

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO DE VMC

Departamento: Cuentas y atención al Paciente

Título de la Política: Asistencia financiera

Número de política: PFS.5000.1

Objetivo: El procedimiento establece un protocolo estándar del sector y bien delimitado, con el fin de conseguir la cobranza de los saldos que sean responsabilidad de los pacientes. El procedimiento estipula un proceso sistemático y un mapa de auditoría de las actividades relacionadas con el cobro de las cuentas de los pacientes y la derivación de cuentas a una agencia externa de cobro de deudas.

El Centro Médico Valley (Valley Medical Center) emprenderá todo esfuerzo razonable para cobrar los saldos cuya responsabilidad financiera personal recaiga sobre un paciente (o la parte responsable). Todas las cuentas que sigan impagas después de que el hospital haya agotado los esfuerzos razonables para el cobro serán derivadas a agencias profesionales de cobro de deudas para que estas continúen con el proceso de cobranza de la atención recibida.

Procedimiento:

Calendario general de los estados de cuentas por pago propio

Primer estado de cuenta	Día 1
Segundo estado de cuenta	Día 31
Tercer estado de cuenta	Día 61
Último estado de cuenta	Día 91
Revisión de la lista preliminar de	Día 115
Liberación de deudas incobrables	Día 120

Principios generales de la operatoria:

1. Reconocemos la importante carga financiera que los gastos médicos suponen para los pacientes con cobertura médica limitada o nula. Les ofrecemos a los pacientes sin seguro un descuento semejante al descuento que aplicamos para nuestros prestadores de seguro contratados.

2. Los pacientes sin seguro tendrán opciones de descuento por pago puntual para el saldo restante. Los pacientes con seguro cuya cobertura del seguro no sea del 100% podrán asimismo acceder a las opciones de descuento por pago puntual para el saldo restante después del pago del seguro. (Consulte la Política sobre descuentos por pago puntual y pacientes sin seguro).
3. Los pacientes o las partes responsables que manifiesten una dificultad que les impide pagar la totalidad del saldo en un pago podrán gozar de un acuerdo de pago prolongado hasta por 12 meses y sin intereses. El pago mínimo pagadero será de \$50 sobre todas las cuentas del hospital y de \$25 sobre todas las cuentas de servicios médicos, sin superar los 12 meses de duración. Si el paciente o la parte responsable no puede cumplir con el requisito de 12 meses para cumplimentar el pago en su totalidad, se le ofrecerá financiamiento bancario.
4. Valley Medical Center ofrece opciones de planes de pagos a largo plazo a través de una entidad bancaria asociada. (Al igual que con cualquier préstamo bancario o tarjeta de crédito, el préstamo estará sujeto a intereses y, si los pagos no se realizan puntualmente, se fijarán cargos por demora en el pago).
5. Si el paciente indica que tiene problemas para pagar la factura en su totalidad por causa de sus ingresos limitados, el paciente o la parte responsable recibirán una solicitud de Asistencia Financiera, que deberán completar y devolver con la documentación financiera de respaldo que corresponda para consideración de asistencia financiera sobre los ajustes en el saldo de la cuenta. (Consulte la Política de Asistencia Financiera)
6. Valley Medical Center ofrece un ajuste impositivo por dividendos de Valley a los propietarios idóneos de viviendas del Distrito 1 en el Hospital Público King County basado en los impuestos sobre la vivienda pagados. Es posible que se aplique el crédito de dividendos de Valley sobre los gastos de desembolso pagaderos a Valley Medical Center una vez que se hayan efectuado todos los pagos de terceros y del seguro.

El monto del ajuste se determinará según los impuestos exigibles pagados para el Distrito 1 del Hospital según conste en los registros impositivos oficiales de King County. El monto máximo de por vida del ajuste impositivo por dividendos de Valley sobre cualquier residencia del Distrito 1 del Hospital es de \$3000.

7. Los pacientes o las partes responsables que efectúen un pago mediante cheque, tarjeta de crédito o tarjeta de débito que resulte rechazado por fondos insuficientes estarán sujetos al cobro de una tasa adicional por fondos insuficientes sobre la cuenta. Actualmente, Valley Medical Center cobra \$35.00 en concepto de cuota por cheque rechazado sobre todas las transacciones con cheques o tarjetas de crédito o débito que se rechacen por falta de fondos.
8. Si Valley Medical Center recibe una carta devuelta del paciente durante el proceso de facturación, se investigarán las cuentas utilizando los recursos correspondientes para determinar si es posible hallar un domicilio exacto. Si se encontrase información nueva y fehaciente, se actualizará la cuenta y se procederá con la continuación del ciclo de cobro. De no conseguirse un domicilio actualizado, la cuenta será derivada a una agencia de cobro de deudas para que prosiga con la localización.
9. Los esfuerzos de recaudación de pagos propios de Valley Medical Center se rigen de acuerdo con las prácticas estatales de WA y con la normativa de Medicare y Medicaid.

10. Gravámenes médicos:

Cuando un paciente es víctima de un accidente u otro hecho ilícito, la empresa de seguro médico generalmente no paga los servicios médicos, una vez que se determina que un tercero es el responsable en última instancia. Además, un paciente puede no tener seguro pero puede estar tratando de llegar a un acuerdo con la parte responsable. En estos casos, UW/Valley Medical Center puede presentar un gravamen sobre el futuro acuerdo. Un gravamen es una forma de derecho de garantía sobre una propiedad privada o real para garantizar el pago de una deuda.

11. Las cuentas por cobrar pueden incluir lo siguiente:

- Primer estado de cuenta informándoles a los garantes que tienen 30 días para responder antes de la notificación sobre crédito. La notificación sobre el crédito se envía 150 días después de la primera factura, posterior al alta.
- Las demandas por los saldos adeudados no se deben presentar antes de los 240 días luego de la factura, posterior al alta.
- Llamadas telefónicas.
- Sentencias judiciales con un posterior embargo del salario.
- Gravámenes médicos.
- Valley Medical Center debe autorizar las acciones legales efectuadas sobre la cuenta.
- Valley Medical Center no autorizará la presentación de una demanda si no hay un fin significativo.
- Las cuentas se asignarán a una agencia por el plazo de un año, y luego se asignarán a otra agencia como «asignación secundaria» a menos que se establezcan acuerdos de pago o se obtenga una sentencia judicial.
- Las asignaciones secundarias se recuperan después de un año adicional si no hay actividad dentro de los 90 días anteriores.
- Las cuentas recuperadas después de una asignación secundaria se consideran deudas incobrables y se ajustan como «cuentas incobrables a agencia».
- Los saldos adeudados permanecerán en el historial de crédito del garante durante siete o por diez años si se obtuvo una sentencia judicial.

Pacientes sin cobertura de seguro de asistencia médica

1. Los pacientes de Valley Medical Center que no tengan cobertura de seguro de asistencia médica recibirán un resumen de los cargos por la atención recibida aproximadamente 5 días después del alta médica. La información para debatir las opciones financieras se incluye en el resumen, junto con los datos de contacto del Departamento de Atención al Cliente.

Nota: Valley Medical Center ofrece asistencia para solicitud de Medicaid para pacientes que no tengan cobertura médica y que sean admitidos en el hospital. Se evaluará la elegibilidad de los pacientes para Medicaid y, si corresponde, recibirán asistencia con el proceso de solicitud.

2. Los pacientes se consideran elegibles para recibir un descuento del 30% sobre los cargos en concepto de descuento por pago puntual si el saldo de sus cuentas se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta.

3. Valley le notificará al paciente o a la parte responsable el saldo restante mediante el envío de 4 notificaciones de estados de cuenta. Si el saldo de la cuenta supera los \$50.00, se procederá con las llamadas telefónicas a la parte responsable aproximadamente 45 días después del primer estado de cuenta.
4. De no efectuarse el pago total o de no existir acuerdo de pago, se enviará un último aviso previo al cobro a la parte responsable que indique que si el saldo no se cancela completamente, o no se establece un acuerdo de pago, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del estado de cuenta, no tendremos más alternativa que derivar la cuenta a una agencia de recaudación para que prosiga con el proceso de cobro.
5. Si no se recibe el pago completo ni se establecen otros acuerdos de pago, la cuenta ha alcanzado su ciclo de vida de 120 días y se cumplen todos los criterios de calificación, entonces se asignará la cuenta a una agencia profesional de cobro de deudas.

Pacientes con cobertura de seguro de asistencia médica

1. Valley Medical Center facturará a todos los prestadores de seguro médico identificados. Valley Medical Center esperará el pago del primer pagador, y del segundo pagador cuando prevalezca un contrato de seguro entre Valley Medical Center y el pagador, antes de solicitarle al paciente que pague los saldos pendientes adeudados en la cuenta. El paciente recibirá un resumen con los cargos por la atención recibida y los pagos o ajustes que se hayan registrado en la cuenta.
2. Los pacientes se consideran elegibles para recibir un descuento del 5% por concepto de descuento por pago puntual si el saldo de sus cuentas se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta.
3. Valley Medical Center generará un estado de cuenta con los saldos del paciente una vez que reciba la respuesta de la(s) aseguradora(s) correspondiente(s). Una vez recibidos todos los pagos previstos del seguro, Valley le notificará al paciente o a la parte responsable el saldo restante adeudado mediante el envío de 4 notificaciones de estados de cuenta. Si el saldo de la cuenta supera los \$50.00, se procederá con una llamada telefónica a la parte responsable aproximadamente 45 días después del primer estado de cuenta.
4. De no efectuarse el pago total o de no existir acuerdo de pago, se enviará un último aviso previo de cobro al paciente o a la parte responsable que indique que si el saldo no se cancela completamente, o no se establece un acuerdo de pago, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del estado de cuenta, no tendremos más alternativa que derivar la cuenta a una agencia para que prosiga con el proceso de cobro.
5. Si no se recibe el pago completo ni se establecen otros acuerdos de pago, la cuenta ha alcanzado su ciclo de vida de 120 días y se cumplen todos los demás criterios de calificación, entonces se asignará la cuenta a una agencia profesional de cobro de deudas con la cual el hospital opere.