

**PROCEDIMIENTO Y POLÍTICA
DE GOBERNANZA DE DIGNITY HEALTH**

DE: Junta Directiva de Dignity Health

MATERIA: Política de facturación y cobro al paciente

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 1 de enero de 2017

REVISADO: 1 de enero de 2016; (60.4.006) 17 de enero de 2012; 25 de abril de 2011; 20 de octubre de 2010; 19 de diciembre de 2007; 7 de mayo de 2007

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL: (60.4.006) 7 de mayo de 2007

REEMPLAZA A: (60.4.006) Política de facturación a pagar por el paciente y normas de cobro: 17 de enero de 2012; 25 de abril de 2015; 20 de octubre de 2010
(60.4.006) Política de facturación para pacientes no asegurados y normas de cobro; 7 de mayo de 2007; 19 de diciembre de 2007

I. POLÍTICA:

Para gestionar los recursos con responsabilidad y poder brindar asistencia a quienes lo necesitan, Dignity Health establece la presente política respecto de la facturación a los pacientes por los servicios brindados y el cobro de facturas impagas. El proceso que utiliza Dignity Health para facturar a pacientes y cobrar deudas impagas reflejará sus valores de dignidad humana y de administración, así como la responsabilidad personal de los pacientes de contribuir con el costo de los servicios de atención médica que reciben de Dignity Health.

II. OBJETIVO:

La finalidad de esta política es establecer las normas de Dignity Health sobre la facturación y el cobro a pacientes que reciben los servicios que Dignity Health ofrece, entre ellos las prácticas de los proveedores que realizan servicios para Dignity Health.

III. DEFINICIONES:

Período de solicitud

Lo que ocurra en último término entre lo siguiente: (i) 360 días desde el alta hospitalaria del paciente o la fecha del servicio elegible del paciente o (ii) 240 días desde la fecha de la factura inicial posterior al alta respecto del servicio elegible.

Proveedor autorizado

Un proveedor autorizado es un proveedor externo autorizado por Dignity Health para realizar varias funciones para la organización, entre ellas facturar a pacientes y cobrar las facturas impagas.

Atención de caridad

Atención de caridad es una asistencia financiera completa para pacientes calificados que exime totalmente al paciente y a su garante de la obligación de pagar servicios elegibles. La atención de caridad no reduce el monto, en caso de haber, que deba pagar un tercero por los servicios elegibles brindados al paciente.

Atención con descuento

La atención con descuento es una asistencia financiera parcial para pacientes calificados para eximir parcialmente al paciente y a su garante de la obligación de pagar los servicios elegibles (como se define a continuación). La atención con descuento no reduce el monto, en caso de haber, que deba pagar un tercero por los servicios elegibles brindados al paciente.

Agencia de cobranzas

Un proveedor autorizado que se dedica al cobro de deudas si el paciente no saldara su deuda o que llega a acuerdos de pago aceptables para Dignity Health, sobre las facturas que se emiten como parte del ciclo normal de facturación del hospital. El término "agencia de cobranzas" no incluye a un proveedor autorizado que cumple su función normal de facturación para Dignity Health.

Servicios elegibles

Los servicios elegibles incluyen atención médica de emergencia y que no sea de emergencia, atención médicamente necesaria brindada por Dignity Health dentro de los hospitales operados por él, entre ellos, todos los centros presentes en la lista de licencias de cada hospital. Los servicios elegibles excluyen servicios de médicos, tratamientos o procedimientos, a menos que la lista de profesionales de la política de asistencia financiera incluya al médico o grupo de médicos relevantes y, si corresponde, una descripción de los servicios, tratamientos o procedimientos que dicho médico o grupo de médicos brinden y que estén específicamente cubiertos por esta política.

Asistencia médica de emergencia

Asistencia médica de emergencia significa atención que brinda un hospital por:

- (a) Una enfermedad que se manifieste mediante síntomas tan severos (entre ellos dolor intenso) que, si no se tratasen de inmediato, podrían dar como resultado:
 - (i) Serio peligro la salud del individuo (o, en el caso de mujeres embarazadas, la salud de la mujer o del nonato)
 - (ii) Deficiencia severa en las funciones corporales o
 - (iii) Disfunción severa de cualquier órgano o parte del cuerpo;

o

- (b) Una mujer embarazada con contracciones, cuando:
 - (i) No hay tiempo suficiente para realizar una derivación segura a otro hospital antes del parto.
 - (ii) Dicha derivación puede resultar peligrosa para la salud o la seguridad de la mujer o el nonato.

Gastos de vida esenciales

Los gastos de vida esenciales incluyen los gastos para: pago y mantenimiento de alquiler o vivienda, suministros alimenticios o domésticos, servicios y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela y cuidado de los niños, mantenimiento de niños o cónyuge, gastos de transporte y del auto como seguro, gasolina y reparaciones, pago de cuotas, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Acciones de cobranza extraordinarias (ECA, por sus iniciales en inglés)

Las ECA incluyen:

- (a) Vender la deuda individual a un tercero, excepto si está expresamente previsto por la ley.
- (b) Reportar información adversa sobre el individuo a las oficinas de créditos para consumidores.
- (c) Diferir, denegar o solicitar un pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un individuo de una o más facturas sobre atención brindada con anterioridad dentro de la política de asistencia financiera del hospital.
- (d) Ciertas acciones que requieren un proceso legal o judicial según lo especifica la ley, entre ellos algunos gravámenes, ejecuciones de inmuebles, embargos/decomisos que inicien acción civil y produzcan que un individuo reciba una orden judicial de secuestro y se embarguen sus ingresos.

Las ECA no incluyen los gravámenes que el hospital tiene derecho a aplicar según la ley estatal en los procedimientos de una sentencia, acuerdo o compromiso que se le debe a un individuo (o a su representante) como resultado de lesiones personales por las que un hospital brindó atención.

Nivel federal de pobreza

El FPL se define según las pautas de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza regularmente en el Registro Federal dependiente de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se pueden consultar las pautas actuales del FPL en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Política de asistencia financiera

Se refiere a la presente política, que ha establecido Dignity Health para proveer atención de caridad y atención con descuento para pacientes elegibles, a las que se refiere de forma colectiva en esta y otras políticas como “asistencia financiera”.

Ingreso

Page 3 of 12

Effective Date: January 1, 2017

© Copyright 2007 - 2017 Dignity Health. For Internal Use Only.

El ingreso bruto ajustado modificado (MAGI en inglés), tal como lo define el IRS.

Atención médicamente necesaria

Servicios e insumos hospitalarios y otros servicios de atención médica que se necesitan para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, trastorno, dolencia o sus síntomas y que concuerdan con los estándares de práctica aceptados. La atención médicamente necesaria no incluye la atención relacionada con procedimientos cosméticos cuyo único propósito es mejorar la apariencia estética de una parte del cuerpo que funciona con normalidad.

Familia del paciente

La familia del paciente incluye al paciente y:

- (a) En el caso de personas mayores de 18 años de edad, un cónyuge, pareja de hecho, tal como lo define la Sección 297 del Código de Familia y los niños dependientes menores de 21 años de edad, vivan o no en la casa.
- (b) En el caso de menores de 18 años, un padre, familiares encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años del padre o del familiar encargado del cuidado.

Ingresos de la familia del paciente

El ingreso anual que recibe la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que se brinda el servicio de Dignity Health.

Paciente con altos costos médicos

Un paciente que tiene una cobertura médica y que también reúne uno de los siguientes dos criterios:

- (a) Los gastos adicionales anuales que generó el paciente en el hospital exceden el 10 % del ingreso familiar del paciente (según se definió anteriormente) de los últimos 12 meses; o
- (b) Los gastos médicos adicionales anuales exceden el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente brinda documentación sobre sus gastos médicos pagados por él mismo o su familia en los últimos 12 meses.

Determinación de elegibilidad hipotética

Es el proceso de determinación de elegibilidad para que un paciente reciba asistencia financiera, sobre la base de la información adicional a la brindada por el paciente, por ejemplo, calificación en otros programas de bienestar, condición de persona sin vivienda o en función de una determinación de elegibilidad previa. (Cabe destacar que las referencias a la "elegibilidad hipotética" en la presente política remiten a elegibilidad hipotética para recibir asistencia financiera y no para Hospital de Medi-Cal, a menos que se especifique). Es posible que Dignity Health emplee un proceso de determinación de elegibilidad hipotética, a fin de brindar atención de caridad o atención con descuento con respecto a cualquier categoría de asistencia financiera. Al hacerlo, se puede basar en información disponible en bases de datos públicas y obtenidas de terceros que utilizan bases de datos públicas para estimar si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera.

El objetivo de este proceso de selección es imitar la solicitud de asistencia financiera de Dignity Health. La información devuelta a través del proceso de selección constituirá

documentación adecuada cuando no se disponga de información adicional por parte del paciente. El proceso brinda una estimación de los ingresos familiares y de la constitución familiar del paciente y analiza otros factores relacionados con la necesidad financiera del paciente.

Plan de pago razonable

Un plan de pago razonable es un plan de pago extendido en el que las cuotas no exceden el 10 % del Ingreso neto mensual de la familia del paciente, luego de las deducciones de los fastos de vida esenciales (según fueron definidos anteriormente).

Paciente sin seguro

Un paciente sin seguro es quien no posee cobertura de un seguro médico, un plan de servicios de atención médica ni un programa de atención médica financiado por el gobierno (por ejemplo, Medicare o Medicaid), y cuyas lesiones no están sujetas a indemnización laboral, seguro de automóviles u otro seguro o tercero pagador según lo determine y documente el hospital.

IV. DEPARTAMENTOS MÁS AFECTADOS:

Todas las entidades de Dignity Health que brindan servicios elegibles.

V. PAUTAS:

A. Notificaciones necesarias en todos los resúmenes de facturación

Dignity Health realizará esfuerzos razonables para enviar avisos evidentes por escrito a los pacientes que reciban atención (ya sea de emergencia, con internación o ambulatoria) en una institución de Dignity Health, y que se les pueda cobrar por dicha atención. Dichas notificaciones se enviarán en cada resumen de facturación e incluirán:

1. Información sobre la disponibilidad de la política de asistencia financiera de Dignity Health y otros descuentos disponibles;
2. Información sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera y otros descuentos.
3. Datos de contacto (*por ejemplo*, número de teléfono) de un empleado del hospital o una oficina donde la persona pueda obtener mayor información sobre la política de asistencia financiera de Dignity Health y otros descuentos.
4. El sitio web directo donde se pueden encontrar copias de la política de asistencia financiera, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la política.

B. Aviso adicional para pacientes que no hayan brindado pruebas sobre la cobertura médica

Si un paciente no brindó información sobre la cobertura médica de un tercero en el

momento que se presenta el caso o cuando es dado de alta, la primera factura posterior al alta del paciente contendrá un aviso claro y visible con la siguiente información:

1. Un extracto de los gastos por los servicios brindados.
2. Una solicitud de que el paciente informe al hospital si posee cobertura para los gastos con un seguro médico, un plan de atención médica, un programa de atención financiado por el gobierno u otra cobertura.
3. Una declaración de que, si el paciente no posee cobertura médica para los gastos, puede cumplir los requisitos para (i) un programa de atención médica financiado por el gobierno, como Medicare, Medicaid o CHIP, (ii) cobertura por medio de Intercambio de Beneficios de Salud, (iii) cobertura por medio de otros programas de salud financiados por el estado o el condado (por ejemplo, el programa Servicios para los niños de California) o (iv) Asistencia financiera de Dignity Health según su política de asistencia financiera.
4. Una declaración que indique cómo los pacientes pueden obtener solicitudes para los programas indicados en el punto (3) anterior y que el hospital le brindará las solicitudes.
5. Una derivación al centro de asistencia al consumidor local, ubicado en las oficinas de servicios legales.
6. La siguiente información sobre la elegibilidad y la solicitud para recibir asistencia financiera de Dignity Health:
 - (a) Una declaración si el paciente no posee seguro o posee seguro deficiente y cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, entre ellos los requisitos de ingresos bajos o deficientes, podrá calificar para atención con descuento o de caridad.
 - (b) El nombre y número de teléfono de un empleado del hospital o de una oficina donde el paciente pueda obtener información sobre la política de asistencia financiera de Dignity Health, una solicitud y cómo presentar la solicitud.
 - (c) Una declaración de que, si un paciente se inscribe o posee una inscripción pendiente en otro programa de cobertura médica al momento de solicitar la asistencia financiera, ninguna solicitud anulará la elegibilidad para el otro programa.
7. Un aviso que describa el descuento de Dignity Health para pacientes sin seguro.

C. Estimativo de los cargos y solicitud de asistencia financiera bajo solicitud de pacientes sin seguro

A solicitud de un paciente sin seguro, Dignity Health le entregará

(1) un estimativo por escrito del monto que el hospital exigirá por los servicios de atención, procedimientos y suministros que se espera que el hospital brinde al paciente, según la duración promedio de la estadía y los servicios brindados por el diagnóstico del paciente y (2) una solicitud de asistencia financiera. Esta disposición no aplicará en el caso de pacientes que reciban atención de emergencia.

D. Aviso previo al inicio de las ECA.

Al menos 30 días antes de iniciar las ECA, Dignity Health o el proveedor autorizado realizarán lo siguiente:

1. Entregar al paciente un aviso por escrito ("Aviso de ECA") que:
 - (a) Indicar que la asistencia financiera se encuentra disponible para los individuos que cumplen los requisitos;
 - (b) Identificar las ECA que el hospital o el proveedor autorizado pretenden iniciar para cobrar la atención;
 - (c) Establecer un vencimiento luego del cual se podrían comenzar las ECA, que no sea inferior a 30 días luego de que se entregue el aviso por escrito sobre las ECA.
 - (d) Incluir la siguiente declaración o cualquier nueva declaración establecida por el Código de salud y seguridad de California, § 127430: "La ley estatal y federal exige que los cobradores lo traten equitativamente y les prohíbe que hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, que usen lenguaje vulgar o grosero, o que tengan comunicación indebida con terceros, incluido su empleador. Con excepción de circunstancias excepcionales, los cobradores no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. ni después de las 9:00 p. m. En general, los cobradores no deben dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o su cónyuge. El cobrador puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una sentencia. Si desea obtener más información sobre las actividades de cobro, puede comunicarse por teléfono con la Comisión Federal de Comercio al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov.";
 - (e) Incluir una declaración de que en la zona puede haber disponibles servicios de asesoramiento sobre créditos sin fines de lucro.
2. Entregar al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera de Dignity Health junto con el aviso escrito de ECA descrito en la sección V.D.1.
3. Realizar un esfuerzo razonable por notificar al paciente por vía oral sobre la política de asistencia financiera y cómo puede obtenerla si

presenta una solicitud.

E. Traducciones

Todos los avisos de facturación y cobro, junto con las comunicaciones obligatorias por ley sobre dichos avisos, serán traducidos a los idiomas principales que se hablen en la comunidad que atiende la institución y las traducciones estarán disponibles bajo solicitud.

F. Proveedores autorizados

Dignity Health puede utilizar proveedores autorizados para confeccionar y enviar cartas, avisos y/o facturas u otras declaraciones a pacientes sobre los montos adeudados y para contactarlos sobre el pago de facturas impagas. Todos los proveedores autorizados acatarán la Política de facturación y cobro y los procedimientos estándares de Dignity Health relacionados con dichas comunicaciones.

G. Intereses

Dignity Health cobrará intereses sobre facturas impagas a partir de que las cuentas se hayan transferido a una agencia de cobranzas. El cobro de intereses sobre alguna factura impaga no es una ECA y no se considera una acción de cobranza sujeta a las siguientes restricciones.

H. Acciones de cobranza extraordinarias (ECA, por sus iniciales en inglés)

Dignity Health o los proveedores autorizados pueden acudir a las siguientes ECA, sujetas a las restricciones descritas a continuación:

1. Informes de crédito.
 - a) En el caso de pacientes elegibles para recibir asistencia financiera según la política de Dignity Health, ni Dignity Health ni los proveedores autorizados informarán datos adversos a una agencia de informes de crédito del consumidor por falta de pago antes de los 150 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta.
2. Acciones civiles (por ejemplo, litigios, exámenes deudores).
 - (a) En el caso de pacientes sin seguro o con altos costos médicos (según se define en la política de asistencia financiera de Dignity Health), ni Dignity Health ni los proveedores autorizados iniciarán acciones civiles por falta de pago antes de los 150 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta.
 - (b) Esta restricción no impide que las instituciones de Dignity Health busquen un reembolso de acuerdos de deudas con terceros, causantes de daños u otras partes con responsabilidad legal.
 - (c) Los costos, entre ellos los honorarios de abogados, asociados con cualquier acción legal que Dignity Health o un proveedor

Política de facturación y cobro al paciente
autorizado deban tomar, podrían ser también responsabilidad del
paciente.

3. Renovación de fallos existentes.

4. Gravámenes sobre la propiedad.
 - (a) Según la política, Dignity Health y los proveedores autorizados afiliados o subsidiarios de Dignity Health no aplicarán gravámenes en la residencia principal de un paciente con derecho a recibir asistencia financiera como medio para cobrar las facturas impagas.
 - (b) Según la política, los proveedores autorizados que no sean no afiliados o subsidiarios de Dignity Health no darán aviso ni ejecutarán la venta de la residencia principal de un paciente con derecho a recibir asistencia financiera como medio para cobrar las facturas impagas.
5. Embargos de salario.
 - (a) Según la política, Dignity Health o los proveedores autorizados afiliados o subsidiarios de Dignity Health no ejecutarán una orden de embargo contra un paciente con derecho a recibir asistencia financiera como medio para cobrar las facturas impagas.
 - (b) Según la política, los proveedores autorizados que no sean afiliados o subsidiarios de Dignity Health no ejecutarán una orden de embargo contra un paciente con derecho a recibir asistencia financiera, a menos que dicha orden se ejecute por sentencia de una corte luego de un aviso de moción, respaldado con una declaración presentada por el demandante que identifique las bases sobre las que cree que el paciente tiene la capacidad de realizar los pagos conforme los embargos de salario.
 - (c) Los montos de los embargos de salario no excederán los límites permitidos por las leyes estatales.

I. Cronología para facturación y cobros

1. Dignity Health y los proveedores autorizados enviarán a cada paciente o garante una factura por los cargos impagos del hospital, según los requisitos posteriores al alta descritos anteriormente. A partir de ese momento, Dignity Health también puede enviar resúmenes de seguimiento periódicamente.
2. Luego de 120 días de la fecha de la primera factura posterior al alta (de la última atención brindada, si hay varios episodios que se cubren en una sola factura y por las que el paciente recibe un solo aviso de ECA), la cuenta se podría derivar a un proveedor autorizado, que es una agencia de cobranzas. Antes de la derivación a la agencia de cobranzas, Dignity Health o el proveedor autorizado enviarán al paciente un aviso de ECA, según se describió anteriormente.

3. Un paciente o su garante pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el período de solicitud. Si esta solicitud se presenta una vez finalizado el período de solicitud, Dignity Health podrá rechazar la solicitud. Sin embargo, Dignity Health tendrá en cuenta los motivos por los que no se presentó la solicitud durante el período correspondiente y podrá procesar la solicitud si determina que el solicitante actuó de manera razonable aunque no se haya presentado la solicitud en forma oportuna.

J. Prórrogas y acuerdos de pago

1. Suspensión de ECA para solicitudes de asistencia financiera incompletas.
Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de solicitud, Dignity Health:
 - (a) Enviará al paciente un aviso escrito que describa la información necesaria para completar la solicitud e incluirá los datos de contacto de la oficina que le puede dar información sobre la política de asistencia financiera y de la oficina del hospital, una organización sin fines de lucro o una agencia gubernamental que lo pueda ayudar con las solicitudes.
 - (b) Cesará todo inicio de ECA o de tomar nuevas medidas por ECA iniciadas anteriormente hasta que hayan pasado 30 días sin respuesta del paciente respecto de los pedidos de información/documentación adicional.
2. Suspensión de ECA por procesamiento de solicitudes de asistencia financiera completas.
 - (a) Si un paciente con facturas impagas completa una solicitud de asistencia financiera (ya sea por primera vez o como modificación de una solicitud incompleta en un período de tiempo razonable) y presenta toda la documentación a tiempo luego de que se inicie una ECA, Dignity Health y los proveedores autorizados detendrán el inicio de toda ECA o de tomar nuevas medidas por ECA iniciadas anteriormente hasta que se determine si el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera.
 - (b) Si se determina que el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera según la Política, cualquier monto superior al indicado en el Boletín del IRS (al momento, el monto es de \$5, pero está sujeto a modificaciones) que haya pagado por los servicios elegibles y que exceda el monto ajustado conforme a la política será reintegrado y Dignity Health tomará las medidas razonables disponibles para revertir toda ECA iniciada.
 - (c) Si Dignity Health determinara que el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera, también le entregará al paciente una factura que indique el monto adeudado como paciente elegible,

Política de facturación y cobro al paciente
cómo se determinó ese monto y cómo puede el paciente obtener
información sobre los montos facturados.

3. Planes de pago extendidos

- (a) Si un paciente es elegible para recibir atención con descuento porque el ingreso familiar se encuentra entre 200 y 350 % del FPL, entonces, bajo solicitud, Dignity Health otorgará un plan de pago extendido, que le otorgará tiempo para pagar el monto con descuento. Dignity Health y el paciente negociarán los términos del plan de pago y tendrán en cuenta el ingreso familiar del paciente y los gastos de vida esenciales. Si el hospital y el paciente no se ponen de acuerdo con el plan de pago, el hospital implementará un plan de pago razonable.
- (b) Si un paciente es elegible para recibir atención con descuento porque el ingreso familiar se encuentra entre 350 y 500 % del FPL, entonces, bajo solicitud, Dignity Health otorgará un plan de pago extendido, que le permitirá pagar el monto con descuento durante no más de 30 meses.
- (c) En todos los demás casos, Dignity Health o el proveedor autorizado intentarán negociar un plan de pago extendido que sea aceptable para ambos.
- (d) Los planes de pago extendidos que ofrece Dignity Health para ayudar a los pacientes con derecho a recibir asistencia financiera no tendrán intereses.
- (e) Dignity Health o un proveedor autorizado pueden declarar que un plan de pago extendido ya no se encuentra operativo luego de que el paciente no haya cumplido todos los pagos consecutivos durante 90 días. Antes de declarar no operativo un plan de pago extendido, Dignity Health o el proveedor autorizado:
 - (i) Realizarán un intento razonable de contactar al paciente por teléfono y de avisar por escrito que el plan de pago extendido puede dejar de ser operativo, y la oportunidad de renegociar el plan.
 - (ii) Intentarán renegociar los términos del plan incumplido, si lo solicita el paciente.
- (f) Dignity Health o cualquier proveedor autorizado, incluidas las agencias de cobranzas, no podrán informar datos adversos a una agencia de informes de crédito del consumidor ni iniciar acciones civiles contra el paciente o la parte responsable por falta de pago antes de declarar que el plan de pago extendido ya no se encuentra operativo. El aviso y la llamada telefónica al paciente mencionados anteriormente se pueden realizar al último número de teléfono y la última dirección informados por el paciente.

K. Cuentas en quiebra

1. Al recibir notificación de quiebra, Dignity Health cesará todo intento de cobro, incluso la asignación a una agencia de cobranzas. El paciente/deudor no será contactado por ningún medio, incluso llamadas telefónicas, cartas o declaraciones luego de recibir la notificación. Toda comunicación, de ser necesaria, se realizará con el administrador o el abogado asignado al caso.

L. Definición de las prácticas de las agencias de cobranzas

1. Estándares: Dignity Health definirá los estándares basados en valores y los campos profesionales que usarán los proveedores autorizados y solicitará a dichos proveedores acuerdos escritos manifestando que acatarán los mencionados estándares y campos profesionales. Esto incluye solicitar a los proveedores autorizados que cumplan la Ley de prácticas justas para el cobro de deudas (FDCPA) y todas las leyes estatales y federales aplicables, entre ellas el Código de salud y seguridad §127400, y sig. e IRC §501(r) y las reglamentaciones asociadas.
2. Enfoque: Los proveedores autorizados deben realizar intentos razonables para que los pacientes con facturas impagas salden su cuenta. Dignity Health no tolerará prácticas de cobranza agresivas o inmorales.

VI. REFERENCIAS

- A. Política de gobernanza de Dignity Health n.º 9.102, *Política de asistencia financiera; Arizona*
- B. Política de gobernanza de Dignity Health n.º 9.103, *Política de asistencia financiera; California*
- C. Política de gobernanza de Dignity Health n.º 9.104, *Política de asistencia financiera; Nevada*
- D. Política de gobernanza de Dignity Health n.º 9.100, *Política de Dignity Health sobre la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos (EMTALA)*
- E. Política administrativa de Dignity Health n.º 70.2.001, *Política administrativa de descuentos*