

Cobranza a los garantes - Solo en centros del NMOSC	Tema	PAS
	Número de documento	9.2.1 NM
	Fecha de entrada en vigor	01 feb 2020
	Fecha de revisión	
	Número de revisión	
	Aprobado	
	Total de páginas	12
	Formularios de USPI	No

Section A: Purpose	Error! Bookmark not defined.
Section B: Policy.....	Error! Bookmark not defined.
Section C: Persons Affected	Error! Bookmark not defined.
Section D: Responsibilities	Error! Bookmark not defined.
Section E: Definitions.....	Error! Bookmark not defined.
Section F: Connections.....	Error! Bookmark not defined.
Part 1: Areas of Exposure	Error! Bookmark not defined.
Part 2: Key Controls	Error! Bookmark not defined.
Part 3: USPI's EDGE™ Connection	Error! Bookmark not defined.
Part 4: Other Policies and Procedures	Error! Bookmark not defined.
Section G: Procedures.....	Error! Bookmark not defined.
Part 1: Laying the Groundwork.....	Error! Bookmark not defined.
Part 2: Patients with Out-of-Network Payors	Error! Bookmark not defined.
Part 3: Patient Statements - Creating in the PAS....	Error! Bookmark not defined.
Part 4: Patient Statements - Generated and Mailed Monthly .	Error! Bookmark not defined.
Part 5: Respond to Mail.....	Error! Bookmark not defined.
Part 6: Contacting the Guarantor	Error! Bookmark not defined.
Part 7: Write-Off to Bad Debt - Balance	Error! Bookmark not defined.
Part 8: Write-Off to Bad Debt - Small Balance	Error! Bookmark not defined.
Part 9: Sanctions	Error! Bookmark not defined.
Part 10: Audit	Error! Bookmark not defined.
Section H: Revision History	Error! Bookmark not defined.

Sección A: Objeto

Los esfuerzos exitosos de cobranza con los garantes reducen la cantidad del dinero trasladado a deudas incobrables.

Sección B: Política

El Centro de Cirugía Ortopédica de Nuevo México (New Mexico Orthopaedic Surgery Center, NMOSC) utilizará métodos razonables y coherentes para cobrar los saldos de pacientes. Las agencias contratadas de cobranza también seguirán los requisitos de esta política. El NMOSC y sus agencias contratadas de cobranza no discriminarán entre las cuentas de Medicare y las que no lo son, como tampoco en sus esfuerzos de cobranza ni en su determinación de cobrabilidad.

Es política del Centro de Cirugía Ortopédica de Nuevo México (New Mexico Orthopaedic Surgery Center, NMOSC) garantizar lo siguiente:

1. Los estados de cuenta de los pacientes se generan y se envían por correo como mínimo una vez al mes.
2. La cobranza se evalúa después de tres meses sin respuesta por parte del garante.
3. Se siguen las leyes federales y estatales de cobranza.
4. Si el tercero pagador elige reducir el monto pagado al centro en respuesta al descuento que el centro proporcionó al paciente al honrar el beneficio dentro de la red del miembro, el centro no tomará más medidas de cobranza para el paciente.
5. Todos los saldos de pacientes de Medicare cancelados debido a las quejas de los pacientes en relación con la atención médica se informarán de inmediato al administrador del centro y a Western Litigation, Inc., que ha sido contratado por United Surgical Partners International (USPI) para informar a Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare and Medicaid Services, CMS).
6. El NMOSC no emprenderá ninguna acción extraordinaria de cobranza (según se define en este documento) contra ninguna persona para obtener el pago por la atención sin que antes se hayan realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona opta a recibir asistencia conforme a nuestra política de descuentos para profesionales, para empleados, por autopago y política de descuentos de caridad.

Sección C: Personas afectadas

Cualquier persona involucrada en obtener pagos exactos de los garantes después del día de la cirugía.

Sección D: Responsabilidades

1. El administrador es responsable de aprobar las cuentas trasladadas a deudas incobrables y decidir si aceptar un caso programado para un paciente que no haya pagado una fecha anterior de servicio.
2. El gerente de la oficina comercial (business office manager, BOM) es responsable de crear un formulario de aprobación de cancelación para el centro y obtener la aprobación del administrador antes de trasladar el saldo de un garante a deudas incobrables en la Especificación Disponible al Público (Publicly Available Specification, PAS). El BOM es responsable de identificar las cuentas cada mes para cancelación en deudas incobrables, incluida cualquier cuenta que presente el cobrador.
3. El cobrador es responsable de enviar los estados de cuenta de los pacientes, responder todas las consultas de los pacientes con respecto a las cuentas, enviar al BOM la lista de cuentas para su cancelación en deudas incobrables, y realizar llamadas de cobranza.
4. El recepcionista es responsable de cambiar las direcciones en la PAS cuando llega una tarjeta de cambio de dirección.
5. El gerente de la oficina comercial es responsable de crear el código de cancelación WO390 en Advantx y el código de transacción D para SIS. La descripción deberá leer "Queja del paciente de servicios de Medicare y Medicaid (Medicare and Medicaid Services, CMS)/Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) (Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act, MMSEA)".
6. El gerente de la oficina comercial es responsable de garantizar que todas las cancelaciones para los pacientes de Medicare debido a las quejas en relación con la atención médica se realicen mediante el código WO390.
7. El gerente de la oficina comercial es responsable de obtener la aprobación del administrador antes de cancelar el saldo de un paciente de Medicare debido a las quejas relacionadas con la atención médica.
8. El gerente de la oficina comercial es responsable de informar a Western Litigation Inc. todas las cancelaciones de saldos de los pacientes de Medicare debido a las quejas relacionadas con la atención médica.

Sección E: Definiciones

Cuentas por cobrar (Accounts Receivables, A/R): son los fondos adeudados al centro por los servicios prestados.

Periodo de solicitud: el período durante el cual el NMOSC deberá aceptar y procesar una solicitud conforme a su Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP). El período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza, a más tardar, 240 días después de la fecha del primer resumen de facturación posterior al alta de la atención, o al menos 30 días después de que el NMOSC le proporcione a la persona un aviso por escrito que establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar acciones extraordinarias de cobranza (extraordinary collection actions, ECA).

Deuda incobrable: es el dinero que el centro esperaba recaudar y no recauda. La deuda incobrable es la parte de una cuenta, que aún está pendiente, después de haber pasado un tiempo determinado y haber realizado esfuerzos razonables de cobranza.

Quejas relacionadas con la atención médica: son las quejas que plantea un determinado paciente por la atención médica recibida en cualquier departamento del centro.

Carta de morosidad: es una solicitud de pago que se envía a un paciente. También se denomina carta de cobranza.

Acción extraordinaria de cobranza (Extraordinary Collection Action, ECA): consiste en cualquier acción que ejerza el NMOSC contra cualquier persona en relación con la obtención del pago de una factura para la atención médica cubierta por la política de descuentos para profesionales, para empleados, por autopago y servicio de salud asistencial del NMOSC, que amerite un proceso legal o judicial o implique vender la deuda de una persona o suministrar información desfavorable sobre la persona a las agencias de informes de crédito al consumidor o a las oficinas de crédito.

Sección F: Conexiones

Parte 1: Áreas de exposición

1. Exención inapropiada de copago, deducible y coaseguro.
2. Exención inapropiada de la tarifa del centro.
3. Incumplimiento de las leyes estatales o federales de cobranza.
4. Falta de intento razonable por cobrar al garante.

5. Falta de notificación de las cancelaciones de saldos de los pacientes de Medicare debido a quejas relacionadas con la atención médica, lo cual implica una multa de CMS por \$1000.00 diarios.

Parte 2: Controles clave

1. El BOM y el administrador aprueban las cancelaciones en deudas incobrables.
2. Se hace todo lo posible por cobrar todos los copagos, montos de coaseguro y deducibles de Medicare.
3. Se realizan esfuerzos de cobranza para todos los saldos pendientes de pacientes.
4. El BOM y el administrador aprueban todas las cancelaciones de saldos de los pacientes de Medicare debido a quejas relacionadas con la atención médica.

Parte 3: Conexión EDGE™ de USPI

Recibir el pago total y oportuno por los servicios prestados.

Parte 4: Otras políticas y procedimientos

PAS 1.2.1 Descuentos para profesionales, para empleados, por autopago y servicio de salud asistencial del NMOSC

PAS 8.1 Saldo de crédito y reembolso

PAS 9.3 Empleo de agencias de cobranza

Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de la Ley de Deuda Justa y Prácticas de Cobranza

Sección G: Procedimientos

Parte 1: Sentar las bases

1. El gerente de la oficina comercial (business office manager, BOM) proporciona al cobrador un nombre de usuario y una contraseña para la PAS y revisa las cuentas que realizan pagos mensuales de forma periódica, con el fin de constatar que cumplan con sus acuerdos.

2. El centro se reserva el derecho legal de acelerar el pago en cualquier momento, por cualquier motivo, a menos que el mismo centro haya llegado a un acuerdo de pago con el garante, ya sea verbalmente o por escrito.
3. El BOM crea una hoja de aprobación de cancelación de centros para que la use el cobrador y la apruebe el administrador.
4. El administrador puede negarse a programar un caso para un paciente que no cumpla con sus obligaciones financieras en una fecha anterior de servicio.
5. Los servicios se pueden programar antes de realizar una solicitud de asistencia financiera; sin embargo, generalmente se requiere una determinación sobre la solicitud de asistencia financiera antes de obtener los servicios.
6. USPI sugiere que la búsqueda de la deuda pendiente a través de los canales apropiados debería compararse con el monto previsto de recuperación.

Parte 2: Pacientes con pagadores fuera de la red

Si el centro otorgó a un paciente que tenía un pagador fuera de la red un descuento dentro de la red, el cobrador no puede intentar cobrar la diferencia entre los cargos brutos y el monto permitido por el pagador del paciente.

Parte 3: Estados de cuenta de pacientes - Creación en la PAS

1. La PAS permite el envío de un estado de cuenta a los pacientes, solo después de que se haya pagado a un tercero pagador y se haya agregado un mensaje predeterminado al estado de cuenta del paciente para el que haya pasado un número específico de días.
2. El centro puede utilizar mensajes que indiquen que la cuenta “puede” remitirse a una agencia de cobranza. Si el mensaje indica que centro “entregará” la cuenta a una agencia de cobranza, el centro debe realizar el seguimiento.

Parte 4: Estados de cuenta de pacientes, generados y enviados mensualmente

1. Mensualmente, como mínimo, el cobrador genera estados de cuenta del paciente en la PAS, revisa cada estado de cuenta para obtener la información completa de la dirección, saldos apropiados, etc., y envía el estado de cuenta por correo al garante.

2. Se puede enviar una carta que informe al paciente que la compañía de seguros ha pagado su parte y que el resto del saldo es responsabilidad del garante.
3. En ocasiones, el paciente o la compañía puede solicitar una factura detallada. En una codificación de normas contables (Accounting Standards Codification, ASC) proporcionaremos un desglose de los procedimientos realizados y los implantes y dispositivos facturables para el caso. No se requiere la ASC para detallar los suministros utilizados, ya que facturamos en general para los procedimientos realizados.

Parte 5: Responder la correspondencia o las llamadas de pacientes

1. El cobrador responde el correo de los garantes, documenta la respuesta en la PAS, archiva la correspondencia original del garante con una copia fechada de la respuesta del centro en el archivo de correspondencia, y anota adecuadamente la cuenta del paciente en la PAS.
2. El cobrador responde las consultas telefónicas de pacientes y garantes con prontitud. Se asienta la llamada y la resolución en los comentarios para la cuenta de los pacientes.
3. Si las declaraciones o cartas se devuelven como imposibles de entregar, el cobrador intenta localizar la dirección correcta del garante. Si se encuentra la dirección correcta, el cobrador corrige la PAS y vuelve a enviar el artículo por correo. Si no puede encontrar la dirección correcta, el cobrador alerta al BOM, quien reenvía la cuenta a una agencia de cobranza para omitir el rastreo. Se archiva una copia del sobre de correo devuelto en el archivo de correspondencia.
4. Si llega una tarjeta de cambio de dirección, el recepcionista cambia la dirección en la PAS.
5. Si un paciente contacta al centro para plantear una queja relacionada con la atención médica, se le debe notificar al administrador.
6. Si se toma la decisión de ajustar el saldo restante del paciente o reembolsar los pagos anteriores, y se trata de un paciente de Medicare, que ha presentado una queja relacionada con la atención médica, se debe notificar a CMS a través de Western Litigation Inc.

Parte 6: Contactar al garante

1. El gerente de la oficina comercial (business officer manager, BOM) le proporciona al cobrador información de capacitación sobre cómo gestionar las llamadas de cobranza a los garantes en una variedad de situaciones.
2. El cobrador documenta todas las conversaciones y medidas tomadas y coloca los resultados en la PAS.
3. Los cobradores no están obligados legalmente a notificarle al garante que su cuenta morosa será remitida a una agencia de cobranza si el centro ha realizado anteriormente solicitudes o demandas de pago en forma de factura, estado de cuenta, carta de morosidad, formulario de acuerdo financiero completo, etc., a menos que lo exija la legislación estatal.
4. El cobrador llena un formulario de ajuste para las cuentas que deben cancelarse o enviarse a una agencia de cobranza externa y se lo entrega al BOM.
5. Si no se recibe el pago del garante, el cobrador lo llama por teléfono para solicitar el saldo pendiente. Si el garante informa que no puede pagar el monto total de una vez, el cobrador establece un acuerdo de pago (es decir, un pagaré) a la brevedad posible. Consulte la política de la PAS 1.3, "Pagaré".
6. Si un garante tiene un acuerdo de pago existente y lo incumple de alguna manera, el cobrador realiza demandas inmediatas de pago en su totalidad.
7. Si el personal del centro se entera de que el garante ha fallecido o se ha declarado en quiebra después de la fecha del servicio, el cobrador informa al BOM, quien decide si la cuenta debe presentarse ante el tribunal o cancelarse.

Parte 7: Comunicación del Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP)

1. El NMOSC ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen con los requisitos establecidos en la política de la PAS 1.2.1 de descuentos para profesionales, para empleados, por autopago y de servicio de salud asistencial del NMOSC. Los pacientes pueden obtener un ejemplar de la política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo del FAP en las siguientes modalidades:
 - En línea, en <http://www.nmscortho.com>
 - Al contactar a un representante de servicio al cliente, al (505) 291-2300
 - Por correo, sin cargo, previa solicitud.
2. Los pacientes pueden presentar solicitudes de asistencia financiera en un período de solicitud de 240 días (según se define en este documento). El NMOSC no entablará ninguna acción de cobranza extraordinaria (extraordinary collection action, ECA) contra el paciente o garante sin antes hacer esfuerzos

razonables para determinar la elegibilidad conforme a la política del FAP. Específicamente:

- El NMOSC notificará a las personas sobre su FAP antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención, a la vez que se abstendrá de iniciar cualquier ECA durante al menos 120 días, contados a partir del primer resumen de facturación posterior al alta o la consulta.
- Si el NMOSC tiene la intención de ejercer una ECA, lo siguiente ocurrirá al menos 30 días antes de emprender una o más ECA:
 - El NMOSC notificará al paciente por escrito que hay asistencia financiera disponible para las personas elegibles e identificará las ECA que pueden iniciarse para obtener el pago. El aviso por escrito incluirá la fecha límite después de la cual se pueden iniciar tales ECA, que no sea anterior a 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso.
 - El aviso en cuestión incluirá un resumen en lenguaje sencillo del FAP.
 - El NMOSC hará un esfuerzo razonable para notificar al paciente verbalmente sobre el FAP y cómo obtener asistencia con el proceso de solicitud.
 - Si el NMOSC combina las facturas pendientes de un paciente para varios episodios de atención antes de iniciar una o más ECA, se abstendrá de iniciarlas hasta 120 días después de proporcionar el primer resumen de facturación posterior al alta para el episodio de atención más reciente.

Parte 8: Procesamiento de solicitudes del FAP

1. Si se presenta una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, el NMOSC:
 - suspenderá cualquier ECA y
 - entregará a la persona un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional requerida conforme al FAP o al formulario de solicitud del FAP que debe presentarse para completar la solicitud. Este aviso incluirá la información de contacto del NMOSC establecida en esta política.

2. Si se presenta una solicitud de FAP completa durante el período de solicitud, el NMOSC:
 - Suspenderá cualquier ECA iniciada previamente.
 - Determinará si la persona califica para la atención dentro del FAP y le notificará por escrito sobre la determinación de elegibilidad (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual es elegible) y la base para esta determinación.

3. Si se determina que la persona califica para la atención dentro del FAP, el NMOSC:
 - Le entregará una notificación por escrito, donde se indique la cantidad que la persona adeuda por la atención conforme al FAP, cómo se determinó esa cantidad y cómo obtener información sobre el monto generalmente facturado (amount generally billed, AGB) por la atención.
 - Le reembolsará cualquier monto que haya pagado por la atención, que exceda la cantidad que deba pagar conforme al FAP, a menos que el excedente sea inferior a \$5 (u otro monto publicado en el Boletín de Rentas Internas).
 - Tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (con la excepción de una venta de deuda) que se haya tomado contra la persona para obtener el pago de la atención.
4. En el caso de que no se haya presentado ninguna solicitud dentro del FAP durante el período de solicitud, el NMOSC puede iniciar una ECA para obtener el pago de la atención una vez que le haya notificado a la persona sobre el FAP, según se describe en la Parte 7 de esta política.

Parte 9: Disputa y resolución de facturación

1. La cobranza se suspenderá cuando un paciente dispute el saldo. El NMOSC revisará, documentará e investigará la cuenta para su pronta resolución. Las correcciones se realizarán de inmediato, las cuentas se sacarán de las cobranzas y se eliminarán los informes desfavorables, según corresponda. La cobranza se reanudará en los saldos pendientes que se determinen válidos, de conformidad con la Ley de Deuda Justa y Prácticas de Cobranza.
2. Los pacientes pueden disputar su saldo al llamar al (505) 291-2300 o por comunicación escrita a:

NEW MEXICO ORTHOPAEDIC SURGERY CENTER (CENTRO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE NEW MÉXICO)
8300 CONSTITUTION AVE NE
ALBUQUERQUE, NM 871107613

Parte 10: Cancelación de deuda incobrable - Saldo

1. El saldo de la cuenta puede trasladarse a deudas incobrables cuando:
 - a. Los esfuerzos razonables por parte de los cobradores (reclamo presentado y seguimiento con los intentos de terceros pagadores por parte del garante) han sido infructuosos para cobrar el monto. El intento de cobranza estándar es de tres estados de cuenta.

- b. Se recibe un aviso de descargo del tribunal por quiebra.
 - c. El garante no ha rectificado un pago faltante, atrasado o insuficiente durante el período del acuerdo.
 - d. Hay evidencia de que la cuenta es incobrable (el garante omitió, falleció o se declaró en quiebra).
 - e. El costo del esfuerzo de cobranza supera el monto que se debe cobrar.
 - f. El saldo pasa de los 120 días.
 - g. La cuenta pasa de los 12 meses después de la fecha de servicio.
2. El cobrador llena la hoja de cancelación del centro y se la entrega al BOM.
 3. El BOM revisa la hoja del cobrador y determina si la cuenta cumple con los criterios de cancelación o acción de la agencia de cobranza.
 4. El BOM ingresa la transacción correspondiente en la PAS, así como los comentarios si la cuenta se coloca en una agencia externa. Los comentarios deberían incluir cuándo se colocó, a qué agencia se le entregó y qué monto se entregó.
 5. El administrador aprueba las cuentas que deban trasladarse a deudas incobrables, ya sea al firmar el informe de la PAS que enumera cada cuenta o al aprobar el correo electrónico del BOM o del director de negocios. Las copias de la aprobación deben conservarse junto con todos los demás documentos mensuales de control interno.

Parte 11: Cancelación de deudas incobrables - Escasa cuantía

1. El cobrador revisa las cuentas con un saldo deudor de \$9.99 o menos antes del procedimiento de cierre de fin de mes.
2. Para las cuentas del garante con un débito de \$9.99 o menos, el cobrador puede cancelar la diferencia, por lo que la cuenta está en \$0.00 al utilizar el código correspondiente de “cancelación de escasa cuantía” para la PAS. No hace falta la aprobación del administrador ni del BOM para la cancelación de escasa cuantía.

Parte 12: Traslado del saldo del paciente de Medicare a CMS/MMSEA

1. El saldo de la cuenta puede trasladarse a CMS/MMSEA cuando:
 - a. Se recibe una queja del paciente en relación con la **atención médica**.

Y

b. **Se contacta a la administración y se considera que la queja es válida.**

2. El cobrador llena la hoja de cancelación del centro y se la entrega al BOM.
3. El BOM revisa la hoja del cobrador y determina si la cuenta cumple con los criterios de cancelación. Si se aprueba, el formulario de ajuste se entrega al administrador para su aprobación o se envía un correo electrónico al administrador por parte del director de negocios.
4. El administrador aprueba la cancelación al firmar el formulario de ajuste o el correo electrónico del director de negocios. Las copias de la aprobación deben conservarse junto con todos los demás documentos mensuales de control interno.
5. El BOM informa inmediatamente todas las cuentas a Western Litigation, Inc.
6. El BOM ingresa la transacción apropiada en la PAS, así como los comentarios sobre cuándo se informó a Western Litigation Inc.

Parte 13: Sanciones

Las sanciones por la violación de esta política variarán según la naturaleza y la gravedad de la infracción. Las personas que violen lo anterior estarán sujetas a medidas disciplinarias, incluso el despido; la acción legal por parte de USPI, lo cual abarca, a título enunciativo: procesamiento penal según las leyes estatales y federales correspondientes, y restitución por uso indebido.

Parte 14: Auditoría

1. El gerente de la oficina comercial revisa todas las cancelaciones y ajustes de la PAS por validez al menos una vez al mes.
2. El contador del centro y la gerencia operativa disciernen sobre los informes de antigüedad de las cuentas por cobrar y los porcentajes de cancelación, como parte de una revisión operativa mensual. Si los resultados no concuerdan con los resultados esperados, se realiza una investigación adicional.
3. El auditor interno evalúa la propiedad del historial de la cuenta y el logro de las aprobaciones de cuentas trasladadas a deudas incobrables y a CMS/MMSEA debido a quejas de pacientes en relación con la atención médica.

Sección H: Revisión histórica

Fecha	Número de revisión	Cambio	Secciones revisadas
01 mar 20	1.0	Nuevo documento	N/A