

Vigente 01/2018

Aprobado 06/2022

Última revisión 06/2022

Próxima revisión 06/2023

Titular Colette Lasack

Área Gestión
Fiscal

Aplicabilidad UKHS: Great
Bend Campus –
Clinics/ UKHS:
Great Bend
Campus –
Hospital/TUKHS
Kansas City
Division



Cobros de pagos particulares

ALCANCE:

Esta política aplica a personas que trabajan en el Ciclo de ingresos, que incluyen Servicios financieros del paciente, Servicio al cliente, Seguimiento del pago particular en la Oficina comercial única (SBO), y proveedores externos responsables de cobrar los saldos de los garantes.

PROPÓSITO:

The University of Kansas Health System tiene el compromiso de aplicar un método coherente para notificar a los garantes de la responsabilidad financiera y dar el tiempo suficiente para resolver los saldos de las cuentas antes de transferir las cuentas a deudas incobrables. Los pasos de este proceso incluyen estados de cuentas, llamadas telefónicas, cartas, pago de facturas en línea, y acceso a una operación de servicio al cliente que pueda brindar asistencia sobre las consultas de facturación. El objetivo de esta política es asegurar procesos de cobro coherentes de los saldos de todos los garantes de acuerdo con todas las pautas estatales y federales, incluida la Ley de No Sorpresas (*No Surprises Act*, NSA). Para obtener información adicional sobre la Ley de No Sorpresas, visite <https://www.cms.gov/nosurprises>.

DEFINICIONES:

Garante: la parte responsable del pago de los cobros no cubiertos por el seguro o todos los cargos cuando el paciente no tiene seguro o la cobertura de responsabilidad legal de terceros (paciente de pago particular/privado).

Sin seguro: el paciente no tiene asistencia de terceros para ayudar con la responsabilidad financiera de los servicios médicos.

Cargos brutos: cargos totales a las tarifas establecidas en la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Descuento de pago particular: descuento aplicado a los montos adeudados de los pacientes por servicios no asegurados.

Sistema de salud: The University of Kansas Health System.

FILOSOFÍA

El Sistema de salud prestará servicios de atención médica basado en los siguientes principios:

- A. El Sistema de salud tratará a los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto, compasión y de manera coherente.
- B. El Sistema de salud atenderá las necesidades de atención médica de emergencia de todas las personas, independientemente de su capacidad de pagar la atención.
- C. El Sistema de salud tendrá disponible personal dedicado (asesores financieros) para ayudar a los solicitantes de la Política de asistencia financiera (FAP) con sus facturas del hospital e informará la disponibilidad de asesoramiento financiero en el proceso de facturación y cobro.
- D. Las políticas de facturación y cobro de deudas del Sistema de salud y sus agencias de cobro externas reflejarán la misión y los valores del Sistema de salud.
- E. El Sistema de salud educará a los miembros del personal para poder dirigir a los pacientes a los recursos de asesoramiento financiero.

PAUTAS PARA LOS COBROS DE PAGOS PARTICULARES

El Sistema de salud seguirá las siguientes pautas para los cobros de pagos particulares:

- A. El objetivo del Sistema de salud es usar un proceso de facturación y cobro que sea claro, conciso y adecuado.
- B. El Sistema de salud trabajará con los solicitantes de la FAP para ofrecer asistencia financiera o establecer un plan de pagos razonable.
- C. El Sistema de salud responderá rápidamente las preguntas de los solicitantes de la FAP sobre sus facturas.
- D. El Sistema de salud proporcionará la responsabilidad financiera del paciente estimada por los servicios según lo soliciten los posibles solicitantes de la FAP.
- E. El Sistema de salud proporcionará la información de los cargos detallada a los solicitantes actuales cuando la pidan antes de dos días hábiles luego de generados los estados de cuentas de los pacientes.
- F. El Sistema de salud definirá con un contrato los estándares y el alcance de las prácticas y pautas a usar por las agencias de cobro externas que actúen en su nombre.
- G. En lo relacionado con las prácticas de cobro de deudas, el Sistema de salud se adhiere a la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas.
- H. El Sistema de salud no tomará acciones legales por el incumplimiento del pago de facturas contra pacientes que hayan demostrado claramente que no tienen suficientes ingresos ni activos para cumplir con sus obligaciones financieras. El Sistema de salud puede tomar acciones legales, lo que incluye procurar sentencias que puedan llevar al embargo de salarios o confiscación de bienes o retención de embargos, cuando haya evidencia suficiente de que el paciente o la parte responsable tiene los ingresos o activos para cumplir

con sus obligaciones. Sin embargo, el Sistema de salud no forzará la venta o ejecución hipotecaria de los activos de un paciente, como de su casa o automóvil, para pagar las facturas médicas adeudadas ni embargará tales propiedades.

- I. El Sistema de salud no usará las órdenes de arresto para solicitar al paciente o parte responsable que comparezca ante la justicia.
- J. El Sistema de salud no informará automáticamente sobre las cuentas impagas a las agencias de información crediticia pero se reserva el derecho de informar tales cuentas a tales agencias.
- K. El Sistema de salud les proporcionará un aviso sobre la disponibilidad de una Estimación de buena fe para los pacientes de pago particular. El Sistema de salud les proporcionará a los pacientes de pago particular una Estimación de buena fe en el momento de programar servicios con al menos tres (3) días hábiles de anticipación o cuando se solicite.
- L. El Sistema de salud no enviará deudas a cobranzas ni adjuntará intereses en el caso de que el paciente apele una factura según el Proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor (*Patient-Provider Dispute Resolution Process*, PPDR) según la NSA hasta la finalización del PPDR.

PROCEDIMIENTOS

- A. En el momento del servicio.
 - 1. Se espera que los pacientes paguen los copagos y deducibles al momento del servicio. Se espera que los pacientes de pago particular paguen el monto de la estimación del paciente en el momento del servicio.
 - 2. Todas las autorizaciones o remisiones se deben pagar al momento del servicio.
 - 3. Es responsabilidad del paciente obtener autorizaciones para las remisiones del seguro de sus médicos de atención primaria.
 - 4. La remisión debe especificar el nombre del proveedor que verá el paciente y el rango de tiempo que cubrirá la remisión.
- B. Estados de cuenta y seguimiento del garante en la Oficina comercial única (SBO)
 - 1. Los estados de cuenta generalmente se generan a los 5 días hábiles de la determinación de la responsabilidad del paciente.
 - 2. Se envía un mínimo de 4 estados de cuenta en un ciclo mensual de saldos impagos.
 - 3. Las cuentas quedan con el equipo de seguimiento del garante en la SBO por un mínimo de 120 días basado en el ciclo del estado de cuenta.
- C. Descuento de pagos particulares
 - 1. Los pacientes sin seguro o cuyo seguro esté fuera de la red deberán pagar los servicios prestados. Si no pueden pagar, se espera que cooperen con el programa de asistencia financiera del Sistema de salud.
 - 2. Se aplica automáticamente un descuento de pago particular del 80 % a los cargos del hospital. Este descuento es coherente con el enfoque de las cantidades generalmente facturadas (AGB), como se define en la sección 501(r) del código del IRS y se basa en lo que las compañías de seguro consideran "permitido" para los cargos brutos del hospital.
 - 3. Se aplica automáticamente un descuento de pago particular del 65 % a los cargos de profesionales.

4. Los pacientes de pago particular incluyen:
 - a. Pacientes sin seguro, sin perjuicio de su residencia.
 - b. Pacientes con planes de beneficios de salud limitados compartidos.
 - c. Pacientes con planes de seguro fuera de la red que no proporcionan/cubren beneficios.
 - d. Pacientes con seguro comercial que eligen no presentar reclamos al seguro.
5. Los pacientes no elegibles para el descuento de pago particular incluyen:
 - a. Pacientes que reciben atención de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC).
 - b. Pacientes con cobertura dentro de la red que tienen deducibles altos.
 - c. Pacientes con aportes limitados de Medicaid altos.
 - d. Pacientes que reciben procedimientos experimentales y de investigación.
 - e. Pacientes que reciben servicios generalmente no cubiertos por los estándares de la industria o que representen precios preestablecidos.

D. Determinación de deuda incobrable y proceso de transferencia

1. Las cuentas califican como deudas incobrables cuando el saldo de la cuenta no asegurada sigue pendiente por un mínimo de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta del garante.
2. Las cuentas de deudas incobrables se trasladan a una agencia de cobranza primaria para hacer un seguimiento adicional a través de procesos automatizados y manuales.
 - a. Las agencias de cobranza están autorizadas a enviar cartas y hacer llamadas telefónicas salientes para el cobro eficaz de una deuda incobrable.
 - b. Las agencias de cobranza del Sistema de salud no denuncian a los pacientes a las agencias de información crediticia.

REQUISITOS NORMATIVOS

El Sistema de salud cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos locales, estatales y federales que puedan aplicar a las actividades realizadas de acuerdo con esta política.

REFERENCIAS:

Esta sección se dejó en blanco intencionalmente.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS:

Cobros de pagos particulares SBO 100

Calificaciones para deudas incobrables

REVISADO/APROBADO POR:

Vicepresidente - Ciclo de ingresos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Admisión de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Gerente asesor financiero, Grupo de trabajo de autorización financiera
 Director - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera
 Director asistente - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera
 Director - Ciclo de ingresos de médicos, Grupo de trabajo de autorización financiera
 Controlador del Sistema de salud, Grupo de trabajo de autorización financiera
 Director - Servicios de ciclo de ingresos compartidos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Nota: Las políticas de The University of Kansas Health System se mantienen en medios electrónicos y están sujetas a cambios. Las copias impresas pueden no reflejar la política oficial actual.

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Persona que aprueba	Fecha
	Jennifer Palmer: Aministradora de la Política del Sistema de salud	06/2022
	Douglas Gaston: SVP y Director Financiero	06/2022
	Colette Lasack: VP, Operaciones del ciclo de ingresos	06/2022