

BHC ALHAMBRA HOSPITAL
POLIZA Y PROCEDIMIENTOS

La Fecha de Emisión: 1 Enero, 2024	Póliza de Cobro de Deudas
Fecha Revisada:	
Emitido Por: Administración	

I. Propósito

- a. BHC Alhambra Hospital ("Hospital") Proporcionar atención compasiva a los pacientes cuando necesitan servicios hospitalarios. Todos los pacientes o sus garantes tienen una responsabilidad financiera relacionada con los servicios recibidos en el Hospital, y deben hacer arreglos para el pago, ya sea antes o después de que se presten los servicios. Tales acuerdos pueden incluir el pago por un plan de seguro, incluyendo programas ofrecidos a través del gobierno federal y de California. Los arreglos de pago también se pueden hacer directamente con el paciente, sujeto a las condiciones de pago del Hospital. El Hospital se compromete a garantizar que las conversaciones sobre las obligaciones financieras no impacten de manera irrazonable en la programación de la atención.
- b. Esta Póliza establece las pautas y procedimientos para establecer medios justos, razonables y consistentes para la recopilación de las cuentas de los pacientes que se deben al Hospital y garantiza que el Hospital y cualquier agencia de cobro con la que el Hospital se asocie, traten a todos los pacientes, sus familias y otros contactos con justicia, dignidad, compasión y respeto. Adicionalmente, garantiza que el Hospital y sus agencias de cobro asignadas cumplan con todas las leyes federales y de California aplicables, incluidas, entre otras, las siguientes:
 - i. 26 U.S.C. Sección 501(r) y siguientes. Requisitos adicionales para ciertos hospitales.
 - ii. 15 U.S.C. Sección 1692 y siguientes. Prácticas de cobro de deudas.
 - iii. Código Civil de California sección 1788 y siguientes. Prácticas justas de cobro de deudas.
 - iv. Código de Salud y Seguridad de California, sección 1339,50 y siguientes. Declaración de Derechos de los Pagadores.
 - v. Código de Salud y Seguridad de California sección 127400 y siguientes. Pólizas de precios justos en el hospital.
 - vi. Afirmación de las Directrices de Facturación del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales.

II. Póliza

a. De Prácticas Generales

- i. Si una cuenta de paciente es pagable por el seguro, entonces la factura inicial será enviada directamente a la aseguradora designada para obtener cualquiera o todas las cantidades adeudadas por la aseguradora.
 - ii. Los saldos de los pacientes, después de los pagos del seguro, se facturarán directamente al paciente.
 - iii. El hospital y el paciente comparten la responsabilidad de la resolución oportuna y precisa de todas las cuentas de los pacientes. La cooperación y comunicación del paciente es esencial para este proceso. El Hospital hará esfuerzos razonables y consistentes para ayudar a los pacientes con el cumplimiento de sus responsabilidades financieras.
 - iv. Los Planes de Pago pueden ser acordados con el Hospital, caso por caso. Los planes de pago pueden arreglarse como parte de un acuerdo de pago de deudas entre el Hospital y un paciente.
 1. Los planes de pago generalmente tendrán un plazo no superior a 6 meses y están libres de cargos por intereses y cargos de configuración.
 2. Es responsabilidad del paciente o del garante ponerse en contacto con el Hospital si las circunstancias cambian y no se pueden cumplir los términos del plan de pago.
 3. Una vez aprobado, cualquier falta de pago de acuerdo con los términos del plan de pago constituirá un incumplimiento, y el Hospital podrá cancelar el plan de pago y comenzar las actividades de cobro solo después de que el paciente no haya hecho los pagos de la cantidad adeudada durante cualquier período continuo de 90 días, de acuerdo con la ley federal y de California.
 - a. Antes de cancelar un plan de pago, el Hospital hará un intento razonable de notificar al paciente, tanto oralmente como por escrito, que el plan de pago puede ser cancelado, y puede haber una oportunidad, a petición del paciente, para renegociar los términos del plan.
 - b. En caso de cancelación de un plan de pago, la responsabilidad financiera del paciente no excederá el monto del principal descontado acordado bajo el plan de pago.
 - v. El Hospital proporciona la siguiente información y asistencia especial a todos los pacientes:
 1. Una Solicitud de Asesoramiento Financiero y/o una solicitud a Medi-Cal u otro programa de asistencia gubernamental apropiado para pacientes no asegurados, que reciben servicios que no son de emergencia, en el momento de la admisión o antes del alta.
 2. Asistencia en la solicitud de su asistencia financiera o asistencia gubernamental, sin costo alguno para el paciente.
 3. Una factura escrita por los servicios prestados por el Hospital.
 4. Una declaración resumida, a petición, con el pago esperado por el seguro, si corresponde, y cualquiera o todas las cantidades debidas y pagables por el paciente.
- b. Facturación y Determinación de Elegibilidad para Asistencia Financiera.** En el momento de la facturación, el Hospital proporcionará a todos los pacientes información sobre los servicios recibidos y las cantidades facturadas relacionadas con esos servicios en el Hospital. Antes de asignar una cuenta a una agencia de cobro, el Hospital deberá haber tomado las siguientes medidas para determinar la elegibilidad de asistencia financiera del paciente, según corresponda:
- i. En sus cartas de cobranza y estados de cuenta a todos los pacientes, el Hospital deberá incluir lenguaje para informar a los pacientes si cumplen con ciertos requisitos, pueden ser elegibles para programas de pago patrocinados por el gobierno o asistencia financiera del Hospital. Las facturas del paciente también incluirán el nombre/título o departamento y el número de teléfono para contactar para obtener información adicional.
 - ii. El Hospital notificará a los pacientes de su programa de asesoramiento financiero antes de asignar una cuenta a una agencia de cobro para obtener el pago de la atención.
 - iii. Si el paciente no ha presentado una Solicitud de Asesoramiento Financiero, o se determina que no es elegible para asistencia financiera, entonces las agencias de cobro pueden iniciarse solo según lo permita la ley aplicable y de acuerdo con esta Póliza.
- c. Asignación de Cuentas de Pacientes a las Agencias de Cobro**
- i. Cuando el Hospital asigna una cuenta a una agencia de cobro, la cantidad que se asignará para el cobro será la cantidad restante después de que se hayan aplicado todos y cada uno de los arreglos de descuento o exenciones anteriores al saldo de la cuenta.
 - ii. Si una agencia de cobro determina que una cuenta de paciente califica para una fuente alternativa de pago o determina que el paciente no tiene suficientes activos, entonces la agencia de cobro devolverá la cuenta al Hospital con una explicación de la determinación y los datos de apoyo. El Hospital intentará coleccionar de la fuente alternativa y / o trabajar para calificar al paciente para la asistencia financiera.
 - iii. Si un paciente le pregunta a una agencia de cobro si el Hospital negociará un descuento adicional por encima del descuento proporcionado, entonces la agencia puede notificar al Hospital para que tenga autoridad para ajustar la cuenta según corresponda.
 - iv. Antes de presentar cualquier acción legal contra un paciente, la agencia de cobro se asegurará de que se cumplan todos los requisitos legales y reglamentarios relacionados con las prácticas justas de cobro de deudas y ha confirmado que se hicieron múltiples intentos para llegar y negociar con el paciente. La agencia de recaudación deberá asimismo:
 1. Realizar un análisis de los activos e ingresos del paciente para determinar si el paciente tiene activos e ingresos suficientes para justificar la presentación de la acción legal; y
 2. Haga que el Hospital revise el análisis y reciba la aprobación del Director Financiero o de su designado antes de presentar cualquier acción legal contra el paciente.
- d. Suspensión de Acciones de Cobro**
- i. Si un paciente ha presentado correctamente una Solicitud de Asesoramiento Financiero aprobada, entonces el Hospital suspenderá inmediatamente la asignación de una cuenta a una agencia de cobro.
 - ii. Para los pacientes que tienen una solicitud pendiente de cobertura o programas patrocinados por el gobierno, el hospital no asignará la cuenta a una agencia de cobro a sabiendas antes de 240 días a partir de la fecha de facturación inicial, después del alta.
 - iii. El Hospital no asignará a sabiendas una cuenta a una agencia de cobro para porciones de pacientes que califican para asistencia financiera, o si el paciente ha negociado un plan de pago y está cooperando razonablemente para liquidar una factura pendiente. Las actividades de cobro se reanudarán de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables si el paciente / garante se convierte en delincuente en el cumplimiento del plan de pago.
 - iv. Todas las actividades de cobro de pagos por parte de las agencias de cobro del Hospital se detendrán al recibir la notificación de que un paciente ha presentado una queja al Programa de Quejas de Cuentas Hospitalarias del Departamento de Acceso e Información a la Atención Médica ("HCAI"). Las actividades de la agencia de cobro no se reanudarán hasta que la queja haya sido resuelta, según lo confirmado por HCAI.