



<b>Política de cobros y créditos para pacientes</b>	<b>RC-002</b>
<b>Ciclo de Ingresos de Penn State Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigor:</b> Enero de 2020

**OBJETIVO**

Dar directrices para completar la plantilla del documento de la política.

**ALCANCE** *El documento es aplicable a las personas y procesos de los siguientes componentes de Penn State Health que se especifican abajo:*

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penn State Health System | <input type="checkbox"/> Penn State College of Medicine |
| <input type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center    | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Medical Center    |
| <input type="checkbox"/> Community Medical Group             |   |

**OBJETIVO**

Dar directrices claras y coherentes para la facturación, el cobro y las funciones de recuperación, de modo que se fomente el cumplimiento, la satisfacción de los pacientes y la eficiencia. A través del uso de resúmenes de cuenta, correspondencia escrita y llamadas telefónicas, el Departamento de Ciclo de Ingresos de Penn State Health (PSH) tomará medidas diligentes para informar a los pacientes/garantes sobre sus obligaciones monetarias y sus opciones disponibles de ayuda financiera, y para hacer un seguimiento de los pacientes/garantes en relación con sus cuentas impagas, al mismo tiempo que se garantiza la transparencia en el aspecto financiero de la atención. Esta política es acorde a los requisitos dispuestos en la sección 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code).

**ALCANCE**

Personal de registro y facturación; asesores financieros.

**DEFINICIONES**

**Cantidad que generalmente se factura:** PSH calcula la cantidad que generalmente se factura o el límite en los cargos brutos utilizando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final 501(r) del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS). PSH utilizará esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones pagadas por compañías de seguros médicos privadas y Medicare. A las personas elegibles no se les cobrará más que la cantidad que generalmente se factura por la atención de emergencia o necesaria por razones médicas únicamente. PSH pondrá a disposición una copia escrita y gratis del actual cálculo de la cantidad que generalmente se factura para los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de atención benéfica (ayuda financiera) que se aplica al 100 % si se aprueba la Política de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de las personas.

**Asignación de agencias:** se utilizan agencias de cobranza externas para cobrar las cuentas con deudas incobrables. Para que se considere que una cuenta tiene deudas incobrables, deberán transcurrir nueve meses desde las actividades de cobranza hechas sin éxito por una agencia de cobranza primaria o secundaria.

**Estado o resumen de cuenta:** factura por los servicios prestados. Puede consistir en un resumen de la actividad o en una factura detallada, que enumera cada cargo en la cuenta de un paciente.

**Fecha del servicio:**

- Fecha del servicio como paciente hospitalizado: fecha en la que el paciente recibe el alta del hospital.
- Fecha del servicio como paciente externo o ambulatorio: fecha en la que se hace un procedimiento o en la que el paciente recibe atención médica.

**Servicios de diagnóstico:** servicios o procedimientos utilizados para determinar la causa de una enfermedad o trastorno. La atención médica de diagnóstico implica el tratamiento o diagnóstico de un problema que padece el paciente, a través del control del problema existente, del control de nuevos síntomas o del seguimiento de resultados anormales de análisis. Los servicios de diagnóstico indican a los proveedores de atención médica la gravedad o la causa de las enfermedades de los pacientes.

**Servicios o procedimientos opcionales:** servicios o procedimientos que no son necesarios por razones médicas en virtud de lo dispuesto por el personal médico de PSH.

**Condición médica de emergencia:** condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) tal que una persona legamente prudente, que tiene conocimientos típicos de salud y medicina, podría suponer que, si no recibe atención médica inmediata, su salud podría correr peligro (o, en caso de una mujer embarazada, su salud o la salud del bebé que espera), sus funciones orgánicas podrían verse gravemente afectadas o se produciría insuficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Atención de emergencia:** atención que se presta a un paciente que tiene una condición médica emergente, que se define como:

- condición médica manifestada por síntomas agudos de gravedad suficiente (como dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.) tales que, si el paciente no obtuviera atención médica inmediata, podría suceder lo siguiente:
  - Correría riesgo grave su salud (o, en caso de una mujer embarazada, su salud o la salud del bebé que espera).
  - Las funciones orgánicas se verían gravemente afectadas.
  - Se produciría insuficiencia grave de un órgano o una parte del cuerpo.
  - En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, que el tiempo sea insuficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado constituya un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o la del bebé que espera.

**Garante:** persona responsable, en términos financieros, de la factura de un paciente. En caso de un adulto o de un menor emancipado, por lo general, el paciente será su propio garante. Los menores de 18 años, por lo general, no serán considerados garantes. Todos los servicios prestados a menores serán facturados al padre que tiene la custodia del menor o al tutor legal, a menos que el menor esté emancipado.

**Necesario por razones médicas:** hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, prestaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o síntomas, y que:

- Se ofrecen de conformidad con las normas generalmente aceptadas del ejercicio de la medicina.
  - Para tales fines, “las normas generalmente aceptadas del ejercicio de la medicina” hacen referencia a las normas que se basan en pruebas científicas convincentes publicadas en la bibliografía médica revisada por pares, que sean generalmente reconocidas por la comunidad médica pertinente o coherentes con las normas establecidas en publicaciones de políticas que implican el criterio clínico.
- Son clínicamente adecuados en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y, a su vez, se consideran eficaces para la enfermedad, dolencia o lesión del paciente.
- No se prestan principalmente por conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, y no son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan, al menos, la misma posibilidad de producir resultados de diagnóstico y terapéuticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad, dolencia o lesión de ese paciente.
- Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimentales se tratarán según el caso.

**Servicios o procedimientos experimentales o no cubiertos:** servicios o procedimientos que se clasifican como:

- Servicios o procedimientos experimentales o en fase de investigación: fármacos, servicios o procedimientos médicos que no han sido aprobados para uso general, sino que su seguridad y eficacia están en fase de investigación en ensayos clínicos. Los fármacos, procedimientos o servicios experimentales o en fase de investigación son creados para su uso en el diagnóstico de una enfermedad u otras condiciones, o para la cura, mitigación, tratamiento o prevención de una enfermedad.
  - A medida que se desarrollan protocolos de tratamientos para servicios experimentales y en fase de investigación, el Departamento de Ciclo de Ingresos de PSH trabajará con la comunidad que está a cargo de los pagos para explicar la necesidad médica.
- Servicios o procedimientos no cubiertos: servicios o procedimientos médicos que no están cubiertos por el plan de seguro del paciente.

**Responsabilidad del paciente:** todo saldo adeudado cuya parte responsable en términos financieros es el paciente o el garante del paciente (y no un tercero).

- Retraso de la atención: PSH puede retrasar los servicios o procedimientos que no son de emergencia para los pacientes que se niegan, en reiteradas oportunidades, a tomar medidas razonables para acatar sus responsabilidades como pacientes por la atención provista. Se excluye la atención provista de acuerdo con la política en virtud de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

**Servicios de atención primaria o especializada:** servicios o procedimientos de pacientes que van al hospital en busca de atención médica que no es de emergencia o urgencia, o que buscan más atención posterior a la estabilización o a una condición de emergencia. Servicios de atención primaria o especializada programados, que constituyen servicios de atención primaria o procedimientos programados con anticipación.

**Atención urgente:** atención de un paciente con una condición que no pone en riesgo la vida ni las extremidades o que no presenta probabilidades de causar daños permanentes, pero que requiere atención y tratamiento adecuados, según lo definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), en el plazo de 12 horas para evitar:

- poner en riesgo grave la salud del paciente o causar insuficiencias graves;
- la aparición probable de una enfermedad o lesión que requieran servicios de emergencia, según se define en este documento.

## **DECLARACIONES DE POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS**

PSH buscará cobrar las cuentas de los pacientes de manera coherente, sin importar la raza, idioma principal, sexo, edad, religión, educación, empleo, condición de estudiante, disposición, vínculo, cobertura del seguro, posición en la comunidad u otro factor de discriminación o diferencias.

Cada paciente/garante contará con un período razonable y con la información necesaria para comprender su responsabilidad financiera. PSH notificará a los pacientes/garantes sobre sus responsabilidades financieras antes de prestar los servicios en situaciones que no sean de emergencia. PSH puede posponer o cancelar la atención que no sea de emergencia (según lo determine el personal médico de PSH) para cualquier paciente que no pueda o no quiera saldar sus deudas financieras antes de prestar un servicio opcional. Los pacientes tendrán la oportunidad de pedir ayuda financiera, de acuerdo con la **Política de ayuda financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

“Autorizado en términos financieros” significa que un paciente coopera y hace todos los trámites necesarios para garantizar la continuidad financiera sin excepciones, lo que incluye:

- Presentar el comprobante del seguro.
- Entregar la información demográfica correcta.
- Pagar todos los gastos de bolsillo correspondientes (por ejemplo, copagos, coseguros, deducibles y costos no cubiertos).
- Trabajar con asesores financieros de PSH para obtener beneficios de terceros o ayuda financiera.
- Liquidar saldos pendientes del paciente por servicios de atención médica previos de PSH.

Si no se da la información necesaria a PSH para ser considerado “autorizado en términos financieros”, es posible que la cuenta del paciente sea derivada a una agencia de cobranza externa para que se cobren los saldos pendientes.

### **Facturación al seguro:**

La cobertura del seguro médico del paciente constituye un contrato entre el paciente, el proveedor del seguro o el empleador del paciente. Penn State Health no forma parte de este contrato. Los pacientes son responsables de:

- saber si se necesita una derivación para las visitas al consultorio;
- verificar con el proveedor del seguro si un examen indicado por el médico está cubierto por la póliza de cobertura médica;
- comunicarse con el proveedor del seguro para conocer la lista de beneficios y para saber si corresponde abonar un copago o deducible;
- asistir a las citas con la documentación adecuada;
- colaborar con nuestra oficina de asuntos empresariales para apelar las determinaciones adversas.

Después de proveer la atención médica, se hará lo posible para procesar los reclamos del paciente a través de su seguro o pagador externo (de acuerdo con la información entregada o verificada por el paciente/garante o revisada debidamente por otras fuentes) de manera oportuna.

- Si el pagador rechaza (o no procesa) un reclamo que de otro modo sería válido, debido a un error cometido por PSH, PSH no le facturará al paciente ninguna cantidad que exceda lo que el paciente hubiera adeudado si el pagador hubiese pagado el reclamo.
- Si el pagador rechaza (o no procesa) un reclamo que de otro modo sería válido, debido a factores ajenos al control de PSH, el personal hará un seguimiento con el pagador y el paciente, según corresponda, para facilitar la resolución del reclamo.
- Si no se logra resolver el reclamo después de tomar medidas de seguimiento razonables, PSH puede facturar al paciente o tomar otras medidas coherentes con los contratos del pagador.

### **Facturación al paciente:**

Todo saldo pendiente después de resolver un reclamo del pagador al seguro será facturado al paciente (o garante) de acuerdo con la explicación de beneficios.

Si no existiera un pagador externo o del seguro, se facturará directamente a los pacientes. Estos pacientes serán considerados pacientes de pago por cuenta propia. PSH no cobrará más que la cantidad que generalmente se factura por atención de emergencia y otros tipos de atención necesaria por razones médicas a las personas no aseguradas independientemente de que sean o no elegibles para la Política de ayuda financiera.

Los pacientes de pago por cuenta propia recibirán información sobre la Política de ayuda financiera en PSH. Consulte la **Política de ayuda financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

- PSH espera que todos los garantes/pacientes hagan lo posible y actúen de buena fe para pagar los servicios prestados por PSH.
- Además, es obligación del garante/paciente proveer información demográfica completa y precisa a PSH. Si no se cumple dicha obligación, es posible que se tomen medidas de cobro extraordinarias.

Las directrices relativas a las expectativas del paciente se describen abajo.

### **Obligación financiera del paciente en relación con los servicios de atención médica programados:**

- Si, durante la programación o el registro, se determina que el paciente no tiene seguro médico o tiene beneficios limitados, las cuentas serán derivadas a un asesor financiero.
  - Los asesores financieros ofrecerán presupuestos a todos los pacientes que los pidan.
  - Si un paciente indica que no puede pagar el presupuesto de la responsabilidad del paciente, los asesores financieros pueden hacer una evaluación previa del paciente/garante para determinar si es elegible para acceder a programas del gobierno o recibir ayuda financiera.
  - Las personas elegibles para acceder a programas del gobierno o recibir ayuda financiera recibirán opciones sobre cómo solicitar dichos beneficios.
    - Es obligación de la persona dar a PSH la información financiera necesaria que se pide en la solicitud.
    - Todos los pacientes que piden ayuda financiera a PSH deberán presentar toda la información necesaria para determinar la incapacidad de pagar.
  - Es posible que se pospongan o cancelen los servicios que no sean necesarios por razones médicas en el caso de los pacientes que no cooperen o no ayuden a PSH presentando la información necesaria para establecer su capacidad de pago o necesidad de ayuda financiera.

- Un proveedor o el personal médico de PSH determinarán la necesidad médica. Lea la definición de “necesario por razones médicas” en la sección “Definiciones” de este documento.
  - Los asesores financieros se comunicarán con los proveedores y les pedirán más información sobre la condición del paciente y la necesidad de atención inmediata. Solo los servicios que no se consideren necesarios por razones médicas serán postergados o cancelados, según lo determine el personal médico de PSH. Consulte el [Procedimiento de riesgo financiero](#).
- PSH seguirá prestando los servicios necesarios por razones médicas mientras los asesores financieros trabajan con el paciente de forma proactiva para satisfacer las obligaciones monetarias.
  - Si una persona no es elegible para acceder a los programas del gobierno o a la ayuda financiera, se le ofrece la opción de un plan de pago mensual.
  - Si no se da la información necesaria ni se establece el plan de pago mensual, es posible que la cuenta del paciente sea derivada a una agencia de cobranza externa para que se cobren los saldos pendientes.
  - Pacientes con domicilio en el extranjero: la política de Penn State Health consiste en cobrar los saldos pendientes en el momento en que se presta el servicio a los pacientes con seguro en el extranjero que asistan a una consulta en un centro de cuidados no agudos. Las personas encargadas de la administración de pacientes en los centros de cuidados agudos deben reunir toda la información del paciente para poder facturar los servicios prestados.

Después de la prestación de servicios, los saldos del garante y los saldos de pago por cuenta propia serán facturados al garante. Las directrices siguientes corresponden al proceso de generación de resúmenes de cuenta.

### **Resúmenes de cuenta**

- Se enviará un resumen de los servicios del hospital o del médico al paciente/garante en un mínimo de cuatro ciclos de facturación graduales de treinta días.
- Todos los pacientes/garantes pueden pedir un resumen detallado de sus cuentas en cualquier momento.
- Si un paciente está en desacuerdo con su cuenta y pide documentación sobre la factura, el personal le responderá al paciente/garante de forma oportuna y pondrá en espera la cuenta, durante al menos 30 días, antes de derivarla para su cobro.
- Los representantes del Ciclo de Ingresos o los proveedores contratados podrán intentar comunicarse con el paciente/garante (por teléfono, correo, nota de cobro o correo electrónico) durante el ciclo del resumen de cuenta para lograr el cobro o dar una oportunidad de buscar ayuda financiera. Las iniciativas de cobranza se registrarán en la cuenta del paciente en el sistema de facturación. Se hará lo posible para contactar al garante/paciente con relación a su saldo pendiente.
- El mensaje final del resumen de cuenta indica que la cuenta será derivada a una agencia de cobranza externa si no se salda dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la nota.
- Las cuentas de los pacientes o garantes que participan de forma activa en los servicios financieros del paciente o de los proveedores de PSH, según lo determine PSH, en relación con la ayuda financiera, no serán derivadas a una agencia de cobranza.
- Los pacientes/garantes seguirán recibiendo resúmenes de cuenta mientras estén participando de forma activa en los servicios financieros del paciente o los proveedores de PSH y participen en el proceso de solicitud de ayuda financiera.

- PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).

Es obligación del paciente/garante actuar de buena fe y hacer todo lo posible para pagar los servicios prestados por PSH. Los pacientes que no quieran solicitar asistencia del gobierno, que no califiquen para recibir ayuda financiera o que superen los requisitos de ingresos y necesiten asistencia para pagar los servicios pueden pedir un plan de pago. Las directrices siguientes sirven para establecer un plan de pago.

### **Planes de pago**

- PSH ofrece un plan de pago si un paciente/garante no puede pagar la totalidad de su factura y no es elegible para recibir ayuda financiera.
- El plan de pago se basa en el saldo pendiente y debe establecerse por una cantidad de tiempo razonable, según lo determinen los directivos de PSH (entre 6 y 24 meses). Consulte las [Directrices de los planes de pago](#).
- Las personas que no hayan establecido un plan de pago formal con PSH podrían estar sujetas a una agencia de cobranza externa para lograr el cobro de las cantidades adeudadas.
- Las personas deben hacer los pagos todos los meses de forma puntual.
- Una cuenta es morosa cuando el paciente/garante no paga el importe mensual acordado dentro de los 30 días posteriores a la fecha del resumen de cuenta. Las cuentas morosas podrían derivarse a una agencia de cobranza externa para lograr el cobro de las cantidades adeudadas.
- Si un paciente/garante supone que no podrá hacer el pago o si han cambiado los ingresos del grupo familiar, puede solicitar ayuda financiera. Consulte la **Política de ayuda financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- PSH puede insistir con el cobro de saldos si el paciente/garante no toma medidas razonables para pagar una factura pendiente. Esto incluye, entre otras cosas, no presentar la información necesaria para completar el proceso de asistencia financiera o un plan de pago, según se describió arriba. Las directrices siguientes rigen el proceso de medidas de cobro extraordinarias.

### **Medidas de cobro extraordinarias**

- **Agencias de cobranza externas:** La responsabilidad del Departamento de Ciclo de Ingresos de PSH es no asignar cuentas para el cobro externo ni participar en medidas de cobro extraordinarias antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.
  - Regla de los 120 a 240 días: período de 120 días en el que el centro hospitalario debe informarle a la persona sobre la FAP, y período de 240 días en el que un centro hospitalario debe procesar la solicitud enviada por la persona. PSH enviará avisos durante el período de notificación que finaliza, como mínimo, 120 días después de la fecha del primer resumen de cuenta. El centro hospitalario no puede iniciar medidas de cobro extraordinarias (extraordinary collection actions, ECA) contra una persona cuya elegibilidad para la Política de ayuda financiera no haya sido determinada antes de los 120 días después de la primera declaración posterior al alta.
  - Las cuentas se ajustarán al ser entregadas a la agencia de cobranza.
  - PSH suspenderá cualquier medida de cobro extraordinaria contra un paciente una vez que el paciente haya enviado una solicitud de ayuda financiera, independientemente de que la solicitud esté completa o no.
  - PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).
- **Información de solvencia:** Las agencias de cobranza externas pueden informar las cuentas a las agencias de información de solvencia externas. PSH y las agencias de cobranza

externas acatan la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act), la Ley de Protección del Usuario de Servicios Telefónicos de la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) y las reglamentaciones de la sección 501(r) en todas las actividades de cobro.

- **Dirección incorrecta del garante (bad guarantor address, BGA):** PSH hará lo posible para responder a todos los resúmenes de cuenta de los pacientes que hayan sido devueltos por el correo postal de los Estados Unidos (USPS) y que no se puedan enviar. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una dirección incorrecta del garante serán derivadas a una agencia externa como una deuda incobrable para que se haga un mayor seguimiento durante un mínimo de 120 días antes de la asignación; sin embargo, estas cuentas no estarán sujetas a una medida de cobro extraordinaria hasta que se cumplan los requisitos de notificación. Esta política tiene como objetivo respetar lo dispuesto en las reglamentaciones de la sección 501(r).
- **Asignación de un abogado:** En determinados casos, de acuerdo con el límite de saldos pendientes, la capacidad de pago y el patrón de falta de pagos del garante o del pagador externo, PSH podrá iniciar una acción legal para cobrar los saldos del paciente.
  - Las cuentas para las que se hayan presentado demandas deben identificarse por separado de las cuentas incobrables derivadas a una agencia de cobranza.
  - PSH enviará una notificación por escrito a todos los pacientes recomendados para tomar acción legal.
  - Todas las cuentas recomendadas para un proceso legal serán revisadas y evaluadas en un plazo de 30 días. Durante el período de evaluación, la cuenta estará en estado de cuentas por cobrar activo. Una vez aprobada para la agencia legal, la cuenta será clasificada como una deuda incobrable.
  - Si se ha recibido una sentencia o notificación de gravamen de un tribunal, se hará el ajuste correspondiente en las cuentas, según se indique en la notificación, la cuenta será documentada y se incorporará la notificación en el expediente.
  - PSH suspenderá cualquier medida de cobro extraordinaria contra un paciente una vez que el paciente haya enviado una solicitud de ayuda financiera, independientemente de que la solicitud esté completa o no.
  - PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).
- **Ruptura del vínculo médico-paciente:** PSH puede rupturar un vínculo médico-paciente si el paciente tiene deudas morosas de atención médica. **Los pacientes no serán suspendidos por atención necesaria o urgente por razones médicas.** El director médico, el administrador y el médico deben estar de acuerdo con dar por finalizada la atención médica del paciente y con el nivel de dicha finalización.
  - Ser moroso en el pago de la atención médica incluye, entre otras cosas:
    - Falta de pago o pago insuficiente de las facturas pese a la capacidad de pagar. Se deben tomar medidas para ayudar a los pacientes a obtener ayuda financiera o a establecer planes de pago razonables cuando sea posible. Consulte la **Política de ayuda financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
    - Negación a cooperar con el personal de Ciclo de Ingresos para inscribirse en programas de pagadores externos aplicables para garantizar la asistencia.
- **Deuda incobrable reembolsable del Informe de Costos de Medicare:** Se seguirán las directrices y las reglamentaciones establecidas en los Requisitos Reglamentarios de los CMS sobre las deudas incobrables de Medicare.

## DOCUMENTOS Y REFERENCIAS AFINES



PSH tiene como objetivo que esta política respete las directrices y las reglamentaciones dispuestas en la sección 501(r) del Registro Federal y en los Requisitos Reglamentarios de los CMS en relación con las deudas incobrables de Medicare.

Política de Ayuda Financiera PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC).

Política de desestimación de pacientes (135-MGM).

Procedimiento de riesgo financiero

Directrices de los planes de pago

## **APROBACIONES**

	Nombre	Cargo	Fecha
Autorizado por:	Paula Tinch	Vicepresidenta principal y Directora de finanzas	1/1/2020
Aprobado por:	Dan Angel	Vicepresidente de operaciones del Ciclo de Ingresos	1/1/2020

## **FECHAS DE ORIGEN Y DE REVISIÓN**

Fecha de origen: 1/1/2008

Fechas de revisión: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017

Fechas de modificación: 01/05/2008, 6/10/11 y 07/01/2016 (Reemplaza a: Proceso de cobro de responsabilidad de los pacientes, 10/06)

Transición a la política combinada de Penn State Health en 2017. Las políticas de St. Joseph siguientes se incorporaron a la política de Penn State Health:

- ADM-CRP-64: Crédito y cobros de los pacientes
  - 1-10: Cobros
  - Gestión n.º 16: Cobros
- 1-3: Cobro de deudas incobrables de los pacientes
- 1-4: Deuda incobrable/Acuerdo de pago por cuenta propia
- 2-8: Derivación legal de cuentas
- 3-2: Sentencia/Gravamen
- St. Joseph Professional: Política de deudas incobrables
- St. Joseph Professional: Tratamiento de pacientes con domicilios extranjeros
- St. Joseph Professional: Acuerdo financiero para cirugías y procedimientos
- CPMG: Cobro de pagos por cuenta propia

## **REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO**

Directores principales del Ciclo de Ingresos; Gerente de Acceso de Pacientes a Asesoramiento Financiero