

**TÍTULO: POLÍTICA DE COBRO**

**POLÍTICA Y PROPÓSITO:**

El propósito de la Política de Cobro (la Política) es promover el acceso del paciente a atención médica de calidad y, al mismo tiempo, minimizar las deudas incobrables del NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital (el Hospital).

Esta Política impone requisitos sobre el Hospital y aquellos organismos de cobro y abogados que realizan actividades de cobro de deudas conforme a la misión fundamental, los valores y los principios del Hospital, incluidas, entre otras, la Política de Atención de Beneficencia del Hospital (en adelante, Política de Atención de Beneficencia).

**APLICABILIDAD:**

Esta Política se aplica al Hospital y a cualquier organismo, abogado o estudio de abogados que asistan al Hospital en el cobro de una deuda pendiente en la cuenta de un paciente.

**PROCEDIMIENTO:**

**A. Pautas generales**

1. El Hospital, las agencias de cobro (Agencia) y los abogados y estudios de abogados (Asesor Externo) cumplirán con todas las leyes federales y estatales pertinentes y con los requisitos de las agencias acreditadoras que rigen el cobro de deudas, entre otras, la Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act, FDCPA), la Ley de Facturación Justa, las Leyes de Protección de Crédito al Consumidor, la Ley de Salud Pública, Sección 2807-k-9-a, el Código de Servicio de Rentas Internas 501(r), el Artículo 52 de la Ley y Normas de Proceso Civil de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo también cumplirán con la Política de Atención de Beneficencia del Hospital. En la medida en que existan inconsistencias entre la Política de Cobro del Hospital y la Política de Atención de Beneficencia, prevalecerá la Política de Atención de Beneficencia.
2. El Hospital celebrará acuerdos por escrito jurídicamente vinculantes con terceros (incluidos la Agencia o el Asesor externo) a los que se refiere la deuda de una persona relacionada con la atención que estén razonablemente elaborados para evitar que se lleven a cabo acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) para obtener el pago por la atención

hasta que se hayan hecho los esfuerzos razonables para determinar si la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia.

**B. El Hospital y las entidades autorizadas para efectuar prácticas de cobro pueden utilizar lo siguiente:**

1. Las ECA son acciones realizadas por un centro hospitalario contra un individuo a fin de obtener el pago de la atención cubierta según la política de asistencia financiera del centro hospitalario,, como se define en la sección 501(r) del Código de Rentas Internas. En consonancia con los requisitos de la presente Política de Cobro, el Hospital puede participar solamente en las siguientes ECA:
  - a. iniciar una acción civil,
  - b. embargar una propiedad,
  - c. confiscar o embargar una cuenta bancaria o cualquier otra propiedad personal,
  - d. embargar salarios,
  - e. enviar citaciones.
2. El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo no pueden participar en ninguna ECA contra un paciente u otro individuo que haya aceptado, o tenga la obligación de aceptar, la responsabilidad financiera en relación con las facturas del Hospital del paciente por la atención, sin hacer esfuerzos razonables para determinar si el paciente tiene derecho a recibir la Atención de Beneficencia.
3. El Hospital, la Agencia o el Asesor Externo pueden determinar la presunta elegibilidad de una persona basándose en información de terceros o en función de una determinación de elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia anterior. Con respecto a cualquier tipo de atención proporcionada a una persona, con el fin de realizar esfuerzos razonables para determinar si la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia, el Hospital y el Agente o el Asesor Externo, según el caso, pueden determinar si la persona tiene derecho en función de otra información que la proporcionada por dicha persona o en función de una determinación de elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia anterior. Además, si presuntamente se determina que la persona tiene derecho a menos de la ayuda más cuantiosa usualmente disponible en virtud de la Política de Atención de Beneficencia, el Hospital deberá realizar lo siguiente:
  - a. notificar a la persona sobre la base de la determinación de la presunta elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia y sobre la forma de solicitar la asistencia más cuantiosa disponible en virtud de la Política de Atención de Beneficencia;

- b. dar a la persona un plazo razonable en el cual solicitar la asistencia más cuantiosa antes de iniciar las ECA para obtener el monto con descuento que adeuda el paciente por la atención;
    - c. si la persona presenta una solicitud de Atención de Beneficencia completa para solicitar una asistencia más cuantiosa durante el período de solicitud previsto en la Política de Atención de Beneficencia, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, deberá determinar si la persona tiene derecho a un descuento más cuantioso o si de otro modo cumple con los requisitos pertinentes respecto de las solicitudes completadas.
4. Antes de participar en cualquier ECA, el Hospital deberá hacer los esfuerzos razonables para notificar a la persona acerca de la Política de Atención de Beneficencia durante el período de notificación, es decir, los 120 días contados a partir de la fecha del resumen de cuenta y posteriores al alta del paciente del Hospital. Si después de haber hecho tales esfuerzos razonables, la persona no puede presentar una solicitud de Atención de Beneficencia, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, pueden participar en esas ECA específicamente permitidas en esta Política (consulte el Procedimiento A1), siempre que el Hospital haga lo siguiente al menos 30 días antes de proseguir con cualquier ECA permitida en esta Política:
  - a. Proporcionar una notificación por escrito a la persona, que indique la disponibilidad de Atención de Beneficencia a las personas con derecho a esta, identifique la ECA que el Hospital u otra parte autorizada intenta iniciar para obtener el pago por la atención y la fecha límite después de la cual se pueden iniciar tales ECA. Este plazo no será antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso por escrito.
  - b. Proporcionar una copia del Resumen de Atención de Beneficencia (el Resumen) junto con la notificación prevista en la Sección B4a anterior.
  - c. Hacer el esfuerzo razonable para notificar a la persona acerca de la Política de Atención de Beneficencia y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud de Atención de Beneficencia durante cualquier comunicación telefónica entre el paciente y el Hospital después de la facturación inicial.
  - d. Proporcionarle a la persona una notificación escrita que describa la información o la documentación que debe presentarse para completar la solicitud de Atención de Beneficencia, incluida la información de contacto necesaria, si la persona ha presentado una solicitud de Atención de Beneficencia incompleta.
  - e. Realizar y documentar una determinación de elegibilidad para recibir Atención de Beneficencia una vez que la persona haya presentado una solicitud de Atención de Beneficencia completa de acuerdo con la Política de Atención de Beneficencia.

5. Antes de participar en cualquier ECA, el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, evaluarán la elegibilidad del paciente para participar de programas gubernamentales, incluidos los programas de seguro, como Medicare y Medicaid, otras fuentes de pago y Atención de Beneficencia.
6. El Hospital, la Agencia y el Asesor Externo aceptarán las solicitudes de Atención de Beneficencia en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Si una persona presenta una solicitud incompleta cuando se inicia una ECA o después de que se haya iniciado, el Hospital, la Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, suspenderán tales ECA hasta que se haya determinado si esa persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia y si de otro modo ha cumplido con los requisitos de esta Política y la Política de Atención de Beneficencia.
7. Si una persona presenta una solicitud de Atención de Beneficencia completa durante el período de solicitud (por ejemplo, en algún momento durante el ciclo de facturación y cobro), el Hospital, la Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, deberán hacer los esfuerzos razonables para determinar si la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia y realizar lo siguiente:
  - a. Suspender las ECA para obtener el pago por la atención, de acuerdo con esta Política de Cobro.
  - b. Tomar una determinación acerca de si la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia y notificar a la persona por escrito de esta determinación de elegibilidad (incluida, si corresponde, la asistencia a la cual la persona tiene derecho) y la base para la determinación por parte del Hospital.
  - c. Si el Hospital, la Agencia o el Asesor Externo, según corresponda, determinan que la persona tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia que no sea gratuita, el Hospital deberá:
    - (i) proporcionar a la persona un estado de cuenta que indique el monto que este adeuda por la atención y cómo se determinó el monto y los estados, o describir de qué manera la persona puede obtener información respecto de los montos generalmente facturados (AGB) por la atención;
    - (ii) reembolsarle a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea al Hospital, o a cualquier parte a la que el Hospital haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda el monto por el que debe hacerse personalmente responsable si es superior a \$5.00 (u otro importe establecido por notificación u otra pauta publicada en los Boletines de Rentas Internas pertinentes);

(iii) adoptar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA iniciada contra el paciente para obtener el pago por la atención. Por lo general, tales medidas incluyen, entre otras cosas, medidas para: (a) renunciar a cualquier juicio contra el paciente, (b) levantar cualquier embargo o gravamen (excepto a aquellos en los que el Hospital tenga derecho de hacer valer la ley estatal sobre el producto de un juicio, acuerdo o compromiso adeudado a un paciente (o su representante), como resultado de lesiones personales por las que el Hospital brindó atención, (c) retirar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se haya presentado a la agencia de información o la agencia de crédito.

8. La Agencia y el Asesor Externo, según corresponda, suspenderán todas las actividades de cobro asociadas a la cuenta de un paciente si el paciente niega (de acuerdo con los procedimientos apropiados de solución de conflictos del Hospital) el monto o la validez de cualquier saldo pendiente. La cuenta del paciente permanecerá suspendida hasta que el Hospital determine que los esfuerzos de cobro pueden reanudarse. La Agencia o el Asesor Externo no podrán ejercer la actividad de cobro contra un paciente de quien la Agencia o el Asesor Externo hayan recibido una notificación de quiebra.
9. La Agencia o el Asesor Externo no pueden iniciar acciones legales de ningún tipo, incluida la emisión de una citación, sin recibir la autorización previa por escrito del Hospital.

**C. Prácticas de cobro prohibidas. El Hospital, las Agencias de Cobro y el Asesor Externo:**

1. No forzarán la venta ni la ejecución de una hipoteca de la residencia principal de una persona para pagar una deuda pendiente.
2. No enviarán una factura a una agencia de cobro mientras haya pendiente una determinación sobre una solicitud (incluida toda información de respaldo) enviada al Hospital para recibir Atención de Beneficencia.
3. No permitirán que se efectúen cobros a un paciente con derecho a recibir los beneficios de Medicaid al momento en que se prestaron los servicios y para los cuales está disponible el pago de Medicaid, siempre que el paciente haya presentado una solicitud completa de Medicaid en relación con dichos servicios.
4. No venderán deudas del paciente a un tercero.
5. No presentarán información adversa a una agencia de crédito. Sin embargo, en consonancia con la Política de Atención de Beneficencia, es posible que se realicen consultas sobre la presunta elegibilidad para recibir la Atención de Beneficencia a una agencia de crédito.

**D. Prácticas posteriores al fallo. El Asesor Externo:**

1. Llevará a cabo evaluaciones de juicio tomando caso por caso. No se permiten ni podrán realizarse barridos electrónicos "ciegos".
2. No motivará la detención de un paciente ni provocará que una persona reciba una orden de arresto.
3. No continuará juicios después de cinco años sin la aprobación previa del Hospital.
4. No impondrá una sentencia contra un paciente después de cinco años a partir de la fecha de la sentencia sin la aprobación previa del Hospital.
5. No reanudará un juicio contra una persona sin la aprobación previa del Hospital.
6. No transferirá las cuentas del paciente a otra agencia de cobro o estudio de abogados sin la aprobación previa por escrito del Hospital. Después de agotar todos los recursos para identificar la cobertura o el pago de la deuda y después de recibir la aprobación por escrito del Hospital, la Agencia puede someter las cuentas correspondientes al Asesor Externo para una posible acción legal. Las cuentas correspondientes de cualquier paciente deben tener un valor de al menos \$800 en total o cualquier otro límite más alto que el Hospital pueda establecer por escrito cada cierto tiempo a fin de remitirlas al Asesor Externo. Por lo general, la remisión de una cuenta no ocurrirá hasta seis meses después de la recepción de la cuenta por parte la Agencia.
7. En función de los requisitos de la legislación pertinente, esta Política de Cobro y la Política de Atención de Beneficencia del Hospital, el Asesor Externo puede emitir citaciones de información con aviso de restricción o sin este a:
  - a. bancos;
  - b. lugares de trabajo;
  - c. compañías de tarjetas de crédito;
  - d. compañías hipotecarias.
8. Con sujeción a los requisitos de esta Política de Cobro y de la Política de Atención de Beneficencia, el Asesor Externo podrá emitir la ejecución de bienes contra las cuentas bancarias de la persona, excepto las cuentas de impuestos diferidos o cuentas de ahorro para la jubilación similares. Si la persona se comunica con el Asesor Externo y presenta reclamos y suministra fundamentos razonables de dificultades financieras como resultado de la ejecución de bienes, el Asesor Externo dará por terminado el proceso de ejecución y quitará el embargo.

9. En función de los requisitos de esta Política de Cobro y de la Política de Atención de Beneficencia, en conformidad con la legislación del estado de Nueva York, el Asesor Externo puede emitir ejecuciones sobre los ingresos de la persona con un máximo de hasta diez por ciento (10 %) de los salarios de esta. El Asesor Externo no está autorizado a emitir una ejecución sobre los ingresos del cónyuge de la persona.

**RESPONSABILIDAD:** Servicios financieros para pacientes

**FECHAS DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE EMISIÓN:** Junio de 2018

**Aprobaciones:** NYP Community Program, Inc.