



FECHA: 12 de diciembre de 2024

A: Sistema de Salud del Condado de Santa Clara
Grupo de Liderazgo Ejecutivo

DE: Paul E. Lorenz, director Financiero de Santa Clara Valley Healthcare
y Administrador del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por
sus siglas en inglés)

ASUNTO: **Reglamento de Cobro de Deudas de los Pacientes**

REFERENCIAS: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
Reglamento #715.0 del CSCHS (Healthcare Access Program; Programa de Acceso
a la Atención Médica)

DEFINICIONES:

1. **Paciente:** para los propósitos de este reglamento, Paciente incluye a cualquier individuo que recibió artículos y/o servicios de atención médica del CSCHS y, si no es la misma persona, su Garante.
2. **Garante:** el individuo con responsabilidad financiera legal para el pago de una Deuda del Paciente.
3. **Deuda del Paciente:** la cantidad que un Paciente debe al CSCHS por artículos y/o servicios de atención médica.
4. **DTAC:** el Departamento de Impuestos y Cobros del Condado de Santa Clara, que cobra la deuda del paciente en nombre del CSCHS.
5. **Asistencia Financiera:** atención gratuita o un pago con descuento de una Deuda del Paciente autorizada por el CSCHS bajo los términos del Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS.
6. **Reglamento del CSCHS #715.0 o Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS:** un reglamento separado que describe el programa de Asistencia Financiera del CSCHS, también conocido como el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP), que ofrece

artículos de atención médica gratuitos y con descuento del CSCHS a ciertos Pacientes elegibles con ingresos bajos o moderados. El Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS está disponible en línea en <https://scvh.org/bill-help>. Las personas también pueden obtener una copia del Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS llamando a Servicios Financieros para Pacientes al (866) 967-4677 (TTY: 711) (de lunes a viernes de 8am a 5pm).

CONTEXTO:

El propósito de este reglamento es definir los reglamentos y prácticas para el cobro de las Deudas de los Pacientes con el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés).

REGLAMENTO:

El reglamento del CSCHS es facturar a los pacientes de manera precisa, oportuna y coherente con las leyes y reglamentos aplicables, incluidas, entre otras, las disposiciones del Código de Salud y Seguridad de California, el Código Civil de California y el Código de los Estados Unidos.

PROCEDIMIENTO:

Responsable

Acción

Servicios Comerciales del CSCHS

1. Bajo la autoridad del Director Financiero y del Director del Ciclo de Ingresos del CSCHS, el CSCHS perseguirá el pago de las Deudas de Pacientes adeudadas por artículos y/o servicios de atención médica prestados por el CSCHS, incluso designando las cantidades impagadas como deudas incobrables y remitiendo dichas cantidades al DTAC para su cobro. Las acciones de cobro se llevarán a cabo a discreción del CSCHS y del DTAC y cumplirán con todas las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables, incluyendo la ley de Reglamentos de Precios Justos para Hospitales de California (California Health and Safety Code, secciones 127400 y siguientes), la Ley de Reglamentos de Precios Justos para Médicos de Emergencias (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127450 y siguientes), la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código Civil de California, secciones 1788 y siguientes) y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código de Estados Unidos, Título 15, secciones 1692 y siguientes).
2. El CSCHS obtendrá un acuerdo escrito del DTAC en el sentido de que el DTAC se adherirá a este Reglamento en su totalidad. El acuerdo escrito no se interpretará como la creación de una empresa conjunta entre el CSCHS y el DTAC, ni permitirá de otro modo que el CSCHS

gobierne al DTAC.

3. Antes de enviar una Deuda de un Paciente al DTAC, el CSCHS hará todo lo siguiente:
 - a. Hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de los Pacientes sobre si el seguro médico privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el CSCHS.
 - b. Proporcionará a los Pacientes que no indiquen cobertura de atención médica por parte de un tercer pagador, o que soliciten un precio con descuento o atención caritativa, una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.
 - c. Informará a los Pacientes de sus responsabilidades financieras enviándoles al menos cuatro (4) extractos de cuenta de los servicios prestados por el CSCHS, ya sea por correo o, si el Paciente ha elegido recibir extractos electrónicamente.
 - d. Informará a los Pacientes de las opciones de asistencia financiera disponibles proporcionando un aviso del Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS y la solicitud en o poco después de la(s) fecha(s) del servicio, en el momento de la facturación, y al menos 30 días antes de enviar una Deuda del Paciente al DTAC.
 - e. Tomará medidas, cuando los Pacientes se comuniquen con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles, para ayudar a esos Pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Asistencia Médica, según proceda.
 - f. Enviará a los Pacientes un aviso -también conocido como "Carta de Despedida"- al menos 60 días antes de enviar la deuda de un paciente al DTAC. Este aviso incluirá:
 - i. La(s) fecha(s) de notificación de la factura que se manda al DTAC;
 - ii. Nombre completo y dirección del DTAC;

- iii. Una declaración informando al Paciente cómo obtener una factura detallada del CSCHS;
 - iv. El nombre y tipo de cobertura médica del Paciente registrado en el CSCHS en el momento del servicio, o una declaración de que el CSCHS no tiene esa información;
 - v. Una copia de la solicitud de Asistencia Financiera del CSCHS; y
 - vi. La(s) fecha(s) en que se envió originalmente al Paciente un aviso sobre la solicitud de Asistencia Financiera, la(s) fecha(s) en que se envió originalmente al Paciente una solicitud de Asistencia Financiera y, si corresponde, la fecha en que el CSCHS tomó una decisión sobre la solicitud de Asistencia Financiera del Paciente.
- g. Esperará al menos 180 días tras la facturación inicial antes de enviar una Deuda del Paciente a DTAC.
4. Una vez completados los pasos enumerados en el párrafo (3) anterior, el CSCHS podrá enviar la Deuda del Paciente al DTAC para que lleve a cabo una o más de las siguientes acciones de cobro:
- a. Llevar a cabo las gestiones de cobro habituales, incluido, entre otros, el uso de extractos de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas;
 - b. Iniciar una acción civil contra el Paciente de manera que cumpla con todas las leyes aplicables. Por medio de un acuerdo interinstitucional escrito, el CSCHS se asegurará de que el DTAC no inicie una acción civil contra un Paciente si ese Paciente tiene una apelación pendiente por la cobertura de los artículos o servicios por los cuales recibió una factura del CSCHS (según se define en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b)), hasta que se tome una determinación final de esa apelación, si el Paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con el CSCHS y el DTAC sobre el progreso de cualquier apelación pendiente. Una apelación pendiente incluye quejas del plan de salud, revisiones médicas independientes realizadas por el Departamento de Atención Médica Administrada o el Departamento de Seguros, audiencias imparciales de Medical y apelaciones de Medicare, que se describen en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b).

5. Por medio de un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que con cualquier documento que indique que el inicio de las actividades de cobro puede ocurrir, el DTAC enviará al Paciente un aviso que contenga un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del Paciente de conformidad con la ley de Políticas de Precios Justos del Hospital, la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, que incluirá una declaración de que los servicios de asesoría de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área del Paciente, de conformidad con la sección 127430 del Código de Salud y Seguridad; y que en la primera comunicación por escrito al Paciente, el DTAC proporcionará una copia de la Carta de Despedida y una declaración de que han pasado más de 180 días desde la fecha en que el Paciente fue inicialmente facturado por los servicios médicos que son la base de la deuda, que el DTAC puede presentar una demanda contra el Paciente para cobrar la deuda, y que el DTAC no reportará información adversa a una agencia de informes de crédito.
6. El CSCHS no realizará ninguna de las siguientes acciones de cobro:
 - a. Reportar información adversa sobre una Deuda del Paciente a una agencia de informes de crédito del consumidor o a una oficina de crédito;
 - b. Vender una deuda del Paciente a un comprador de deudas;
 - c. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar, la atención médicamente necesaria debido al impago por parte de un Paciente de una o más facturas por atención proporcionada previamente;
 - d. Embargar los bienes inmuebles de un Paciente;
 - e. Embargar o secuestrar la cuenta bancaria u otros bienes personales de un Paciente; o
 - f. Utilizar embargos salariales o un gravamen sobre cualquier bien inmueble como medio de cobro de facturas hospitalarias impagadas de un Paciente que reúna los requisitos para recibir Asistencia Financiera.
7. Cualquier Paciente puede solicitar el establecimiento de un plan de pagos sin intereses para el pago de una Deuda del Paciente.

- a. Al negociar los términos de un plan de pago con el Paciente, el CSCHS tomará en consideración el ingreso familiar y los gastos de subsistencia del Paciente. El CSCHS también puede considerar la disponibilidad de cualquier cuenta de ahorros para la salud que tenga el Paciente o la familia del Paciente.
 - b. Si el CSCHS y un Paciente que ha calificado para recibir Asistencia Financiera no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, el CSCHS utilizará la fórmula y las definiciones descritas en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares de un Paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
 - c. Un plan de pagos puede ser declarado inoperante tras el incumplimiento por parte del Paciente de todos los pagos consecutivos adeudados durante un periodo de 90 días.
 - d. Antes de declarar inoperante un plan de pagos, el CSCHS:
 - i. Hará intentos razonables para comunicarse con el Paciente por teléfono, notificar por escrito que el plan de pago puede quedar inoperante e informar al Paciente de la oportunidad de intentar renegociar los términos del plan de pago incumplido.
 - ii. A pedido del Paciente, intentar renegociar las condiciones del plan de pago impagado.
 - e. El CSCHS no iniciará una acción civil contra un Paciente por falta de pago antes de que el plan de pago sea declarado inoperante.
8. El CSCHS no utilizará talones de pago, declaraciones de impuestos, o documentación de activos obtenidos de los Pacientes durante el proceso de solicitud de Asistencia Financiera para actividades de cobranza.
 9. Si un paciente solicita Asistencia Financiera después de que el CSCHS ha referido la cuenta(s) del Paciente al DTAC, el Director de Servicios de Negocios del Paciente o su designado solicitará

que el DTAC detenga las actividades de cobro, incluyendo la suspensión de acciones civiles, hasta que el CSCHS haya emitido una decisión sobre la solicitud. En el caso de que un Paciente se determine elegible para Asistencia Financiera después de que la acción civil ha comenzado, el CSCHS trabajará con el DTAC para desestimar la demanda con perjuicio.

10. El CSCHS puede requerir que un Paciente o Garante pague al CSCHS la cantidad total de cualquier reembolso enviado directamente al Paciente o Garante por un tercer pagador por los servicios del CSCHS.
11. Si el Paciente recibe un acuerdo legal, sentencia o adjudicación en virtud de una acción de terceros responsables que incluya el pago de servicios de atención médica o atención médica relacionada con la lesión, el CSCHS puede requerir que el Paciente o Garante reembolse al CSCHS por los servicios de atención médica relacionados prestados hasta el monto razonablemente adjudicado para ese fin.
12. Nada de lo dispuesto en el presente Reglamento impide al CSCHS o al DTAC exigir responsabilidades a terceros de conformidad con la legislación aplicable.

Pacientes

1. Los pacientes deben dirigir sus preguntas sobre este reglamento a los Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS. Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio de Atención al Paciente del CSCHS por teléfono al (408) 885-7470 (de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.) o en persona en 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.).
2. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para responder sin demora a las declaraciones de facturación y comunicaciones relacionadas de CSCHS y del DTAC.
3. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para informar al CSCHS si tienen cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura de terceros que podría pagar por todos o algunos de los artículos y/o servicios de atención médica recibidos en el CSCHS.
4. Se recomienda a los pacientes que revisen el Reglamento de Asistencia Financiera del CSCHS y que completen y envíen una

solicitud de Asistencia Financiera lo antes posible. Los pacientes pueden revisar el Reglamento de Asistencia Financiera completa del CSCHS y descargar una copia de la solicitud de Asistencia Financiera del CSCHS en: <https://scvh.org/bill-help>. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en el (866) 967-4677 (TTY: 711) (de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.) si tienen alguna pregunta sobre el Reglamento de Asistencia Financiera.

Emitido: 08/12/2022

Revisado: 12/12/2024