



COUNTY OF SANTA CLARA  
Health System

**FECHA:** 8 de Diciembre de 2022

**A:** Sistema de Salud del Condado de Santa Clara  
Grupo de Dirección Ejecutiva

**DE:** René G. Santiago, Ejecutivo Adjunto del Condado y  
Director del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara

**ASUNTO:** **Póliza de cobro de deudas de los pacientes**

**REFERENCIAS:** Código de Salud y Seguridad de California, §§ 127400-127462  
Código Civil de California , §§ 1788-1788.33  
15 U.S.C. §§ 1692-1692p  
CSCHS Póliza #715.0 (Programa de Acceso a la Atención Médica)

**DEFINICIONES:**

1. **Paciente:** Para propósitos de esta póliza, paciente incluye cualquier individuo que recibió artículos y/o servicios de atención médica del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés) y, si no es la misma persona, su garante.

**Garante:** El individuo que ha aceptado la responsabilidad financiera del pago de una deuda del paciente.

2. **Deuda del Paciente:** La cantidad que un paciente adeuda al CSCHS por concepto de artículos y/o servicios de atención médica.
3. **El DTAC:** El Departamento de Impuestos y Cobros del Condado de Santa Clara, que cobra la deuda del paciente en nombre del CSCHS.
4. **Asistencia Financiera:** Un descuento total o parcial de una deuda del paciente autorizado por el CSCHS bajo los términos de la póliza de asistencia financiera del CSCHS.
5. **Póliza del CSCHS #715.0 o Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS:** Una póliza separada que describe el programa de Asistencia Financiera del CSCHS, también conocido como el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés), que ofrece descuentos en artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS a ciertos pacientes elegibles con ingresos bajos o moderados. La Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS está disponible en línea en: <https://health.sccgov.org/healthcare->

[access-program](#). Las personas también pueden obtener una copia de la Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS llamando al Departamento de Acceso al Paciente del CSCHS al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.).

#### **ANTECEDENTES:**

El propósito de esta póliza es definir las normas y prácticas para el cobro de las deudas de los pacientes con el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS).

#### **PÓLIZA:**

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

#### **PROCEDIMIENTO:**

##### **Parte Responsable**

##### **Acción**

Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS

1. Bajo la autoridad del Director Financiero del CSCHS, el CSCHS perseguirá el pago de las deudas de pacientes adeudadas por artículos y/o servicios de atención médica proporcionados 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 Pólizas de Precios Justos para Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400 y siguientes), la Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Sala 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 los Estados Unidos, Título 15, secciones 1692 y siguientes).
2. El CSCHS obtendrá un acuerdo por escrito del DTAC en el sentido de que el DTAC se adherirá a esta póliza en su totalidad. El acuerdo escrito no se interpretará en el sentido de crear una empresa conjunta entre el CSCHS y el

DTAC, ni de permitir de otro modo que el CSCHS gobierne el DTAC.

3. Antes de enviar una deuda del paciente al DTAC, el CSCHS hará todo lo siguiente:
  - a. Realizar todos los esfuerzos razonables para obtener de los pacientes información acerca de 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. Proporcionar 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 de caridad, una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el Condado.
  - c. Informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras enviándoles por correo al menos cuatro (4) estados de cuenta de los servicios prestados en el CSCHS.
  - d. Informar a los pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles mediante el envío de un aviso sobre la póliza de asistencia financiera del CSCHS y la solicitud en la(s) fecha(s) de servicio o poco después, en el momento de la facturación y al menos 30 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
  - e. Tomar medidas, cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes del CSCHS sobre las opciones de asistencia financiera disponibles, para ayudar a esos pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda.

- f. Enviar a los pacientes un aviso -también conocido como "Carta de Despedida"- al menos 60 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC. Este aviso incluirá:
    - I. La(s) fecha(s) de notificación de la factura que se envíe al DTAC;
    - II. El nombre completo y la dirección del DTAC;
    - III. Una declaración informando al paciente de cómo obtener una factura detallada del CSCHS;
    - IV. El nombre y tipo de cobertura de salud del paciente registrado con 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. Esperar al menos 180 días tras la facturación inicial antes de enviar una deuda del paciente al 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, que incluyen, entre otras cosas, el uso de

extractos de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas;

- b. Iniciar acciones civiles contra el paciente de forma que se cumplan todas las leyes aplicables. Mediante un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que el DTAC no inicie una acción civil contra un paciente si dicho 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 dicha 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 Medi-Cal 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 Pólizas 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 el Código de Salud y Seguridad sección 127430; 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 participará en 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, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un paciente de una o más facturas por atención proporcionada previamente;
  - d. Embargar la propiedad inmobiliaria de un paciente;
  - e. Embargar o incautar la cuenta bancaria u otros bienes personales de un paciente; o
  - f. Utilizar embargos salariales o un impuesto sobre una residencia principal 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 tendrá en cuenta los ingresos familiares y los gastos de subsistencia

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 del paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
  - c. Un plan de pago puede declararse inoperante después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días.
  - d. Antes de declarar inoperante un plan de pagos, el CSCHS:
    - I. Va a realizar intentos razonables para ponerse en contacto con el paciente por teléfono, notificar por escrito que el plan de pago puede quedar inoperativo e informar al paciente de la oportunidad de intentar renegociar los términos del plan de pago incumplido.
    - II. A petición del paciente, va a intentar renegociar las condiciones del plan de pagos incumplido.
  - e. El CSCHS no iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago antes del momento en que el plan de pago sea declarado inoperante.
8. El CSCHS no utilizará talones de pago, declaraciones de impuestos, o documentación de bienes obtenida de los pacientes durante el proceso de solicitud de asistencia financiera para actividades de cobranza.

9. En el caso de que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado revise una solicitud de asistencia financiera presentada más de 180 días después de la facturación inicial, el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado solicitará que el DTAC detenga las actividades de cobro, incluyendo la suspensión de acciones civiles, hasta que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado haya tomado una decisión sobre la solicitud. En el caso de que un paciente se encuentre elegible para la asistencia financiera después de que la acción civil haya comenzado, el CSCHS trabajará con el DTAC para desestimar la demanda con perjuicio.
10. Nada en esta póliza a impide al CSCHS o al DTAC de perseguir la responsabilidad de terceros de una manera consistente con las leyes aplicables.

#### Pacientes

1. Los pacientes deben dirigir sus preguntas sobre esta póliza 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 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.) o personalmente en 770 S. Bascom Ave, San José, CA 95128 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.).
2. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para responder con prontitud a las declaraciones de facturación y comunicaciones relacionadas del 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 pudiera 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 la Póliza de Asistencia Financiera de CSCHS y, si creen que son elegibles para recibir asistencia financiera, completen y envíen una solicitud de asistencia financiera lo antes posible. Los pacientes pueden revisar la Póliza de



Asistencia Financiera completa del CSCHS y descargar una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Acceso al Paciente de CSCHS llamando al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8am a 5pm) para hacer cualquier pregunta sobre la póliza de asistencia financiera.

Emitido: 08/12/2022