Política de cobros y créditos para pacientes	RC-002
Ciclo de Ingresos (Revenue Cycle) de Penn State Health	Fecha de inicio: Noviembre de 2023

ÁMBITO Y OBJETO: *el documento se aplica a las personas y los procesos de los siguientes componentes de Penn State Health (PSH) que se especifican abajo:*

X	Servicios compartidos de Penn State Health		Penn State College of Medicine
X	Milton S. Hershey Medical Center	X	Grupo de médicos – División de Práctica Académica (Academic Practice Division)
X	St. Joseph Medical Center	X	Grupo de médicos – División de Práctica de la Comunidad (Community Practice Division)
X	Holy Spirit Medical Center	X	Penn State Health Life Lion, LLC
X	Hampden Medical Center	X	Pennsylvania Psychiatric Institute – Fecha de inicio 12/23
X	Lancaster Medical Center		

DECLARACIÓN DE POLÍTICAS

Dar directrices claras y coherentes para las tareas de facturación, cobro y recuperación, para fomentar el cumplimiento, la satisfacción de los pacientes y la eficiencia. Mediante el uso de estados de cuenta, correspondencia por escrito y llamadas telefónicas, el Departamento de Ciclo de Ingresos de Penn State Health (PSH) tomará medidas diligentes para informar a los pacientes/garantes de sus obligaciones económicas y sus opciones de ayuda económica, y hará un seguimiento de los pacientes/garantes en relación con sus cuentas no pagadas, al mismo tiempo que garantiza la transparencia en el aspecto económico de la atención. Esta política cumple los requisitos dispuestos en la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) y la Ley para evitar sorpresas (No Surprises Act) que se incluyen en la Ley de Asignaciones Consolidadas (Consolidated Appropriations Act) de 2021.

Se aplica al personal de registro y facturación, y a los asesores financieros.

DEFINICIONES

Asignación de agencias: se usan agencias de cobro externas para cobrar las cuentas con deudas incobrables. Para que se considere que una cuenta tiene deudas incobrables, deberán pasar nueve meses desde las actividades de cobro fallidas de una agencia de cobro primaria o secundaria.

Atención de emergencia: es la atención que recibe un paciente con una condición médica de emergencia y que se define como:

- Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (por ejemplo, dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.), de modo que, si el paciente no recibe atención médica inmediata, podría tener como consecuencia uno de los siguientes eventos:
    - La salud del paciente (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del bebé no nacido) estaría en grave peligro, o
    - Las funciones corporales se verían gravemente afectadas, o
    - Se produciría insuficiencia grave de un órgano o de una parte del cuerpo.
    - Para una mujer embarazada que tenga contracciones, que el tiempo no sea suficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto o que el

traslado represente un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o la del bebé no nacido.

Atención de urgencia: atención de un paciente con una condición que no pone en riesgo la vida/las extremidades o que probablemente no cause daños permanentes, pero que necesita atención y tratamiento inmediatos, según las definiciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), que debe ocurrir en el plazo de 12 horas para evitar:

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

Condición médica de emergencia: condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso), según los que una persona común y prudente, que tiene conocimientos típicos de salud y medicina, podría suponer que, si no recibe atención médica inmediata, su salud podría correr peligro (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o la salud del bebé no nacido), sus funciones orgánicas podrían verse gravemente afectadas o se produciría insuficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Definición de cantidad generalmente facturada (Amounts Generally Billed, AGB): PSH calcula la AGB o el límite en los costos brutos usando una metodología retroactiva según la norma final 501R del IRS. PSH usará esta metodología para calcular el pago promedio de todos los reclamos que paguen las compañías de seguros médicos privados y Medicare. A las personas elegibles no les cobrarán más que las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia o médicamente necesaria. PSH les dará una copia gratuita por escrito del cálculo actual de la AGB a los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de ayuda benéfica (ayuda económica) que se aplica al 100 % si se aprueba la FAP de la persona.

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

Facturación de saldos - Facturas sorpresa: según la ley federal, la Ley para evitar sorpresas, Penn State Health tiene la obligación de proteger a los pacientes de recibir facturas sorpresa que recibirían si el centro o proveedor de Penn State Health que los atiende estuviera fuera de la red de su plan médico. Cuando un proveedor o centro fuera de la red factura a los pacientes por la diferencia entre lo que su plan médico acordó pagar y la cantidad total que cobra el proveedor o centro fuera de la red por el servicio, esto se denomina “facturación de saldos”. Las “facturas sorpresa” son las facturas de saldos inesperadas. La Ley para evitar sorpresas protege a los pacientes de recibir una factura más alta cuando un proveedor o centro fuera de la red los atiende por una emergencia, o cuando un proveedor fuera de la red los atiende en un hospital dentro de la red. Si un centro o proveedor de Penn State Health está fuera de la red, Penn State Health no facturará saldos por servicios de emergencia o por servicios después de la estabilización que estén cubiertos.

Fecha del servicio (Date of Service, DOS):

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

Garante: persona económicamente responsable 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 se considerarán garantes. Todos los servicios prestados a menores se facturarán al padre/madre que tenga la custodia del menor o al tutor legal, a menos que el menor esté emancipado.

Médicamente necesario: hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, ejerciendo un criterio clínico prudente, prestaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o síntomas, y que:

- Se prestan según las normas de la práctica médica generalmente aceptadas.
    - Para tales fines, "las normas de la práctica médica generalmente aceptadas" hacen referencia a las normas que se basan en evidencia científica convincente publicada en bibliografía médica revisada por pares, que sea generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o coherente 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, lesión o dolencia del paciente.
- No se prestan principalmente por conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, ni son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan, por lo menos, la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.
- Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimentales se tratarán según cada caso.

Responsabilidad del paciente: todo saldo adeudado cuya parte responsable en términos económicos 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 hacer esfuerzos razonables para acatar sus responsabilidades como pacientes por la atención provista. Se excluye la atención prestada según la política 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 buscando atención médica que no es de emergencia o urgencia, o que buscan otra atención después de la estabilización o de una condición médica de emergencia. Los servicios programados de atención primaria o especializada son servicios de atención primaria o procedimientos programados con antelación.

Servicios de diagnóstico: servicios o procedimientos que se usan para determinar la causa de una enfermedad o trastorno. La atención médica de diagnóstico incluye el tratamiento o diagnóstico de un problema del paciente, mediante el monitoreo del problema existente, del control de nuevos síntomas o del seguimiento de resultados anormales de análisis. Los servicios de diagnóstico muestran a los proveedores de atención médica la gravedad o la causa de las enfermedades de los pacientes.

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

- Servicios o procedimientos experimentales/en fase de investigación: medicamentos, servicios o procedimientos médicos que no se aprobaron 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 se crean 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 responsable de los pagos para explicar la necesidad médica.
- Servicios o procedimientos no cubiertos: servicios o procedimientos médicos que no están cubiertos por el plan del seguro del paciente.

Servicios o procedimientos opcionales: servicios o procedimientos que no son médicamente necesarios según lo que determine el personal médico de PSH.

DECLARACIONES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

PSH buscará cobrar las cuentas de los pacientes siempre de la misma manera, 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 diferenciador discriminatorio.

Cada paciente/garante contará con un período razonable y con la información necesaria para comprender su responsabilidad económica. PSH informará a los pacientes/garantes de sus responsabilidades económicas 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 estar autorizado en términos financieros antes de un servicio opcional. Los pacientes tendrán la oportunidad de pedir ayuda económica, de acuerdo con las **Políticas de ayuda económica: PFS-051/PFS-053**.

"Autorizado en términos financieros" significa que cooperó y completó todos los procesos necesarios para garantizar la continuidad económica sin excepciones, incluyendo:

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

Si no da la información necesaria a PSH para que se lo considere "autorizado en términos financieros", es posible que la cuenta del paciente se remita a una agencia de cobro 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. Cuando corresponda, PSH cumplirá la Ley para evitar sorpresas.

Los pacientes son responsables de:

- Saber si se necesita una remisión para las visitas en el consultorio.
- Verificar con el proveedor del seguro si un examen que el médico indique está cubierto por la póliza de cobertura médica.
- Comunicarse con el proveedor del seguro para determinar la lista de beneficios y para saber si se aplica un copago o deducible.
- Recibir o firmar el Aviso de facturación sin sorpresas y el Formulario de consentimiento.
- Asistir a las citas con la documentación adecuada.
- Trabajar con nuestra oficina comercial para apelar las determinaciones adversas.

Después de que se dé la atención médica, se hará lo posible para procesar los reclamos del paciente mediante su seguro o pagador externo (según la información entregada o verificada por el paciente/garante o revisada adecuadamente por otras fuentes) de manera oportuna.

- Si el pagador rechaza (o no procesa) un reclamo que de otro modo sería válido por un error de 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 por 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 solucionar el reclamo después de hacer esfuerzos de seguimiento razonables, PSH puede facturar al paciente o tomar otras medidas compatibles con los contratos del pagador.
- Si el médico de un paciente (i) no está de acuerdo con la negativa del pagador a cubrir los servicios por falta de necesidad médica; (ii) documenta las razones por las que los servicios son médicamente necesarios en el expediente del paciente, y (iii) ha agotado los intentos administrativos de autorización previa (si corresponde) con el pagador, PSH puede ofrecer un descuento de pago por cuenta propia igual al descuento AGB al paciente por los servicios o procedimientos no cubiertos.

Facturación al paciente:

Todo saldo pendiente después de la resolución de un reclamo al seguro por parte del pagador se facturará 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 se considerarán pacientes de pago por cuenta propia. PSH no cobrará a las personas sin seguro elegibles o no elegibles para la FAP más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Los pacientes de pago por cuenta propia recibirán información sobre la política de ayuda económica en PSH. Vea las **Políticas de ayuda económica: PFS-051/PFS-053**.

- PSH espera que todos los garantes/pacientes hagan lo posible y actúen de buena fe para pagar los servicios que PSH presta.

- Además, es responsabilidad del garante/paciente dar información demográfica completa y precisa a PSH. Si no se cumple dicha obligación, es posible que se tomen medidas de cobro extraordinarias.

Las directrices relacionadas con las expectativas del paciente se explican abajo.

Responsabilidad económica del paciente con respecto a 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 se remitirán a un asesor financiero.
    - Los asesores financieros darán presupuestos a todos los pacientes que los pidan.
    - Si un paciente avisa que no puede pagar el cálculo de su responsabilidad económica, los asesores financieros pueden hacer una evaluación previa del paciente/garante para determinar si es elegible para acceder a programas del Gobierno o para recibir ayuda económica.
    - Las personas elegibles para acceder a programas del Gobierno o para recibir ayuda económica recibirán opciones sobre cómo solicitar dichos beneficios.
        - Es obligación de la persona dar a PSH la información económica necesaria que se pide en la solicitud.
        - Todos los pacientes que soliciten ayuda económica a PSH deberán presentar toda la información necesaria para determinar su incapacidad de pagar.
    - Es posible que se pospongan o se cancelen los servicios que no sean médicamente necesarios para los pacientes que no cooperen o no ayuden a PSH presentando la información necesaria para establecer su capacidad de pago o necesidad de ayuda económica.
        - El proveedor y el personal médico de PSH determinarán la necesidad médica. Consulte la definición de "médicamente necesario" 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 médicamente necesarios se pospondrán o cancelarán, según lo determine el personal médico de PSH. Vea el Procedimiento de riesgo económico.
        - PSH seguirá prestando los servicios médicamente necesarios mientras los asesores financieros trabajan con el paciente de forma proactiva para cumplir las obligaciones económicas.
    - Si una persona no es elegible para acceder a los programas del Gobierno o para recibir ayuda económica, se le dará la opción de un plan de pago mensual.
    - Si no se da la información necesaria ni se establece un plan de pago mensual, es posible que la cuenta del paciente se remita a una agencia de cobros externa para el cobro de saldos pendientes.
    - Pacientes con domicilio en el extranjero: la política de Penn State Health establece el cobro de saldos pendientes en el momento en que se presta el servicio a todos los pacientes con seguro en el extranjero que asistan a una consulta en un centro de atención no aguda. Las personas encargadas de la administración de pacientes en los centros de atención aguda deben reunir toda la información pertinente para poder facturar los servicios prestados.

Después de la prestación de servicios, los saldos del garante y los saldos de pago por cuenta propia se facturarán al garante. Las siguientes son directrices para el proceso de generación de estados de cuenta.

Estados de cuenta

- Se enviará un estado de cuenta 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 no está de acuerdo con su cuenta y pide documentación sobre la factura, el personal le responderá al paciente/garante de manera oportuna y pondrá en espera la cuenta, por al menos 30 días, antes de remitirla 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 estado de cuenta para lograr el cobro o dar una oportunidad de buscar ayuda económica. Los intentos de cobro se registrarán en la cuenta del paciente en el sistema de facturación. Se hará lo posible para contactar al garante/paciente por su saldo pendiente.
- El mensaje final del estado de cuenta indica que la cuenta se remitirá a una agencia de cobro externa si no se paga en un plazo de 30 días después de la fecha de la nota.
- Las cuentas de los pacientes o garantes que colaboren de forma activa con los Servicios Financieros del Paciente (Patient Financial Services)/Proveedor de PSH, según lo determine PSH, con relación a la ayuda económica, no se remitirán a una agencia de cobro.
- Los pacientes/garantes seguirán recibiendo estados de cuenta mientras colaboren de forma activa con los Servicios Financieros del Paciente/Proveedor de PSH y participen en el proceso de solicitud de ayuda económica.
- PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).
- PSH cumple los requisitos de la Ley para evitar sorpresas.

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 ayuda del Gobierno, que no sean elegibles para recibir ayuda económica o que superen los requisitos de ingresos y necesiten ayuda para pagar los servicios pueden pedir un plan de pago. Las siguientes son directrices para establecer un plan de pago.

Planes de pago

- PSH da un plan de pago si un paciente/garante no puede pagar el total de su factura y no es elegible para recibir ayuda económica.
- El plan de pago se basa en la cantidad por pagar y debe establecerse por una cantidad de tiempo razonable, según lo determinen los directivos de PSH (entre 6 y 24 meses). Vea las Directrices de los planes de pago.
- Las personas que no hayan establecido un plan de pago formal con PSH podrían remitirse a una agencia de cobros externa para lograr el cobro de las cantidades adeudadas.
- Las personas deben hacer los pagos de manera puntual todos los meses.
- Una cuenta es morosa cuando el paciente/garante no paga el importe mensual acordado en un plazo de 30 días después de la fecha del estado de cuenta. Las cuentas morosas

podrían remitirse a una agencia de cobros externa para lograr el cobro de las cantidades adeudadas.

Si un paciente/garante supone que no podrá hacer el pago o si cambiaron los ingresos del grupo familiar, puede solicitar ayuda económica. Vea las **Políticas de ayuda económica: PFS-051/ PFS-053**.

- PSH puede insistir con el cobro de saldos si el paciente/garante no hace esfuerzos razonables para pagar una factura pendiente. Esto incluye, entre otros, no presentar la información necesaria para completar el proceso de ayuda económica o establecer un plan de pago, como se explicó arriba. Las siguientes directrices rigen el proceso de medidas de cobro extraordinarias.

Medidas de cobro extraordinarias

- **Agencias de cobro externas:** el Departamento de Ciclo de Ingresos de PSH no es responsable de asignar cuentas para cobro externo ni tomar medidas de cobro extraordinarias antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica.
    - Regla de los 120/240 días: período de 120 días en el que el centro hospitalario debe informar a la persona de la FAP, y período de 240 días en el que un centro hospitalario debe procesar la solicitud que la persona presentó. PSH enviará avisos durante el período de notificación que finaliza, como mínimo, 120 días después de la fecha del primer estado de cuenta. El centro hospitalario no puede iniciar medidas de cobro extraordinarias (extraordinary collection actions, ECA) contra una persona cuya elegibilidad según la FAP no se haya determinado antes de los 120 días después del primer estado de cuenta después del alta.
    - Las cuentas se ajustarán cuando se entreguen a la agencia de cobros.
    - PSH suspenderá cualquier ECA contra un paciente cuando este haya presentado una solicitud según la FAP, independientemente de que la solicitud esté completa o no.
    - La agencia devolverá las cuentas sin un acuerdo de pago establecido con el paciente/deudor a PSH después de no más de 730 días (dos años) a partir de la asignación de dicha agencia.
    - PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).
- **Información de solvencia:** las agencias de cobro externas pueden informar de las cuentas a las agencias de información de solvencia externas. PSH y las agencias de cobro externas cumplen la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act), la Ley de protección del usuario de servicios telefónicos (Consumer Protection Act) de la Comisión Federal de Comercio y las reglamentaciones del artículo 501(r) en todas las actividades de cobro.
- **Dirección incorrecta del garante (BGA):** PSH hará lo posible para responder a todos los estados de cuenta de los pacientes que haya devuelto el correo postal de los Estados Unidos (United States Postal Service, USPS) y que no se puedan enviar. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una BGA se remitirán a una agencia externa como una deuda incobrable para que se haga un mayor seguimiento por 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 aviso. Esta política tiene como objetivo cumplir las reglamentaciones de 501(r).
- **Asignación de un juez:** en determinados casos, según 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 iniciado acciones legales deben identificarse por separado de las cuentas incobrables remitidas a una agencia de cobro.
- PSH enviará un aviso por escrito a todos los pacientes para los que se recomendó iniciar acciones legales.
- Todas las cuentas recomendadas para un proceso legal se revisarán y evaluarán en un plazo de 30 días. Durante el período de evaluación, la cuenta estará en estado de cuentas por cobrar activo. Cuando se apruebe remitirla a la agencia legal, la cuenta se clasificará como una deuda incobrable.
- Si se recibió una sentencia/aviso de gravamen de un tribunal, se hará el ajuste correspondiente en las cuentas, según se indique en el aviso, la cuenta se documentará y se incorporará el aviso en el expediente.
- PSH suspenderá cualquier ECA contra un paciente cuando este haya presentado una solicitud según la FAP, independientemente de que la solicitud esté completa o no.
- PSH cumple los requisitos de facturación y cobro de 501(r).

- **Ruptura del vínculo entre médico y paciente:** PSH puede finalizar un vínculo entre médico y paciente si el paciente tiene deudas morosas de atención médica. **No se rechazará a los pacientes que necesiten atención médicamente necesaria o de urgencia.** El director médico, el administrador y el médico deben estar de acuerdo con finalizar 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 económica o a establecer planes de pago razonables cuando sea posible. Vea las **Políticas de ayuda económica - PFS-051/PFS-053**
    - Negación a cooperar con el personal de Ciclo de Ingresos para inscribirse en programas de pagadores externos pertinentes para obtener la ayuda.
- **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.

POLÍTICAS RELACIONADAS Y REFERENCIAS

PSH tiene como objetivo que esta política respete las directrices y las reglamentaciones dispuestas en la Ley para evitar sorpresas, en la Sección 501(r) del Registro Federal y en los requisitos reglamentarios de los CMS sobre deudas incobrables de Medicare.

Políticas de ayuda económica: PFS-051/PFS-053

Política de terminación del nexo con el paciente (135-MGM)
Procedimiento de riesgo económico

Directrices de los planes de pago

APROBACIONES

Autorizado por:	Paula Tinch, vicepresidenta sénior y directora financiera
Aprobado por:	Nicholas Haas, vicepresidente de Ciclo de Ingresos

FECHA DE CREACIÓN Y REVISIONES

Fecha de creación: 1/1/2008

Fechas de revisión: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

Revisado: 01/05/2008, 6/10/11, y 07/01/2016 (en reemplazo de: Proceso de cobro de responsabilidad de los pacientes, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

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

- ADM-CRP-64 – Cobros y créditos para pacientes
  - 1-10: Cobros
  - Política de buen manejo de fondos 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 Remisión 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 operaciones y procedimientos
- Community Practice Medical Group (CPMG) – Cobro de pagos por cuenta propia

REVISORES DE CONTENIDO Y COLABORADORES

Directores sénior del Ciclo de Ingresos de las operaciones del hospital y de los profesionales; gerente de Acceso de pacientes a asesoría financiera