

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

## Política de cobro de deudas

### I. Propósito

- a. Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation (conjuntamente, la "Organización") dan atención compasiva a los pacientes cuando necesitan servicios de hospital. Todos los pacientes o sus garantes tienen una responsabilidad económica relacionada con los servicios que se prestan en la Organización, y deben hacer los acuerdos de pago, antes o después de la prestación de los servicios. Dichos acuerdos pueden incluir el pago mediante un plan de seguros, incluyendo los programas ofrecidos mediante el gobierno federal y de California. Los acuerdos de pago también pueden hacerse directamente con el paciente, sujetos a las condiciones de pago de la Organización. La Organización se compromete a garantizar que las conversaciones sobre las obligaciones económicas no afecten injustificadamente al programa de ayuda.
- b. Esta Política establece las directrices y los procedimientos para determinar medios justos, razonables y coherentes para el cobro de las cuentas que los pacientes adeudan a la Organización y garantiza que la Organización y cualquier agencia de cobro con la que la Organización se asocie, traten a todos los pacientes, sus familias y otros contactos con justicia, dignidad, compasión y respeto. Además, esta Política garantiza que la Organización y sus agencias de cobro asignadas cumplan todas las leyes federales y de California aplicables, las políticas y procedimientos de organización y las mejores prácticas del sector, incluyendo, entre otras, las siguientes leyes y sus reglamentaciones de aplicación:
  - 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 Políticas de precios justos del hospital.
  - vi. Afirmación de las directrices de facturación del paciente de la American Hospital Association.

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

## II. Política

### a. Prácticas generales

- i. Si el seguro paga la cuenta del paciente, la factura inicial se enviará directamente a la aseguradora designada para cobrar cualquiera o todas las cantidades adeudadas por la aseguradora.
- ii. Los saldos del paciente, después de los pagos del seguro, se facturarán directamente al paciente.
- iii. La Organización y el paciente comparten la responsabilidad de resolver oportunamente y con exactitud todas las cuentas de los pacientes. La cooperación y la comunicación con el paciente son fundamentales en este proceso. La Organización hará esfuerzos razonables y constantes para ayudar a los pacientes a cumplir sus responsabilidades económicas.
- iv. Se pueden acordar planes de pago con la Organización, caso por caso. Los planes de pago pueden acordarse según la ayuda que se dio en virtud de la Política de ayuda económica de la Organización o como parte de un acuerdo de pago de deudas entre la Organización y el paciente.
  1. Por lo general, los planes de pago tendrán un plazo no mayor a 12 meses y estarán exentos de intereses y comisiones de apertura.
  2. Es responsabilidad del paciente o del garante comunicarse con la Organización si cambian las circunstancias y no pueden cumplirse los plazos del plan de pago.
  3. Una vez aprobado, cualquier falta de pago según las condiciones del plan de pago constituirá un incumplimiento, y la Organización podrá cancelar el plan de pago e iniciar las actividades de cobro sólo después de que el paciente deje de pagar la cantidad adeudada durante cualquier periodo continuado de 90 días, según la ley federal y de California.
    - a. Antes de cancelar un plan de pago, la Organización hará un intento razonable de informar al paciente, oralmente y por escrito, de que el plan de pago se puede cancelar, y de que puede haber una oportunidad, a pedido del paciente, de renegociar los términos del plan.
    - b. La Organización intentará renegociar los términos del plan de pago incumplido, si así lo solicita el paciente.

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

- c. En caso de cancelación de un plan de pago, la responsabilidad económica del paciente no superará la cantidad del capital descontado acordado en el plan de pago y el paciente recibirá un crédito por cualquier pago hecho previamente en función del plan de pago ampliado.
- v. La Organización da la siguiente información y asistencia especial a todos los pacientes:
  1. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica.
  2. Solicitud de ayuda económica ("Solicitud FAP") o solicitud a Medi-Cal o a otro programa de ayuda del gobierno apropiado para los pacientes sin seguro, que reciban servicios que no sean de emergencia, en el momento de la admisión o antes del alta o, en algunas circunstancias, en un plazo de 72 horas después de la prestación de los servicios.
  3. Asistencia para solicitar sus ayudas económicas o ayudas del gobierno, sin costo alguno para el paciente.
  4. Factura por escrito de los servicios prestados por la Organización.
  5. Resumen de la declaración, previa solicitud, con el pago previsto por el seguro, si corresponde, y cualquier o todas las cantidades que adeude o deba pagar el paciente.
  6. Solicitud por escrito para que el paciente dé información sobre la cobertura de su seguro médico, si aún no la ha dado.
- b. **Aprobaciones necesarias para acciones extraordinarias de cobro**

La Organización cumple los requisitos legales y de reglamentación federales y de California relacionados con las prácticas de cobro de deudas. La Organización no iniciará ninguna acción extraordinaria de cobro, excepto según se indique en esta Política y en la ley vigente. La Organización y cualquier agencia de cobro con la que se asocie:

  - i. Nunca podrá participar en las siguientes ECA:
    1. Vender deudas de pacientes.
    2. Embargar el salario de una persona.
    3. Embargar bienes inmuebles.

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

4. Embargar o apoderarse de la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal.
  5. Detener o emitir una orden de detención a una persona
  6. Informar de la venta o vender la residencia principal del paciente.
  7. Exigir el pago antes de dar la atención médicamente necesaria debido a facturas pendientes por atención anterior.
  8. Posponer o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una factura por atención dada antes y cubierta por la Política de ayuda económica.
- ii. Deberá esperar 180 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta antes de informar de cualquier información adversa sobre la persona a las agencias de informes de crédito al consumo, de conformidad con la ley aplicable. Esta acción nunca se permite para las personas sin seguro de bajos ingresos.
  - iii. Deberá recibir la aprobación del director financiero o su designado, con el consentimiento del director financiero y del presidente, antes de iniciar cualquier otra actividad de cobro.
  - iv. No usará la información obtenida por la Organización sobre la solicitud de ayuda económica (FAP) de un paciente para actividades de cobro.
- c. **Suspensión de las acciones extraordinarias de cobro**
- i. **Solicitud de ayuda económica (FAP) pendiente.** Si un paciente ha presentado correctamente una solicitud de FAP aprobada, la Organización suspenderá inmediatamente la asignación de una cuenta a una agencia de cobros, o cualquier ECA iniciada hasta que el proceso de solicitud haya finalizado, o 30 días, el plazo que sea más largo.
  - ii. **Cobertura patrocinada por el gobierno pendiente.** En el caso de los pacientes que tengan pendiente una solicitud de cobertura o programas patrocinados por el gobierno, la Organización no asignará a sabiendas la cuenta a una agencia de cobros antes de los 240 días a partir de la fecha de facturación inicial, después del alta.
  - iii. **Cooperación para cancelar una factura pendiente.** La Organización no asignará a sabiendas una cuenta a una agencia de cobros en el caso de pacientes que califiquen para recibir ayuda económica, o si el paciente ha negociado un plan de pago y está cooperando razonablemente para cancelar una factura pendiente. Las actividades de cobro se reanudarán

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

según las leyes y reglamentaciones aplicables si el paciente/garante se retrasa en el cumplimiento del plan de pago.

- iv. **Aviso del Programa de reclamaciones de facturas de hospital pendientes.** Todas las actividades de cobro por parte de las agencias de cobro de la Organización se suspenderán cuando se reciba el aviso de que un paciente ha presentado una reclamación al Programa de reclamaciones de facturas de hospital del Departamento de Acceso e Información de la Atención Médica (Department of Health Care Access and Information, HCAI). Las actividades de las agencias de cobro no se reanudarán hasta que la reclamación se haya resuelto, según confirme el HCAI.

- d. **Pasos razonables para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica**  
Antes de asignar una cuenta a una agencia de cobros o iniciar cualquier ECA, la Organización deberá haber tomado las siguientes medidas para determinar la elegibilidad de ayuda económica de un paciente, según corresponda:
- i. **Esfuerzos razonables basados en avisos, evaluaciones y cantidades no elegibles**
    1. La Organización informará a los pacientes de su programa de ayuda económica antes de asignar una cuenta a una agencia de cobros o de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención.
    2. Si el paciente no ha presentado una solicitud de FAP, o se determina que no es elegible para recibir ayuda económica, las ECA sólo podrán iniciarse según lo permita la ley vigente y de conformidad con esta Política.
    3. La Organización no asignará ninguna cuenta del paciente a una agencia de cobros a menos que la Organización haya hecho primero, en la medida de sus posibilidades y con un esfuerzo razonable, un perfil/evaluación del paciente, y haya determinado a su satisfacción que el paciente:
      - a. No califica para fuentes de pago alternativas.
      - b. No acepta presentar una solicitud de seguros o programas del gobierno.
      - c. No acepta el plan de pago/plan de pago ampliado o ya no coopera con un plan de pago negociado.
  - ii. **Presunta elegibilidad.** La Organización puede determinar que el paciente no es elegible para recibir ayuda económica basándose en un proceso de

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

presunta elegibilidad. Encontrará información adicional sobre la presunta elegibilidad en la Política de ayuda económica.

iii. **Aviso final y avisos a pacientes 30 días antes de las acciones.**

1. En cumplimiento con la ley federal, al menos 30 días antes de asignar una cuenta a una agencia de cobros o de iniciar cualquier ECA, la Organización deberá:
  - a. Dar un resumen en lenguaje sencillo de la ayuda económica.
  - b. Identificar las ECA que la Organización tiene intención de iniciar e indicar un plazo de inicio, que no puede ser antes de los 30 días a partir de la fecha en que se dé el aviso por escrito.
  - c. Antes de iniciar cualquier ECA, la Organización hará un esfuerzo razonable por informar oralmente al paciente del programa de ayuda económica y de cómo el paciente puede obtener ayuda con la solicitud de FAP.
2. En cumplimiento con la ley de California, antes de que la Organización asigne una factura para el cobro, la Organización enviará al paciente un aviso final con la siguiente información:
  - a. Nombre de la entidad a la que se asigne la factura.
  - b. Fechas de servicio de la factura que se asigna.
  - c. Nombre y tipo de plan de la cobertura médica del paciente.
  - d. Fechas asociadas a los avisos, aplicaciones o decisiones de ayuda económica.
  - e. Solicitud de FAP para ayuda económica.
  - f. Información sobre cómo obtener una factura detallada.

- iv. **Aviso antes de las acciones en caso de varios episodios de atención.** La Organización puede cumplir los requisitos de aviso descritos arriba para varios episodios de atención en un aviso que incluya varios estados de cuenta. Sin embargo, si se agregan, la Organización se debe abstener de asignar la deuda a una agencia de cobro o de iniciar una ECA hasta 120 días después de haber dado el primer estado de cuenta después del alta para el episodio más reciente de atención médica incluido en el agregado.

e. **Asignación de cuentas de pacientes a agencias de cobro**

- i. Cuando la Organización asigne una cuenta a una agencia de cobros, la cantidad que se asignará para el cobro será la cantidad restante después de

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

**La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.**

- que se hayan aplicado al saldo de la cuenta todos y cada uno de los acuerdos de descuento o exenciones anteriores.
- ii. El director adjunto o el director ejecutivo de Servicios para Pacientes revisan los saldos de las cuentas que alcanzan determinados umbrales. Además, la Organización ha establecido umbrales mínimos para asignar cuentas a una agencia de cobros.
  - iii. Si una agencia de cobros determina que la cuenta de un paciente califica para una fuente alternativa de pago o que el paciente no tiene bienes suficientes, la agencia de cobros devolverá la cuenta a la Organización con una explicación de la determinación y la información de respaldo. La Organización intentará cobrar a la fuente alternativa o trabajar para que el paciente califique para la ayuda económica.
  - iv. Si un paciente pregunta a una agencia de cobros si la Organización ofrece un descuento sobre la cantidad facturada en función de su condición de paciente que paga en efectivo (sin cobertura de terceros), la agencia de cobros validará rápidamente para el paciente el descuento aplicado a todos los pacientes que pagan en efectivo y, si corresponde, informará al paciente del programa de ayuda económica de la Organización. Si el paciente quiere negociar un descuento adicional al que se le dio, la agencia podrá informarlo a la Organización para que ésta autorice el ajuste de la cuenta según corresponda.
  - v. Antes de iniciar cualquier acción legal contra un paciente, la agencia de cobros se asegurará de que se cumplen todos los requisitos legales y normativos relacionados con las prácticas justas de cobro de deudas y habrá confirmado que se hicieron varios intentos para llegar a un acuerdo y negociar con el paciente. La agencia de cobros también deberá:
    1. Hacer un análisis de los bienes e ingresos del paciente para determinar si tiene bienes e ingresos suficientes para justificar la presentación de la acción legal; y
    2. Hacer que la Organización revise el análisis y reciba la aprobación del vicepresidente, director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o de la persona que éste designe antes de iniciar cualquier acción legal contra el paciente.

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

- f. **Prohibición de asignación o subcontratación.** Las agencias de cobro no podrán asignar ni subcontratar el cobro de ninguna cuenta sin:
  - i. El consentimiento previo por escrito del vicepresidente, el director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o de la persona que él designe; y
  - ii. Un acuerdo por escrito por parte del cesionario o subcontratista para cumplir esta Política y los requisitos federales y de California.
  
- g. **Requisitos generales previos a la actuación de la agencia de cobros**
  - i. **Coherencia en los estados de cuenta.** En el momento de la facturación, la Organización dará a todos los pacientes sin seguro con bajos ingresos la misma información sobre los servicios recibidos y las cantidades facturadas relacionados con dichos servicios que la que da a todos los demás pacientes que reciben atención en la Organización. El término “paciente sin seguro con bajos ingresos” es un paciente elegible para asistencia bajo la Política de ayuda económica.
  - ii. **Aviso de disponibilidad de ayuda económica.** En las cartas y estados de cobro que envíe a todos los pacientes, la Organización incluirá un texto en el que se informe a los pacientes de que, si cumplen determinados requisitos de ingresos, pueden ser elegibles para programas de pago patrocinados por el gobierno o para la ayuda económica de la Organización. Las facturas de los pacientes también incluirán el nombre/título o departamento y el número de teléfono de contacto para obtener información adicional.
  
- h. **Relaciones con las agencias de cobro**
  - i. **Cumplimiento de la ley, las políticas y las normas.**
    1. Las agencias de cobro contratadas por la Organización deben dar fe y cumplir siempre las leyes federales y de California aplicables al cobro de deudas de consumidores y pacientes.
    2. Las agencias de cobro deben tratar a los pacientes, sus familias y otros contactos de forma justa y con dignidad, compasión y respeto.
    3. Las agencias de cobro deben revisar y cumplir las políticas y normas de la Organización, incluyendo, entre otras, las disposiciones sobre planes de pago de esta Política y la Política de ayuda económica.



## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

- ii. **Normas para la contratación de agencias de cobro.** La Organización no contratará ninguna agencia de cobros para cobrar cuentas de pacientes a menos que:
  1. El acuerdo se establezca en un contrato por escrito firmado por la agencia de cobros y el vicepresidente, director de Finanzas y del Ciclo de Ingresos o la persona que este designe, y
  2. El acuerdo por escrito adjunte esta Política, o incluya un texto que coincida con esta Política, como anexo y exija a la agencia de cobros su cumplimiento.

### i. **Mantenimiento de registros**

- i. La Organización guardará la documentación adecuada para garantizar el cumplimiento de los requisitos de esta Política.
- ii. La Organización presentará esta Política ante el Departamento de Acceso e Información de Atención Médica ("HCAI") de California según lo exige la ley aplicable.
- iii. Cada agencia de Cobro que contrate con la Organización deberá guardar la documentación adecuada para demostrar el cumplimiento de los requisitos de las leyes federales y de California sobre el cobro de deudas de los consumidores y todos los demás requisitos basados en la versión más actualizada de esta Política y de la Política de ayuda económica.

## III. **Definiciones**

- a. **Agencia de cobro** significa una agencia externa a la que se le asignaron actividades de cobro de deudas para la Organización.
- b. **Acciones extraordinarias de cobro ("ECA")** son las actividades de cobro que la Organización no hará antes de hacer esfuerzos razonables por determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica según esta Política. Las acciones extraordinarias de cobro se definen en el Código Federal de Reglamentaciones, Título 26 del CFR, Sección 501 (r)-6.
- c. **Solicitud de ayuda económica, FAP** significa la solicitud que puede usarse para participar en el programa de ayuda económica de la Organización. Encontrará

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

información adicional sobre los procesos de solicitud en la Política de ayuda económica.

- d. **Programa de ayuda económica** significa el programa de la Organización que usa una solicitud única y unificada del paciente para la ayuda económica total y parcial. Encontrará información adicional sobre el programa en la Política de ayuda económica.
- e. **Plan de pago** significa un acuerdo entre la Organización y el paciente, por el que la Organización ha ofrecido, y el paciente ha aceptado, la oportunidad de saldar su responsabilidad en pagos mensuales. La elegibilidad se basa en determinados umbrales de ingresos familiares, excluyendo las deducciones por gastos básicos esenciales.
- f. **Resumen en lenguaje sencillo** significa un documento que informa a los pacientes y a otras personas que la Organización ofrece ayuda económica según la Política de ayuda económica y la ley federal y de California. Este documento es claro, conciso y fácil de comprender. Encontrará información adicional sobre el resumen en lenguaje sencillo en la Política de ayuda económica.

## Título: Debt Collections Policy

Departamento de Ingresos: Servicios para pacientes

### AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

### Declaración de certificación:

Esta Política se presentará ante el Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (HCAI). Además, estará disponible en el sitio web de la Organización.

La Organización declara bajo pena de perjurio lo siguiente:

1. La persona que presenta la política está debidamente autorizada para presentar políticas en nombre de la Organización.
2. La Política presentada es copia fiel y correcta de la Política para la que se incluye esta certificación.



\_\_\_\_\_  
Lisa Maqueira  
Vicepresidenta, directora de Finanzas y Ciclo de Ingresos

11/30/23

\_\_\_\_\_  
Fecha