



LOMA LINDA UNIVERSITY
MEDICAL CENTER – MURRIETA

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER – MURRIETA

POLÍTICA OPERACIONAL

CATEGORÍA: FINANZAS

ASUNTO: FACTURACIÓN Y COBRO DE DEUDAS

CÓDIGO: M-C-55

VIGENCIA: 07/2024

REEMPLAZA: 12/2022

PÁGINA: 1 de 10

PROPÓSITO

Esta política aplica a *Loma Linda University Medical Center – Murrieta (LLUMC-M)*.

La Política de Facturación y Cobro de Deudas (*Billing & Debt Collection Policy*), junto con la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M, tiene como propósito cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales y locales correspondientes, incluidas, sin limitación, la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (IRC) y las Secciones 127400-127446 del Código de Salud y Seguridad de California (*California Health and Safety Code*), según sus enmiendas y bajo el Título 22, Sección 96051 y subsiguientes.

Esta Política de Facturación y Cobro de Deudas aplica a todos los pacientes y/o garantes (responsables del pago) que reciben atención hospitalaria en LLUMC-M. Los principios sobre los cuales se rige esta política es tratar a todos los pacientes y personas responsables del pago con igualdad, dignidad y respeto. Toda solicitud de arreglo de pago hecha por pacientes, familiares del paciente, garantes financieros del paciente, médicos, personal del hospital y demás individuos se gestionará de acuerdo con esta política.

Esta Política define los requerimientos y procesos utilizados por la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M (*Patient Business Office*) al hacer arreglos de pago con los pacientes o garantes por facturas de servicios prestados. Esta Política está diseñada para garantizar que se sigan apropiadamente y de manera uniforme los procedimientos de facturación y cobro, lo que incluye que se realicen esfuerzos razonables para determinar si las personas responsables del pago de la totalidad o parte de la cuenta de un paciente son elegibles para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera. Esta Política también establece las normas y prácticas utilizadas por LLUMC-M para la cobranza de deudas (*collection*) en caso de incumplimiento de pago por la atención médica proporcionada por LLUMC-M, incluidas, entre otras, las acciones extraordinarias de cobro (ECAs).

LLUMC-M no negará la atención de emergencia ni otro tipo de atención médicamente necesaria basado en la capacidad de pago de un paciente.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Agencias de cobranza autorizadas (*Authorized Vendors*): Aquellas agencias con las que LLUMC-M tiene contrato para preparar y enviar cartas, avisos, facturas y/o estados de cuenta a los pacientes/garantes sobre los montos adeudados por el paciente/garante y para ponerse en contacto con el paciente por asuntos relacionados al pago de sus facturas adeudadas.

Aviso al momento del alta: Un resumen de la Política de Asistencia Financiera que es fácil de leer, de entender y de usar. Dicho documento proporciona información sobre dónde encontrar ayuda para pagar su factura, la disponibilidad de políticas de atención caritativa total y parcial de LLUMC-M y cómo solicitar asistencia financiera ofrecida por LLUMC-M y por los programas gubernamentales. Este Aviso también incluye datos de contacto sobre dónde obtener más información.

Acciones extraordinarias de cobro (ECAs): Son las acciones tomadas por LLUMC-M contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura por atención médica cubierta bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M, y puede incluir lo siguiente: (a) LLUMC-M **no vende las deudas de los pacientes** a terceras personas para procesos de cobranza. En caso de que LLUMC-M cambie esta política y decida vender la deuda del paciente a terceros, no venderá la deuda de un individuo excepto bajo lo expresamente dispuesto por la ley estatal y federal; (b) reportar información desfavorable sobre el individuo a las agencias de crédito; y (c) ciertas acciones que requieren procesos legales o judiciales según lo especificado por la ley federal, incluidos algunos derechos de retención (*liens*), ejecuciones hipotecarias de bienes inmuebles, embargos/incautaciones, demandas civiles, causando que una persona sea sujeta a una orden judicial de embargo y retenciones de salario del individuo. Las *acciones extraordinarias de cobro* no incluyen ningún derecho de retención que un hospital tenga derecho a imponer bajo la ley estatal sobre los ingresos de un fallo, acuerdo o compromiso adeudado a una persona (o su representante) como resultado de lesiones personales en las que un hospital proporcionó atención médica.

Período de solicitud de asistencia financiera: El período de tiempo en el que una persona puede solicitar asistencia financiera. Los pacientes/garantes pueden llenar dicha solicitud antes de recibir los servicios, durante la estadía del paciente, o después de finalizados los servicios y el paciente haya sido dado de alta.

Política de Asistencia Financiera (FAP): Es la política establecida por LLUMC-M para la provisión de asistencia financiera para pacientes/garantes elegibles que necesiten asistencia financiera, específicamente la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M.

Código de Impuestos Internos 501(r): Incluye regulaciones que aplican a los hospitales de atención caritativa.

Servicios médicamente necesarios: Son los servicios médicos que se definen en la sección §14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California. Un servicio es médicamente necesario o una necesidad urgente cuando el servicio es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad grave, o para aliviar un dolor intenso. En el dado caso que el hospital determine que un servicio en particular no es médicamente

necesario, el médico remitente y/o el proveedor de atención médica con cargo de supervisor deben firmar una declaración que indique la justificación para determinar que el servicio o los servicios hospitalarios no son médicamente necesarios. Dicha declaración debe completarse antes de la denegación de asistencia financiera total o parcial por parte de LLUMC-M.

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN AL PACIENTE:

- A. LLUMC-M y el paciente/garante comparten la responsabilidad de resolver de manera precisa y puntual todas las cuentas del paciente. La cooperación y la comunicación del paciente o su garante es esencial para este proceso. LLUMC-M hará esfuerzos razonables y eficaces para ayudar a los pacientes/garantes con el cumplimiento de sus deberes financieros.
- B. La Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M es la responsable principal del cobro puntual y preciso de todas las cuentas de los pacientes/garantes. El personal de dicha oficina trabaja en colaboración con otros departamentos del hospital, miembros del personal médico, pacientes/garantes, compañías aseguradoras, agencias de cobranza externas (*collection agencies*) y otros para garantizar que se pueda llevar a cabo el procesamiento oportuno y preciso de las cuentas de los pacientes/garantes.
- C. La Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M se encarga de la cobranza inicial de la deuda. Las agencias de cobranza externas proporcionan servicios específicos de cobranza secundaria de deudas en cumplimiento de un contrato escrito entre LLUMC-M y la agencia de cobranza.
- D. La información obtenida como parte de las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera de LLUMC-M no será utilizada por LLUMC-M ni por sus agencias de cobranza externas para fines de procesos de cobranza (*collection*).
- E. Contar con la debida información es fundamental para que LLUMC-M facture de manera correcta a los pacientes/garantes o a su compañía aseguradora. Siempre que sea posible, se debe obtener la información del paciente para la facturación antes de proporcionar los servicios hospitalarios para que la verificación, la autorización previa y otras aprobaciones puedan completarse antes de brindar los servicios. Cuando no se pueda obtener dicha información de antemano, el personal trabajará con cada paciente/garante para garantizar que LLUMC-M reciba toda la información de facturación necesaria antes de completar los servicios.
- F. Es obligación de cada paciente/garante proporcionar una dirección postal correcta, un número de teléfono y demás información requerida para la registración del paciente en cualquier punto de servicio de LLUMC-M. Dicha información deberá ser actualizada por el paciente o garante en caso de que se mude o haya algún cambio a la información proporcionada previamente. Si el paciente no proporciona al hospital la información precisa que es necesaria y razonable para tomar una determinación con respecto a su cuenta, LLUMC-M podría tomar en cuenta ese incumplimiento al momento de tomar una determinación.

- G. La atención médica en LLUMC-M está disponible para aquellas personas que puedan estar en la necesidad de recibir servicios médicamente necesarios. Para facilitar los arreglos financieros de las personas que pudieran tener bajos o moderados ingresos, que no tienen seguro médico o sin la suficiente cobertura, LLUMC-M proporciona la siguiente información a los pacientes/garantes como parte del proceso rutinario de facturación:
- a. Un estado de cuenta de los cargos por los servicios prestados por el hospital proporcionado en un formato que muestre al paciente un resumen de todos los cargos por los servicios prestados. A solicitud del paciente/garante, se le entregará un estado de cuenta completo y detallado de los cargos.
 - b. Una petición escrita para que el paciente/garante informe a LLUMC-M si tiene algún seguro médico, Medicare, Medi-Cal u alguna otra forma de cobertura médica.
 - c. Un aviso por escrito que informe al paciente/garante que puede ser elegible para los seguros de Medicare, Medi-Cal, *California Children's Services*, planes de salud disponibles a través de *Covered California* o el Programa de Asistencia Financiera de LLUMC-M.
 - d. Un aviso escrito que indique cómo el paciente/garante puede obtener una solicitud para Medi-Cal, para los planes de salud disponibles a través de *Covered California* u otro programa gubernamental de cobertura apropiado.
 - e. Si un paciente/garante no tiene seguro, se le proporcionará una solicitud para Medi-Cal, para los planes de salud disponibles a través de *Covered California* u otro programa de asistencia gubernamental apropiado. El asesor financiero de LLUMC-M está disponible sin costo alguno para el paciente para ayudarlo con lo referente a la solicitud para los programas de asistencia gubernamentales correspondientes.
 - f. Un aviso por escrito sobre los criterios de elegibilidad y los procedimientos que califican a un paciente para la atención caritativa total y/o la atención caritativa parcial con descuento bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M. Esta declaración deberá incluir el nombre y número de teléfono laboral del asesor financiero que puede ayudar al paciente/garante con la debida información y una solicitud o aplicación para el Programa de Asistencia Financiera de LLUMC-M.
 - g. A los pacientes no asegurados también se les proporcionará la información de contacto de los programas locales de asistencia legal al consumidor que pueden ayudar al paciente no asegurado a obtener cobertura.
 - h. Ayuda para pagar su factura médica
 - i. Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Para obtener más información, puede llamar a *Health Consumer Alliance* al 888-804-3536 o visitar el sitio web www.healthconsumer.org.

-
- H. LLUMC-M proporciona asesores financieros para ayudar a los pacientes no asegurados a evaluar sus posibles opciones de cobertura financiera para los servicios prestados en LLUMC-M. Los asesores financieros ayudarán al paciente/garante con las solicitudes para los programas gubernamentales que ofrecen cobertura, las solicitudes de asistencia financiera de LLUMC-M y/u otras opciones posibles para ayudar a los pacientes no asegurados a buscar la cobertura financiera que pudiera haber disponible para ellos.
- I. La cuenta del paciente/garante se le asignará al representante apropiado de la Oficina de Cobro PBO según los criterios establecidos y la carga de trabajo del personal. Una vez que se asigna dicha cuenta a un representante, se revisarán los detalles de la cuenta para garantizar la precisión y completitud de la información necesaria para facturar.
- J. Si la cuenta puede ser pagadera por la compañía aseguradora del paciente/garante, el reclamo inicial se enviará directamente a la aseguradora designada. El representante de la Oficina de Cobro PBO trabajará con la aseguradora del paciente/garante para obtener todos y cada uno de los montos en la cuenta adeudados por la aseguradora. Esto incluirá el cálculo de las tarifas contratadas u otros arreglos especiales que puedan aplicarse. Una vez que LLUMC-M haya determinado el pago por parte de la aseguradora primaria, presentará peticiones de pago a cualquier pagador secundario o terciario en nombre del paciente/garante.
- K. Una vez que se hayan resuelto todos los reclamos de seguro en una cuenta, cualquier saldo restante del que el paciente/garante sea responsable, por ejemplo, un copago o un monto deducible, se facturará directamente al paciente/garante. Todos y cada uno de los saldos del paciente/garante vencen y son pagaderos dentro de los 30 días a partir de la fecha de esa primera factura.
- L. Si no existe un seguro para presentar el reclamo y es una cuenta pagadera por el paciente/garante solamente, se clasificará como factura “pagadera por cuenta propia” (*Self-pay*). Dichas cuentas pueden potencialmente calificar para programas de cobertura gubernamental, ayuda financiera bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M, u otros descuentos que puedan aplicar. Los pacientes/garantes con cuentas pagaderas por cuenta propia deben comunicarse con un asesor de la oficina de cobro PBO para ayudar a determinar la elegibilidad para una o más de estas opciones.
- M. En caso de que un paciente/garante haya realizado un depósito u otro pago parcial por los servicios, y posteriormente se determine que el paciente califica para *atención caritativa total* o *atención caritativa* parcial con descuento, todos los depósitos hechos que excedan la obligación de pago, si corresponde, según lo determinado a través del proceso de asistencia financiera, se le reembolsará al paciente/garante con intereses dentro de los 30 días a partir de la fecha en que el hospital recibió el pago. Los intereses comenzarán a acumularse el primer día en que el hospital reciba el pago del paciente/garante. Los intereses se devengarán al diez por ciento (10%) anual. En caso de que la cantidad de intereses adeudada al paciente/garante como parte de un reembolso sea inferior a los cinco dólares (\$5.00), no se pagarán dichos intereses al paciente/garante.

-
- N. Las cuentas pagaderas por cuenta propia podrían estar sujetas a una revisión del historial de crédito. LLUMC-M utilizará el sistema de agencias crediticias respetables a nivel nacional a fin de obtener el historial crediticio del paciente/responsable del pago.
- O. Después de resolver los reclamos al seguro y/o si no hay reclamos de seguro para presentar, todas las cuentas, sea que estén aseguradas o no, seguirán los mismos procesos de cobranza por los montos adeudados por el paciente a LLUMC-M.
- P. Los montos adeudados por los pacientes/garantes no se reenviarán al proceso de cobranza externa cuando el paciente/garante haga esfuerzos razonables para comunicarse con los representantes de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M y haga esfuerzos de buena fe para saldar la cuenta pendiente. Los representantes de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M determinarán si el paciente/garante continúa haciendo esfuerzos de buena fe para saldar la cuenta adeudada a LLUMC-M y puede usar lo siguiente como indicador de dichos esfuerzos: presentar la solicitud de Medi-Cal u otro programa gubernamental; solicitud de asistencia financiera de LLUMC-M; pagos parciales regulares de una cantidad razonable; negociación de un plan de pago con LLUMC-M y otros indicadores similares que demuestren el esfuerzo del paciente/garante para cumplir con su obligación de pago.
- Q. Los saldos de las cuentas del paciente/garante considerados como pagaderos por cuenta propia se considerarán vencidos después de 30 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta. El Vicepresidente Adjunto de la Oficina de Cobro PBO o su designado deberá implementar procedimientos para el cumplimiento de la Política de Atención Caritativa/Pago con Descuento. Las cuentas solamente pueden escalar al proceso de cobranza externa (*collection*) de cumplir con los procedimientos establecidos. Antes de escalar a dicho estado de cobro, las cuentas pagaderas por cuenta propia deben recibir: 1) un aviso por escrito del monto adeudado; 2) una solicitud donde el paciente informe a LLUMC-M de cualquier cobertura de seguro que pueda aplicarse a la cuenta; 3) información acerca de asistencia financiera de programas gubernamentales, incluida una solicitud de Medi-Cal o un programa del condado; 4) información sobre el programa de asistencia financiera de LLUMC-M, contactos del asesor financiero del hospital y una solicitud al programa; 5) información de contacto del centro local de asistencia al consumidor.
- R. Antes del cobro de deudas por parte del hospital o sus agencias de cobranza, o la venta de deudas con fines de cobranza, LLUMC-M o sus agentes deben cumplir con todo lo siguiente: 1) notificación al paciente que incluya la fecha del servicio; 2) quién cobrará la deuda; 3) cómo obtener una factura detallada por los servicios recibidos; 4) el nombre de cualquier plan de seguro del paciente, o una declaración de que LLUMC-M no tiene ninguna información de cobertura de seguro; y 5) una solicitud de asistencia financiera de LLUMC-M, junto con la documentación de la fecha en que se proporcionó una solicitud de asistencia financiera al paciente y/o cuándo se le notificó al paciente la determinación de su solicitud de asistencia financiera.

-
- S. LLUMC-M o sus agencias de cobranza autorizadas (*Authorized Vendors*) pueden escalar las cuentas al proceso de cobranza externa después de 180 días de acuerdo con el siguiente cronograma:
- a. LLUMC-M o sus agencias de cobranza autorizadas le proporcionarán al paciente/garante cinco (5) estados de cuenta por correo, incluido un aviso de que puede haber asistencia financiera disponible. LLUMC-M también intentará comunicarse con cada paciente/garante por vía telefónica al menos una vez, durante la cual se le dará aviso de su Política de Asistencia Financiera.
 - b. Todos y cada uno de los saldos en la cuenta adeudados por el paciente o garante, donde no se haya recibido ningún pago, y el paciente/garante no se haya comunicado con LLUMC-M dentro de los 60 días de la facturación inicial, pueden ser escalados y enviados al proceso de cobranza externa cuando:
 - i. se ha enviado al paciente/garante un mínimo de una factura detallada a nivel de código de ingresos y cuatro (4) estados de cuenta en su ciclo correspondiente;
 - ii. se ha realizado y documentado al menos un intento de contacto telefónico; y
 - iii. se ha proporcionado un aviso al paciente/garante de que los pagos no se han realizado de manera oportuna y de que la cuenta estará sujeta al proceso de cobranza externa 30 días a partir de la fecha del aviso.
- T. Después de 30 días o en cualquier momento en que una cuenta venza y esté sujeta al proceso de cobranza interna o externa, LLUMC-M proporcionará a cada paciente/garante un aviso por escrito en la siguiente forma:
- a. **"Las leyes estatales y federales requieren que los cobradores de deudas lo traten a usted de manera justa y prohíben que dichos cobradores hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, usen lenguaje obsceno o profano y se comuniquen de manera inapropiada con terceras personas, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00am o después de las 9:00pm. En general, un cobrador de deudas no puede brindar información sobre su deuda a otra persona, que no sea su abogado o su cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir un fallo. Para obtener más información sobre las actividades de cobranza de deudas, usted puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (*Federal Trade Commission*) vía telefónica al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov".**
 - b. **Puede que haya servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro disponibles en su área. Si necesita más información o asistencia para comunicarse con un servicio de asesoramiento crediticio, llame a la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M.**

-
- U. LLUMC-M ofrece a los pacientes/garantes una opción de plan de pago extendido cuando no pueden liquidar la cuenta en un solo pago. Los planes de pago extendido se establecen caso por caso considerando el monto total adeudado por el paciente/garante a LLUMC-M y las circunstancias financieras de dicho paciente/garante. Por lo general, los planes de pago extendido requieren un pago mensual mínimo de una cantidad tal que el plazo del plan de pago no exceda los doce (12) meses. Una vez que el paciente/garante haya acordado un plan de pago extendido, y llegara a incumplir todos los pagos consecutivos adeudados durante cualquier período de 60 días constituirá un incumplimiento del plan de pago. Se proporcionará al paciente/garante un aviso por escrito del incumplimiento del plan de pago extendido. Es responsabilidad del paciente/garante comunicarse con la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M si las circunstancias cambian y no pueden cumplir con los términos del plan de pago.
- V. Ciertos pacientes/garantes que han calificado para la asistencia financiera parcial con descuento de LLUMC-M son elegibles para un Plan de Pago Calificado como se describe en la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M. Los planes de pago calificados involucran la negociación entre el hospital y el paciente/responsable del pago y pueden resultar en un plazo del plan de pago que exceda los doce (12) meses. Dichos planes de pago calificados pueden organizarse comunicándose con un representante de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M. Los planes de pago calificados están libres de intereses. Una vez que LLUMC-M haya aprobado un plan de pago calificado, cualquier falta de pago de todos los pagos consecutivos adeudados durante cualquier período de 90 días constituirá un incumplimiento del plan de pago. Es responsabilidad del paciente/garante comunicarse con la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M si las circunstancias cambian y no pueden cumplir con los términos del plan de pago. Sin embargo, en caso de incumplimiento del plan de pago, LLUMC-M hará un intento razonable de comunicarse con el paciente/garante por teléfono y también notificará el incumplimiento por escrito. El paciente/garante tendrá la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido y puede hacerlo poniéndose en contacto con un representante de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M dentro de los catorce (14) días a partir de la fecha de la notificación por escrito del incumplimiento del plan de pago extendido. Si el paciente/garante no solicita la renegociación del plan de pago extendido dentro de los catorce (14) días, el plan de pago se considerará inoperante y la cuenta puede quedar sujeta al proceso de cobranza (*collection*).
- W. Para todas las cuentas de pacientes/garantes donde no haya una compañía aseguradora y/o cada vez que un paciente/garante proporcione información de que tiene costos médicos elevados, el representante de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M se asegurará de que el paciente/garante ha recibido toda la información enumerada anteriormente en la sección G, partes (1-8). Esto se logrará mediante el envío de un estado de cuenta suplementario con la primera factura del paciente/garante. El agente de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M documentará que la facturación suplementaria fue enviada al anotar una declaración afirmativa en la sección de "notas" de la cuenta del paciente/garante.
- X. LLUMC-M sólo utilizará agencias de cobranza autorizadas con las que haya establecido acuerdos contractuales por escrito. Toda agencia de cobranza que preste servicios en nombre de LLUMC-M debe aceptar cumplir con los términos y condiciones de dichos contratos, según lo especificado por LLUMC-M. Dichas agencias de cobranza contratadas para prestar servicios para LLUMC-M o en su nombre, también deberán aceptar y cumplir

con las normas y prácticas definidas en el acuerdo de las agencias de cobranza; incluida esta Política de Facturación y Cobro, la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M y todos los requerimientos legales, incluidos los que se especifican en el Código de Salud y Seguridad de California y en la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (IRS).

- Y. LLUMC-M ni sus agencias de cobranza autorizadas participarán en *acciones extraordinarias de cobro* (ECAs), hasta 180 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta por la atención en cuestión, y antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente/garante es elegible para asistencia financiera bajo la Política de LLUMC-M.
- Z. Al menos treinta días (30) antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro, LLUMC-M o sus agencias de cobranza autorizadas:
- a. Proporcionarán al paciente/garante un resumen de la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M;
 - b. Harán un intento de comunicarse verbalmente con el paciente/garante al último número de teléfono conocido del paciente/garante; y
 - c. Enviarán al paciente/garante una notificación por escrito de las acciones extraordinarias de cobro que LLUMC-M pretenda iniciar para obtener el pago por la atención brindada al paciente.
- AA. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M, un paciente puede presentar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento durante el ciclo de ingresos. LLUMC-M o sus agencias de cobranza autorizadas podrían identificar a un paciente/garante potencialmente elegible para asistencia financiera de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M. En el caso de que LLUMC-M o cualquiera de sus agencias autorizadas reciba una solicitud de asistencia financiera posterior al inicio de las acciones extraordinarias de cobro, LLUMC-M o su agencia de cobranza autorizada suspenderán inmediatamente la ejecución de dichas acciones. Durante el período de suspensión de las acciones extraordinarias de cobro, LLUMC-M hará los esfuerzos razonables para determinar si el paciente/garante es elegible para recibir asistencia financiera bajo la Política de LLUMC-M. Los pacientes/garantes deben hacer esfuerzos razonables para proporcionar información precisa al completar la Solicitud de asistencia financiera. LLUMC-M, a su entera discreción, pero no antes de los treinta (30) días desde el inicio de la suspensión de las acciones extraordinarias de cobro, puede determinar si el paciente/garante ha realizado esfuerzos razonables para cooperar con el proceso de solicitud de asistencia financiera de LLUMC-M. La actividad de cobro podrá reanudarse en las siguientes situaciones:
- a. El paciente/garante no coopera con el proceso de solicitud de asistencia financiera; o
 - b. LLUMC-M determina que el paciente/garante no es elegible para asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M.

- BB. Si un paciente/garante ha presentado una apelación para la cobertura de servicios, LLUMC-M extenderá el límite de 180 días para reportar información desfavorable a una agencia crediticia y/o no iniciará ninguna acción civil u otras acciones extraordinarias de cobro hasta que se haya tomado una decisión final de la apelación pendiente. Las apelaciones de los pacientes pueden incluir:
- a. una disputa contra un plan de salud contratado;
 - b. la búsqueda de una revisión médica independiente;
 - c. una audiencia justa para una revisión de un reclamo de Medi-Cal de conformidad con el requerimiento de California; y
 - d. una apelación referente a la cobertura de Medicare conforme a las leyes y reglamentos federales.
- CC. LLUMC-M y/o sus agencias de cobranza autorizadas no utilizarán salarios, embargos o gravámenes sobre una residencia principal sin una orden judicial. Cualquiera o todas las acciones legales para cobrar una cuenta pendiente de un paciente/garante por parte de LLUMC-M y/o sus agencias de cobranza deben estar autorizadas y aprobadas por escrito, y por adelantado, por el Vicepresidente Adjunto de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M o el Vicepresidente de Ingresos Presupuestarios (*Revenue Cycle*). Cualquier acción legal de cobro debe cumplir con los requisitos del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. LLUMC-M, sus agencias de cobranza autorizadas, o cualquier cesionario pueden usar todos y cada uno de los medios legales para procurar el reembolso, la cobranza de deudas y cualquier recurso de ejecución de acuerdos de terceros responsables, de agraviantes, o de otras partes legalmente responsables. Tales acciones serán realizadas solo con la aprobación previa y por escrito del Vicepresidente Adjunto de la Oficina de Cobro PBO de LLUMC-M o el Vicepresidente de Ingresos Presupuestarios.
- DD. Programa de quejas sobre facturas hospitalarias
1. El Programa de quejas sobre facturas hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura. Si usted cree que se le negó injustamente asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas hospitalarias. Para más información y para presentar una queja visite www.HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

Aprobada por: *Executive Committee, LLUMC-M Board, LLUMC-M Chief Executive Officer, LLUMC-M UMC-M Board, LLUMC-M Chief Executive Officer, LLUMC-M Chief Financial Officer, LLUMC-M Hospital Cabinet.*