

## Política de Facturación y Cobros

Esta política se aplica a la atención al paciente en estos lugares:

- Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC)
- Centro Médico UVA Health Haymarket (HAMC)
- Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC)
- Servicios Médicos UVACH
- Centro Oncológico UVA Health Gainesville

### PROPÓSITO

El objetivo de esta política es proporcionar información sobre las prácticas de facturación y cobro de los Servicios Médicos de UVA (UVACH), que incluye el Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC), el Centro Médico UVA Health Haymarket (HAMC), el Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC), los Servicios Médicos UVACH y el Centro Oncológico UVA Health Gainesville. (en lo sucesivo denominadas " las entidades de Community Health ")

### COBERTURA

Esta política se aplica a todas las entidades de Community Health. Cualquier agencia de cobros que trabaje en nombre de las entidades de Community Health respetará y apoyará las prácticas de cobro que se describen a continuación. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los médicos u otros proveedores médicos, incluyendo, pero no limitado a los médicos de urgencias, anestesiólogos, radiólogos, hospitalarios y patólogos que no están empleados por el Grupo Médico de Community Health.

### DEFINICIONES

**Importes Generalmente Facturados (AGB)** - Por importes generalmente facturados se entienden los importes generalmente cobrados a los pacientes por servicios de urgencia y médicamente necesarios que disponen de un seguro para dichos servicios. Los gastos de los pacientes con derecho a asistencia financiera se limitarán como máximo a los importes generalmente facturados ("AGB") por dichos servicios. Estos cargos se basan en los importes medios permitidos por Medicare y los pagadores comerciales para urgencias y otros cuidados médicamente necesarios. Las cantidades permitidas incluyen tanto la cantidad que pagará el asegurador como la cantidad, en su caso, que el individuo es personalmente responsable de pagar. Los AGB de CPMC, PWMC y HAMC se calculan utilizando el método retrospectivo según 26 CFR §1.501(r).

**Deuda Incobrable** - Cancelación de las cuentas por cobrar como incobrables, pero que sigue considerándose un saldo pendiente adeudado.

**Agencia de Cobros** - Una agencia de cobros es cualquier entidad contratada para perseguir o cobrar el pago de los garantes.

Periodo de Admisibilidad - Periodo de tiempo durante el cual se concede la asistencia financiera a un garante.

Acción Extraordinaria de Cobro (ECA) - Una ECA es cualquiera de las siguientes:

- Vender la deuda de un particular a un tercero, con algunas excepciones
- Informes desfavorables a agencias de información crediticia o agencias de crédito
- Aplazar, denegar o exigir el pago antes de prestar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la atención prestada anteriormente.
- Acciones que requieren un proceso legal, incluyendo, pero no limitado a:
  - Embargo de bienes
  - Ejecución hipotecaria
  - Embargo o incautación de una cuenta bancaria u otros bienes personales
  - Inicio de una acción civil contra un particular
  - Provocar la detención de una persona
  - Hacer que una persona sea objeto de una orden de embargo corporal
  - Embargo del salario de una persona

La presentación de una reclamación en un procedimiento de quiebra no es una Acción de Cobro Extraordinaria.  
Garante – El paciente, cuidador o entidad responsable del pago de una factura médica.

Programa de Asistencia Financiera al Paciente: Un programa diseñado para reducir el saldo adeudado por el garante. Este programa se ofrece a los garantes que cumplen los criterios de elegibilidad descritos en nuestra Política de Asistencia Financiera.

Responsabilidad del Paciente para pacientes asegurados - La responsabilidad del paciente para pacientes asegurados es la cantidad que un paciente asegurado es responsable de pagar de su bolsillo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado la cantidad de los beneficios del paciente e incluye copagos, coaseguros y deducibles.

Responsabilidad de los Pacientes no asegurados: importe que el paciente debe pagar una vez aplicados los descuentos por no estar asegurado.

Tercero Pagador: organización distinta del paciente (primera parte) o del proveedor de asistencia médica (segunda parte) que participa en la financiación de servicios médicos personales.

Insuficientemente Asegurados: Una persona que tiene seguro, pero a la que se facturan los gastos totales por servicios no cubiertos según su plan de prestaciones. Algunos ejemplos son: Medicamentos autoadministrados por Medicare, prestaciones máximas alcanzadas, cláusulas adicionales por maternidad, etc.

No Asegurados - Pacientes que no tienen seguro.

## POLÍTICA

Es política de las entidades de UVA Community Health facturar a los garantes y a los terceros pagadores aplicables de forma precisa, puntual y coherente con las leyes y normativas aplicables.

### Declaración Detallada

Los garantes pueden solicitar gratuitamente en cualquier momento un extracto detallado de su cuenta.

### Disputas

Cualquier garante puede impugnar un concepto o cargo de su factura. Los garantes pueden iniciar una disputa por escrito o por teléfono con un representante del servicio de atención al cliente. Si un garante solicita documentación relativa a su factura, el personal hará todo lo posible por facilitarle la documentación solicitada en un plazo de tres días laborables.

### Ciclo de Facturación

El ciclo de facturación de las entidades de Community Health comienza a partir de la fecha del primer extracto y finaliza 120 días después de esa fecha. Durante el ciclo de facturación, los garantes pueden recibir llamadas, extractos y cartas. Durante el ciclo de facturación, los garantes pueden recibir llamadas, extractos y cartas. A continuación, figura el calendario de extractos y cartas:

- Se envía un extracto al garante cuando se determina que debe un saldo
- Se envía una carta de seguimiento 30 días después de la fecha del extracto informando al garante de que su cuenta ha vencido.
- Se envía una segunda carta 30 días después de la primera para informar al garante de que su cuenta está en mora.
- Una tercera y última carta se envía 30 días después de la segunda, en la que se informa al garante de que su cuenta es gravemente morosa, y de que la cuenta puede ser entregada a una agencia de cobros.
- En el día 120 del ciclo de facturación, la cuenta del garante se envía a una agencia de cobros.

Cada extracto y carta utilizados en nuestro ciclo de facturación contienen información relativa a los métodos de pago, las opciones de pago, el sitio web de asistencia financiera y un número de contacto para el servicio de atención al cliente.

## PROCEDIMIENTO

### Facturación Sin Garante

1. Obtención de Información Sobre Cobertura: Las entidades de Community Health harán esfuerzos razonables para obtener información de los Pacientes sobre si el seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los servicios prestados por el Hospital al Paciente.
2. Facturación a Terceros Pagadores: Las entidades de Community Health buscarán diligentemente todos los montos adeudados por terceros pagadores, incluyendo, pero no limitándose a pagadores contratados y no contratados, pagadores de indemnización, aseguradores de responsabilidad civil y de automóviles que proporcionen cobertura directa al paciente, y pagadores de programas gubernamentales que puedan ser financieramente responsables de la atención de un Paciente. Además, las entidades de Community Health facturarán a todos los terceros pagadores aplicables basándose en la información proporcionada o verificada por el Paciente o su representante de manera oportuna.

### Facturación al Garante

Las series de extractos y cartas se utilizan para informar al garante del saldo de una cuenta que está pendiente de pago. Cada extracto y carta contiene información relativa a los métodos de pago, la asistencia financiera y un número de contacto para preguntas.

1. Facturación a Pacientes Asegurados: Las entidades de Community Health facturarán puntualmente al garante el importe computado por la Explicación de Beneficios (EOB) o según lo indique o determine la estructura de beneficios de la póliza del tercero pagador.
2. Facturación a Pacientes No Asegurados: Las entidades de Community Health facturarán sin demora al garante el importe adeudado menos los descuentos aplicables a los no asegurados.

### Prácticas de Cobro

1. Prácticas Generales de Cobro: Sujeto a esta política, las entidades de Community Health pueden emplear esfuerzos de cobranza razonables para obtener el pago de los garantes. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de estados de cuenta o cartas a los garantes, llamadas telefónicas y la derivación de cuentas a socios comerciales extendidos, tales como, entre otros, proveedores de cobro anticipado, de cobro anticipado y de deudas incobrables.
2. Acciones Extraordinarias de Cobro: Las entidades de Community Health y sus Agencias de Cobro asociadas podrán realizar una ECA en forma de reporte a la oficina de crédito sujeta a cualquier requerimiento bajo la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.... La notificación de un garante a la oficina de crédito por impago de una cantidad adeudada no se realizará hasta 60 días después de que haya finalizado el ciclo de facturación. El garante será notificado 30 días antes de la notificación a la oficina de crédito por la agencia de cobros asociada. Ni las entidades de Community Health ni su(s) agencia(s) de cobro asociada(s) podrá(n) emprender una ECA contra los garantes antes de haber realizado esfuerzos razonables para determinar si reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera.
3. Ninguna ECA Durante el Proceso de Solicitud de Asistencia Financiera: Las entidades de Community Health y su(s) Agencia(s) de Cobro Asociada(s) no perseguirán una ECA de un garante que haya presentado una solicitud de Asistencia Financiera. Si se determina que el garante reúne los requisitos para recibir asistencia financiera completa y el garante ha realizado un pago, las entidades de Community Health devolverán cualquier cantidad recibida superior a 5,00 dólares del garante durante el periodo de elegibilidad del garante. Si al garante se le aprueba una ayuda económica parcial, Las entidades de Community Health devolverán cualquier cantidad que supere el importe que se considere que el garante debe pagar personalmente. Las entidades de Community Health no reembolsarán al garante ninguna cantidad inferior a 5,00 dólares.
4. Planes de Pago:
  - a. Pacientes Elegibles: Las entidades de Community Health y las agencias de cobro que actúen en su nombre ofrecerán a los garantes la opción de suscribir un acuerdo de plan de pagos. El acuerdo de plan de pago permite al garante pagar una cantidad adeudada a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

- b. Condiciones del Plan de Pago:
- Todos los planes de pago serán sin intereses
  - Todos los pagos mensuales se basarán en un importe acordado mutuamente entre las entidades de Community Health y el garante
  - Se espera que el saldo de la cuenta se abone en su totalidad en el plazo acordado.
- c. Declaración de Morosidad del Plan de Pago: Un plan de pago puede ser declarado moroso después de que el garante no realice todos los pagos consecutivos. Si esto ocurre, el garante recibirá un aviso de morosidad. El aviso se enviará por correo a la última dirección conocida del garante. Una vez que el plan de pago se haya declarado en mora, las entidades de Community Health o la Agencia de Recaudación podrán iniciar las actividades de cobro de conformidad con esta política.
5. Agencias de cobro: Las entidades de Community Health podrán remitir las cuentas de los garantes a una Agencia de Cobro, con las siguientes condiciones:
- a. La Agencia de Recaudación debe tener un acuerdo por escrito con las entidades de Community Health.
- b. El acuerdo escrito con la Agencia de Cobro incluirá un lenguaje que exija la adhesión de la Agencia de Cobro a la misión, la visión, los valores fundamentales, los términos de la Política de Asistencia Financiera y esta Política de Facturación y Cobro de las entidades de Community Health.
- c. La Agencia de Recaudación se comprometerá a notificar al garante 30 días antes de iniciar cualquier ECA. Esta notificación incluirá una copia del resumen en página simple de la política de asistencia financiera.
- d. Las entidades de Community Health mantendrán la propiedad de la deuda (es decir, la deuda no se "vende" a la agencia de cobro).
- e. La Agencia de Recaudación dispondrá de procesos para identificar a los garantes que puedan optar a la Asistencia Financiera. La Agencia de Recaudación deberá comunicar la disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera y remitir a los garantes que soliciten Asistencia Financiera a las entidades Community Health por teléfono o a la página web: <https://uvahealth.com/services/billing-insurance/financial-assistance-eligibility>. La Agencia de Recaudación no solicitará ningún pago a un garante que haya presentado una solicitud de Asistencia Financiera.
- f. No se remitirá ningún saldo a una agencia de cobros hasta que hayan transcurrido al menos 120 días desde que las entidades de Community Health enviaron la factura inicial al garante de la cuenta, a menos que se haya recibido correo devuelto y se hayan realizado esfuerzos diligentes para encontrar una dirección actualizada.
- g. No se remitirá ningún saldo a una agencia de cobros si el garante está negociando activamente un plan de pago o se encuentra en un plan de pago que no ha caído en mora.

Título: Facturación y Cobros

Fecha:

08/26/2022  
Actualizado el  
03/01/2023

Categoría: Servicios Financieros para  
Pacientes

Aprobado por: La Junta de UVACH Inc.