



**TÍTULO: POLÍTICA DE COBROS**

**POLÍTICA:**

El propósito de la Política de cobros (la Política) es promover el acceso del paciente a atención médica de calidad y minimizar las deudas incobrables en Gracie Square Hospital (el Hospital).

Esta Política impone requisitos al Hospital, y a las agencias y abogados que hacen actividades de cobro de deudas, que concuerdan con la misión, los valores y los principios fundamentales del Hospital incluyendo, entre otros, la Política de atención de beneficencia 23.1.

**APLICABILIDAD: (marque todas las que correspondan)**

**Población:** Adultos

**Lugar de atención médica:** Psiquiatría para pacientes hospitalizados

**Personal:**

- Personal clínico
- Personal no clínico
- Otro, especifique:



## **POLÍTICA DE COBROS, CONTINÚA**

### **PROCEDIMIENTO:**

#### **A. Directrices generales**

1. El Hospital, las agencias de cobro (Agencia) y los abogados y estudios de abogados (Asesor Externo) cumplirán todas las leyes federales y estatales pertinentes y los requisitos de las agencias acreditadoras que rigen el cobro de deudas, entre otras, la Ley de prácticas justas para el cobro de deudas (FDCPA), la Ley de facturación justa, las Leyes de protección del crédito al consumidor, la Ley de Salud Pública, Sección 2807-k-9-a, el Código de Servicio de Impuestos Internos 501(r), el Artículo 52 de la Ley y Normas de Proceso Civil de Nueva York y la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo también cumplirán la Política de Atención de Beneficencia del Hospital. En la medida en que haya falta de uniformidad entre la Política de cobros del Hospital y la Política de atención de beneficencia, prevalecerá la Política de atención de beneficencia.
2. El Hospital celebrará acuerdos legalmente vinculantes, por escrito, con terceros (incluyendo la Agencia o el Asesor externo) a los que se refiere la deuda de una persona relacionada con la atención que estén razonablemente elaborados para evitar acciones de cobro extraordinarias (ECA) para obtener el pago por la atención hasta que se hayan hecho los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir la Atención de Beneficencia.

#### **B. El Hospital y las entidades autorizadas pueden usar estas prácticas de cobros:**

1. Las ECA son medidas que toma un centro hospitalario contra una persona relacionadas con la obtención del pago por la atención cubierta según la política de asistencia financiera del centro hospitalario, según se define en la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. De acuerdo con los requisitos de la presente Política de cobros, el Hospital solo puede participar en las siguientes ECA:
  - a. iniciar una acción civil;
  - b. embargar una propiedad;
  - c. confiscar o embargar una cuenta bancaria o cualquier otra propiedad personal;
  - d. embargar salarios;
  - e. enviar citaciones.



2. El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo no pueden participar en ninguna ECA contra un paciente u otra persona que haya aceptado, o tenga la obligación de aceptar, la responsabilidad financiera en relación con las facturas del Hospital del paciente por la atención, sin hacer esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir la Atención de Beneficencia.
3. El Hospital, la Agencia o el Asesor Externo pueden determinar la presunta elegibilidad de una persona basándose en información de terceros o en función de una determinación de elegibilidad para Atención de Beneficencia anterior. Con respecto a cualquier tipo de atención prestada a una persona, para hacer el esfuerzo razonable para determinar si la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia, el Hospital y el Agente o el Asesor Externo, según corresponda, pueden determinar que la persona es elegible basado en información que no sea la dada por la persona o en una determinación de elegibilidad para Atención de Beneficencia. Además, si presuntamente se determina que la persona es elegible para menos de la ayuda más cuantiosa generalmente disponible según la Política de atención de beneficencia, el Hospital deberá:
  - a. notificar a la persona sobre la base de la determinación de la presunta elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia y la forma de solicitar la asistencia más cuantiosa disponible según la Política de Atención de Beneficencia;
  - b. dar a la persona un plazo razonable para enviar una solicitud de asistencia más generosa antes de iniciar las ECA para obtener la cantidad con descuento que el paciente debe por la atención médica;
  - c. si la persona presenta una solicitud de Atención de Beneficencia completa solicitando la asistencia más cuantiosa durante el período de solicitud previsto en la Política de atención de beneficencia, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, deberá determinar si la persona es elegible para un descuento más cuantioso o si de otro modo cumple los requisitos pertinentes respecto de la solicitud completa.
4. Antes de participar en cualquier ECA, el Hospital deberá hacer los esfuerzos razonables para notificar a la persona sobre la Política de atención de beneficencia durante el período de notificación, es decir, 120 días a partir de la fecha del estado de cuenta del Hospital después del alta. Si después de haber hecho tales esfuerzos razonables la persona no puede presentar una solicitud de Atención de Beneficencia, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, pueden participar en aquellas ECA específicamente permitidas en esta Política (consulte el Procedimiento A1), siempre que el Hospital haga lo siguiente al menos 30 días antes de proceder con cualquier ECA permitida por esta Política:



- a. Entregar una notificación por escrito a la persona, que indique la disponibilidad de Atención de Beneficencia para las personas elegibles, identifique la ECA que el Hospital u otra parte autorizada intentará iniciar para obtener el pago por la atención, y la fecha límite después de la que se pueden iniciar tales ECA. Este plazo será no menor de 30 días después de la fecha en que se entregue el aviso por escrito.
  - b. Entregar una copia del Resumen de Atención de Beneficencia (el Resumen) junto con el aviso previsto en la Sección B4a arriba.
  - c. Hacer el esfuerzo razonable para notificar a la persona sobre la Política de Atención de Beneficencia y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud de Atención de Beneficencia durante cualquier comunicación telefónica entre el paciente y el Hospital después de la facturación inicial.
  - d. Si la persona presentó una solicitud de Atención de Beneficencia incompleta, entregarle un aviso por escrito que describa la información o la documentación que debe presentarse para completar la solicitud de Atención de Beneficencia, incluyendo la información de contacto necesaria.
  - e. Hacer y documentar una determinación de elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia una vez que el paciente haya presentado una solicitud de Atención de Beneficencia completa de acuerdo con la Política de Atención de Beneficencia.
5. Antes de participar en cualquier ECA, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, evaluarán la elegibilidad del paciente para participar de programas gubernamentales, incluyendo los programas de seguro, como Medicare y Medicaid, otras fuentes de pago y Atención de Beneficencia.
6. El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo aceptarán las solicitudes de Atención de Beneficencia en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Si una persona presenta una solicitud incompleta cuando se inicia una ECA o después de que se haya iniciado, el Hospital, la Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, suspenderán tales ECA hasta que se haya determinado si esa persona es elegible para recibir Atención de Beneficencia y si de otro modo ha cumplido los requisitos de esta Política y de la Política de atención de beneficencia.



7. Si una persona presenta una solicitud de Atención de Beneficencia completa durante el período de solicitud (por ejemplo, en algún momento durante el ciclo de facturación y cobro), el Hospital, la Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, deberán hacer los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir Atención de Beneficencia y hacer lo siguiente:
  - a. Suspender las ECA para obtener el pago por la atención, de acuerdo con esta Política de cobros.
  - b. Tomar la determinación en cuanto a si la persona es elegible para recibir Atención de Beneficencia y notificar a la persona por escrito de esta determinación de elegibilidad (incluyendo, si corresponde, la asistencia a la que tiene derecho) y la base para la determinación del Hospital.
  - c. Si el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, determinan que la persona es elegible para recibir Atención de Beneficencia que no sea gratis, el Hospital deberá:
    - (i) Dar a la persona un estado de cuenta que indique la cantidad que debe por la atención y cómo se determinó esa cantidad y declarar o describir cómo la persona puede obtener información respecto a las cantidades generalmente facturadas (AGB) por la atención médica.
    - (ii) Reembolsar a la persona cualquier cantidad que haya pagado por atención médica (ya sea al Hospital o a cualquier parte a la que el Hospital haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda de la cantidad que se determine que es personalmente responsable si es mayor de \$5.00 (o cualquier otra cantidad establecida en un aviso u otra guía publicada en los Boletines de Impuestos Internos pertinentes).
    - (iii) Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA iniciada contra la persona para obtener el pago de la atención médica. Por lo general, tales medidas incluyen, entre otros, medidas para: (a) renunciar a cualquier juicio contra el paciente, (b) levantar cualquier embargo o gravamen (excepto a aquellos en los que el Hospital tenga derecho de hacer valer la ley estatal sobre el producto de un juicio, acuerdo o compromiso adeudado a un paciente o su representante), como resultado de lesiones personales por las que el Hospital prestó la atención médica, (c) quitar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se haya



presentado a la agencia de información o la agencia de crédito.

8. La Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, suspenderán todas las actividades de cobro asociadas a la cuenta de un paciente si el paciente niega (de acuerdo con los procedimientos apropiados de solución de conflictos del Hospital) la cantidad o la validez de cualquier saldo pendiente. La cuenta del paciente permanecerá suspendida hasta que el Hospital determine que los esfuerzos de cobros pueden reanudarse. La Agencia o el Asesor Externo no podrán ejercer la actividad de cobro contra un paciente de quien la Agencia o el Asesor Externo hayan recibido una notificación de quiebra.
9. La Agencia o el Asesor Externo no pueden iniciar acciones legales de ningún tipo, incluyendo la emisión de una citación sin recibir la autorización previa por escrito del Hospital.

**C. PRÁCTICAS DE COBROS PROHIBIDAS. EL HOSPITAL, LAS AGENCIAS DE COBROS Y EL ASESOR EXTERNO:**

1. No forzarán la venta o ejecución de una hipoteca de la residencia principal de una persona para pagar una deuda pendiente.
2. No enviarán una factura a una agencia de cobros mientras que una solicitud de Atención de Beneficencia completa (incluyendo cualquier documentación de respaldo) presentada al Hospital esté pendiente de una determinación.
3. No permitirán los cobros a una persona elegible para Medicaid en el momento en que se prestaron los servicios y para los que está disponible el pago de Medicaid, siempre que la persona haya presentado una solicitud completa para Medicaid en relación con esos servicios.
4. No venderán deudas del paciente a un tercero.
5. No presentarán información adversa a una agencia de crédito. Sin embargo, en consonancia con la Política de Atención de Beneficencia, es posible que se hagan consultas a una agencia de crédito sobre la presunta elegibilidad para recibir la Atención de Beneficencia.

**D. PRÁCTICAS POSTERIORES AL FALLO. EL ASESOR EXTERNO:**

1. Hará evaluaciones de juicio caso por caso. No se permiten ni podrán hacerse filtros electrónicos "ciegos".
2. No causará la detención de una persona ni causará que una persona esté



sujeta a recibir una orden de arresto.

3. No continuará juicios después de cinco años sin la aprobación previa del Hospital.
4. No impondrá una sentencia contra una persona después de cinco años a partir de la fecha de la sentencia sin la aprobación previa del Hospital.
5. No reanudará un juicio contra una persona sin la aprobación previa del Hospital.
6. No transferirá cuentas personales a otra agencia de cobros o firma de abogados sin la aprobación previa por escrito del Hospital. Después de agotar todos los esfuerzos necesarios para identificar la cobertura o el pago de la deuda y después de recibir la aprobación por escrito del Hospital, la Agencia puede remitir las cuentas correspondientes al Asesor Externo para una posible acción legal. Las cuentas correspondientes de cualquier paciente deben tener un valor de al menos \$800 en total o cualquier otro límite más alto que el Hospital pueda establecer por escrito cada cierto tiempo a fin de remitirlas al Asesor Externo. Por lo general, la remisión de una cuenta no ocurrirá hasta seis meses después de que la Agencia la reciba.
7. En función de los requisitos de la legislación pertinente, de esta Política de cobros y de la Política de atención de beneficencia del Hospital, puede emitir citaciones de información con aviso de restricción o sin este a:
  - a. Bancos
  - b. Lugar de trabajo
  - c. Compañías de tarjetas de crédito
  - d. Compañías hipotecarias
8. Sujeto a los requisitos de esta Política de cobros y de la Política de atención de beneficencia, el Asesor Externo puede emitir la ejecución de bienes contra las cuentas bancarias del paciente, excepto las cuentas de impuestos diferidos o cuentas de ahorro para la jubilación comparables. Si la persona se comunica con el Asesor Externo y presenta reclamos y suministra fundamentos razonables de dificultades financieras como resultado de la ejecución de bienes, el Asesor Externo dará por terminado el proceso de ejecución y quitará el embargo.
9. Sujeto a los requisitos de esta Política de cobros y de la Política de atención de beneficencia, en conformidad con la legislación del estado de Nueva York, el Asesor Externo puede emitir ejecuciones sobre los ingresos de la persona con un máximo del diez por ciento (10 %) del salario. El



Asesor Externo no está autorizado a emitir una ejecución de ingresos sobre el cónyuge de una persona.



**RESPONSABILIDAD: ACCESO DE PACIENTES/SERVICIOS FINANCIEROS**

**FECHAS DE LA POLÍTICA:** 27 de enero de 2018

Aprobaciones: Consejo Administrativo