

**CENTRO Y HOSPITAL GERIÁTRICO LEVINDALE HEBREW  
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS**

<b>NÚMERO DE POLÍTICA/PROCEDIMIENTO:</b>	<b>7.0</b>
<b>NOMBRE DE LA POLÍTICA/PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Cobro de deudas</b>
<b>APROBADO POR:</b>	<b>Maggie Morgan-Lamb/Anthony K. Morris</b>
<b>FECHA DE VIGENCIA:</b>	<b>Julio 1999</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Enero 2003</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Diciembre 2005</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Noviembre 2007</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Enero 2008</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Octubre 2010</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Abril 2013</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Abril 2016</b>
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	<b>Abril 16, 2018</b>

**PARTE RESPONSABLE:**

El Departamento de Servicios Financieros al Paciente

**PROPÓSITO:** El Centro y Hospital Geriátrico Levindale Hebrew ("Levindale"), 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 tiempo de servicio.

Levindale tiene contratos con agencias de gestión de terceros de cuentas por cobrar para proporcionar servicios de oficina de negocios extendidos para seguros y algunos servicios de subcontratación de pago por cuenta propia para garantizar el máximo esfuerzo para recuperar las cuentas por cobrar de seguros antes de transferirlas a deudas incobrables. Las agencias de cobro deben operar de manera consistente con el objetivo de Levindale de recuperaciones máximas y cumplimiento estricto con 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. Levindale 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 de Levindale. Levindale 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, Levindale tiene prohibido vender cualquier deuda.

**POLÍTICA:** La política de Levindale 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 Contabilidad de Paciente adecuada y se determina que son ingresos incobrables. Se hacen todos los esfuerzos para identificar y buscar todas las opciones de liquidación de saldos de cuentas,

incluidas, entre otras, el reembolso a terceros pagadores, los contratos de pago de 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.

## **PROCEDIMIENTO:**

- I. Pago por cuenta propia para pacientes hospitalizados (asilo de ancianos y hospital)
  - A. El Departamento de Admisión se comunica con Servicios Financieros al Paciente para evaluar (sin seguro) las derivaciones para la elegibilidad de Asistencia Médica.
  - B. Las derivaciones que cumplan con los requisitos de Asistencia Médica se registrarán en el Plan de Seguro de Medicaid Pendiente en HCS, y se enviarán notas a los Coordinadores de Medicaid.
  - C. Los coordinadores de Medicaid se pondrán en contacto con el paciente o su representante para completar la documentación necesaria para solicitar Medicaid de atención a largo plazo.
  - D. Las derivaciones que no cumplan con los requisitos para la clase financiera Pendiente de Medicaid se registrarán en HCS como Pago por cuenta propia, y se enviarán recordatorios al Coordinador de Cobros.
  - E. El Coordinador de Cobros utilizará la denegación de revisión para Asistencia Médica y la evaluación previa para Asistencia Financiera seguirá las Pautas de la Política de Asistencia Financiera.
  - F. Las admisiones que no cumplan con los requisitos para la Asistencia Financiera resultarán en una conversación con el paciente o su representante, incluirán la cotización del costo estimado y la solicitud de un pago completo a los 30 días o el establecimiento de acuerdos de pago aceptables para los pacientes que se registraron como pacientes hospitalizados en el Hogar de Ancianos. El paciente hospitalizado registrado será derivado a una agencia externa para los cobros.
  - G. Los saldos de pago por cuenta propia que son el resultado de la facturación de seguro con copagos, coseguros, deducibles o desembolsos que se registraron en el Hospital se remitirán a una agencia externa para su cobro. Se seguirán las Pautas de la Política de Asistencia Financiera.
  - H. Los saldos de pago por cuenta propia que son el resultado de la facturación de seguro con copagos, coseguros, deducibles o desembolsos que se registraron en el Hogar de Ancianos serán cobrados por los Coordinadores de Cobro de PFS (Servicios Financieros al Paciente). Se seguirán las Pautas de la Política de Asistencia Financiera.
- II. Pago por cuenta propia ambulatorio
  - A. El Departamento de Atención Diurna selecciona a los pacientes para determinar si son elegibles para los programas de Asistencia Médica, Subvenciones y Becas. Los montos que son responsabilidad del paciente serán cobrados por el Coordinador de Cobros de PFS.

- B. La Clínica de Salud Mental y el programa de Hospitalización Parcial derivarán a los pacientes que tengan desembolsos varios a un programa externo de Medicaid para su evaluación. Ayudarán a que el paciente acceda a los beneficios de Medicaid. Si el paciente no cumple con los requisitos financieros, la cuenta será devuelta. La cuenta de pago por cuenta propia se remitirá a una agencia de cobranza externa. La agencia seguirá las Pautas de Asistencia Financiera.
- C. La cuenta de pago por cuenta propia de la Clínica Médica se remitirá a una agencia de cobranza externa. La agencia seguirá las Pautas de Asistencia Financiera.
- D. Los saldos de pago por cuenta propia de los Programas de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios serán cobrados por el Coordinador de Cobros de PFS. Se seguirán las Pautas de la Política de Asistencia Financiera.

III. Cuentas de cobro derivadas al Departamento Legal de la Agencia

**POLÍTICA:** La política de Levindale es utilizar recursos legales (juicios) para ayudar a recuperar los saldos pendientes de las cuentas de los pacientes solo como último recurso. Se agotan todos los esfuerzos para asegurar un plan de pago razonable antes de tomar una acción legal para obtener un fallo. Durante este proceso, se hace todo lo posible para garantizar que los pacientes reciban un trato justo, con dignidad, compasión y respeto. Levindale 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 Levindale 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, Levindale instruye a sus agentes de cobranza para que no persigan embargos posteriores al juicio sobre bienes inmuebles en ninguna otra jurisdicción.

El hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre proporcionen declaraciones que contengan información de Asistencia Financiera que incluya 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 (ECAs) hasta al menos 120 días a partir de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.

- A. Basado en la verificación por parte 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 se remiten al abogado de la agencia para que las revise a fin de asegurarse que la demanda presentada sea apropiada.
- D. La firma de abogados envía una carta al garante. El garante tiene 30 días para impugnar la deuda. La agencia proporcionará la verificación de la deuda a petición.

- E. Si el garante presenta una moción de defensa, se programa un juicio de mérito en el tribunal de distrito correspondiente.
  - asiste un representante designado por el hospital, preparado para testificar en el juicio de mérito.
- F. Se falla sentencia a favor de Levindale, 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.
- G. 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.
- H. El departamento legal de la agencia hace intentos adicionales de contacto (teléfono) con el garante para resolver la deuda.
- I. Cuando corresponda, en los casos en que un garante haya expirado y tenga activos comprobables, se presentará una reclamación contra el patrimonio.
- J. 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. Levindale tiene prohibido cobrar intereses previos a la sentencia.

#### IV. Informes de crédito

- A. Una deuda del 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 de cobro secundario 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 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.

#### V. Cobranzas relacionadas/documentación de deudas incobrables

- A. Pagos/ajustes de deudas incobrables
  - El recupero de deudas incobrables se pagará directamente a Livendale.
  - Los recuperos se publican en la cuenta correspondiente con un código de transacción creado para informar a Contabilidad General que se trata de efectivo de deuda incobrable.
  - La información del comprobante se envía al proveedor de deudas incobrables.
  - Los ajustes tales como denegaciones o concesiones contractuales se registran en el formulario de ajuste, firmado por el Director de Contabilidad del Paciente e ingresado por el Secretario de Ajuste.

- La facturación del proveedor por honorarios debe enviarse a Levindale antes de que finalice el mes en que se recibió el pago.

B. Reembolsos a pacientes

- A partir del 1 de octubre de 2010, Levindale 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.
- 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 los cambios sustanciales en el estado financiero, lo que podría afectar la capacidad de cumplir el contrato de pago. y calificar al paciente para Asistencia Financiera.
- El Hospital debe reembolsar los montos pagados con retroactividad a la fecha del cambio de estado financiero, o a la fecha en que el cambio de estado financiero se dio a conocer al Hospital, la que sea 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 que las cuentas del paciente cumplen los criterios requeridos para ser consideradas incobrables y que se obtengan las autorizaciones correspondientes.

\$26.00 - \$24,999.99

Director de Servicios Financieros al  
Paciente

\$25,000.00 +

VP Corporativo y Director de Compras, Ventas y  
Marketing

D. 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 Coordinador de Cobranzas será responsable de proporcionar todas las estimaciones (verbales y escritas).
- El PAM es responsable de las consultas telefónicas recibidas durante las horas publicadas de operaciones. El correo de voz está disponible para que los pacientes dejen un mensaje después del horario de atención.
- 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 30 días.

- La correspondencia recibida se documentará en el sistema. El documento original se conservará en Contabilidad del Paciente.

#### E. Quejas del paciente

Quejas contra el hospital:

- Todas las quejas contra el hospital se remiten al Director de Contabilidad de Pacientes o a la persona designada para su investigación y resolución.

Quejas contra las agencias de cobranzas:

- Todas las quejas relacionadas con las agencias de cobranzas se remiten al Director de Contabilidad de Pacientes o a la persona designada para su investigación y resolución.
- 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 Contabilidad de Pacientes o la persona designada determinará si la queja es fundada o infundada.
- Si es infundada, el Director de Contabilidad de Pacientes o la persona designada 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 de Levindale y/o LifeBridge Health; y/o
  4. solicitar que el gerente de operaciones de la agencia se comunique con el paciente y maneje personalmente la cuenta.

#### F. Colocaciones de Cuentas por Cobrar Activas

- Periódicamente, las cuentas en la lista de cuentas por cobrar de seguros activos pueden seleccionarse para la colocación en subcontratación de seguros según lo solicite el Subdirector de Contabilidad de Pacientes. A las agencias se les proporciona una hoja de cálculo de Excel de colocación externa. Las cuentas están marcadas con un código de estado que identifica que una agencia de cobro está trabajando en esta cuenta por cobrar. Se proporcionan informes mensuales para explicar los esfuerzos de cobranza.

#### G. Retiro de cuentas de las agencias de cobranzas

- El Subdirector de Contabilidad de Pacientes 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 está documentado con el nombre del representante de la agencia y las notas de cobranza pertinentes.
- Cuando sea apropiado, la cuenta se marca con un código de estado que identifica que la agencia de cobranza ya no trabaja y esta es una cuenta por cobrar activa.

#### 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 Contabilidad de Pacientes o la persona designada debe aprobar todos los acuerdos.

I. Auditoría de agencias de cobranzas

- Es una práctica estándar de Levindale auditar a las agencias de cobranzas de manera rutinaria. El Subdirector de PFS realiza auditorías para los casos de seguro remitidos a una agencia de cobranza y el Director de PFS realiza auditorías para los casos de pago por cuenta propia remitidos a una agencia de cobranza a intervalos que no superan los 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 de Levindale;
  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; y
  5. suministro de otros informes según lo solicitado.
- Además, también es una práctica estándar seleccionar (al azar) una muestra de al menos diez 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 de Levindale 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 Director de Contabilidad de Pacientes 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. Devoluciones de la agencia de cobranzas

- Las cuentas pueden devolverse a Levindale cuando se hayan agotado todos los esfuerzos de cobro. El Director de Contabilidad de Pacientes y/o su representante evaluarán el próximo curso de acción. Uno o todos los siguientes:
  - Evaluar si hay fuentes de pago adicionales disponibles
  - Evaluar si la cuenta se remitiría a legales
  - Evaluar si la cuenta debe ser cancelada debido a una o más de las siguientes razones:
    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; y
9. cuestiones del seguro: cuando la compañía de seguros considera que el deudor es considerado exento de responsabilidad.

K. Cancelación/ajuste de pequeños saldos

- Los saldos de pacientes menores a \$25.00 se ajustan a cero utilizando el CDM de saldo pequeño apropiado. Este proceso es manual y ocurre el último día hábil del mes.
- Formulario de Autorización de Deuda, ya que la cuenta no está siendo derivada para su cobro.

L. Reactivación de cuentas incobrables

- Las cuentas transferidas a deudas incobrables pueden ser reactivadas a cuentas por cobrar activas.

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 archivo de formato word separado

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

FUENTES:

Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud



Política de Cobro de Deudas  
Fecha de vigencia Julio de 1999  
Fecha de última revisión Abril 16, 2018

Aprobaciones:

Nombre:

Anthony K. Morris

\_\_\_\_\_  
VP Corporativo y Director de Compras,  
Ventas y Marketina

\_\_\_\_\_  
Fecha

Maggie Morgan-Lamb

\_\_\_\_\_  
Directora de Contabilidad de Pacientes

\_\_\_\_\_  
Fecha

Aprobación de la Junta Directiva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha