

<b>TÍTULO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y DESCUENTO EN LOS PAGOS DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO</b>	<b>Departamento de Servicios Financieros para Pacientes</b>
<b>Revisores:</b> Thomas Istvan, Director de Servicios Financieros para Pacientes Tim Arnold, Director de Contabilidad para Pacientes Jenine Smith, Gerente de Servicios Financieros para Pacientes Henry Lifton, Abogado Adjunto de la Ciudad	<b>Fecha original: 14 de diciembre de 2006</b> <b>Fechas de revisión: 8 de marzo de 2007, 12 de septiembre de 2007, 14 de diciembre de 2007, 22 junio de 2008, 1.º de junio de 2009, 15 de julio de 2009, 1.º de abril de 2011, 1.º de abril de 2012, 1.º de abril de 2014, 1.º de enero de 2015, 15 de julio de 2016, 1.º de diciembre de 2017, 3 de agosto de 2019, 1.º de enero de 2023, 1.º de enero de 2024, 22 de mayo de 2024</b>

**I. PROPÓSITO**

El objetivo de esta política es definir las pautas y la elegibilidad para recibir asistencia financiera de los Programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos de la Red de Salud de San Francisco (San Francisco Health Network, SFHN) consistente con las cláusulas de los Proyectos de Ley de la Asamblea (Assembly Bills, AB) AB774, AB1020 y AB532 y el Proyecto de Ley del Senado (Senate Bill, SB) SB1276.

**II. POLÍTICA**

La política de la SFHN es cumplir todas las regulaciones federales, estatales y locales para brindar asistencia financiera de los Programas de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos a pacientes calificados sin seguro y con seguro insuficiente que no cumplen los requisitos para los programas federales/estatales y del condado con una responsabilidad de pago por los servicios recibidos. Si alguna regulación, existente o futura, entra en conflicto con esta política, la regulación reemplazará esta política.

**III. ALCANCE**

Esta política cubre al Hospital General y Centro de Traumatología Zuckerberg de San Francisco (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), Clínicas de Especialidad Ambulatorias, Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad, Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda, Servicios de Salud del Comportamiento y la División de Salud de la Población del Departamento de Salud Pública de San Francisco (San Francisco Department of Public Health, SFDPH). Esta política se aplica a los servicios que no califican para otros paquetes o programas, como el paquete de maternidad, servicios de aborto u otros programas de paquetes del hospital que se ofrezcan a los pacientes a una tarifa global con descuentos significativos por debajo de las tarifas del gobierno y que no están sujetas a descuentos adicionales. Se tomarán en cuenta todas las cuentas con responsabilidad del paciente con fechas de servicio dentro de los 12 meses previos a la fecha de solicitud. Las cuentas con fechas de servicios que superen los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud están sujetas a la aprobación del departamento.

Esta política no se aplica a tarifas de emergencia, hospitalización, radiología y honorarios del médico de la sala de procedimientos que son facturados y cubiertos en la política y procedimiento del Grupo de Práctica Clínica de la Universidad de California en San Francisco (University of California San Francisco, UCSF), Servicios Comerciales con nombre comercial Grupo Médico del Hospital General de San Francisco (San Francisco General Hospital, SFGH). A un médico de emergencia, como se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de emergencia también se le exige por ley que proporcione descuentos a pacientes sin seguro o a pacientes con costos médicos elevados que estén por debajo del 400 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL).

#### **IV. HISTORIA**

- A. A partir del 1.º de enero de 2007 para los pacientes del ZSFG y del 17 de septiembre de 2007 para los pacientes de Atención Primaria de la Comunidad (Community Primary Care, COPC), la SFHN puso a disposición los Programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos para brindar asistencia a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente con ingresos limitados de hasta el 350 por ciento del Nivel de Pobreza Federal (FPL) y que no son elegibles para el Programa de Escala Proporcional, los programas del gobierno u otros pagadores, incluida la responsabilidad de terceros.

A partir del 1.º de noviembre de 2010, la SFHN puso a disposición el Programa Catastrófico de Gastos Médicos Altos para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no reúnan los requisitos para los Programas de Escala Proporcional, de Atención de Caridad o Descuento en los Pagos con gastos médicos que excedan el 120 por ciento de su ingreso anual familiar y que no reúnan los requisitos para los Programas de Atención de Caridad y Descuento de los Pagos, el Programa de Escala Proporcional, los programas del gobierno u otros pagadores, incluidos los pagos que puedan recibir debido a la responsabilidad de terceros.

- B. A partir del 1.º de enero de 2015, el ZSFG modificó esta política en virtud de la legislación SB1276 que establece lo siguiente:
1. La definición de una persona con costos médicos elevados incluye a las personas que recibieron una tarifa de descuento del hospital debido a la cobertura de terceros.
  2. El hospital negociará con un paciente el plan de pagos, tomando en cuenta el ingreso familiar y los gastos esenciales para la subsistencia del paciente.
  3. El hospital establecerá una fórmula razonable de pago en la que los pagos mensuales no superen el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, sin incluir las deducciones de gastos esenciales para la subsistencia.
  4. Si el hospital y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pagos, el hospital usará la fórmula especificada para deducir el 60 % de los gastos esenciales para la subsistencia del ingreso familiar bruto del paciente y después calcular el 10 % del ingreso restante para determinar un monto de pago mensual razonable. El hospital proporciona a los pacientes una remisión para recibir ayuda de la Health Consumer Alliance al (888) 804-3536 o al Centro del Consumidor de Salud/Bay Area Legal Aid al (855) 693-7285.

- C. A partir del 3 de agosto de 2019, esta política se modificó de acuerdo con la Resolución n.º 19-8 de la Comisión de Salud de la Ciudad y el Condado de San Francisco (Ciudad), que resultó en los siguientes cambios:
  - 1. El FPL que calificaba para el Programa de Atención de Caridad aumentó un 500 por ciento.
  - 2. El FPL que calificaba para el Programa de Descuento en los Pagos se modificó para incluir todos los niveles de FPL.
  - 3. Se eliminó el requisito de costos médicos elevados.
  - 4. Se eliminó el Programa Catastrófico de Gastos Médicos Altos.
- D. A partir del 1.º de enero de 2023, esta política se modificará de acuerdo con AB1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa y el AB532: Políticas de Facturación Justa.
- E. A partir del XX de mayo de 2024, esta política incluirá los servicios Especializados de Salud Mental y Trastorno de Consumo de Sustancias para pacientes ambulatorios a través de Servicios de Salud del Comportamiento.

## V. DEFINICIONES

- A. **Asignación para pacientes financieramente calificados** significa, con respecto a los servicios proporcionados a un paciente financieramente calificado, una asignación que se aplica después de que se imponen los cargos del hospital al paciente, debido a la determinación de incapacidad financiera del paciente para pagar los cargos.
- B. **Asistencia financiera** significa proporcionar atención de caridad o pagos con descuento a pacientes financieramente calificados.
- C. **Paciente financieramente calificado** significa un paciente sin seguro o con seguro insuficiente con responsabilidad de pago que reúne los criterios de elegibilidad del Programa de Atención de Caridad o Pagos con Descuentos.
- D. **Nivel de Pobreza Federal (FPL)** significa la medida de ingresos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos emite anualmente en el Registro Federal bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. El FPL se basa en el tamaño e ingreso de la familia del paciente y los hospitales lo usan para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- E. **Hospital** significa el ZSFG, las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad, Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda, la División de Salud de la Población de la SFDPH y los Servicios de Salud del Comportamiento.
- F. **Paciente** se refiere a la persona a quien se prestaron los servicios o al garante, si son diferentes.
- G. **Garante** significa la persona o entidad que es financieramente responsable de pagar la cuenta de un paciente.
- H. **La familia del paciente** significa lo siguiente según la edad del paciente:
  - 1. Para personas mayores de 18 años, es el cónyuge, pareja doméstica, como se define en la Sección 297 del Código de Familia y los hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no.

2. Para personas menores de 18 años, son los padres, familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o el familiar cuidador.
- I. **Pago por cuenta propia** significa un paciente que no tiene cobertura de terceros de una aseguradora médica, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no califica para recibir indemnización a efectos del seguro de compensación a los trabajadores, de automóvil u otro seguro, como el hospital lo determine y documente. Los pacientes que pagan por cuenta propia pueden incluir pacientes de atención de caridad.
  - J. **Sin seguro** significa un paciente que no tiene una fuente de pago de terceros para ninguna porción de los gastos médicos del paciente, incluidos, entre otras, seguro comercial u otro privado, programas de beneficios de atención médica patrocinado por el gobierno o responsabilidad de terceros, e incluye un paciente cuyos beneficios bajo todas las fuentes posibles de pago se han agotado antes de una hospitalización o servicio prestado.
  - K. **Seguro insuficiente** significa un paciente que tiene una fuente de pago de terceros para una porción de los gastos médicos del paciente y la porción restante se aplica a la responsabilidad del paciente. Esto excluye a los pacientes con cobertura de Medi-Cal/Medicaid.

## VI. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA Y AVISOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. La política del hospital de proporcionar asistencia financiera a pacientes calificados que pagan por cuenta propia se brinda de varias maneras.
  - i. Los avisos se publican de forma clara y llamativa en lugares visibles al público en las salas de emergencia, salas de espera, salas de espera de atención de urgencia, salas de espera para pacientes ambulatorios, el vestíbulo principal del ZSFG Hospital y del vestíbulo del Centro de Acceso a la Salud del Comportamiento del ZSFG. También se publican en el sitio web del hospital en <https://zuckerbergsanfranciscogeneral.org/> con la solicitud del programa de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos disponible para descargar.
    - A. Las Políticas y Postulaciones de Asistencia Financiera (en inglés) se cargan cada dos años a partir del 1.º de enero de 2024 al sitio web del Programa de Facturación Justa del Hospital del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica de California (California Department of Health Care Access and Information, HCAI) que se encuentra en: (<https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-fair-pricing-policy-lookup/>).
    - B. La persona encargada de presentar estas políticas está debidamente autorizada para enviarlas.
    - C. Las políticas enviadas son copias verdaderas y correctas de las políticas del hospital.
  - ii. Los avisos escritos se entregarán en el momento del servicio en los Términos y condiciones de ingreso para casos episódicos, en la Guía del paciente de ZSFG para pacientes hospitalizados, en el Manual del beneficiario de Salud del Comportamiento, y como folletos en las clínicas ambulatorias. Estos avisos incluirán la siguiente información.

- A. La dirección de Internet de la Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>) y una declaración de que existen organizaciones que ayudarán al paciente a comprender el proceso de facturación y pago.
  - B. Información sobre Covered California.
  - C. Información de la elegibilidad presunta de Medi-Cal, si el hospital participa en el programa de elegibilidad presunta.
  - D. La dirección de Internet para obtener la lista de servicios del hospital que se pueden comprar, como lo exige la ley federal.
- B. El portal electrónico de salud MyChart brinda información sobre asistencia financiera, una herramienta de evaluación preliminar y permite que los pacientes envíen un mensaje en el portal al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes para solicitar asistencia financiera.
- C. Las declaraciones de facturación del paciente incluyen información sobre lo siguiente:
- i. Cómo obtener ayuda para facturar.
  - ii. Cómo solicitar una factura desglosada.
  - iii. Cómo pedir ayuda para presentar una solicitud de atención médica.
  - iv. Cómo obtener asistencia financiera. La declaración final de facturación del paciente también incluirá una solicitud para el programa de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos.
  - v. Cómo comunicarse con la Health Consumer Alliance en <https://healthconsumer.org/>, al (888) 804-3536, Bay Area Legal Aid en <https://baylegal.org/>, al (855) 693-7285.
  - vi. Las cuentas vencidas se asignan a la Oficina de Ingresos Morosos (Bureau of Delinquent Revenue, BDR) en la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos.

## **VII. ASISTENCIA Y PROGRAMAS DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA**

- A. Los Trabajadores de Elegibilidad de Acceso para Pacientes recopilan información demográfica, financiera y de seguros de los pacientes para determinar si el paciente tiene seguro que cubra los servicios, no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente con cobertura parcial. Se referirán a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente para programar una cita con el Departamento de Inscripciones de Acceso para Pacientes del ZSFG o de los Servicios de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services, BHS), o con el asesor financiero de la clínica en la que se prestan los servicios, si está disponible.
- B. Los asesores financieros de Acceso para Pacientes proporcionan evaluaciones de cobertura de atención médica y ayuda con la asistencia a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente en función del programa o paquete para el que se determine que el paciente reúne los requisitos preliminares.
- C. Los programas y paquetes pueden incluir lo siguiente:
  - i. Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).
  - ii. Programa de tratamiento del cáncer de mama y cervicouterino (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
  - iii. Servicios para Niños de California.

- iv. Programa de Compensación a Víctimas de California.
  - v. Cobertura de Salud de Gateway para la Salud y Prevención de Discapacidades en Niños.
  - vi. Covered California.
  - vii. Programa de Detección del Cáncer de mama y Cervicouterino de Every Woman Counts.
  - viii. Programa de Tratamiento, Atención, Acceso y Planificación Familiar.
  - ix. Medi-Cal que brinda seguro de salud gratuito o de bajo costo para residentes elegibles de California con ingresos limitados.
  - x. El Programa de Elegibilidad Presunta Hospitalaria de Medi-Cal que proporciona acceso inmediato temporal a servicios de Medi-Cal sin costo, mientras las personas solicitan una cobertura permanente de Medi-Cal.
  - xi. Programa Healthy San Francisco.
  - xii. Programa de Paquetes de Obstetricia para atención prenatal y partos en ZSFG.
  - xiii. Programa de Escala Proporcional del Departamento de Salud Pública.
  - xiv. Elegibilidad presunta de Medi-Cal para mujeres embarazadas.
  - xv. Programa de Paquetes VIP para la interrupción del embarazo.
- D. Cuando un asesor financiero de Acceso para Pacientes determina que un paciente no es elegible para un programa de atención médica o paquete para cubrir su servicio, referirá al paciente al Departamento de Asistencia Financiera al Paciente del ZSFG o los BHS para presentar una solicitud para los programas de asistencia financiera que podrían reducir su responsabilidad de pago de pago por cuenta propia.

### **VIII. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- A. Existen dos (2) programas de asistencia financiera disponibles, el Programa de Atención de Caridad y el de Descuento en los Pagos.
- B. Los pacientes pueden solicitar los Programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos, si se les ha cobrado la responsabilidad de pago, si el paciente ha cooperado para agotar todas las opciones disponibles de seguro, programa y responsabilidad de terceros para cubrir sus servicios facturados. Los ejemplos de cooperación del paciente incluyen, entre otros, los siguientes:
  - i. Los pacientes deben buscar y comunicarse con cualquier plan de seguro comercial o patrocinado por el empleador para asegurar el pago de sus servicios, incluidas las apelaciones.
  - ii. Los pacientes deben buscar todas las posibles responsabilidades de terceros y reclamaciones de compensación a los trabajadores, y notificar sobre cualquier acuerdo de pago.
  - iii. Los pacientes notificados para solicitar un programa del gobierno o paquete del hospital deben presentar una solicitud completa con los comprobantes requeridos para que esa entidad haga una determinación de elegibilidad.
  - iv. Los pacientes que reciban un cheque de pago directamente de su seguro por los servicios prestados por la Red de Salud de San Francisco están obligados a ceder esos pagos en su totalidad al Departamento de Contabilidad para Pacientes del ZSFG o los BHS, según corresponda.

- C. Los programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos no se pueden aplicar a los servicios que califican para paquetes o programas, como el paquete de obstetricia y maternidad, el de servicios VIP de aborto u otros programas de paquetes del hospital que se ofrezcan a los pacientes a una tarifa global con descuentos significativos por debajo de las tarifas del gobierno. Estos no deben estar sujetos a descuentos adicionales.
- D. Se realiza una sola solicitud para Programa de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos, pero tienen requisitos de elegibilidad distintos, como se describe en las siguientes secciones. Los pacientes deben presentar una solicitud completa y toda la información de verificación requerida.
  - i. Se debe presentar una solicitud completa al Departamento de Asistencia Financiera para Pacientes dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio.
  - ii. Las solicitudes con fechas de servicios que superen los 12 meses están sujetas a la aprobación del departamento.
  - iii. Los comprobantes exigidos por cada programa deben presentarse en un plazo de 30 días a partir del inicio de la solicitud.
- E. Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Asistencia Financiera para Pacientes para obtener ayuda de las siguientes formas:
  - i. Llamando al Departamento de Asistencia Financiera para Pacientes del ZSFG al (628) 206-3275, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:30 a. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
  - ii. Llamando al Departamento de Servicios al Miembro de los BHS al (888) 246-3333.
  - iii. Enviando un mensaje en la sección para solicitar asistencia financiera en la cuenta del portal para pacientes MyChart.
- F. Las solicitudes se envían por correo postal a la siguiente dirección:
  - 1. Para el ZSFG:
    - Zuckerberg San Francisco General Hospital
    - Patient Financial Assistance Department
    - 1001 Potrero Ave, Building 20
    - San Francisco, CA 94110
  - 2. Para los BHS:
    - BHS Member Services Department
    - 1360 Mission St, 2<sup>nd</sup> Fl
    - San Francisco, CA 94103

## **IX. PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD**

### **A. Requisitos de elegibilidad**

- i. El ingreso familiar del paciente no debe exceder el 500 % del nivel de pobreza federal.
- ii. Los bienes calificados de la familia del paciente no pueden exceder los \$250.00 al momento del servicio. Para calcular los bienes calificados, los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los bienes monetarios de un paciente no deberán tomarse en cuenta para determinar su elegibilidad, ni el 50 por ciento de los bienes monetarios de un paciente que superen los primeros diez mil dólares (\$10,000).

## **B. Comprobante de ingresos**

- i. Los pacientes deben proporcionar los comprobantes de pago de los tres (3) meses más recientes antes de la fecha de solicitud o completar la declaración de impuestos del año más reciente para todas las fuentes de ingresos.
- ii. Esto es obligatorio para todos los miembros calificados del hogar.
- iii. Los pacientes con visa de estudiante pueden presentar el formulario I-20 como comprobante.
- iv. Los pacientes sin una fuente de ingreso comprobable y aceptada se considerarán no elegibles.
- v. Los pacientes activos en un programa del condado o del estado que no cubra las fechas de servicio que se facturan pueden sustituir su comprobante de ingresos para reunir los requisitos para un programa de asistencia financiera de la siguiente manera:
  1. Los pacientes confirmados con Medi-Cal activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la elegibilidad actual en el programa Medi-Cal.
  2. Los pacientes confirmados con Healthy San Francisco activo pueden reemplazar el comprobante de ingreso con la inscripción actual en Healthy San Francisco.
  3. Los pacientes confirmados con un Programa de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services Program, CMSP) activo pueden reemplazar el ingreso y los bienes con la elegibilidad actual en el programa de CMSP.
- vi. La información que los pacientes presenten para comprobar la elegibilidad de los ingresos no se utilizará para actividades de cobranza.

## **C. Comprobante de bienes**

- i. El paciente debe proporcionar comprobante de bienes líquidos para todas las fuentes de bienes aplicables, incluidos los estados de cuenta bancarios o de corretaje de los últimos tres (3) meses a partir de la fecha de la solicitud. Esto es obligatorio para todos los miembros calificados del hogar.
- ii. Los bienes considerados para la elegibilidad incluyen efectivo, cuentas de cheques, cuentas de ahorros, fondos del mercado monetario, certificados de depósito, propiedades de bienes raíces que generan ingresos o que no son la residencia principal, anualidades, acciones, bonos y fondos de inversión. Los bienes que no se consideran incluyen declaraciones de planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código de Impuestos Internos, o planes de compensación diferida no calificados.
  - i. La información que los pacientes presenten para comprobar los bienes no se utilizará para actividades de cobranza.
  - ii. Se determinará que las solicitudes que no tengan comprobantes de bienes no son elegibles para el programa de Atención de Caridad y únicamente se tomarán en cuenta para el Programa de Descuento en los Pagos.



**X. PROGRAMA DE DESCUENTO EN LOS PAGOS**

**A. Requisitos de elegibilidad**

- i. Los pacientes que no reúnan los requisitos del programa de Cuidados Caritativos debido a un exceso de ingresos, un exceso de bienes calificados o la imposibilidad de proporcionar un comprobante de los bienes calificados serán evaluados para el programa de Descuento en los Pagos.
- ii. No hay un límite del nivel de pobreza federal (FPL) o prueba de bienes para calificar.
- iii. El FPL familiar del paciente se calcula para determinar el descuento que se aplicará.
- iv. Los pacientes tienen derecho a recibir una tarifa reducida del hospital si cooperan plenamente con la verificación de la cobertura de responsabilidad de terceros, de la que se habla en la Sección VI.E, más arriba.

**B. Comprobante de ingresos**

- i. Los pacientes deben proporcionar los comprobantes de pago de los tres (3) meses más recientes antes de la fecha de solicitud o completar la declaración de impuestos del año más reciente para todas las fuentes de ingresos. Esto es obligatorio para todos los miembros calificados del hogar.
- ii. Los pacientes sin una fuente de ingreso comprobable y aceptada se considerarán no elegibles.
- iii. Los pacientes activos en un programa del condado o del estado que no cubra las fechas de servicio que se facturan pueden sustituir su comprobante de ingresos para reunir los requisitos para un programa de asistencia financiera de la siguiente manera:
  - a. Los pacientes confirmados con Medi-Cal activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la elegibilidad actual en el programa Medi-Cal.
  - b. Los pacientes confirmados con Healthy San Francisco activo pueden reemplazar el comprobante de ingreso con la inscripción actual en Healthy San Francisco.
  - c. Los pacientes confirmados con un Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) activo pueden reemplazar el ingreso y los bienes con la elegibilidad actual en el programa de CMSP.
  - d. La información que los pacientes presenten para comprobar la elegibilidad de los ingresos no se utilizará para actividades de cobranza.

**XI. DECISIONES SOBRE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**A. Aprobaciones**

- i. Se notificará a los pacientes por escrito si se aprueba el monto final del saldo de su cuenta después de que se aplique el descuento.
- ii. A los pacientes se les facturará la responsabilidad del pago con descuento si queda saldo después de aplicar el descuento.

**B. Denegación**

- i. En caso de denegación, se notificará por escrito al paciente el motivo.
- ii. Se seguirá cobrando a los pacientes la responsabilidad de pago original de sus cuentas.

## **XII. PROCESO DE REVISIÓN DE APELACIONES**

- A. Los pacientes pueden solicitar una apelación de la decisión de su elegibilidad para el programa de Atención de Caridad o Descuento en los Pagos por escrito con el motivo de la apelación y los comprobantes de apoyo que respalden el motivo de la apelación en un plazo de 15 días hábiles a partir de la recepción de una decisión sobre la solicitud.
- B. Las apelaciones se deben enviar por correo postal a las siguientes direcciones:  
Para el ZSFG:  
Zuckerberg San Francisco General Hospital  
1001 Potrero Ave, Ward 15  
San Francisco, CA 94110  
Attention: Jenine Smith, Patient Access Manager  
Para los BHS:  
BHS Member Services Department  
1360 Mission, 2<sup>nd</sup> Floor  
San Francisco, CA 94103
- C. El motivo de la apelación y los comprobantes de sustento se revisarán de acuerdo con los requisitos de elegibilidad de cada programa. Es posible que se requiera información o comprobantes adicionales.
- D. Se notificará por escrito de la decisión de la apelación a los pacientes.

## **XIII. RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

- A. A los pacientes se les atribuye una responsabilidad de pago por cuenta propia por cualquier parte de su responsabilidad de pago.
- B. Puede aplicarse un límite máximo a los pacientes no excluidos. Los siguientes pacientes están excluidos y se les cobrará la totalidad de su responsabilidad de pago:
  - i. Pacientes que no vivan en los Estados Unidos.
  - ii. Pacientes que tengan servicios cubiertos por el seguro de compensación a los trabajadores o de responsabilidad de terceros.
  - iii. Pacientes con cuentas asignadas a la Oficina de Ingresos Morosos.
  - iv. Servicios elegibles para obtener el paquete de obstetricia o paquete VIP.
  - v. Pacientes que hayan recibido un pago directo de su seguro por los servicios y no hayan entregado el pago a la Red de Salud de San Francisco.
  - vi. Pacientes cuyas cuentas han sido contratadas de forma externa al contratista Health Advocates del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) para la elegibilidad y asistencia en la recuperación del seguro.

## **XIV. PLANES DE PAGO**

- A. Los planes de pago están disponibles en el Departamento de Servicios al Cliente de Contabilidad para Pacientes del ZSFG, Departamento de Servicios al Miembro de los BHS o en la Oficina de Ingresos Morosos (BDR) en la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco, dependiendo de la entidad en la que se encuentre la cuenta y de los términos del plan de pago.

- B. Los pacientes pueden solicitar un plan de pago al Departamento de Contabilidad para Pacientes del ZSFG o al Departamento de Servicios al Miembro de los BHS si las cuentas no se han asignado a la BDR y el plan de pagos cumple los siguientes parámetros:
- Los pagos mensuales deben ser de un mínimo de veinte dólares (\$20.00).
  - La duración del plan de pago no podrá exceder los doce (12) meses naturales.
- C. El plan de pago con el Servicio al Cliente puede establecerse de las siguientes maneras:
- Los pacientes pueden crear su propio plan de pago en su portal de pacientes MyChart.
  - Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio al Cliente para que les ayuden a crear un plan de pago de las siguientes formas:
    - Enviando un mensaje en su cuenta del portal del paciente MyChart.
    - Enviando un correo electrónico:
      - Para el ZSFG: [SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org](mailto:SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org)
      - Para los BHS: [BHSMemberServices@sfdph.org](mailto:BHSMemberServices@sfdph.org)
    - Por teléfono:
      - Para el ZSFG: (628) 206-8448, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:30 a. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
      - Para los BHS: (888) 246-3333.
- D. Los pacientes con planes de pago atrasados recibirán estados de cuenta en los que se les notificarán los pagos atrasados y les indicarán que realicen un pago para poner su cuenta al día.
- E. Los pacientes pueden comunicarse con la Oficina de Servicio al Cliente para solicitar una renegociación del plan de pago si cumple los requisitos del departamento.
- F. Las cuentas de los pacientes que soliciten un plan de pago inicial o mediante renegociación que sea inferior a veinte dólares (\$20) al mes o que supere los doce (12) meses naturales serán asignadas al BDR para recibir asistencia. Consulte las Políticas y Procedimientos de Cobro de Deudas del Hospital General Zuckerberg de San Francisco de la Oficina de Ingresos Morosos de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco.

#### REFERENCIAS:

- Proyecto de Ley de Asamblea 1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa de 2022.
- Proyecto de Ley de Asamblea 532 Políticas de Facturación Justa de Atención Médica de 2021.
- Grupo de Práctica Clínica de UCSF, Servicios Comerciales con nombre comercial Grupo Médico de SFGH, Política y Procedimiento Garante/AB1020.
- Políticas y Procedimientos de Cobro de Deudas del Hospital General Zuckerberg de San Francisco de la Oficina de Ingresos Morosos de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco.
- Proyecto de Ley del Senado 1276 Atención Médica: Políticas de Facturación Justas de 2014.
- Proyecto de Ley de Asamblea 774 Hospitales: Políticas de Precios Justos de 2007.



---

**CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO  
OFICINA DE INGRESOS MOROSOS EN LA OFICINA  
DEL TESORERO Y RECAUDADOR DE IMPUESTOS**

**HOSPITAL GENERAL ZUCKERBERG DE  
SAN FRANCISCO Y HOSPITAL LAGUNA HONDA  
POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL COBRO DE DEUDAS**

---

# Índice

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Información general de cobranza de deudas del hospital</b> .....	3
<b>Asignación a cobranzas</b> .....	3
<b>I. Flujo de trabajo de inicio de cobros</b> .....	3
<b>Proceso de cobros</b> .....	4
<b>II. Acuerdos de pago</b> .....	4
<b>Programas de Caridad o Descuento del Hospital</b> .....	5
<b>Seguro médico Medicare, Medi-Cal y privado</b> .....	5
<b>III. Requisitos para facturar al seguro médico</b> .....	5
.....	6
.....	6
.....	6
.....	6
<b>Cobros escalonados: Acción legal</b> .....	7
<b>IV. Acción de reclamaciones menores</b> .....	7
<b>V. Acción civil</b> .....	7
<b>Agencias de cobranzas suplementarias</b> .....	8
<b>VI. Servicios de cobro a terceros</b> .....	8
<b>Reembolsos</b> .....	9
<b>VII. Reembolsos de agencias de cobranza</b> .....	9
<b>Reclamaciones de acreedores testamentarios</b> .....	9
<b>VIII. Caso testamentario no presentado</b> .....	10
.....	10
.....	10
.....	10
<b>Bancarrota</b> .....	10
<b>IX. Capítulo de bancarrota presentado</b> .....	10
<b>Embargos de la Junta de Apelación de reembolsos médicos y seguro de compensación a los trabajadores</b> .....	11
<b>X. Tipos de reclamaciones</b> .....	11
<b>XI. Tipos de embargos presentados</b> .....	12
<b>XII. Indemnización no concedida</b> .....	12

# Introducción

La Oficina de Ingresos Morosos (Bureau of Delinquent Revenue, BDR), una división de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos (Treasurer & Tax Collector, TTX) de San Francisco, es la agencia oficial de cobro de la Ciudad y el Condado de San Francisco (la Ciudad) y está autorizada para cobrar pagos y cuentas morosos y pendientes que tengan al menos 90 días de atraso. La BDR cobra la deuda en nombre del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH), el Hospital General Zuckerberg de San Francisco (Zuckerberg San Francisco General Hospital, ZSFGH) y el Hospital Laguna Honda (Laguna Honda Hospital, LHH). El ZSFGH y el LHH son hospitales generales de cuidados agudos con licencia de conformidad con la Sección [§1250 del Código de Salud y Seguridad] (cada uno, un hospital).

## Información general de cobranza de deudas del hospital

Este documento describe el flujo de trabajo general y los procedimientos de cobro para gestionar las cuentas médicas que se remiten a la Oficina de Ingresos Morosos. La BDR cuenta con un equipo de funcionarios y dos supervisores de cobranza que gestionan el proceso diario de los cobros de morosos de atención médica que el hospital remitente le asigna. Todo el personal de la BDR debe completar un proceso anual de pruebas y certificación para mantener el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y las políticas de confidencialidad. La BDR contrata a agencias de cobranza externas para que le ayuden en el proceso de cobro una vez que la BDR ha agotado sus propios esfuerzos de cobro. Las agencias de cobranza externas también cumplen la HIPAA.

La BDR no hará ninguna acción de cobro hasta pasados 180 días a partir de la fecha en que el Hospital generó una factura para el paciente por primera vez. La BDR sigue todas las pautas del ZSFGH para los Programas de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos consistentes con las disposiciones de los Proyectos de Ley de Asamblea n.º 774 (AB774) y 1020 (AB1020), Política de Descuento en los Pagos y de Atención de Caridad del DPH, el Programa de Escala Proporcional del Condado de San Francisco y la Política CAP. La BDR y sus agencias de cobranza contratadas no realizan cobros activos más allá del estatuto de limitaciones de conformidad con (§ 345 de la Política de Atención de Caridad [Charity Care Policy, CCP]), que es de 4 años a partir de la fecha de servicio o del último día de pago en los acuerdos de planes de pago. Además, el Hospital, la BDR y las agencias de cobranza no comunican información adversa a las agencias de informes de crédito. Aunque somos una agencia de cobro de primera parte, nos adherimos a las pautas de la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act, FDCPA) y todas las regulaciones locales, estatales y federales.

## Asignación a cobranzas

La primera semana de cada mes, el Hospital envía las cuentas que cumplen los requisitos para ser asignadas a cobranza. En estas cuentas:

- Han pasado 181 días o más desde la fecha en que inicialmente se facturó los servicios hospitalarios al paciente.
- Solo contienen saldos que son responsabilidad del paciente (es decir, copagos, coseguros y deducibles sin pagar).
- El aviso final del Hospital está disponible para ser incluido con la notificación inicial enviada por la BDR.

Como parte de nuestro control de calidad, las cuentas se asignan a una mesa de “proceso previo a cobranzas” donde se evalúan las cuentas para garantizar que el proceso de cobro no se inicie antes de 181 días a partir de la fecha de la primera factura en el archivo de asignación.

### I. Flujo de trabajo del inicio de cobros

El proceso de cobro de la BDR está diseñado para gestionar la totalidad del ciclo de vida del cobro de deudas. Nuestro personal de cobranza se capacita exhaustiva y regularmente para atender y servir con tacto y profesionalidad a los pacientes durante su labor de cobro, gestionar pacientes escalados, rastreo, realizar evaluaciones de capacidad de pago, bancarrota, sucesiones y acciones legales.

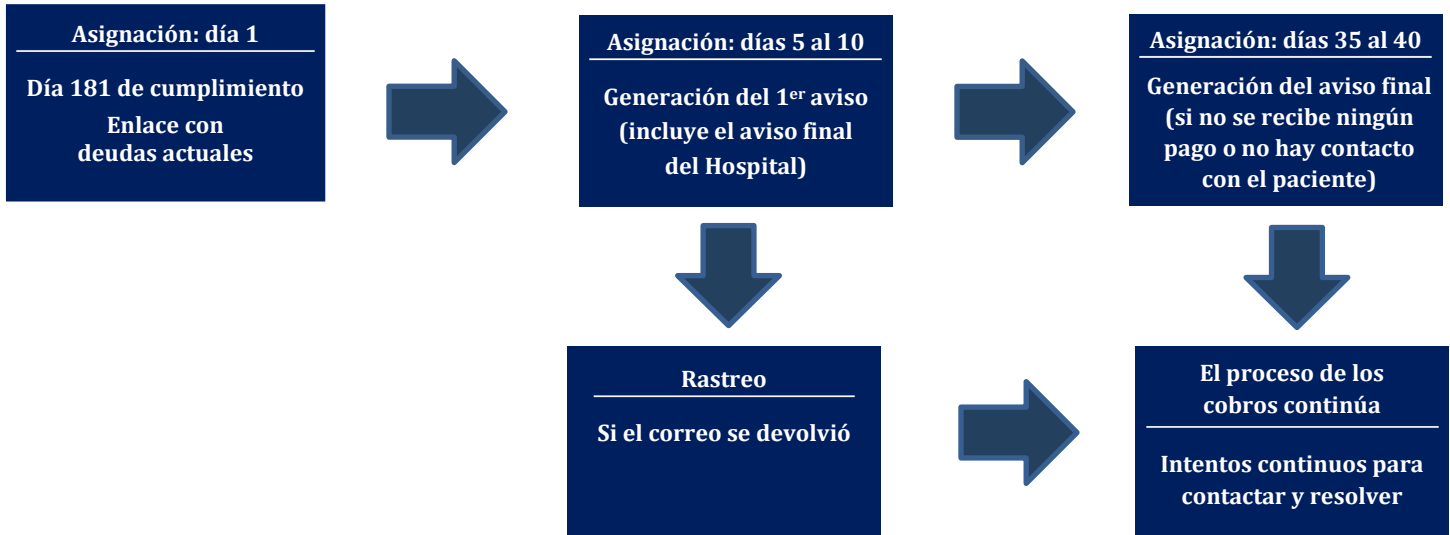
**Ia. Campañas de asignación de cuentas:** todas las cuentas impagas se cargan en nuestro software de cobros y se les asigna un identificador que las designa como cuenta del Hospital. El sistema asigna la cuenta al inventario de un cobrador y vincula las cuentas recién asignadas con otras obligaciones preexistentes en nuestro sistema para ese paciente. A partir de aquí, la cuenta pasa al “Proceso de acercamiento”.

**Ib. Proceso general de acercamiento:** las cuentas se colocan en una fila para que el personal inicie el acercamiento. La BDR envía al paciente un aviso inicial de cobro con una copia del aviso final original enviado por el Hospital, de conformidad con la Sección 127425(e) del Código de Salud y Seguridad de California. En el aviso inicial de cobro de la BDR se indicará que la BDR esperará al menos 180 días desde la fecha en que se facturó inicialmente al paciente el servicio del hospital antes de presentar una demanda y que la BDR no comunicará la información adversa a una agencia de informes de crédito. Al paciente se le otorga un plazo de 30 días para responder, lo que puede consistir en una solicitud de validación de la deuda, el pago íntegro del saldo, la solicitud para llegar a un

acuerdo de plan de pagos o la discusión de otras opciones de resolución. Si se recibe una solicitud de validación, se proporciona al paciente una declaración detallada o un formulario de Condiciones de Admisión firmado, si está disponible.

Si el paciente no responde o no se llega a un acuerdo para resolver la cuenta (es decir, un acuerdo de plan de pago a plazos), se enviará un aviso final al paciente. Simultáneamente, también se intentará la comunicación por correo electrónico y teléfono. Si en algún momento recibimos correo devuelto por no poder entregarse, nuestro personal realizará un rastreo completo de omisiones para localizar la información de contacto del paciente. Si no logramos tener contacto con el paciente, se seguirán haciendo esfuerzos para hacer avanzar la cuenta al siguiente paso en el proceso de cobro.

### Información general del inicio de cobros y del acercamiento



### Proceso de cobros

Nuestro proceso de cobro incluye otras técnicas de cobro comunes, incluida la marcación automática, el rastreo, establecer acuerdos de pago y acciones legales. Además, presentamos pruebas de reclamación en casos de bancarrota, reclamaciones de acreedores en casos de sucesiones, acciones de reclamaciones menores y cobros relacionados posteriores al juicio y embargos en casos de reclamaciones de terceros. También se puede evaluar a los pacientes para los mismos programas de caridad y descuentos que ofrece el hospital.

#### II. Acuerdos de pago

Después de concretar el contacto con el paciente, la BDR solicita el pago inmediato del saldo total. Para los pacientes que no pueden pagar el saldo total, los cobradores están capacitados para buscar información y determinar si se puede llegar a un acuerdo de pago.

**Ila. Evaluaciones de la capacidad de pago:** se entrevista al paciente sobre su situación financiera. El cobrador pedirá al paciente que complete el formulario de Verificación financiera. El paciente debe proporcionar documentación de apoyo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contacto. Una vez que se complete toda la documentación, el cobrador finalizará la evaluación de la capacidad de pago. Si se aprueba, los cobradores negociarán un acuerdo de pago que se ajuste a la situación del paciente.

**Iib. Reserva del acuerdo de pago:** el paciente debe firmar un acuerdo de plan de pago para iniciar el último paso para establecer el acuerdo. El paciente recibe un aviso mensual como recordatorio que se envía 15 días antes de que venza el próximo pago del acuerdo. En caso de incumplimiento, el paciente tendrá la oportunidad de subsanarlo y reanudar el acuerdo.

## Acuerdo de pago: cronograma general del acercamiento

Días del evento	Acción	Desencadenante	Nombre del aviso	Descripción del aviso
1	Plan de pago activado	Acuerdo firmado	Carta PP	Confirmación del acuerdo
15 días antes de la fecha de vencimiento	Enviar aviso de recordatorio		Carta MBS	Estado de cuenta mensual
30	El pago está vencido			
30 días después de la fecha de vencimiento (día 60)	Enviar aviso PP de recordatorio	No se recibió el pago	Carta PP de recordatorio	Pagos no efectuados
90	Enviar aviso de incumplimiento	No se recibió el pago	Carta PP de incumplimiento	Aviso de cancelación PP de 30 días
105	Llamada o correo electrónico de cortesía	No se recibió el pago		

Los acuerdos de pago de las cuentas de atención médica no tienen intereses. El acuerdo puede ajustarse en función de los cambios que se produzcan en las circunstancias económicas del paciente, como que éste experimente una pérdida de ingresos o que se haya identificado una fuente de pago diferente (es decir, un seguro o que el paciente haya presentado una reclamación contra un tercero).

### Programas de Caridad o Descuento del Hospital

Como parte de nuestro proceso de cobro, la BDR seleccionará a los pacientes para los programas de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos ofrecidos por el DPH. Nuestros cobradores revisarán el sistema de cobranza del Hospital para obtener actualizaciones sobre el estado de la factura. Si el paciente se vuelve elegible para uno de estos programas, la BDR también aplicará ese ajuste a la cuenta, para que al paciente le cobren de manera apropiada. Después de comunicarse con el paciente, los cobradores incluirán los programas de Atención de Caridad o Descuento en los Pagos del DPH como parte de la evaluación de la capacidad de pago. La BDR o sus proveedores de las agencias de cobranzas no usarán la información financiera obtenida para esta evaluación para fines de cobro de deudas. La BDR evaluará a los pacientes para las siguientes políticas de reducción de saldo o programas de asistencia financiera:

- Política de facturación CAP (Política CAP).
- Programa de Atención de Caridad o de Descuento en los Pagos del DPH.
- Programa de Escala Proporcional del Condado de San Francisco (Escala proporcional).

Para obtener información sobre los requisitos específicos para estos programas, consulte las Políticas y Procedimientos del Programa de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos del DPH.

### Seguro médico Medicare, Medi-Cal y privado.

Si el Hospital descubre información del seguro médico, o el paciente la proporciona, la BDR puede poner la cuenta en espera y coordinar con el Hospital para presentar una reclamación al seguro para el pago. Los cobradores están capacitados en facturación de seguros de atención médica y trabajarán con el paciente para obtener la información necesaria para que el Hospital presente la factura al seguro del paciente (o al seguro de un tercero: consulte la sección Reclamaciones a terceros). Si el seguro del paciente pagará la factura, la BDR únicamente buscará el monto que se determine es responsabilidad del paciente (es decir, copago, deducible, coseguro, costo compartido).

#### III. Requisitos para facturar al seguro médico

Para facturar al seguro médico de un paciente, el paciente debe presentar una prueba de cobertura para el periodo del servicio y de que el seguro del paciente cubrirá el tipo de servicios médicos que recibió. Si la factura está dentro del periodo de presentación oportuna, que varía según el seguro o el tipo de plan, el cobrador obtendrá los documentos necesarios para proporcionarlos al Hospital para que se presente una reclamación. Si el paciente proporciona información del seguro médico después de que haya pasado el periodo de presentación oportuna, debe presentar una confirmación por escrito de su seguro médico indicando que aceptarán y procesarán la reclamación después del periodo de presentación oportuna. En la mayoría de las circunstancias, necesitamos que el paciente proporcione uno o más de los siguientes documentos:

- Copia de la tarjeta del seguro médico



- Documento de beneficios que muestre el periodo y tipo de cobertura.
- Cuando corresponda, carta del seguro para confirmar que aceptarán una reclamación después del periodo oportuno de presentación.

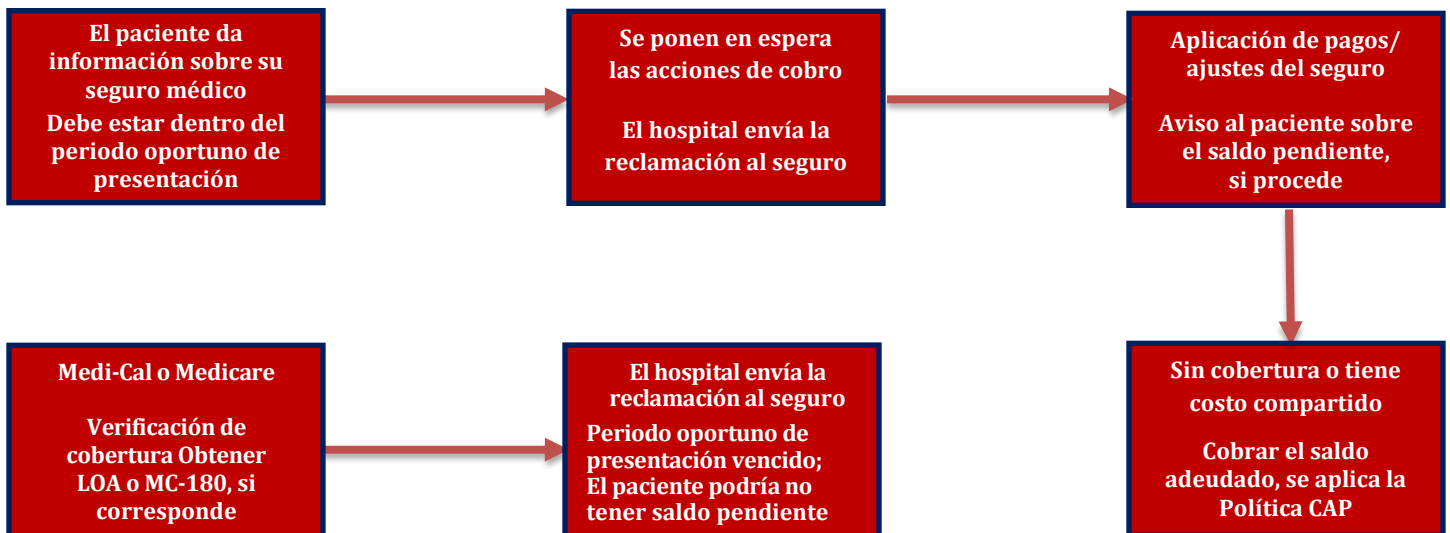
Si el paciente no puede proporcionar prueba de cobertura o si brinda información del seguro después del periodo de presentación oportuna, se le cobrará al paciente el monto total de los servicios recibidos. De acuerdo con esta circunstancia, el paciente no es elegible para recibir una reducción de saldo según la Política CAP, los Programas de Escala Proporcional, de Descuento en los Pagos o el de Atención de Caridad del DPH. Si el paciente está trabajando con su seguro médico para asegurar la cobertura, el cobrador puede otorgarle tiempo adicional y proporcionarle una copia de los estados de cuenta desglosados para ayudarle a obtener el pago del seguro del paciente.

**IIIa. Medi-Cal:** si el paciente es beneficiario de Medi-Cal, la BDR o el Hospital pueden verificar la cobertura durante el periodo de servicio hasta 1 año después de la fecha del servicio. Si la factura aún se encuentra dentro del periodo de presentación oportuna, la BDR se coordinará con el Hospital para presentar una reclamación a Medi-Cal. Si el tipo de cobertura incluye los servicios recibidos, pero el paciente se encuentra fuera del periodo oportuno de presentación o del año para que podamos comprobarlo, pediremos que el paciente presente una carta de autorización (o formulario MC-180) que confirme la cobertura del periodo. En función del tipo de cobertura, es posible que el paciente no tenga que pagar la parte del costo de su bolsillo y que la factura se anule.

**IIIb. Medicare:** si el paciente tiene Medicare y la factura aún se encuentra dentro del periodo de presentación oportuna, la BDR se coordinará con el Hospital para presentar un reclamo por el pago. Si el tipo de cobertura incluye los servicios recibidos, pero el paciente se encuentra fuera del periodo oportuno de presentación, pediremos al paciente que muestre una prueba de cobertura que debe incluir el tipo de Medicare y el periodo de cobertura. Si la cobertura se comprueba, es posible que el paciente no tenga que pagar la parte del costo de su bolsillo y que la factura se anule.

**IIIc. Lesiones y Cobertura Relacionadas con el Trabajo:** si el paciente indica que el tratamiento se relaciona con una lesión ocurrida mientras realizaba su trabajo y que el empleador del paciente está obligado a cubrir el tratamiento, pediremos que el paciente proporcione la información del seguro de compensación a los trabajadores. La BDR se coordinará para presentar el reclamo al seguro de compensación a los trabajadores. Si el seguro aprueba el pago de la reclamación, el paciente únicamente deberá pagar su parte del costo, si corresponde. Si la reclamación se rechaza (es decir, se determina que la atención recibida no está relacionada con una lesión laboral), al paciente se le cobrará el monto máximo establecido por la Política CAP del DPH.

#### Cobros del seguro médico: flujo de trabajo general de cobros



## Cobros escalonados: Acción legal

Si, transcurridos 180 días desde el inicio del cobro, el paciente no ha respondido a los intentos de cobro de la BDR o la deuda no se ha resuelto, la BDR comenzará a evaluar al paciente en busca de otras opciones para recuperar la deuda. La BDR realiza una investigación exhaustiva para identificar ingresos, bienes raíces y otros bienes financieros. Si los resultados muestran que el mejor curso de acción es obtener una sentencia, como que un paciente que no responde tenga medios suficientes para pagar o posea bienes con posibilidades de pago, la BDR puede presentar una reclamación ante un tribunal de reclamaciones menores o, si el monto adeudado es sustancial, una demanda civil. La BDR también puede emprender acciones legales en otras circunstancias, como garantizar la deuda con una sentencia antes de que se supere el plazo de prescripción.

### IV. Acción de reclamaciones menores

El personal de cobros de la BDR está capacitado para presentar demandas en los tribunales de reclamaciones menores. Antes de presentar la demanda, la BDR envía una carta de demanda final al paciente que indica claramente nuestra intención de presentar una demanda, lo que le ofrece al paciente una última oportunidad para contactar a la BDR y resolver la factura sin pagar. Si el paciente no paga ni responde a la demanda final, el cobrador asignado presentará la demanda, coordinará que se notifique al paciente dentro del plazo establecido por el tribunal y buscará activamente una sentencia en la audiencia (tanto para casos impugnados, como no impugnados). La reclamación presentada por la BDR alegará cada uno de los elementos de la Sección 1788.185 del Código Civil.

**IVa. Audiencia de caso:** para los casos impugnados, el cobrador se reunirá con el paciente y aún podrá aceptar un acuerdo de pago en ese momento, o aún se podrá evaluar su elegibilidad para los programas de Atención de Caridad o de Descuento en los Pagos del DPH. El paciente deberá pagar los costos del notificador profesional además del saldo adeudado en la factura. Cualquier acuerdo realizado entre el cobrador y el paciente se registra en los archivos del tribunal, con la intención de obtener una sentencia en caso de que el paciente incumpla los acuerdos de pago o no cumpla los requisitos para la revisión de los programas de Atención de Caridad o de Descuento en los Pagos del DPH. El cobrador asistirá a las audiencias de informes de progreso para proporcionar actualizaciones al tribunal.

**IVb. Cobros posteriores al juicio:** en caso de que la BDR obtenga una sentencia, después del periodo de apelación y cuando la sentencia sea definitiva, el cobrador comenzará a implementar los esfuerzos de cobro posteriores al juicio. Estos esfuerzos incluyen la presentación y registro de un Resumen de sentencia, embargo de salarios, embargos bancarios, órdenes de examen, interceptación de reembolsos de impuestos o ganancias de lotería, y otras opciones de recuperación de cumplimiento de sentencias permitidas por la ley. El paciente aún puede hacer arreglos de pago después de que se otorgue la sentencia. Si se aprueba un acuerdo de pago, los esfuerzos de cobro posteriores al juicio se suspenden. Los fallos devengan intereses a la tasa legalmente permitida y son cobrables durante 10 años. Si la sentencia no se ha cumplido, la BDR renovará la sentencia hasta el máximo de 30 años. Una vez satisfecha la sentencia, la BDR archivará la satisfacción de la sentencia y entregará una copia al paciente.

### V. Acción civil

Para cuentas con saldos altos donde el paciente no ha pagado la factura, la BDR puede remitir estas cuentas a la Sección Legal de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos para una revisión de demanda civil. Las cuentas más comunes que podrían calificar a este nivel de cobros escalonados son los casos en los que el seguro médico del paciente envía el pago directamente al paciente, y éste opta por no enviar el pago al Hospital (Conversión). Antes de presentar la demanda, se envía una solicitud de pago para brindar al paciente una última oportunidad de hacer arreglos para resolver la factura. La reclamación presentada por la Sección Legal del TTX alegará cada uno de los elementos de la Sección 1788.185 del Código Civil. Los costos legales de la demanda se incluirán en la sentencia y se cobrarán al paciente. Si se obtiene una sentencia civil, la BDR implementará acciones de ejecución posteriores al juicio para recuperar la deuda.

## Cobros escalonados: Flujo de trabajo general de la acción legal



### Agencias de cobranzas suplementarias

Debido al gran volumen de cuentas en su inventario, la BDR contrata agencias de cobranza externas que tienen experiencia en el cobro de deudas municipales, incluidos los servicios de atención médica de hospitales del condado. Para cuentas de bajo valor o donde la BDR ha agotado los esfuerzos de cobro, podemos asignar cuentas a estas agencias para esfuerzos de cobro suplementarios. Las agencias también se adhieren a los requisitos y especificaciones establecidos por el alcance del trabajo en el contrato al administrar sus servicios de cobro, y únicamente cobran cuentas mientras están dentro del plazo de prescripción. Como parte de los requisitos para el manejo de las cuentas que les remitimos, las agencias no informan a las agencias de crédito sobre las cuentas.

#### VI. Servicios de cobro a terceros

Dado que la BDR es la agencia oficial de cobranza para la Ciudad y el Condado de San Francisco y es una agencia de primera parte, las agencias de cobranza contratadas son secundarias con respecto a las asignaciones que la BDR les asigna y proporcionan servicios de cobro suplementarios. Como parte de sus acuerdos con las agencias de cobranza, la BDR requiere que las agencias de cobranza se adhieran a esta política y procedimiento para el cobro de deudas del Hospital. Estos servicios incluyen el rastreo de deudores, investigación de activos, acercamiento estándar de cobranzas como el envío de avisos, realización de llamadas de cobro, envío masivo de correos electrónicos y mensajes de texto, y presentación de demandas, cuando sea apropiado. Cuando gestionan las cuentas de atención médica y el acercamiento, en concreto los avisos, la priorización de los reembolsos por sobrepagos y el establecimiento de acuerdos de pago, las agencias de cobranza siguen el mismo proceso que la BDR descrito en la sección II más arriba. Las agencias de cobranza también se coordinan con la BDR para cobrar al seguro médico del paciente en caso de que obtengan información suficiente para presentar una reclamación al seguro del paciente. En caso de que las agencias consideren que presentar una demanda es lo mejor y lo más apropiado para recuperar la deuda, obtendrán la aprobación de la BDR antes de proceder.

**Via. Acercamiento de la cuenta de atención médica:** después de asignar las cuentas a las agencias de cobranza, quedan en espera hasta que se reciba una copia del aviso final del Hospital. Una vez recibida esa copia, la agencia combinará el aviso final del Hospital con el primero que se enviará al paciente. La agencia de cobranza otorga 30 días al paciente para solicitar la validación de la deuda. En el caso de las solicitudes de validación, las agencias de cobranza se coordinan con la BDR para obtener los documentos necesarios que se proporcionarán al paciente.

**Vib. Acuerdos de pago:** en el caso de las cuentas de atención médica, las agencias de cobranza ofrecen acuerdos de pago para ayudar a los pacientes a resolver su cuenta morosa. En caso de incumplimiento, las agencias darán al paciente la oportunidad de mantener el acuerdo subsanando el incumplimiento. Las agencias enviarán un aviso o llamarán por teléfono al paciente para intentar que pague la cantidad impagada. Si el paciente no ha resuelto el impago en un plazo de 90 días, la agencia cancelará el acuerdo de pago y perseguirá la recuperación del saldo total. En algunos casos, las agencias pueden liquidar el saldo adeudado con el paciente, con la aprobación de la BDR.

**VIc. Reembolsos:** consulte la sección Reembolsos de la BDR, a continuación, para conocer los procedimientos de manejo.

### Reembolsos

Si el paciente pagó de más en su cuenta, la BDR emitirá un reembolso en un plazo de 30 días a partir de la fecha del sobrepago, si el paciente no tiene ningún otro saldo pendiente. El cobrador realizará una revisión exhaustiva del sistema de cobro de la BDR para confirmar que no hay otros saldos pendientes. Si el paciente tiene un saldo adeudado en otra cuenta, el sobrepago se aplicará primero a esa cuenta. Si el paciente aún debe un monto pendiente después de que se haya aplicado el sobrepago, no se emitirá ningún reembolso. Todos los resultados de la revisión del reembolso se registran en el sistema de cobro de la BDR. Si el paciente no tiene otros saldos pendientes, el cobrador completará el formulario de solicitud de reembolso, proporcionará los documentos de sustento necesarios, obtendrá la aprobación del supervisor y, a continuación, presentará la solicitud aprobada a la Unidad de Apoyo a las Cuentas de la BDR.

### VII. Reembolsos de agencias de cobranza

Las agencias de cobro aplicarán primero los sobrepagos a cualquier otro saldo pendiente que deba el paciente. Si todas las deudas se pagan en su totalidad, la agencia transmitirá el sobrepago a la BDR dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción. Los cobros de las agencias se envían semanalmente a BDR en forma de pago por transferencia y un archivo de pago adjunto. En el archivo de pago, los importes sobrepagados tienen un código identificador, y al publicar el archivo se priorizan los reembolsos y se procesan en un plazo de 30 días a partir de la fecha de pago indicada en el archivo. El personal de Apoyo a la Cuenta de la BDR se coordinará con los cobradores para revisar el subsistema en relación con cualquier otra obligación adeudada. Si no se adeudan otras obligaciones, el cobrador seguirá los procedimientos de manejo de reembolso anteriores.

**VIIa. Intereses sobre reembolsos:** los reembolsos superiores a \$5 se pagarán un interés del 10 % anual, como se establece en la Sección 685.010 del Código de Procedimientos Civiles de California, incluidas sus posibles modificaciones.

#### Reembolsos de la BDR: Flujo de trabajo general



#### Reclamaciones de acreedores testamentarios

En caso de que el paciente fallezca y no haya pagado las cuentas del Hospital, nuestros cobradores investigarán si el paciente tiene un caso testamentario activo presentado en el tribunal superior. Si hay un caso activo, y aún estamos dentro del plazo de presentación para que la BDR presente una reclamación de acreedores testamentarios, el cobrador realizará lo siguiente:

- Confirmar que estamos dentro del plazo para presentar una reclamación (4 meses a partir de la fecha de nombramiento del albacea o representante personal o 60 días a partir del aviso de la administración a los acreedores, cualquiera que sea la fecha posterior).
- Presentar una reclamación de acreedor que incluya todas las obligaciones que el paciente debe a la BDR, incluidas las cuentas de servicios de atención médica del Hospital.
- Presentación de la solicitud de aviso especial
- Programar una revisión de la cuenta cada 30 días para vigilar el progreso de la distribución del patrimonio. Comunicarse con el administrador del patrimonio según sea necesario.

Si el seguro médico del paciente aún está activo, el cobrador coordinará con el Hospital para procesar la reclamación. La reclamación del acreedor se modificará, según sea necesario, para explicar los pagos recibidos del seguro o los ajustes realizados en la factura, de modo que en la reclamación del acreedor únicamente se incluya el monto del que el paciente habría sido responsable. Dependiendo del valor del patrimonio, la BDR puede llegar a un acuerdo sobre la reclamación según sea necesario. Una vez satisfecha la reclamación del acreedor, la BDR presentará un retiro de la solicitud de aviso especial.

Si el administrador del patrimonio no paga la reclamación del acreedor, la BDR reclamará el pago al administrador, incluso remitiendo la cuenta a la Sección Legal del TTX. Si el administrador rechaza la reclamación de un acreedor, la BDR remitirá el asunto a la Sección Legal del TTX para su manejo. La Sección Legal del TTX responderá al rechazo según corresponda y asesorará a la BDR sobre los próximos pasos a tomar.

### VIII. Caso testamentario no presentado

Si no hay ningún caso testamentario presentado ante el tribunal superior, el cobrador investigará para confirmar si el paciente tiene un cónyuge vivo o un garante (es decir, el padre de un hijo menor de edad) para continuar con los esfuerzos de cobro. Si el paciente no tiene cónyuge vivo o no tiene bienes que se administren a través de un procedimiento judicial testamentario, la BDR documentará minuciosamente el sistema de cobro y abandonará las cuentas. El abandono equivale a que la cuenta se cancele como incobrable.

#### Reclamaciones de acreedores testamentarios: Flujo de trabajo general de la cobranza



### Bancarrota

Si el paciente se ha declarado en bancarrota, la BDR suspenderá todas las acciones de cobro para cumplir la suspensión automática de la bancarrota. Incluso si la cuenta del Hospital es posterior a la petición, la BDR cumplirá la suspensión, ya que el demandante puede modificar la petición para incluir las cuentas del Hospital. Requerimos que el paciente proporcione la información de contacto del abogado de bancarrotas. Si el paciente no tiene un abogado, como mínimo, le solicitaremos que proporcione el número de caso. Durante la suspensión, la BDR no enviará ningún aviso ni realizará llamadas de cobro al paciente, pero responderá a las consultas del paciente, del representante autorizado o del asesor legal del paciente. La BDR investigará el caso de bancarrota en el sistema Pacer. Si corresponde, la BDR presentará una prueba de reclamación (Proof Of Claim, POC) para todas las deudas del demandante (el paciente) y vigilará el caso para los próximos pasos. Según sea necesario, la Sección Legal del TTX puede asistir a la reunión de acreedores 341.

### IX. Capítulo de bancarrota presentado

La BDR puede presentar o no la prueba de la reclamación, y eso suele determinarlo el capítulo presentado o las notificaciones específicas recibidas en el transcurso de la bancarrota. Los capítulos más comunes con los que se encuentra la BDR son los capítulos 7, 11 y 13. Si el paciente acogió al capítulo 13 (plan de reembolso) o al capítulo 11 (reorganización: común para las empresas), entonces presentaremos la POC y esperaremos a que el fideicomisario distribuya el pago a los acreedores, incluido la BDR. Es posible que haya otras deudas que tengan mayor prioridad que las cuentas del hospital, especialmente si no están garantizadas por una sentencia, por lo que el pago puede no ser inmediato si hay deudas de mayor prioridad que se paguen primero. Si el paciente solicitó la protección por bancarrota en virtud de un capítulo 7 sin bienes (liquidación de bienes), la BDR no puede presentar una POC porque no hay bienes que liquidar. Si posteriormente se determina que el paciente tiene bienes que pueden liquidarse, el tribunal de bancarrotas suele emitir un aviso a los acreedores. En ese momento, la BDR puede presentar la POC.

**IXa. Desestimación del caso:** mientras el caso esté activo y siendo juzgado, la BDR vigilará el caso. Durante este periodo, no se realizará ningún intento de cobro activo. Si el caso se desestima, lo que puede ocurrir por varias razones, la BDR puede reanudar su proceso de cobranza estándar. El paciente puede volver a declararse en bancarrota. Si lo hace, la BDR suspenderá nuestros esfuerzos de cobro de conformidad con la suspensión.

**IXb. Rehabilitación:** si bien algunas deudas manejadas por la BDR no se pueden cancelar en una bancarrota, la deuda hospitalaria sí se puede liquidar. Si el tribunal de bancarrotas cancela la deuda, el paciente queda libre de responsabilidad. El cobrador debe documentar minuciosamente los resultados del caso de bancarrota en los registros de cuentas y codificar las cuentas afectadas como descargo por bancarrota. El código de rehabilitación marcará las cuentas como incobrables y el saldo se cancelará como pérdida.

**Tabla de acciones para bancarrotas de cuentas hospitalarias**

Acción y respuesta de la BDR	Capítulo 7	Capítulo 11	Capítulo 13	Reanudación de los esfuerzos de cobro
Suspensión automática	X	X	X	No
Presentación de pruebas de reclamación*		X	X	No
Monitoreo del caso	X	X	X	No
Desestimación				Sí
Descargo				No

\*Capítulo 7, se presenta POC si se recibe la notificación de bienes del tribunal de bancarrotas.

### **Embargos de la Junta de Apelación de reembolsos médicos y seguro de compensación a los trabajadores**

Si el paciente necesita los servicios médicos del Hospital como consecuencia de un accidente con un tercero potencialmente responsable (por ejemplo, el accidente de automóvil es el más común), el paciente puede presentar una reclamación por daños contra el tercero, y es posible que se le conceda una indemnización para compensar al paciente. Según lo indica la Sección 124.5 (a) – (f) del Código de Salud de San Francisco, se adjunta un embargo al acuerdo o sentencia otorgado al paciente, y la BDR tendrá derecho a cobrar el monto adeudado por las facturas del Hospital relacionadas con el incidente. Si el paciente alega que las lesiones se produjeron durante el desempeño de funciones laborales relacionadas con el trabajo y presenta un reclamo ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Indemnización Laboral (Worker’s Compensation Appeals Board, WCAB), la BDR presentará un gravamen en esa acción y se adjuntará a la recuperación (si la hubiera) concedida al paciente. Debido al monto, el tiempo y la complejidad de estas reclamaciones, incluidos los casos en que el paciente también tiene cobertura de seguro médico para estos servicios, es posible que la BDR tenga que tomar una serie de medidas, algunas de las cuales se describen a continuación, para proteger los intereses de los Hospitales y la capacidad de obtener el pago de los servicios médicos que se determinen como responsabilidad del paciente.

#### **X. Tipos de reclamaciones**

Un paciente puede presentar uno de varios tipos de reclamaciones que podrían resultar en que el Hospital reciba el pago por los servicios prestados. Mientras estas reclamaciones estén activas, el paciente no será elegible para los programas de Atención Caritativa o de Descuento en los Pagos del DPH, ni para la Política CAP. Si el paciente no recibe una indemnización, es posible que se le realice una evaluación para esos programas o la Política CAP en ese momento. Si se concede una indemnización, el paciente deberá pagar íntegramente las facturas del Hospital relacionadas con el siniestro o, si el pago no es suficiente para cubrir todos los servicios médicos y otros gastos relacionados con la reclamación, deberá negociar un compromiso con la BDR. Las reclamaciones más comunes que encuentra la BDR son las siguientes:

- **Reclamación de primera parte:** una reclamación de primera parte es cuando el paciente presenta una reclamación a su seguro de automóvil. Dado que esta reclamación no involucra a un tercero, la BDR no puede presentar un embargo contra ningún pago emitido al paciente. El cobrador continuará los esfuerzos de cobro estándar de la BDR, descritos en la Sección II anterior, para recuperar el pago.

- **Reclamación de tercera parte:** es la más común. El paciente abre una reclamación ante la compañía de seguros de automóvil del tercero responsable. La BDR tendrá la capacidad de presentar un embargo.
- **Reclamación a la WCAB:** el paciente presenta una reclamación ante la WCAB por diversas razones, siendo la más común que el empleador del paciente no tenía cobertura suficiente para pagar a los proveedores por lesiones relacionadas con el trabajo o no está de acuerdo en que las lesiones del paciente estén relacionadas con el trabajo. La WCAB determinará la responsabilidad y cualquier indemnización. Este curso de acción no restringe al paciente de buscar compensación únicamente a través de la WCAB. El paciente también puede presentar una demanda civil contra su empleador. La BDR tendrá la capacidad de presentar un embargo en la demanda civil y en la reclamación a la WCAB.

## XI. Tipos de embargos presentados

En función de los tipos de reclamaciones o acciones que persiga el paciente, la BDR presentará un embargo en dichas reclamaciones o demandas con el fin de garantizar los intereses de la Ciudad. Los gravámenes solo incluirán el monto que se determine es responsabilidad del paciente y que esté relacionado con el incidente. Los gravámenes más comunes que la BDR presenta son los siguientes:

**XIa. Embargo de seguro (Insurance Lien, IAL):** después de que la BDR descubra la reclamación de seguro de terceros, la BDR notificará a la compañía de seguros sobre nuestro embargo. Un embargo se envía directamente al seguro del tercero, generalmente a la atención del ajustador de reclamaciones asignado. El paciente puede contar o no con un abogado que le represente, por lo que la BDR suele negociar la resolución del embargo con el ajustador de reclamaciones. Se nos envía un pago por separado por el monto acordado para satisfacer el embargo o se nos nombra beneficiarios en el cheque de indemnización. Si se nos nombra beneficiarios, la BDR hará que el paciente firme un reconocimiento de la obligación del paciente de pagar el embargo y endosará el cheque para que el paciente pueda depositarlo y, a continuación, efectuar el pago a la BDR.

**XIb. Reconocimiento de embargo médico (Acknowledgement of Medical Lien, AML):** si el paciente es representado por un abogado para gestionar la reclamación con los terceros, la BDR obtendrá una carta de representación y una autorización conforme a la HIPAA para divulgar información al abogado del paciente y discutir la resolución del embargo con él. El AML se puede enviar además del IAL si el tercero tiene cobertura de seguro de automóvil. Si el paciente acepta llegar a un acuerdo sobre la reclamación, la BDR exigirá el pago íntegro o negociará el embargo en función del monto que se conceda al paciente.

**XIc. Demandas presentadas en el Tribunal Superior – Embargo por reembolso médico (Medical Reimbursement Lien, ML):** si el paciente decide presentar una demanda ante el tribunal superior, la BDR presentará el embargo por reembolso de gastos médicos en el caso y notificará a las partes correspondientes. El ML se puede presentar además del IAL o el AML. A menudo, estos casos pueden pasar por diversas resoluciones previas al juicio, como mediaciones, conferencias de indemnización o arbitrajes. La Sección Legal del TTX estará disponible cuando sea necesario para representar a la BDR (como reclamante del embargo) y responder a cualquier pregunta relacionada con el embargo. Una vez resuelto el caso, la BDR negociará el pago del embargo con el abogado del paciente.

**XId. Reclamación presentada a la WCAB: Embargo de la Junta de Apelaciones del Seguro de Compensación a los Trabajadores (WCC):** Si el paciente presenta una reclamación ante la WCAB, la BDR presentará un embargo y notificará a todas las partes. Si el paciente también presenta una reclamación a un tercero, la BDR también emitirá los demás embargos aplicables como se describe anteriormente. De forma similar a los casos civiles presentados ante el tribunal superior, la WCAB también tiene procedimientos previos al juicio, donde la Sección Legal del TTX asistirá según sea necesario para representar a la BDR y abordar cualquier cuestión relacionada con el embargo. Una vez que se resuelva el caso, la BDR negociará el pago del embargo con el abogado del paciente.

## XII. Indemnización no concedida

Se puede determinar que no se otorgará ninguna indemnización al paciente. Por ejemplo, si se determina que el paciente es culpable, tiene un alto grado de culpabilidad en el accidente, no presenta los documentos requeridos para adjudicar la reclamación o se determina que las lesiones no están relacionadas con el trabajo, es posible que el paciente no reciba una indemnización. En caso de que el paciente no reciba una indemnización, la BDR exigirá la confirmación de que la reclamación se resolvió y de que no se concederá ninguna indemnización. Tras recibir la confirmación, se reanudará el proceso de cobranza estándar con el paciente. Luego, se puede evaluar al paciente para los programas de Atención de Caridad y de Descuentos en los Pagos del DPH o se puede aplicar la Política CAP a las facturas del paciente.

### Tablas de acción para terceros y embargos de la WCAB

	Reclamación de primera parte Solo seguro del paciente	Reclamación de seguro de tercero	Demanda civil presentada	Caso presentado a la Junta de Apelaciones del Seguro de Compensación a los Trabajadores	Reanudación de los esfuerzos de cobro
Embargo no enviado	X				Sí
Se envía IAL*		X	X		No mientras la reclamación está activa; No hay cobros si se paga la indemnización y el embargo
Se envía AML*		X	X		
Presentación de ML*		X	X		
Presentación de WCC*				X	Si se determina que los servicios son lesiones relacionadas con el trabajo, los cobros se aplicarán para solicitar el reembolso a la parte responsable.

\* Estas acciones pueden ocurrir al mismo tiempo, lo que significa que si hay tanto un caso civil y un caso presentado por la WCAB habrá un embargo presentado en ambas acciones; O si una reclamación se gradúa a una demanda civil un embargo se presentará en cada acción.

Si tiene preguntas, comuníquese con la BDR en [ttx.bdr@sfgov.org](mailto:ttx.bdr@sfgov.org).



<b>Título:</b> Garante/AB1020	<b>Políticas y Procedimientos</b>	<b>Política n.º:</b> 1.21
<b>Página:</b> 21		<b>Fecha de entrada en vigor:</b>
<b>División:</b> Grupo de Práctica Clínica de UCSF, Servicios Comerciales con nombre comercial Grupo Médico de SFGH		<b>Aprobado por:</b> Administrador del Departamento
<b>Unidad:</b> Servicios al Cliente		<b>Sustituye a la política:</b>
		<b>Fecha:</b> 22 de junio de 2022

AB1020, en lo que se refiere a los servicios médicos, establece:

(B) La política escrita relativa a los pagos con descuento también incluirá una declaración de que un médico de emergencia, como se define en la Sección 127450, que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de emergencia también la ley le exigirá proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o a pacientes con costos médicos elevados que estén por debajo del 400 por ciento del nivel de pobreza federal. Esta declaración no debe interpretarse como una imposición de responsabilidades adicionales al hospital.

La política del Grupo Médico del SFGH se modificó previamente para alinearse con la política de caridad AB774 del ZSFG. Nuestra política actual excede los requisitos de AB1020. Específicamente, nuestra política se basa en el % del FPL determinado por los asesores financieros del ZSFG. Después de que el paciente cumple los requisitos para recibir atención de caridad en el ZSFG, el Grupo Médico del SFGH aplica descuentos en función de la necesidad económica del paciente, según las tarifas que se muestran en la siguiente tabla.

Rango del FPL	Responsabilidad del paciente	Ajuste del Grupo Médico del SFGH
FPL de 0 a 138 %	0 %	100 % de saldo del garante
FPL de 139 a 200 %	20 % de saldo del garante	80 % de saldo del garante
FPL de 201 a 350 %	25 % de saldo del garante	75 % de saldo del garante
FPL de 351 a 500 %	30 % de saldo del garante	70 % de saldo del garante
FPL de 501 a 700 %	35 % de saldo del garante	65 % de saldo del garante
FPL de 701 a 1000 %	40 % de saldo del garante	60 % de saldo del garante
FPL más el 1001 %	45 % de saldo del garante	55 % de saldo del garante