



Facturación y cobros

Número de política y procedimiento	24828
Manual de políticas	Administrativo
Tipo	Política y procedimiento
Propietario del documento	Silva, Natalie
Fecha de entrada en vigor	12/16/2024
Próxima fecha de revisión	12/16/2027
Ámbito de aplicación (se aplica a)	Todas las entidades de los Centros Médicos Comunitarios (CMC)
Aprobado por/fecha de aprobación	Christopher Neuman, SVP y director financiero: 12/05/2024 01:45 p. m. PST Craig Wagoner, EVP y director de Operaciones: 12/06/2024 06:54 a. m. PST Craig S. Castro, presidente y director ejecutivo: 12/16/2024 02:33 p. m. PST Finanzas y Planificación (A): 12/16/2024 02:56 p. m. PST
Estado/n.º de rev.	Oficial (Rev. 6)
Presentado por	Burnett, Brandon M

I. OBJETIVO

Garantizar que las actividades de facturación y cobros de los Centros Médicos Comunitarios (Community Medical Centers, CMC) se hagan de manera que cumplan todas las leyes vigentes.

II. DEFINICIONES

- A. **Acciones de cobro extraordinarias (ECA):** Cualquiera de las siguientes acciones para cobrar una deuda:
 1. Aplazar o denegar los servicios, o exigir un pago antes de prestar la atención médica necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por la atención prestada con anterioridad en virtud de la Política de ayuda económica del CMC.
 2. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo, entre otras:
 - a. embargar o incautar la cuenta bancaria o cualquier otro bien personal de una persona;
 - b. iniciar una demanda civil contra una persona (salvo lo indicado en la Sección IV.M.1-7, de este documento);
 - c. hacer que se efectúe la detención de una persona;
 - d. hacer que una persona sea objeto de una orden judicial de embargo; y
 - e. embargar el salario de una persona.
 3. Vender la deuda de una persona a un tercero.
- B. **Paciente:** Una persona que recibió servicios en el CMC.
- C. **Centros hospitalarios autorizados por los Centros Médicos Comunitarios:** Community Regional Medical Center, incluyendo su centro remoto de Fresno Heart & Surgical Hospital y Clovis Community Medical Center.
- D. **Política de ayuda económica:** La Política de ayuda económica del CMC describe los tipos de ayuda económica disponibles y el proceso que los pacientes deben seguir para solicitarla.
- E. **Ayuda económica:** Atención de beneficencia completa, atención de beneficencia parcial, atención de beneficencia por costos médicos elevados, atención de beneficencia para personas en quiebra y descuentos para pacientes no asegurados, como se define en este documento y en la Política de ayuda económica.
- F. **Idioma principal del Área de servicio del CMC:** Un idioma usado por 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el CMC, o la población que probablemente se vea afectada o sea atendida por el CMC. Los Centros Médicos Comunitarios pueden determinar el porcentaje o el

número de personas con conocimientos limitados del inglés en la comunidad del CMC o que probablemente se vean afectadas o hayan sido encontradas por el CMC usando cualquier método razonable.

- G. **Paciente no asegurado:** Un paciente que no tiene una fuente de pago externa para ninguna parte de sus gastos médicos, incluyendo, entre otros, seguros comerciales o de otro tipo, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o seguro de responsabilidad de terceros. Los pacientes a los que se les agotaron los beneficios del seguro antes del ingreso también se considerarán como no asegurados a los efectos de esta política.
- H. **Paciente asegurado:** Un paciente que tiene una fuente de pago de terceros que paga una parte de sus gastos médicos.
- I. **Cantidad bajo la responsabilidad del paciente:** La cantidad que un paciente asegurado tiene que pagar de su bolsillo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado la cantidad de los beneficios que recibe el paciente.
- J. **Paciente económicamente calificado** (también conocido como paciente elegible para la FAP en las normas y reglamentaciones del IRS): Un paciente que, según la Política de ayuda económica del CMC, cumple las dos siguientes condiciones:
 - 1. el paciente es un paciente no asegurado o un paciente con costos médicos elevados; y
 - 2. el paciente tiene unos ingresos familiares que no superan el 400 % del FPL.
- K. **Atención de beneficencia por costos médicos elevados:** Una cancelación completa de la cantidad bajo la responsabilidad del paciente por los servicios cubiertos. Este descuento está disponible para los pacientes asegurados que cumplen los siguientes criterios:
 - 1. los ingresos familiares del paciente son inferiores al 400 % del FPL; y
 - 2. los gastos de bolsillo del paciente o de la familia del paciente por los servicios cubiertos (contraídos con el CMC o con otros proveedores en los últimos doce [12] meses) son superiores al 10 % del ingreso familiar actual del paciente o del ingreso familiar del paciente en los últimos (12) meses, el que sea menor (“Costos médicos elevados”). Los gastos de bolsillo incluyen cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal.
- L. **Agencia de cobros:** Cualquier entidad contratada por el CMC para buscar o cobrar el pago de las deudas de los pacientes.
- M. **Gastos facturados:** Las cantidades no descontadas que el CMC suele facturar por los artículos y servicios.
- N. **Plan de pago razonable:** Son los pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos familiares mensuales de un paciente, sin incluir los descuentos por gastos básicos de subsistencia. Los “gastos básicos de subsistencia” representan, para esta subdivisión, los gastos de todo lo siguiente, según sea aplicable a las circunstancias personales del paciente: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, comida y suministros para el grupo familiar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y de servicios dentales, seguros, escuela o cuidado infantil, manutención de menores o cónyuge, gastos de transporte y automóvil (incluyendo seguro, gasolina y reparaciones), pagos en cuotas, lavandería y limpieza, disponibilidad de una cuenta de ahorros para la salud a nombre del paciente o de su familia, y otros gastos extraordinarios.
- O. **Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica:** Es un comunicado por escrito para informar a un paciente que el CMC ofrece ayuda económica y que da la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender, incluyendo, entre otras cosas:
 - 1. una breve descripción de los requisitos de elegibilidad, en la que se informa al paciente sobre los ingresos brutos mensuales máximos por grupo familiar para poder calificar para la ayuda económica y una descripción de la ayuda ofrecida;
 - 2. un breve resumen sobre cómo solicitar ayuda;
 - 3. información de contacto, incluyendo el número de teléfono, el sitio web y el lugar físico del departamento del CMC donde se puede pedir información sobre la política del CMC y ayuda con el proceso de solicitud;
 - 4. la dirección de Internet de Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>);
 - 5. una explicación sobre las organizaciones que pueden ayudar al paciente a entender el proceso de facturación y pago;
 - 6. información sobre la elegibilidad presunta para Covered California y Medi-Cal; y

7. la dirección de Internet de la lista de servicios que se pueden comprar del CMC, en virtud de 45 CFR § 180.60.

P. Aviso de derechos: Un aviso claro y preciso escrito por el CMC que incluye todos los artículos exigidos por el Código de salud y seguridad de California 127420(b)(1) -(5).

Q. Aviso de derechos legales: Un aviso claro y preciso redactado por el CMC que incluye todos los artículos requeridos por el Código de salud y seguridad de California 127430.

R. Aviso de acción de cobro: Un aviso requerido antes de enviar una factura a una agencia de cobros que incluye todos los artículos requeridos por el Código de salud y seguridad de California 127425(e).

III. POLÍTICA

A. Los Centros Médicos Comunitarios emitirán facturas a los pacientes y a terceros responsables de pagar de manera precisa, oportuna y de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones aplicables, incluyendo, entre otros, la Sección 127400 y siguientes del Código de salud y seguridad de California y las reglamentaciones emitidas por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos (United States Department of Treasury) en virtud de la Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos.

B. Esta política se aplica a todas las instalaciones del CMC y a todas las agencias de cobros que trabajan en nombre del CMC, según corresponda.

C. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los médicos u otros proveedores médicos, incluyendo los médicos de urgencias, anestesistas, radiólogos, médicos hospitalarios, patólogos, etc., cuyos servicios no están incluidos en la factura del CMC. Esta política no le crea ninguna obligación al CMC de pagar por los servicios de dichos médicos u otros proveedores médicos. En California, un médico de urgencias que preste servicios médicos de urgencia en un hospital está obligado a ofrecer descuentos a los pacientes no asegurados o a los pacientes con costos médicos elevados que se encuentren en o por debajo del 400 % del Nivel Federal de Pobreza (“FPL”).

D. Los pacientes económicamente calificados que puedan probar su elegibilidad para recibir ayuda económica según esta política y la Política de ayuda económica por medio de información sobre el estado del seguro y sus ingresos al CMC recibirán la ayuda económica. Los pacientes económicamente calificados que no soliciten ayuda económica y que no estén asegurados pueden calificar para recibir atención de beneficencia completa según el examen demográfico hecho por el CMC.

E. Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre darán información a los pacientes que tengan ingresos bajos y a los pacientes con costos médicos elevados sobre la disponibilidad de la ayuda económica, de acuerdo con la Política de ayuda económica del CMC.

F. Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre darán a los pacientes una solicitud en la que puedan pedir ayuda económica si indican en cualquier momento que son económicamente incapaces de pagar una factura por servicios hospitalarios o que los ingresos de su grupo familiar son inferiores al 400 % del FPL.

G. Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre cumplirán todos los requisitos de la Federal Fair Debt Collection Practices Act (Ley federal de prácticas justas de cobro de deudas, FDCPA) 15 USC §§ 1692 y siguientes, y la Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (Ley Rosenthal de prácticas justas de cobro de deudas), Código Civil §§ 1788 y siguientes.

IV. PROCEDIMIENTO

A. Obtener información sobre la cobertura

1. Los Centros Médicos Comunitarios harán todos los esfuerzos razonables para recibir información de los pacientes acerca de si el seguro privado o patrocinado por el gobierno puede cubrir total o parcialmente los servicios prestados por el CMC al paciente.

B. Facturación a terceros

1. Los Centros Médicos Comunitarios tratarán de cobrar todas las cantidades adeudadas por terceros responsables de pagar, incluyendo, entre otros, pagadores contratados y no contratados, pagadores de indemnización, aseguradoras de responsabilidad civil y de automóviles, y pagadores de programas gubernamentales que puedan ser económicamente responsables de la atención de un paciente. Los Centros Médicos Comunitarios emitirán facturas a todos los terceros responsables que correspondan según la información presentada o verificada por el paciente o su representante de manera oportuna.
2. Los Centros Médicos Comunitarios harán esfuerzos razonables para ayudar a los pacientes a obtener el pago de terceros responsables, incluyendo, entre otros, verificar, cuando sea posible, que la cobertura con un tercero responsable de pagar estaba activa en el momento en que se prestó la atención, informando oportunamente a los pacientes de los problemas para obtener el pago y, cuando sea factible, ayudando a los pacientes a entender cómo resolver el problema.

C. Facturación a pacientes asegurados

1. Los Centros Médicos Comunitarios facturarán de inmediato a los pacientes asegurados la cantidad bajo la responsabilidad del paciente según lo calculado por la Explicación de beneficios (“EOB”) y lo indicado por el tercero responsable de pagar.
 - a. Si el CMC o cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre recibe una notificación de Medi-Cal que diga que el paciente es elegible para Medi-Cal en las fechas de servicio especificadas, el CMC y la agencia de cobros no intentarán cobrar el costo de esos servicios de atención médica cubiertos del paciente elegible (aparte de la parte del costo o copagos aplicables), y el CMC ordenará de inmediato a la agencia de cobros para que no siga intentando cobrar la factura impaga por los servicios cubiertos.
 - b. Los Centros Médicos Comunitarios no intentarán cobrar el costo de los servicios cubiertos de pacientes que sean Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB).

D. Facturación a pacientes no asegurados.

1. Los Centros Médicos Comunitarios facturarán puntualmente a los pacientes no asegurados los artículos y servicios prestados por el CMC usando los costos facturados del CMC. Como parte de esta facturación, el CMC dará a los pacientes no asegurados un aviso de derechos, como se define en la Sección II.P. de esta política.

E. Información sobre la ayuda económica

1. Aviso de facturación: Todas las facturas a los pacientes incluirán un aviso de derechos que también informa a los pacientes sobre la Política de ayuda económica del CMC. El aviso de derechos se pondrá en un lugar visible y tendrá el tamaño suficiente para que pueda leerse con claridad.
2. Política de difusión masiva: El CMC y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre difundirán masivamente la Política de ayuda económica de una manera razonablemente calculada para llegar, avisar e informar a aquellos pacientes de nuestras comunidades que tengan más probabilidades de requerir la ayuda económica.
3. Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre animarán a los pacientes a completar la solicitud de ayuda económica tan pronto como sea posible. Se les informará a los pacientes que pueden solicitar ayuda para completar la solicitud en el CMC, o el CMC los remitirá a un centro de atención al consumidor local ubicado en las oficinas de servicios legales.
4. Si un paciente indica en cualquier momento, incluyendo hasta la remisión a acciones de cobro extraordinarias, que es económicamente incapaz de pagar una factura por servicios hospitalarios o que el ingreso de su grupo familiar es inferior al 400 % del FPL, el CMC y la agencia de cobros le darán sin demora a este paciente la oportunidad de que el Departamento de Servicios Económicos para Pacientes (Patient Financial Services Department) del CMC evalúe su elegibilidad para recibir la ayuda económica.

F. Resumen detallado

1. Todos los pacientes pueden solicitar un resumen detallado de su cuenta en cualquier momento sin cargo alguno para el paciente.

G. Disputas

1. Cualquier paciente puede cuestionar un concepto o cargo de su factura. Los pacientes pueden iniciar una disputa por escrito o por teléfono con un representante de Servicios Económicos para Pacientes. Si un paciente solicita documentación sobre la factura, los miembros del personal se esforzarán razonablemente por dar la documentación solicitada en un plazo de diez (10) días. Los Centros Médicos Comunitarios o la agencia de cobros suspenderán la cuenta por al menos treinta (30) días después de que el paciente inicie una disputa antes de continuar con otras actividades de cobro.
2. Los Centros Médicos Comunitarios se asegurarán de que las preguntas y quejas de los pacientes sobre las facturas se investiguen y corrijan cuando corresponda, y harán un seguimiento oportuno del paciente.

H. Prácticas de cobro

1. Prácticas generales de cobro: Sujetos a esta política y a la Política de ayuda económica del CMC, el CMC o cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre, puede hacer esfuerzos de cobro razonables para que los pacientes paguen, de manera coherente con la Ley federal de prácticas justas de cobro de deudas (FDCPA) 15 USC §§ 1692 y siguientes, y la Ley Rosenthal de prácticas justas de cobro de deudas, el Código Civil §§ 1788 y siguientes, según corresponda. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de declaraciones de pacientes, declaraciones de vencimientos, declaraciones finales, llamadas telefónicas y envío de cartas. En un plazo mínimo de 180 días después de haberle dado al paciente un resumen de facturación posterior al alta, las cuentas pueden ser entregadas a agencias de facturación o agencias de cobros de terceros.
2. Idiomas: Cuando el CMC y la agencia de cobros tengan motivos para saber que el idioma principal de un paciente no es el inglés, todos los avisos/ comunicaciones que se le den al paciente y la correspondencia escrita que se envíe al paciente se harán en el idioma que hable el paciente, siempre que sea uno de los Idiomas principales del Área de servicio del CMC.
3. Prohibición de la acción de cobro extraordinaria: Los Centros Médicos Comunitarios y las agencias de cobros no usarán acciones de cobro extraordinarias para intentar cobrarle a un paciente, excepto como se describe en la Sección IV.M. abajo.
4. No se cobrarán durante el proceso de solicitud de ayuda económica: Los Centros Médicos Comunitarios y las agencias de cobros no intentarán cobrar a un paciente que haya presentado una solicitud de ayuda económica y devolverán cualquier cantidad recibida del paciente antes o durante el tiempo en que la solicitud del paciente esté pendiente.
5. Prohibición para usar la información de la solicitud de ayuda económica: Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre no usarán para actividades de cobro ninguna información sobre ingresos de un paciente durante el proceso de solicitud de ayuda económica. Nada en esta sección prohíbe el uso de información obtenida por el CMC o las agencias de cobros independientemente del proceso de elegibilidad para la ayuda económica.
6. Los Centros Médicos Comunitarios y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre no usarán información que crean que no es fiable, que es incorrecta o que se ha obtenido del paciente bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas para recibir el pago de los pacientes.

I. Planes de pago

1. Condiciones de los planes de pago: Todos los pacientes que indiquen su incapacidad para pagar una factura por servicios hospitalarios en un solo pago tendrán la oportunidad de negociar las condiciones de un plan de pago. Todos los planes de pago serán sin intereses.

2. Si un paciente económicamente calificado y el CMC o cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre no pueden llegar a un acuerdo sobre los términos del plan de pago, el CMC o la agencia de cobros ofrecerán a cualquier paciente económicamente calificado un plan de pago razonable, usando la fórmula descrita en la Sección II.N. de esta política.
3. Declaración de la inoperancia del plan de pago: Un plan de pago extendido puede ser declarado sin efecto después de que el paciente no haga puntualmente todos los pagos adeudados durante un periodo de 90 días. Antes de declarar que el plan de pago extendido ya no está vigente, el CMC o la agencia de cobros harán un intento razonable de comunicarse con el paciente por teléfono e informarán por escrito que el plan de pago extendido deja de estar vigente, y que el paciente tiene la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido. Antes de que el plan de pago extendido sea declarado sin efecto, el CMC o la agencia de cobros intentarán renegociar los términos del plan de pago extendido que no han sido cumplidos, si así lo solicita el paciente. A efectos de esta sección, el aviso y la llamada telefónica al paciente podrán hacerse al último número de teléfono y dirección conocidos del paciente. Después de que un plan de pago sea declarado sin efecto, el CMC o la agencia de cobros podrán iniciar las actividades de cobro de manera coherente con esta política.

J. Agencias de cobros

1. Los Centros Médicos Comunitarios pueden remitir las cuentas de los pacientes a una agencia de cobros siempre que cumplan las siguientes condiciones:
 - a. la agencia de cobros debe tener un acuerdo por escrito con el CMC;
 - b. el acuerdo escrito del Centro Médico Comunitario con la agencia de cobros debe estipular que el desempeño de las funciones de la agencia de cobros seguirá los términos de la Política de ayuda económica del CMC, de esta Política de facturación y cobros y de todos los estatutos y reglamentaciones pertinentes. El acuerdo por escrito del Centro Médico Comunitario con la agencia de cobros también debe estipular que la agencia de cobros cumplirá la definición y aplicación de un plan de pago razonable del CMC;
 - c. la agencia de cobros debe aceptar que no emprenderá ninguna acción de cobro extraordinaria para cobrar una deuda de un paciente, excepto en los casos indicados en la Sección IV.M. abajo;
 - d. los Centros Médicos Comunitarios deben mantener la titularidad de la deuda y esta no puede venderse a la agencia de cobros;
 - e. la agencia de cobros debe tener procesos para: identificar a los pacientes que pueden calificar para recibir la ayuda económica; comunicar la disponibilidad y la información de la Política de ayuda económica a estos pacientes; y remitir a los pacientes que buscan la ayuda económica al Departamento de Servicios Económicos para Pacientes del CMC. La agencia de cobros no solicitará ningún pago a un paciente cuya solicitud de ayuda económica esté pendiente. Después de la aprobación de la solicitud de ayuda económica de un paciente, la agencia de cobros devolverá cualquier cantidad recibida del paciente antes o durante el tiempo en que la solicitud del paciente esté pendiente. Los cobros pueden reanudarse si se deniega la solicitud de ayuda económica de un paciente.

K. Presunta elegibilidad

1. Si un paciente no asegurado no devuelve una solicitud de ayuda económica completada, en no menos de 150 días después de darle al paciente un resumen de facturación posterior al alta, el CMC evaluará al paciente para determinar su presunta elegibilidad para la ayuda económica usando un software demográfico. Si el software demográfico indica que el paciente probablemente califica para Atención de beneficencia completa, el CMC le dará al paciente una cancelación completa de los cargos no descontados del CMC por servicios cubiertos. Dichas facturas de pacientes no se enviarán a cobros.

L. Envío de cuentas para su cobro: Las cuentas pueden enviarse para su cobro en las siguientes circunstancias:

1. Una factura puede enviarse para ser cobrada si no se paga en un plazo de 180 días a partir de la fecha de envío de la factura inicial, a discreción del director de Servicios Económicos para Pacientes, de acuerdo con las siguientes condiciones:
 - a. Las facturas de todos los terceros responsables de pagar deben ser correctas, el pago de un tercer pagador no debe estar pendiente y la deuda restante debe ser responsabilidad económica del paciente. Una agencia de cobros no emitirá facturas a un paciente por ninguna cantidad que un tercero responsable de pagar esté obligado a pagar.
 - b. El paciente no intenta de buena fe saldar una factura pendiente con el CMC negociando un plan de pago.
 - c. El paciente no hace pagos parciales frecuentes de una cantidad razonable.
 - d. Se ha tomado una decisión definitiva con respecto a cualquier recurso pendiente para la cobertura de los servicios, incluyendo cualquiera de los siguientes: una queja formal; una revisión médica independiente; o una audiencia imparcial.
2. En el estado de cuenta final del paciente y con cualquier documento que indique que se pueden iniciar actividades de cobro, el CMC o una agencia de cobro, que actúe en nombre del CMC, le dará al paciente un Aviso de derechos legales por escrito, claro y preciso, como se define en la Sección II.Q de esta política, y un resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica del CMC.
3. Los Centros Médicos Comunitarios deben haber enviado un Aviso de acción de cobro, como se define en la Sección II.R de esta política.
4. La falta de pago y solicitud de programas de ayuda económica y la falta de comunicación con el CMC serán factores que se tendrán en cuenta para enviar una cuenta a cobros.
5. Responsabilidad de terceros: Nada en esta política impide a CMC o a sus filiales o agencias de cobros externas buscar la responsabilidad de terceros.

M. Acciones de cobro extraordinarias

1. Antes de emprender acciones de cobro extraordinarias y después de que los esfuerzos normales de cobro no hayan producido pagos frecuentes de una cantidad razonable y de que el paciente no haya completado una solicitud de ayuda económica, no haya cumplido con las solicitudes de documentación o no haya respondido de alguna otra manera al proceso de solicitud, los Servicios Económicos para Pacientes, en nombre del CMC, harán esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica sobre la base de la elegibilidad previa para recibir la ayuda económica o el uso de software demográfico de un proveedor de servicios externo.
2. Una agencia de cobros evaluará la capacidad de pago de un paciente o garante, por medio de la revisión, como mínimo, de un informe crediticio actual del paciente, si está disponible, y fuentes fiables de información disponible públicamente para pacientes con poco o ningún historial crediticio, o una revisión electrónica hecha por terceros sobre la información del paciente.
3. En aquellos casos en los que la agencia de cobros haya indicado que el paciente o el garante no es un paciente económicamente calificado, como se define en la sección II.J. y se niega a pagar los servicios médicos recibidos, la agencia de cobros puede estar autorizada a tomar acciones para cobrar la deuda. Si la agencia de cobros ha determinado que corresponde emprender acciones legales o judiciales y se cumplen los criterios para las acciones de cobro extraordinarias, la agencia debe remitir una solicitud por escrito al vicepresidente del Ciclo de Ingresos del centro o a un director o funcionario de nivel superior de los Servicios Económicos para Pacientes, para su aprobación antes de emprender cualquier acción legal o judicial. La solicitud debe incluir los datos importantes de la cuenta, incluyendo una copia de la documentación de la agencia que cree que el paciente o garante tiene la capacidad de pagar los servicios, y que por lo demás ha cumplido con todas las cláusulas vigentes de esta política y todas las leyes y reglamentaciones vigentes.

4. Antes de que se inicie una acción legal o judicial, el Departamento de Servicios Económicos para Pacientes llamará por teléfono una vez más para informar al paciente o garante sobre el Programa de ayuda económica del CMC y la posibilidad de solicitarlo. Si el paciente o el garante solicitan la ayuda, se enviará una solicitud y no se iniciará ninguna ECA hasta que se reciba y tramite la solicitud, o hayan transcurrido 30 días adicionales sin que se haya recibido una solicitud.
5. El vicepresidente de Ciclo de Ingresos o un director o superior de Servicios Económicos para Pacientes debe aprobar por escrito cada una de las acciones legales o judiciales, después de determinar que el CMC o la agencia de cobros han hecho esfuerzos razonables para determinar que la persona es un paciente económicamente calificado y el CMC debe conservar una copia de la autorización firmada para la acción legal o judicial. En ningún caso se le permitirá a la agencia de cobros presentar una acción legal o judicial como último recurso para motivar a un paciente a pagar cuando la agencia de cobros no tenga información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante.
6. Limitaciones al uso de acciones de cobro extraordinarias: En el trato con los pacientes económicamente calificados, el CMC no usará embargos de salarios como medio de cobro de facturas hospitalarias impagadas. Ninguna agencia de cobros que actúe en nombre del CMC usará embargos de salarios como medio para cobrar las facturas hospitalarias impagadas de pacientes económicamente calificados, excepto en las circunstancias limitadas permitidas en virtud del Código de salud y seguridad 127425(f)(2)(A)-(B).
7. Si un paciente tiene la aprobación para recibir ayuda económica en virtud de esta política o se ha cumplido con o pagado la cantidad bajo la responsabilidad del paciente en los treinta (30) días de dicho evento, el CMC y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre tomarán todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria contra la persona, incluyendo, entre otras, la anulación de cualquier sentencia. Después del 1 de enero de 2025, no se impondrán embargos ni gravámenes sobre la propiedad del paciente y no se comunicará ninguna información desfavorable a ninguna agencia de información del consumidor. Si sigue existiendo algún embargo o gravamen, o si la información crediticia comunicada antes del 1 de enero de 2025 sigue apareciendo en el informe crediticio del paciente, el CMC eliminará el gravamen o la información crediticia.

N. Mantenimiento de registros

1. Los Centros Médicos Comunitarios mantendrán todos los registros relacionados con el dinero que un paciente o el garante de un paciente adeude al CMC durante cinco (5) años, incluyendo, entre otros, todos los siguientes registros:
 - a. documentos relacionados con litigios presentados por el CMC;
 - b. un contrato y los registros relacionados con cualquier entidad a la que el CMC haya cedido o vendido una deuda médica;
 - c. una lista, actualizada al menos una vez al año, de todas las personas, incluyendo su nombre e información de contacto, que cumplan los siguientes criterios:
 - i. la persona es un cobrador de deudas (tal y como se define en el Código Civil de California, § 1788.2) a quien el CMC vendió o cedió una deuda que un paciente tenía con el CMC; y
 - ii. la persona ha sido contratada por el CMC para llevar a cabo litigios por deudas de pacientes en nombre del CMC;
 - iii. cualquier contrato que el CMC celebre en relación con la cesión o venta de deudas médicas exigirá a dicha entidad que también conserve dichos registros durante cinco (5) años.

O. Varios

1. Presentación al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica de California (Department of Health Care Access and Information, HCAI): El CMC presentará esta Política de facturación y cobros y la Política de ayuda económica al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (HCAI) (anteriormente, la Oficina de Planificación Estatal y Desarrollo de Atención Médica [“OSHPD”]) cada dos

años y cada vez que se actualice esta política o la Política de ayuda económica. Las políticas pueden encontrarse en el sitio web del HCAl en: www.hdc.hcai.ca.gov.

V. REFERENCIAS

Código 26 de Reglamentaciones Federales 1.501(r)

Secciones 124700-127446 del Código de salud y seguridad de California

Referencias

Tipo de referencia	Título	Notas
Documentos a los que hace referencia este documento		
Documentos de referencia	https://healthconsumer.org	
Documentos de referencia	www.hdc.hcai.ca.gov	
Documentos de referencia	Política de ayuda económica	
Documentos de referencia	Resumen de la Política de ayuda económica	
Documentos de referencia	Aviso de derechos y resumen de la Política de ayuda económica	