



Política de cobros y créditos para pacientes	RC-002
Ciclo de ingresos de Penn State Health	Fecha de entrada en vigor: Octubre de 2023

Alcance y objetivo: *El documento se aplica a las personas y los procesos de los componentes de Penn State Health que se especifican abajo:*

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – División de Práctica Académica (Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – División de Práctica Comunitaria (Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute: vigente a partir de diciembre de 2023
<input checked="" type="checkbox"/>	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 resúmenes de cuenta, correspondencia escrita y llamadas telefónicas, el Departamento de Ciclo de Ingresos (Revenue Cycle Department) 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 para hacer un seguimiento de los pacientes/garantes en relación con sus cuentas no pagadas, al mismo tiempo que se garantiza la transparencia en el aspecto económico de la atención. Esta política cumple los requisitos dispuestos en el artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y la Ley Sin Sorpresas que se incluyen en la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021.

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

DEFINICIONES

Definición de cantidad generalmente facturada (AGB): PSH calcula la AGB o el límite en los costos brutos usando una metodología retroactiva según la norma final 501(r) del IRS. PSH utilizará esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones pagadas por compañías de seguros médicos privadas y Medicare. A las personas elegibles no les cobrarán más que las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia o medicamento necesaria únicamente. PSH les dará una copia por escrito gratis del actual cálculo de la AGB a los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de atención benéfica (ayuda económica) que se aplica al 100 % si se aprueba la FAP para una persona.

Asignación de agencias: se utilizan 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.

Facturación de saldos – facturas sorpresa: según la ley federal, Ley Sin 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, se le denomina “facturación de saldos”. Las “facturas sorpresa” son las facturas de saldos inesperadas. La Ley Sin 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 posteriores a la estabilización cubiertos.

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

Fecha del servicio (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.

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

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

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 (p. ej., dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.), de modo que, si el paciente no recibe atención médica inmediata, podría suceder uno de los siguientes eventos:
 - La salud del paciente (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del niño nonato) estaría en grave peligro.
 - Las funciones corporales se verían gravemente afectadas.
 - Se produciría disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo.
 - En cuanto a 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 niño nonato.

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

Medicamento 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 es 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.

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

- Servicios o procedimientos experimentales/en fase de investigación: fármacos, 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 de seguro del paciente.

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 provista de acuerdo con la política de la 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 posterior a la estabilización o a una condición de emergencia. Servicios de atención primaria o especializada programados, que constituyen servicios de atención primaria o procedimientos programados con antelación.

Atención urgente: 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 requiere atención y tratamiento inmediatos, según lo definido por los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), en el plazo de 12 horas para evitar:

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

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 financiera. 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 saldar sus deudas económicas 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 económicos” significa que se cooperó y se completaron todos los trámites 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 costos 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 Sin 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 indicado por el médico está cubierto por la póliza de cobertura médica.
- Comunicarse con el proveedor del seguro para saber la lista de beneficios y para saber si corresponde abonar 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 provista o verificada por el paciente/garante o revisada adecuadamente por otras fuentes) a tiempo.

- 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 abonado 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 luego de hacer esfuerzos de seguimiento razonables, PSH puede facturar al paciente o tomar otras medidas consistentes 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 historial del paciente, y (iii) ha agotado los intentos administrativos de autorización previa (si procede) 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 luego de resolver un reclamo al seguro por parte del pagador será facturado al paciente (o garante) de acuerdo con la explicación de beneficios.

Si no existiera un pagador externo o del seguro, se facturará directamente a los pacientes. Estos pacientes serán considerados pacientes de pago por cuenta propia. PSH no cobrará 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. Consulte **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 presta PSH.
- 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 relativas a las expectativas del paciente se explican abajo.

Responsabilidad económica del paciente con relación 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 su presupuesto, 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 financiera necesaria que se pide en la solicitud.
 - Todos los pacientes que soliciten ayuda económica a PSH deberán presentar toda la información necesaria para determinar la 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 necesarios” en la sección “Definiciones” de este documento.
 - Los asesores financieros se comunicarán con los proveedores y les pedirán más información sobre la condición del paciente y la necesidad de atención inmediata. Solo los servicios que no se consideren necesarios por razones médicas serán postergados o cancelados, según lo determine el personal médico de PSH.
Consulte el [Procedimiento de riesgo financiero](#).
 - PSH seguirá prestando los servicios 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 cobro 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 resúmenes de cuenta.

Resúmenes de cuenta

- Se enviará un resumen de los servicios del hospital o del médico al paciente/garante en un mínimo de cuatro ciclos de facturación graduales de treinta días.
- Todos los pacientes/garantes pueden pedir un resumen detallado de sus cuentas en cualquier momento.
- Si un paciente está en desacuerdo con su cuenta y pide documentación sobre la factura, el personal le responderá al paciente/garante de forma oportuna y pondrá en espera la cuenta, 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 resumen 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 resumen de cuenta indica que la cuenta se remitirá a una agencia de cobro externa si no se salda en un plazo de 30 días posteriores a la fecha de la nota.
- Las cuentas de los pacientes o garantes que colaboren de forma activa con los Servicios Financieros del Paciente/proveedores 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 resúmenes de cuenta mientras colaboren de forma activa con los Servicios Financieros del Paciente o los proveedores 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 Sin 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 el saldo pendiente y debe establecerse por una cantidad de tiempo razonable, según lo determinen los directivos de PSH (entre 6 y 24 meses). Consulte las [Directrices de los planes de pago](#).
- Las personas que no hayan establecido un plan de pago formal con PSH podrían remitirse a una agencia de cobro externa para lograr el cobro de las cantidades adeudadas.
- Las personas deben hacer los pagos todos los meses de forma puntual.
- Una cuenta es morosa cuando el paciente/garante no paga el importe mensual acordado en un plazo de 30 días posteriores a la fecha del resumen de cuenta. Las cuentas morosas podrían remitirse a una agencia de cobro 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. Consulte 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 otras cosas, no presentar la información necesaria para completar el proceso de ayuda económica o un plan de pago, según se explicó arriba. Las siguientes directrices rigen el proceso de medidas de cobro extraordinarias.

Medidas de cobro extraordinarias

- **Agencias de cobro externas:** la responsabilidad del Departamento de Ciclo de Ingresos de PSH es evitar asignar cuentas para cobro externo ni llevar a cabo 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 (ECA) contra una persona cuya elegibilidad según la FAP no haya sido determinada antes de los 120 días después de la primera declaración posterior al alta.
 - Las cuentas se ajustarán cuando se entreguen a la agencia de cobro.
 - 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 de Cobro de Deudas, la Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act (Ley de protección del usuario de servicios telefónicos 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 resúmenes de cuenta de los pacientes que haya entregado el correo postal de los Estados Unidos (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, de acuerdo con el límite de saldos pendientes, la capacidad de pago y el patrón de falta de pagos del garante o del pagador externo, PSH podrá iniciar una acción legal para cobrar los saldos del paciente.
 - Las cuentas para las que se hayan iniciado acciones legales deben identificarse por separado de las cuentas incobrables remitidas a una agencia de cobro.

- PSH enviará un aviso escrito a todos los pacientes recomendados para 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, se documentará la cuenta 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).
- **Terminación 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 suspenderá a los pacientes para 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. Consulte 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 a fin de 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 Sin Sorpresas, en el artículo 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 vínculo 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 del Ciclo de Ingresos

FECHA DE CREACIÓN Y DE REVISIONES

Fecha de creación: 1/1/2008

Fechas de revisión: 01/05/2008, 01/01/2009, 07/01/2009, 02/2010, 05/2017, 11/2021,10/2022, 04/2023,10/2023

Revisado: 01/05/2008, 06/10/2011 y 07/01/2016 (En reemplazo de: Proceso de cobro de responsabilidad de los pacientes, 10/2006); 04/15/2021, 11/2021, 10/2022, 04/2023, 10/2023

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
 - Gestión n.º 16: Cobros
- 1-3: Cobro de deudas incobrables de los pacientes
- 1-4: Deuda incobrable/Acuerdo de pago por cuenta propia
- 2-8: Remisión legal de cuentas
- 3-2: Sentencia/Gravamen
- St. Joseph profesional: Política de deudas incobrables
- St. Joseph profesional: Tratamiento de pacientes con domicilios extranjeros
- St. Joseph profesional: Acuerdo financiero para cirugías y procedimientos
- Central Penn Management Group (CPMG): Cobro de pagos por cuenta propia

REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

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