



<input checked="" type="checkbox"/>	UCH/ENTERPRISE
<input type="checkbox"/>	UCMC
<input type="checkbox"/>	WCH
<input type="checkbox"/>	DRAKE - LTCH
<input type="checkbox"/>	DRAKE - BWP
<input type="checkbox"/>	DRAKE - SNF
<input type="checkbox"/>	DRAKE - PACIENTES AMBULATORIOS
<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN AMBULATORIA/UCPC
<input type="checkbox"/>	LEGAL/EXIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
<input type="checkbox"/>	PERSONAL MÉDICO
<input type="checkbox"/>	MANEJO DE MEDICACIÓN
<input type="checkbox"/>	OTRO

POLÍTICA

POLÍTICA N.º	UCH-PA-ADMIN-006-06	
NOMBRE DE LA POLÍTICA	Política de cobro a pacientes	
FECHA DE CREACIÓN	27 de junio de 2012	
PATROCINADA POR	Adam Niemann	
	Director, Servicios de Pagos de Pacientes	
APROBACIÓN ADMINISTRATIVA	Craig Cain	
	Vicepresidente, Manejo del Ciclo de Ingresos	
APROBACIÓN ADMINISTRATIVA	Rick Hinds	
	Vicepresidente Ejecutivo, Director de Finanzas	
ÚLTIMA REVISIÓN / FECHA DE CAMBIOS	6 de marzo de 2020	FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN 6 de marzo de 2023

I. POLÍTICA

Administrativa
 Interdepartamental
 Departamental
 Específica de Unidad

UC Health es un sistema de atención de la salud sin fines de lucro, que incluye diversos centros a los que se exige tener licencia, estar registrados o reconocidos de una forma similar por el estado como hospital, que incluye, pero sin limitarse a, University of Cincinnati Medical Center, West Chester Hospital, Daniel Drake Center and University of Cincinnati Physician Corporation (se hará referencia a UC Health y cada una de esas entidades individual y colectivamente como "UC Health"), que brinda servicios para cubrir las necesidades de atención de la salud del Gran Cincinnati. Es política de UC Health facturar a los pacientes y los pagadores correspondientes en forma precisa y en el plazo adecuado. Durante este proceso de facturación y cobro, el personal proporcionará servicio al cliente de calidad y seguimiento en los plazos adecuados, y todas las cuentas

pendientes se manejarán de acuerdo con lo que determine el Servicio de Rentas Internas (IRS) y la norma 501(r) de la Tesorería, según lo establecido en la Ley de Cuidados de la Salud Asequibles.

II. PROPÓSITO

El propósito de la política de cobro a pacientes de UC Health es proporcionar pautas claras y coherentes para llevar a cabo las funciones de facturación y cobro de una forma que promueva el cumplimiento de las normas, la satisfacción de los pacientes y la eficiencia. A través del uso de estados de cuenta, correspondencia escrita y llamadas telefónicas, UC Health tomará medidas diligentes para informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones disponibles de asistencia financiera, además de hacer seguimiento con los pacientes en relación con las cuentas pendientes. Además, esta política exige que UC Health haga esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera de UC Health antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias para obtener pago.

III. DEFINICIONES

- A. **Servicios médicamente necesarios** – Servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para afecciones físicas o mentales de acuerdo con estándares de atención de la salud reconocidos profesionalmente, generalmente aceptados en el momento en que se brindan los servicios y que son considerados médicamente necesarios por los servicios Medicare y Medicaid.
- B. **Solicitud de asistencia financiera (FAA, en inglés)** – Documento que debe completar el paciente/garante, acompañado de comprobante de residencia e ingresos, para que un paciente califique para asistencia financiera.
- C. **Acciones de cobro extraordinarias** – Lista de actividades de cobro, tal como las definen el Servicio de Rentas Internas y la Tesorería, que las organizaciones de atención de la salud solo pueden iniciar contra una persona para obtener pago por la atención después de que se hicieron esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Estas acciones se definen con más detalle en la Sección II de esta política e incluyen acciones como presentar información negativa a organizaciones de crédito y agencias de información de crédito, además de acciones legales/judiciales, como la retención de salarios.
- D. **Esfuerzos razonables** – Un conjunto de acciones establecidas que una organización de atención de la salud debe seguir para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera de UC Health. En general, los esfuerzos razonables pueden incluir hacer determinaciones presuntas de elegibilidad para asistencia total o parcial, además de proporcionar a las personas notificaciones escritas u orales sobre la política de asistencia financiera y los procesos de solicitud.

IV. PROCEDIMIENTO

A. Prácticas de facturación

1. Facturación a seguros
 - a. Para todos los pacientes asegurados, UC Health facturará a los terceros pagadores correspondientes (en base a la información proporcionada o verificada por el paciente) en un plazo adecuado.
 - b. Si un pagador rechaza un reclamo (o no se procesa) debido a un error de nuestra parte, UC Health no facturará al paciente por ningún monto que supere lo que el paciente hubiera debido si el pagador hubiera pagado el reclamo.
 - c. Si un pagador rechaza un reclamo (o no se procesa) debido a factores que escapan al control de nuestra organización, el personal hará seguimiento con el pagador y el paciente, según corresponda, para facilitar la resolución del reclamo. Si no hay una resolución después de esfuerzos de seguimiento prudentes, UC Health puede facturar al paciente o tomar otras acciones de acuerdo con las regulaciones y normas de la industria actuales.
2. Facturación a pacientes
 - a. UC Health tiene un equipo interdisciplinario de asociados que consiste en recursos del sitio del paciente y Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) que están capacitados para ayudar a los pacientes y sus familias con las facturas, la elegibilidad para recibir asistencia financiera y los planes de pago.
 - b. Cobros de pago del propio bolsillo - Asociados para casos de pago del propio bolsillo empleados en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes llaman proactivamente a pacientes para ofrecer opciones de pago flexibles si es necesario y/o proporcionan información sobre los programas de asistencia financiera para resolver saldos pendientes.
 - c. Se facturará a todos los pacientes sin seguro directamente y en el plazo adecuado, y recibirán un estado de cuenta como parte del proceso de facturación normal de la organización.
 - d. Para los pacientes sin seguro, después de que los reclamos han sido procesados por terceros pagadores, UC Health facturará a los pacientes en el plazo adecuado por los montos por los que son responsables respectivamente, según se determine teniendo en cuenta los beneficios del seguro.
 - e. Los pacientes pueden pedir un estado de cuenta detallado para sus cuentas en cualquier momento. UC Health hará esfuerzos razonables para brindar al paciente un estado de cuenta detallado en un plazo adecuado.
 - f. Si un paciente cuestiona su cuenta y pide documentación con respecto a la factura, UC Health proporcionará la documentación requerida por escrito en un plazo de 10 días (si es posible) y retendrá la cuenta durante al menos 30 días antes de enviarla para cobro.

- g. Se exige a los pacientes que paguen el saldo de su factura del hospital en el plazo de 30 días desde la recepción de la factura. Las opciones de pago son efectivo, cheque, giro postal y las siguientes tarjetas de crédito: Visa, Master Card, American Express y Discover.
- h. Se ofrece a los pacientes que no puedan pagar en el plazo de 30 días opciones de pago mensuales sin intereses, dentro de las siguientes pautas:

UC Health

Saldo	Meses
< \$ 500	1 a 6 meses
\$ 501 - \$2,500	7 a 12 meses
\$ 2,501 - \$5,000	13 a 18 meses
> \$5,001	19 a 24 meses

* El gerente de cobros de pago del propio bolsillo de Servicios Financieros para Pacientes debe aprobar las opciones de pago que no sigan estas pautas.

- i. Los asociados que cobran cuentas de pacientes que pagan de su propio bolsillo pueden usar recursos en internet u organizaciones de crédito para comprobar los activos del paciente para posibles fuentes de cobro, además de fuentes alternativas para contactar al paciente.
- j. Se podrán iniciar acciones legales a un garante que demuestre tener ingresos adecuados y estables y/o ser propietario de bienes y no colabore en los esfuerzos para resolver la deuda. Todas las demandas legales, ya sea iniciadas por el departamento de pagos del propio bolsillo o cualquiera de las agencias de cobro, serán revisados por el gerente de pagos del propio bolsillo antes de ser presentadas.
- k. Si un paciente afirma que no tiene medios para pagar, los representantes lo ayudarán a presentar una solicitud de asistencia financiera (ver política de Atención de Beneficencia y Asistencia Financiera).
- l. Después de que se hayan agotado las medidas de cobro internas, las cuentas se derivan a una agencia de cobro en base al siguiente proceso de revisión final:

UC Health

Saldo
< \$3,000 – derivado directamente a cobro
\$3,001 - \$15,000 – revisado por un especialista en cuentas de pacientes
\$15,001 - \$50,000 – revisado por un gerente
\$50,001 - \$100,000 – revisado por gerente y director

>\$100,000 – revisado por gerente, directo y vicepresidente de
Ciclo de Ingresos

B. Esfuerzos razonables y acciones de cobro extraordinarias

1. Antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias para obtener el pago por atención de la salud, UC Health debe hacer ciertos esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera según nuestra política de asistencia financiera:
 - a. Las acciones de cobro extraordinarias pueden iniciarse solo cuando hayan pasado 120 días desde que se entregó el primer estado de cuenta después del alta.
 - b. Sin embargo, al menos 30 días antes de iniciar las acciones de cobro extraordinarias para obtener el pago, UC Health hará lo siguiente:
 - 1) Proporcionar a la persona un aviso escrito que indique la disponibilidad de asistencia financiera, que indique las posibles acciones de cobro extraordinarias que se pueden tomar para obtener el pago por la atención de la salud y que indique una fecha límite después de la cual se pueden iniciar las acciones de cobro extraordinarias (no antes de 120 días después del primer estado de cuenta de la factura después del alta y 30 días después del aviso por escrito).
 - 2) Proporcionar un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera junto con el aviso que se mencionó antes
 - 3) Intentar notificar a la persona oralmente acerca de la política de asistencia financiera y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud
2. Después de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para asistencia financiera como se indicó antes, UC Health o sus socios comerciales autorizados pueden tomar cualquiera de las siguientes acciones de cobro extraordinarias para obtener el pago por la atención:
 - a. Iniciar una acción civil o demanda contra la persona o tercero responsable;
 - b. Retener el salario de una persona después de obtener una sentencia judicial;
 - c. Trabar un embargo sobre los bienes de una persona después de obtener una sentencia judicial, siempre que trabar un embargo contra la recuperación, acuerdo, compromiso o sentencia de lesiones personales de una persona no se considere una acción de cobro extraordinaria.
3. La presentación de un reclamo en cualquier reclamo por bancarrota y presentar la cuenta de un paciente en una agencia de cobro no es una acción de cobro extraordinaria.
4. La dirección del ciclo de ingresos es en última instancia responsable por determinar si UC Health y sus socios comerciales han hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera. Este órgano también tiene autoridad para decidir si

la organización puede iniciar cualquiera de las acciones de cobro extraordinarias indicadas en esta política.

C. Período de solicitud de asistencia financiera

1. El período para las solicitudes de asistencia financiera comienza en la fecha en que se brindan la atención médica y finaliza 240 días después del primer estado de cuenta después del alta o 30 días después de que el hospital o un tercero autorizado proporcione aviso por escrito de las acciones de cobro extraordinarias que el hospital tiene planes de iniciar, lo que ocurra más tarde.
2. UC Health publicita ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera y hace esfuerzos razonables para identificar a las personas que podrían ser elegibles. Los criterios de elegibilidad y el proceso de solicitud se establecen en la política de asistencia financiera correspondiente.
3. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera para hospital completa durante el período de solicitud, UC Health suspenderá las acciones de cobro extraordinarias y hará una determinación de elegibilidad antes de retomar las acciones de cobro extraordinarias correspondientes.
4. Si una persona presentó una solicitud incompleta según la política de asistencia financiera durante el período de solicitud, se considerará que la persona presentó una solicitud completa para asistencia financiera durante el período de solicitud y UC Health suspenderá las acciones de cobro extraordinarias y hará una determinación de elegibilidad antes de retomar las acciones de cobro extraordinarias correspondientes. Se tomarán medidas para hacer seguimiento de la solicitud, tal como se define en la política de asistencia financiera.

D. Prácticas de cobro

1. Se aplicarán procedimientos de cobro de manera sistemática y justa para todos los pacientes, sin importar su estatus con respecto al seguro. Todos los procedimientos de cobro cumplirán con las leyes correspondientes y con la misión de UC Health.
2. Las agencias de cobro o estudios de abogados (contratados por UC Health) se usan después de que se agotaron los recursos internos, el paciente no se puede contactar por carta o teléfono o el paciente no coopera. Las agencias de cobro se comunicarán con el paciente o garante para establecer planes de pago flexibles.
3. Las agencias o un abogado usarán todos los medios legales para cobrar el saldo, incluyendo embargos, demandas y retenciones.
4. Se podrán iniciar acciones legales a un garante que demuestre tener ingresos adecuados y estables y/o ser propietario de bienes y no colabore en los esfuerzos para resolver la deuda. El proceso para determinar acciones legales es el siguiente:
 - a. Intento final del departamento pre legal de una agencia de cobro
 - b. Revisión legal para determinar si una demanda legal es adecuada para el caso. Las pautas mínimas son:

- 1) Empleo de tiempo completo o empleo por cuenta propia;
 - 2) Gana más de \$14 por hora;
 - 3) Empleado al menos 1 año;
 - 4) Propietario de bienes.
- c. Cuentas enviadas a un abogado de agencia para determinar una acción legal adecuada:
- 1) Saldos combinados <\$3000 en tribunal de pequeños reclamos;
 - 2) Saldos combinados >\$3000 en tribunal municipal.
- d. Paso de revisión de diligencia debida para verificar si es adecuada una demanda legal.
- 1) Un abogado envía al garante una carta según la Ley de prácticas justas para el cobro de deudas.
 - 2) Si no hay respuesta, el abogado presenta una demanda.
 - 3) Se presenta una demanda, se envía una citación anunciando que se presentó una demanda y se indica una fecha para comparecencia ante el tribunal.
 - 4) Si el deudor no se presenta a la comparecencia ante el tribunal, generalmente se obtiene una sentencia predeterminada.
 - 5) Si el deudor comparece, el abogado intenta resolver el caso fuera del tribunal.
 - 6) Si no hay resolución, el caso se vuelve a programar. Se permiten 30 días adicionales y para esa comparecencia ante el tribunal es necesaria la presencia de un representante del hospital como testigo.
5. Si en cualquier momento un paciente declara que no tiene los medios para pagar, las agencias de cobro interrumpirán las medidas de cobro y darán al paciente una solicitud de asistencia financiera de UC Health para que complete y entregue. La cuenta o las cuentas del paciente se dejarán en espera durante 30 días para dar tiempo al procesamiento. El Departamento de Administración de Programas de UC Health hará la determinación final de la elegibilidad para el programa de beneficencia, en base a la información que el paciente presente. Si el paciente es elegible, la cuenta o las cuentas se cerrarán en la agencia de cobro y el saldo o los saldos se ajustarán con el código correspondiente. Si se determina que el paciente no es elegible para ningún programa de beneficencia, el proceso de cobro continuará donde se dejó.
- E. Ni UC Health ni ninguna de sus agencias informan a informes de créditos.
- F. UC Health se reserva el derecho a hacer excepciones a la política anterior. Las excepciones deben ser aprobadas por un director de departamento o superior.

V. RESPONSABILIDAD

UC Health
Director de Servicios de Pagos de Pacientes
Servicios Financieros para Pacientes

VI. PALABRAS CLAVE

Cobro a pacientes
Finanzas
Factura
Acciones de cobro extraordinarias

VII. APÉNDICE

Ninguno

VIII. FORMULARIOS RELACIONADOS

Ninguno

IX. REFERENCIAS / NOTIFICACIONES

Ninguno