

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS DE VMC

Departamento: Servicios Financieros para Pacientes - Atención al Cliente

Encabezado de la política: Asistencia financiera

Número de política: PFS.5000.1

Propósito: El procedimiento describe un protocolo bien definido y estándar de la industria cuyo objetivo es llevar a cabo acciones para lograr el pago de los saldos a cargo de los pacientes. El procedimiento describe un proceso estandarizado y un registro de auditoría de las actividades vinculadas con el cobro de las cuentas de los pacientes y la derivación de las cuentas a una agencia de cobro externa.

Valley Medical Center hará esfuerzos razonables para cobrar los saldos que sean responsabilidad financiera personal del paciente (o de su representante legal). Las cuentas que permanezcan impagas luego de haberse agotado todas los esfuerzos de cobro posibles por parte del hospital se derivarán a agencias de cobro profesionales externas que continuarán con el reclamo del pago por la atención recibida.

Procedimiento:

Cronograma general de resúmenes para pagos particulares

Primer resumen	Día 1
Segundo resumen	Día 31
Tercer resumen	Día 61
Aviso final	Día 91
Derivación por deuda incobrable	Día 120

Principios comerciales generales:

1. Valley Medical Center reconoce la carga financiera significativa que deben afrontar los pacientes que no poseen cobertura de atención médica o cobertura de atención médica limitada. Ofreceremos a los pacientes un descuento similar al descuento que otorgamos a nuestras compañías de seguros contratadas.
2. Se ofrecerá a los pacientes sin seguro opciones de descuento por pronto pago de sus saldos pendientes. (Consulte la política de Pacientes sin seguro y descuentos por pronto pago).

3. Los pacientes, o sus representantes legales, que manifiesten una dificultad financiera que no les permite pagar el saldo completo en un solo pago tendrán la opción de acceder a un acuerdo de pago extendido de hasta 12 meses, sin intereses. El pago mínimo adeudado debe ser de \$50 en todas las cuentas del hospital y de \$25 en todas las cuentas de servicios médicos, y no podrán exceder los 12 meses de antigüedad. En el caso de los pacientes o representantes legales que no pudieran cumplir con el requisito de 12 meses para completar el pago total, se les ofrecerá la opción de financiamiento bancario para acceder a acuerdos de pago extendido.
4. Valley Medical Center ofrece opciones de planes de pago a largo plazo a través de un socio bancario.
5. Si un paciente informara que tiene dificultades para pagar la factura en su totalidad dado que tiene ingresos limitados, el paciente o su representante legal recibirán una solicitud de Asistencia financiera, que deberán completar y devolver al sector de Asistencia Financiera junto con documentación financiera de respaldo adecuada para que se evalúe un ajuste del saldo de la cuenta. (Consulte la Política de asistencia financiera).
6. Valley Medical Center ofrece un ajuste asociado al programa de beneficios impositivos de Valley para los propietarios de hogares que reúnan los requisitos y pertenezcan al Distrito N.º 1 del Hospital Público del Condado de King en relación con los impuestos a la propiedad inmueble abonados. El crédito por el programa de beneficios impositivos de Valley podrá ser aplicado a los gastos que el paciente tenga que pagar de su bolsillo a Valley Medical Center luego de que se hayan aplicado todos los pagos de terceros y del seguro.

El monto del ajuste se determinará con base en los impuestos abonados al Distrito N.º 1 del Hospital conforme los registros impositivos oficiales del Condado de King. El monto máximo vitalicio del ajuste otorgado por el programa de beneficios impositivos de Valley por cualquier residencia del Distrito N.º 1 del Hospital es de \$3,000.

7. Si un paciente, o su representante legal, efectuara un pago con cheque/tarjeta de crédito/tarjeta de débito que resultara rechazado por fondos insuficientes, se le aplicará una tarifa adicional por fondos insuficientes (NSF) en su cuenta. Actualmente, Valley Medical Center cobra una tarifa por cheque rechazado de \$35.00 en concepto de cualquier cheque o transacción con tarjeta de crédito/débito que resultara rechazada por fondos insuficientes.
8. Valley Medical Center cobrará una tasa de interés del 1 % 30 días luego del primer resumen y todos los meses siguientes sobre las cuentas que estén adheridas al pago automático. Las cuentas sujetas a planes de pago, o que pudieran estar suspendidas o pendientes de revisión, no acumularán intereses hasta reanudar su ciclo de pago automático.
9. Si una notificación enviada por Valley Medical Center a un paciente fuera devuelta por correo postal durante el proceso de facturación, se llevará a cabo una investigación de las cuentas utilizando recursos adecuados para poder hallar una dirección exacta. Si se identificara información nueva y correcta, se actualizará la cuenta y el ciclo de cobro continuará. Si no se puede obtener una dirección actualizada, se procederá a revisar la cuenta para realizar una gestión adecuada según el estado de la cuenta, o bien se la podrá derivar a una agencia de cobro para avanzar con los esfuerzos de cobro adicionales.
10. Los esfuerzos de cobro de pagos particulares de Valley Medical Center se encuentran

regulados por las prácticas del estado de Washington y las normas de Medicare/Medicaid.

11. Gravámenes médicos:

En general, cuando un paciente es víctima de un accidente o de otro acto ilícito, su compañía de seguros de salud no pagará los servicios médicos cuando se determine que la otra parte debe hacerse cargo de los gastos. Además, es posible que un paciente que no tenga seguro pueda llegar a un acuerdo con la parte responsable. En estas situaciones, UW/Valley Medical Center puede interponer un gravamen contra el futuro acuerdo. Un gravamen es una especie de garantía prendaria sobre los bienes muebles e inmuebles para garantizar el pago de una deuda.

12. Las cuentas derivadas al sector de cobros pueden incluir lo siguiente:

- El reporte a las agencias de crédito ocurre 180 días luego de la primera facturación posterior al alta.
- Las demandas por saldo adeudado no podrán presentarse antes de cumplirse 240 días luego de la primera facturación posterior al alta.
- Llamadas telefónicas
- Sentencias judiciales con embargo de salario subsiguiente
- Gravámenes médicos
- Valley Medical Center debe autorizar cualquier acción legal interpuesta sobre la cuenta.
- Valley Medical Center no autorizará ninguna acción legal si no existiera un empleo significativo.
- Las cuentas se derivarán a una agencia durante un año y luego pasarán a una segunda agencia a menos que se haya llegado a un acuerdo de pago o a una sentencia judicial.
- La derivación a una segunda agencia será devuelta luego de un año adicional si no se ha registrado ninguna actividad durante los 90 días anteriores.
- Las cuentas devueltas después de una derivación a una segunda agencia se considerarán incobrables y se denominarán como Incobrables por agencia.
- Los saldos impagos permanecerán en el historial de crédito del garante durante siete años, o diez años si se ha dictado una sentencia judicial.

Pacientes sin cobertura de seguro de atención médica

1. Los pacientes de Valley Medical Center que no posean una cobertura de atención médica recibirán un resumen con los cargos por la atención recibida aproximadamente 5 días luego del alta. En el resumen, se incluirá información sobre las opciones financieras junto con información de contacto del departamento de Atención al Cliente.

Nota: Valley Medical Center ofrece asistencia para las solicitudes de Medicaid a pacientes que no cuenten con cobertura de atención médica y sean admitidos en el hospital. Los pacientes serán evaluados respecto de su aptitud para acceder a Medicaid y recibirán asistencia con el proceso de postulación si fuera pertinente.

2. Los pacientes que califiquen podrán recibir un 30 % de descuento sobre los cargos como un descuento sin seguro.
3. Valley notificará al paciente o a su representante legal sobre el saldo pendiente mediante 4 notificaciones de resúmenes. Conforme sus preferencias de facturación, los pacientes podrán recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o notificaciones de MyChart a partir de los 14

días posteriores a la fecha del primer resumen.

4. Si no se han recibido pagos completos, o no se han determinado acuerdos de pago, se enviará una notificación previa al cobro al representante legal que indicará que, a menos que el saldo se abone por completo, o que se llegue a un acuerdo de pago dentro de los 10 días hábiles desde la fecha del resumen, no tendremos otra alternativa que derivar la cuenta para que se lleven a cabo acciones de cobro adicionales.
5. Si no se ha recibido el pago completo, o si no se ha llevado a cabo ningún acuerdo, y la cuenta ha completado su ciclo de vida de 120 días, y se han cumplido todos los criterios de calificación, la cuenta será asignada a una agencia de cobro profesional.

Pacientes con cobertura de seguro de atención médica

1. Valley Medical Center facturará a todas las compañías de seguros identificadas. Valley Medical Center aguardará el pago del pagador principal, y del pagador secundario, cuando exista un contrato de seguro entre Valley Medical Center y el pagador, antes de solicitar al paciente que abone cualquier saldo adeudado en la cuenta.
2. Valley Medical Center generará un resumen con los saldos del paciente luego recibir una respuesta de parte de las compañías de seguros. Después de recibir todos los pagos de seguro esperados, Valley notificará al paciente o a su representante legal sobre el saldo remanente adeudado mediante 4 notificaciones de resúmenes. Conforme sus preferencias de facturación, los pacientes podrán recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o notificaciones de MyChart a partir de los 14 días posteriores a la fecha del primer resumen.
3. Si no se han recibido pagos completos, o no se han determinado acuerdos de pago, se enviará una notificación previa al cobro al paciente o al representante legal que indicará que, a menos que el saldo se abone por completo, o que se llegue a un acuerdo de pago dentro de los 10 días hábiles desde la fecha del resumen, no tendremos otra alternativa que derivar la cuenta para que se lleven a cabo acciones de cobro adicionales.
4. Si no se ha recibido el pago completo, o si no se ha llegado a ningún acuerdo, y la cuenta ha completado su ciclo de vida de 120 días, y se han cumplido además todos los criterios de calificación, la cuenta será asignada a una agencia de cobro profesional contratada por el hospital.