

	Fecha de vigencia:	1 de diciembre de 1998
	Fecha de la aprobación final:	1 de marzo de 2007
	Fecha de revisión:	26 de octubre de 2015
	Siguiente fecha de revisión:	26 de octubre de 2018
Propietario: Patrick McDermott, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos		
Área de la política: Finanzas		
Referencias: Servicios Financieros al Paciente		
POLÍTICA SOBRE Facturación y cobro en los hospitales de Sutter Health		

PROPÓSITO

El propósito de la política es ofrecer directrices claras a los centros hospitalarios de Sutter Health para realizar funciones de facturación y cobro de acuerdo con las leyes vigentes.

POLÍTICA

Sutter Health tiene como política facturar a pacientes y terceros pagadores con exactitud y puntualidad de acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes, incluidos, entre otros, el artículo 127400 y ss. del Código de Salud y Seguridad de California y los reglamentos emitidos por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos en el artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos.

ALCANCE

Esta política se aplica a todos los centros hospitalarios operados por Sutter Health o una Entidad afiliada (tal y como se define el término en el reglamento de Sutter Health) y todos los demás hospitales en los que Sutter Health y/o una Entidad afiliada tenga control de votación directo o indirecto o participación en el capital superior al 50 % (denominada en adelante el "Hospital" u "Hospitales de Sutter Health"). Esta política también se aplica a cualquier agencia de cobros que trabaje en nombre de un Hospital. A menos que se especifique otra cosa, esta política no se aplica a médicos u otros proveedores médicos, incluidos médicos de salas de emergencia, anestesistas, radiólogos, médicos de hospital, patólogos, etc., cuyos servicios no se incluyen en una factura del Hospital. Esta política no crea ninguna obligación para que el Hospital pague los servicios de esos médicos u otros proveedores médicos. En California, el médico de emergencias que ofrece servicios de emergencia en un hospital deberá ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o que tienen costos médicos altos y están dentro o por debajo del 350 % del nivel federal de pobreza.

DEFINICIONES

Acción de cobro extraordinaria: Una "Acción de cobro extraordinaria" es una de las siguientes acciones:

- (i) cualquier acción para obtener el pago de un Paciente que necesite un proceso legal o judicial, como por ejemplo presentar una demanda;
- (ii) vender a otra parte la deuda que ha contraído un Paciente con el Hospital, como por ejemplo a una Agencia de cobros;
- (iii) comunicar información negativa sobre un Paciente a una agencia de información crediticia del consumidor o agencia de crédito;

- (iv) embargar una cuenta bancaria;
- (v) motivar un arresto en relación con el cobro de una deuda;
- (vi) embargo de salario;
- (vii) derecho de retención sobre una residencia u otro bien mueble o inmueble;
- (viii) ejecución de bienes muebles o inmuebles;
- (ix) retraso o denegación de atención médica necesaria a causa de un saldo pendiente por servicios previos; u
- (x) obtener una orden para realizar un examen.

Las Acciones de cobro extraordinarias no incluyen hacer efectivos una ejecución o cobro en virtud de los artículos 3040 o 3045 del Código Civil. Además, presentar una demanda en un procedimiento de quiebra no constituye una Acción de cobro extraordinaria

Paciente: Un Paciente incluye la persona que ha recibido servicios en un Hospital. A los efectos de esta política, el paciente incluye toda persona financieramente responsable de su atención.

Política de asistencia financiera: La “Política de asistencia financiera” es la Política de los hospitales de Sutter Health sobre la asistencia financiera (Atención de caridad), que describe el programa de Asistencia financiera de Sutter Health – incluidos los criterios que deben cumplir los pacientes a fin de recibir la asistencia financiera, así como también el proceso mediante el cual los Pacientes pueden solicitar la Asistencia financiera.

Asistencia financiera: La “Asistencia financiera” se refiere a la Atención de caridad total y a la Atención de caridad por costos médicos altos, según se definen esos términos en la Política de los hospitales de Sutter Health sobre la asistencia financiera (Atención de caridad).

Idioma principal del área de servicio del hospital: El “Idioma principal del área de servicio del hospital” es un idioma empleado por 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el Hospital, lo que sea menor, con base en la Evaluación más reciente de las necesidades comunitarias en materia de salud realizada por el Hospital.

Paciente sin seguro Un “Paciente sin seguro” es un paciente que no tiene fuente de pago de terceros para ninguna parte de sus gastos médicos, incluidos, entre otros, un seguro comercial u otro seguro, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o responsabilidad de terceros y pacientes cuyos beneficios con arreglo a todas las fuentes posibles de pago se hayan agotado antes de ingresar al hospital.

Paciente asegurado: Un “Paciente asegurado” es un paciente que tiene una fuente de pago de terceros para una parte de sus gastos médicos.

Responsabilidad del paciente: La “Responsabilidad del paciente” es el importe que un Paciente asegurado tiene la responsabilidad de pagar de modo directo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado el importe de los beneficios del paciente.

Agencia de cobros: Una “Agencia de cobros” es toda entidad contratada por un Hospital para exigir o cobrar los pagos de los pacientes.

Cargos facturados: Los “Cargos facturados” son los importes no descontados que un Hospital acostumbra facturar por artículos y servicios.

PROCEDIMIENTOS

A. Facturación a terceros pagadores

1. Obtención de información sobre la cobertura: Los Hospitales harán todo lo que sea razonable para obtener la información de los Pacientes sobre si el seguro privado, el seguro médico público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los servicios que presta el Hospital al Paciente.
2. Facturación a terceros pagadores: Los Hospitales deberán tratar diligentemente de exigir los importes adeudados de terceros pagadores, incluidos, a manera de ejemplo, los pagadores contratados y no contratados, pagadores de indemnizaciones, aseguradores de la responsabilidad y de automóviles y pagadores de programas gubernamentales que pueden ser financieramente responsables de la atención del Paciente. Sutter Health facturará a todos los terceros pagadores pertinentes con base en la información proporcionada o verificada oportunamente por el Paciente o su representante.
3. Resolución de controversias con terceros pagadores: Antes de iniciar un litigio o arbitraje contra un tercero pagador, los Hospitales deben consultar y cumplir la Política para iniciar litigios o arbitrajes contra Terceros pagadores.

B. Facturación a pacientes: Toda persona encargada o representante de las Finanzas del Hospital autorizará a Servicios Compartidos de Sutter Health exigir los cobros a los Pacientes.

1. Facturación a pacientes asegurados: Los Hospitales facturarán sin demora a los Pacientes asegurados el importe de la Responsabilidad del paciente según lo calculado por la Explicación de Beneficios (EOB) y ordenado por el tercero pagador.
2. Facturación a pacientes sin seguro: Los Hospitales facturarán sin demora a los Pacientes sin seguro los artículos y servicios proporcionados por el Hospital utilizando los Cargos facturados del Hospital menos el Descuento estándar a no asegurados o el Descuento rural a no asegurados, de la siguiente manera:
 - a. Descuento estándar a no asegurados: Reducción del 40 % en los Cargos facturados por Servicios hospitalarios y reducción del 20 % en los Cargos facturados por Servicios ambulatorios.
 - b. Descuento rural a no asegurados: Reducción del 20 % en los Cargos facturados por Servicios hospitalarios y ambulatorios en Hospitales rurales. Sutter Lakeside Hospital and Center for Health, Sutter Coast Hospital y Sutter Amador Hospital son hospitales rurales.

El Descuento a pacientes sin seguro no se aplica a pacientes que calificaron para la Asistencia financiera o reciben servicios que ya tienen descuentos (por ejemplo: un paquete de descuentos por servicios cosméticos). Los precios de la tarifa por caso y por paquete no deberían tener como resultado que el pago previsto sea menor que lo que el Hospital esperaría si se hubiera aplicado el Descuento a pacientes sin seguro a los Cargos facturados por los servicios.

3. Información sobre la asistencia financiera: Todas las facturas de los Pacientes deberán incluir el Aviso de derechos que se adjunta como Anexo A de esta Política, que incluye un resumen de la Asistencia financiera disponible a los Pacientes que cumplen los requisitos necesarios.
4. Estado de cuenta detallado: Todos los pacientes podrán solicitar un estado de cuenta detallado en cualquier momento.

5. Descuento por pronto pago: Todas las facturas de los pacientes deberán incluir información sobre el Descuento por pronto pago. El Descuento por pronto pago es una deducción adicional a la factura del Hospital disponible a Pacientes sin seguro que pagan rápidamente. El Descuento por pronto pago es un descuento del 10 % del importe que adeuda un Paciente sin seguro después de haberse aplicado todos los demás descuentos. Un Paciente sin seguro puede obtener este descuento si se efectúa el pago al momento del servicio o dentro de los 30 días calendarios a partir de la fecha de la primera factura del paciente.
6. Controversias: Todo paciente podrá cuestionar algún artículo o cargo en su factura. Los pacientes podrán iniciar un procedimiento de solución de controversias por escrito o por teléfono con un representante de servicio al cliente. Si un paciente solicita documentación relativa a la factura, el personal hará todo lo que sea razonable para proporcionar la documentación solicitada en un plazo de diez (10) días. Los Hospitales retendrán la cuenta durante al menos treinta (30) días después de que el paciente inicie el procedimiento de solución de controversias antes de realizar otras actividades de cobro.

C. PRÁCTICAS DE COBRO

1. Prácticas de cobro generales: Con sujeción a esta Política, los Hospitales podrán hacer esfuerzos de cobro razonables para obtener el pago de los Pacientes. Las actividades de cobro generales pueden incluir la emisión de estados de cuentas de los pacientes, llamadas telefónicas y referencias a cuentas enviadas al paciente o al fiador. Los Hospitales deberán desarrollar procedimientos para asegurarse de que las preguntas y quejas de los pacientes relativas a las facturas sean investigadas y corregidas, cuando proceda, dando seguimiento oportuno al paciente.
2. Prohibición de realizar acciones de cobro extraordinarias: Los Hospitales y las Agencias de cobro se **abstendrán** de emplear Acciones de cobro extraordinarias al tratar de cobrarle al Paciente.
3. Sin cobro durante el proceso de solicitud de asistencia financiera: Tanto el Hospital como las Agencias de cobro se abstendrán de exigir cobros al Paciente que haya presentado una solicitud de Asistencia financiera, y devolverán todo importe recibido del Paciente antes o mientras la solicitud del paciente se mantenga pendiente.
4. Prohibición sobre el uso de la información de la solicitud de asistencia financiera: Durante el proceso de solicitud de Asistencia financiera, los Hospitales y las Agencias de cobros no podrán utilizar la información obtenida del Paciente en las actividades de cobro. Nada de lo estipulado en esta sección prohíbe el uso de la información obtenida por el Hospital o la Agencia de cobros independientemente del proceso de calificación para recibir Asistencia financiera.
5. Planes de pago :
 - i. Pacientes que cumplen los requisitos: Los Hospitales y toda Agencia de cobros que actúe en su nombre ofrecerán a los Pacientes sin seguro y a todo Paciente que califique para recibir Asistencia financiera la opción de firmar un acuerdo para pagar su Responsabilidad del paciente (en Pacientes asegurados) y cualquier otro importe adeudado a lo largo del tiempo. Los Hospitales también podrán formalizar planes de pago para los Pacientes asegurados que manifiesten que no pueden pagar el importe de la Responsabilidad del paciente en una sola cuota.
 - ii. Condiciones de pago: Todos los planes de pago serán sin intereses. Los Pacientes tendrán la oportunidad de negociar las condiciones del plan de pago. Si

un Hospital y el Paciente no logran llegar a un acuerdo respecto a las condiciones del plan de pago, el Hospital extenderá una opción de plan de pago mediante la cual el Paciente podrá hacer un pago mensual de no más del diez por ciento (10 %) de los ingresos mensuales de la familia del Paciente después de excluir los gastos esenciales de subsistencia. Por “gastos esenciales de subsistencia” se entiende gastos para cualquiera de lo siguiente: pago de alquiler o casa y mantenimiento, alimentos y artículos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos por servicios médicos y dentales, seguro, cuidado infantil o escolar, manutención infantil o conyugal, gastos de transporte y automóvil, incluido el seguro, gasolina y reparaciones, pagos de cuotas, lavado y limpieza y otros gastos extraordinarios.

- iii. Declaración de ineficacia del plan de pagos: El plan de pagos extendido puede declararse sin efecto en caso de que el Paciente no haya efectuado todos los pagos consecutivos adeudados durante un periodo de 90 días. Antes de declarar la ineficacia del plan de pagos extendido, el Hospital o la Agencia de cobros hará un intento razonable de comunicarse por teléfono con el Paciente y de avisarle por escrito que el plan de pagos extendido puede volverse ineficaz y que el Paciente tiene la oportunidad de renegociar el plan de pagos extendido. Antes de que se declare la ineficacia del plan de pagos extendido, el Hospital o la Agencia de cobros tratarán de renegociar las condiciones del plan de pagos extendido incumplido, si lo solicita el paciente. A los efectos de esta sección, el aviso y la llamada telefónica al paciente podrán efectuarse al último número de teléfono y a la última dirección conocida del paciente. Después de que un plan de pagos se declare ineficaz, el Hospital o la Agencia de cobros podrán iniciar las actividades de cobro de manera que concuerde con esta política.

6. Agencias de cobro: Los Hospitales podrán remitir las cuentas del paciente a una Agencia de cobros, con sujeción a las siguientes condiciones:

- i. La Agencia de cobros deberá tener un acuerdo escrito con el Hospital;
- ii. El acuerdo escrito del Hospital con la Agencia de cobros deberá estipular que para cumplir sus funciones la Agencia de cobros deberá observar la misión, la visión y los valores fundamentales de Sutter Health, las condiciones de la Política de asistencia financiera, esta Política de facturación y cobro, la Ley de precios justos de los hospitales y los artículos 127400 al 127446 del Código de Salud y Seguridad;
- iii. La Agencia de cobros deberá convenir en que se abstendrá de realizar Acciones de cobro extraordinarias para cobrar la deuda de un paciente;
- iv. El Hospital deberá conservar la titularidad de la deuda (es decir, no la “venderá” a la Agencia de cobros);
- v. La Agencia de cobros deberá establecer procesos para identificar a los pacientes que pueden calificar para recibir Asistencia financiera, comunicar la disponibilidad y los detalles de la Política de asistencia financiera a esos pacientes y remitir a los pacientes que solicitan Asistencia financiera de nuevo a los Servicios Financieros de los Pacientes del Hospital al 855-398-1633 o a sutterhealth.org. La Agencia de cobro se abstendrá de cobrar a los Pacientes que hayan presentado una solicitud de Asistencia financiera y devolverán todo importe recibido de los pacientes antes o mientras la solicitud del paciente se mantenga pendiente.
- vi. Todos los terceros pagadores deberán haberse facturado, el pago de un tercero pagador no deberá seguir pendiente y el paciente será el responsable financiero de la deuda restante. La Agencia de cobro no podrá facturarle al paciente importes que un tercero pagador tiene la obligación de pagar.

- vii. La Agencia de cobro deberá enviar a todos los pacientes una copia del Anexo A, el Aviso de derechos.
- viii. Deberán haber transcurrido por lo menos 120 días desde que el Hospital envíe al Paciente la factura inicial de la cuenta.
- ix. El paciente no se encuentra negociando un plan de pagos ni efectúa pagos parciales regulares de un importe razonable.

D. Responsabilidad de terceros

Nada de lo estipulado en esta política impide que las filiales del hospital o agencias de cobro externas hagan efectiva la responsabilidad de terceros de manera que concuerde con la Política de retención respecto de terceros.

REFERENCIA¹

Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos

Título 26 del Código de Disposiciones Federales, 1.501(r)-1 a 1.501(r)-7

Artículos 124700 al 127446 del Código de Salud y Seguridad de California

Esta política debe leerse junto con la Política de facturación y cobro de Sutter Health.

Apéndice A – Aviso de derechos

¹Cuando se refiera a otras políticas alojadas en PolicyStat, puede crear un hipervínculo para un acceso rápido.

Gracias por seleccionar a Sutter Health para sus servicios recientes. Adjunto encontrará un estado de cuenta de los cargos resultado de su visita al hospital. **El pago se debe realizar inmediatamente.** Es posible que tenga derecho a descuentos si cumple determinados requisitos financieros mencionados más adelante o si envía su pago pronto.

Tenga en cuenta que esta es únicamente la factura por servicios de hospital. Es posible que haya cargos adicionales por servicios que serán proporcionados por los médicos durante su permanencia en el hospital, como facturas de médicos personales y cualquier anestesista, patólogo, radiólogo, servicios de ambulancia o cualquier otro profesional médico que no sea empleado del hospital. Puede recibir un cobro aparte por esos servicios.

Resumen de sus derechos: La ley estatal y federal exige que los cobradores lo traten equitativamente y les prohíbe que hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, que usen lenguaje vulgar o grosero, o que tengan comunicación indebida con terceros, incluido su empleador. Con excepción de circunstancias excepcionales, los cobradores no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. ni después de las 9:00 p. m. En general, los cobradores no deben dar información a otra persona, que no sean su abogado o su cónyuge, sobre su deuda. El cobrador puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una sentencia. Si desea obtener más información sobre las actividades de cobro, puede comunicarse por teléfono con la Comisión Federal de Comercio al 1-877-FTC-HELP (328-4357) o en línea en www.ftc.gov.

Es posible que en su área estén disponibles servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro, así como también asistencia al consumidor en oficinas locales de servicios jurídicos. Le agradeceremos comunicarse con la oficina de Servicios Financieros al Paciente llamando al 855-398-1633 para una remisión.

Sutter Health tiene acuerdos con agencias de cobro externas para cobrar los pagos de los pacientes. Las Agencias de cobro tienen la obligación de cumplir las políticas del hospital. Las Agencias de cobro también tienen la obligación de reconocer y ceñirse a los planes de pago acordados entre el hospital y el paciente.

Asistencia financiera (Atención de caridad): Sutter Health tiene el compromiso de ofrecer asistencia financiera a pacientes calificados de bajos ingresos que tienen seguro que exige que el paciente pague una parte considerable de su atención. El siguiente es un resumen de los requisitos de calificación para recibir Asistencia financiera y del proceso de solicitud del paciente que desea pedir Asistencia financiera. Las siguientes son las categorías de pacientes que califican para recibir Asistencia financiera:

- Pacientes que no tienen fuente de pago de terceros, como una aseguradora o un programa gubernamental para parte de sus gastos médicos **y** tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.
- Pacientes con cobertura de seguro, pero que tienen i) ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza; **y** ii) gastos médicos propios o de su familia (efectuados en la filial del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente.
- Pacientes que tienen cobertura de seguro, pero que agotan sus beneficios antes o después de su permanencia en el hospital y tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.

Puede solicitar Asistencia Financiera utilizando el formulario de solicitud disponible en Servicios Financieros al Paciente, que está ubicado en los departamentos de Acceso al Paciente/Registro en el Hospital, llamando a Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633 o en la página web de Sutter Health o del Hospital (www.sutterhealth.org). También puede enviar una solicitud si habla con un representante de Servicios Financieros al Paciente para que le ayude a completar la solicitud. Durante el proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información sobre el número de miembros de su familia, sus ingresos mensuales y otra información que ayude al hospital a

determinar si cumple los requisitos para recibir Asistencia financiera. Es posible que se le pida proporcionar un talonario de pago o registros de impuestos para ayudarlo a Sutter a verificar sus ingresos.

Después de presentar la solicitud, el hospital examinará la información y le notificará por escrito si cumple o no los requisitos. Si tiene dudas durante el proceso de solicitud, puede comunicarse con la oficina de Servicios Financieros al Paciente al (855) 398-1633.

Si está en desacuerdo con la decisión del hospital, puede solicitar un procedimiento de solución de controversias en la oficina de Servicios Financieros al Paciente.

Puede hallar copias de esta Política de Asistencia Financiera del Hospital, el Resumen de Lenguaje Sencillo y la Solicitud así como solicitudes para programas gubernamentales disponibles en varios idiomas en persona en nuestro Registro de Pacientes y en las oficinas de Servicios Financieros al Paciente, así como también en sutterhealth.org y por correo. También podemos enviarle una copia de la Política de Asistencia Financiera sin costo alguno si se comunica con nuestra oficina de Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

De conformidad con el Código de Ingresos Internos Sección 1.501 (r) -5 , Sutter Health adopta el método prospectivo de Medicare para los importes facturados en general; sin embargo, los pacientes que son elegibles para asistencia financiera no son financieramente responsables de más de los montos facturados en general ya que los pacientes elegibles no pagan ninguna cantidad.

Solicitudes pendientes: Si ha presentado una solicitud para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de atención de caridad, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

Seguro médico/Cobertura de programa gubernamental/Asistencia financiera: Si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal, California Children's Services (Servicios para Niños de California) u otra fuente de pago para esta factura, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633. Si corresponde, Servicios Financieros al Paciente le cobrará su atención médica a esas entidades.

Si usted no tiene seguro médico ni cobertura a través de un programa gubernamental como Medi-Cal o Medicare, es posible que califique para recibir asistencia de programas gubernamentales. Servicios Financieros al Paciente puede proporcionarle formularios de solicitud y ayudarlo con el proceso de solicitud.

Si ha recibido una concesión de Asistencia financiera de un Hospital que cree que cubre los servicios que son objeto de esta factura, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

Intercambio de Beneficios de Salud de California (California Health Benefit Exchange): Usted puede calificar para recibir cobertura médica con arreglo a Covered California. Comuníquese con Servicios Comerciales del hospital para obtener más detalles y ayuda para determinar si califica para recibir cobertura médica a través de Covered California.

Información de contacto: La Oficina de Servicios Financieros al Paciente está disponible para responder las preguntas que pueda tener sobre su factura del hospital o si desea solicitar Asistencia financiera o asistencia de programas gubernamentales. El número de teléfono es el 855-398-1633. Nuestro horario de atención telefónica es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.