del hospital, como PAC, Planificación familiar, Sólo farmacia, etc.
 8. estados fronterizos: en los cuales la agencia no tiene licencia para cobrar
 9. cuestiones del seguro: cuando la compañía de seguros considera que el deudor es considerado exento de responsabilidad
- M. Cancelación/ajuste de pequeños saldos
- los saldos de pacientes menores a \$10.00 se ajustan a cero utilizando el CDM de saldo pequeño apropiado. Este proceso se produce automáticamente en un ciclo semanal
 - el informe de fin de mes es compilado por el Enlace de Cobros y el saldo del paciente de menos de \$10.00 se ajusta a cero utilizando el CDM de saldo pequeño apropiado. Este proceso es manual y ocurre el último día hábil del mes
- N. Deudas incobrables - Cancelación interna
- según los criterios establecidos, las cuentas identificadas para deudas incobrables - cancelación interna se transfieren a los códigos de salida para cobro designados, que continúan siendo gestionados por el Departamento de PFS
 - Las cuentas pendientes de Medicaid se transfieren a deudas incobrables internas mientras se asignan al Enlace de MA/Agencias de Elegibilidad para MA, internos o externos, a la vez que se lleva a cabo el proceso de solicitud. Las transferencias a deudas incobrables internas pueden producirse tanto de forma manual como sistemática una vez que la cuenta alcanza el estado de reserva del 100%. Esto puede ocurrir sin un Formulario de Autorización de Deudas Incobrables aprobado, ya que la cuenta no se está remitiendo para su cobro
- O. Reactivación de deudas incobrables
- Las cuentas transferidas a deudas incobrables pueden ser reactivadas a cuentas por cobrar activas
 - las cuentas pendientes de Medicaid transferidas a deudas incobrables internas durante el proceso de solicitud deben reactivarse desde deudas incobrables una vez que se determina la elegibilidad para Medicaid

DOCUMENTACIÓN/APÉNDICES:

Adjunto N° 1 La lista de verificación de pago por cuenta propia sigue inmediatamente la política

Adjunto N° 2 El Formulario de Autorización de Deudas Incobrables es un archivo de formato excel separado

Adjunto N° 3 El Informe de Resultados de la Auditoría es un archivo de formato excel separado

Adjunto N° 4 La Declaración Jurada es un documento de formato word separado

Adjunto N° 5 El Formulario de Autorización Legal es un archivo de formato excel separado

DECLARACIÓN DE COLABORACIÓN:
Director de Acceso de Pacientes

FUENTES:
Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud

Política de cobro de deudas
- fecha de vigencia 01 de December de 2008

Adjunto N° 1

Lista de verificación de pago por cuenta propia

Nombre del paciente: _____
Número de cuenta _____
Fecha de admisión _____ Fecha de hoy: _____

Antes del contacto con el paciente-Iniciale cada paso

Verifique TODAS las inscripciones anteriores

Verifique MA

Verifique Medicare (si el paciente tiene más de 65 años)

Otros sitios web automatizados verificados: _____

Actualizar el seguro con la clase financiera apropiada.

Entrevistar al paciente (por teléfono o personalmente)

¿Tiene usted seguro? _____

¿Tiene usted empleo? _____

Ingresos:\$ _____ Año _____ Semana _____

Tamaño del hogar _____ Verificar los ingresos anualizados contra las pautas de pobreza F.A.

¿Tiene el paciente capacidad de pago? SÍ _____ NO _____

Pago: _____ Acuerdo de pago establecido: _____

Continuación de la entrevista para MA: Indicar SÍ _____ o NO _____

¿El paciente tiene Medicare? SÍ _____ NO _____

¿El paciente tiene más de 65 años? SÍ _____ NO _____

¿El paciente tiene menos de 21 años? SÍ _____ NO _____

¿La paciente está embarazada actualmente? SÍ _____ NO _____

El paciente tiene un hijo o hijos menor/es de 21 años que vive/n con el paciente? SÍ /NO

¿El paciente es ciego? SÍ _____ NO _____

¿El paciente tiene Sida o es VIH+? SÍ _____ NO _____

¿El paciente es discapacitado? SÍ _____ NO _____ Condición discapacitante _____

(Nota: El pte. debe ser incapaz de trabajar durante 12 meses)

¿El paciente tuvo MA en el pasado? _____ De ser así, cuándo _____

¿Solicitud de MA siendo considerada? SÍ _____ NO _____