



**Tipo de Política:** Servicios Financieros del Paciente

Las políticas del departamento solo aplican a un departamento o unidad en específico, pero no impactan a todo el Sistema de Salud de CHKD.

**TÍTULO DE LA POLÍTICA:** BI PO 085 - PLAN DE PAGO

**Fecha de Efectividad:** 16 de noviembre de 2022

(Fecha de la versión previa: Nueva)

## POLÍTICA:

Los pacientes que no pueden pagar su balance total cuando el servicio es brindado, cuando son dados de alta, o cuando reciben una factura, tendrán la oportunidad de participar en un plan de pago. CHKD le informará a cada paciente sin seguro médico que reciba servicios en el Children's Hospital of The King's Daughters (CHKD) y que se determine a ser elegible para recibir asistencia bajo la Política de Asistencia Financiera sobre la opción de establecer un plan de pago.

## PROCEDIMIENTO:

- a. Los planes de pago pueden ser solicitados por el paciente/garante o por el personal del hospital.
- b. Los planes de pago le permitirán a los pacientes/garantes pagar sus balances en una de las siguientes maneras:
  - a. Recurrente – Los pacientes/garantes pueden realizar pagos recurrentes programados regularmente, que les permite pagar el balance completo dentro del límite de tiempo indicado a continuación. Los pagos recurrentes pueden ser establecidos a través del portal de pago para pacientes del hospital o a través del portal bancario personal del paciente.
  - b. En Plazos- Los pacientes/garantes pueden realizar pagos en un número de plazos para pagar el balance por completo dentro del límite de tiempo establecido a continuación.

| <b>Balance de la Cuenta Combinado</b> | <b>Pagos Mensuales Iguales</b> |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Hasta \$1,000                         | Hasta 12 meses                 |
| \$1000.01 - \$5000.00                 | Hasta to 24 meses              |
| \$5000.01 - \$10,000.00               | Hasta to 36 meses              |
| \$10,000.01 - \$20,000                | Hasta to 48 meses              |
| \$20,000.01 en adelante               | Hasta to 60 meses              |

- c. La cantidad de los pagos recurrentes y las condiciones del plan de pago serán determinadas

según la habilidad de pago del paciente o del garante. La cantidad mínima para un plan de pago es \$25.00.

- d. El paciente/garante recibirá las condiciones del plan de pago por medio escrito u electrónico, las cuales permitirán el pago de la cantidad acumulativa que se le debe a CHKD.
- e. El primer pago del plan debe efectuarse dentro de treinta (30) días de la fecha en que el plan de pago se establece.
- f. Los intereses y las cuotas no se añadirán a las cuentas con estado activo que tengan un plan de pago.
- g. No se cobrará ninguna penalidad por pagar antes de tiempo.
- h. Tanto los pacientes/garantes o CHKD pueden pedir y se les dará la oportunidad de renegociar las condiciones del plan de pago. Las circunstancias que conllevan a la renegociación de un plan de pago pueden incluir la pérdida de entrada económica o la pérdida de empleo. El proceso para renegociar un plan de pago incluye la oportunidad de una nueva evaluación para el programa de Asistencia Médica o para el programa de Asistencia Financiera de CHKD según las condiciones de esos programas.
- i. No se le cobrarán intereses o cuotas a los planes de pago renegociados.
- j. Los planes de pago no están disponibles para cuentas de responsabilidad de terceras partes.
- k. Las cuentas con planes de pago que tengan incumplimiento de pago seguirán el proceso de colección detallado en la Política de Facturación y Colección de CHKD- H5449.
- l. La información por escrito sobre la disponibilidad de un plan de pago para el pago de una deuda que un paciente le deba al hospital, y el proceso de renegociación de un plan de pago, estará ampliamente disponible para los pacientes.
- m. Excepción: El Director de los Servicios Financieros del Paciente puede hacer excepciones a esta política de plan de pago caso por caso después de haber repasado las circunstancias individuales de un paciente o garante.

## **DEFINICIONES:**

1. "Asistencia Médica" significa ser elegible para recibir beneficios bajo el programa de Medicaid del Estado de Virginia o de otro estado aplicable.
2. "Paciente sin seguro" significa un paciente que no tiene ningún tipo de seguro médico, asistencia por una tercera parte (incluyendo programas de compartimiento de cuentas médicas), cuenta de ahorros médica, o reclamos contra una tercera parte con cobertura por un seguro médico, no tiene cobertura por medio de compensación laboral, por un plan de beneficios de salud, o por un plan de beneficios de asistencia social para empleados, o no recibe beneficios bajo el Título XVIII o XIX de la Ley del Seguro Social o cualquier otro tipo de cobertura por medio de un seguro médico privado o por algún programa de asistencia médica del gobierno local, estatal o federal.

## **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL HOSPITAL:**

Servicios Financieros del Paciente- Facturación

757-668-7105

**REFERENCIAS:**

Código de VA

Va. Code Ann. §32.1-137.010

**DOCUMENTOS RELACIONADOS:**

Política H3309, Asistencia Financiera- Atención Caritativa

Política H5449, Política de Facturación y Colección

**INDIVIDUOS REVISORES:**

Kimberly S. Day, Vice Presidenta, Directora Jurídica

Amy McClanan, Directora, Servicios Financieros del Paciente

Toni Barnes, Gerente de Cuentas de Pacientes, Servicios Financieros del Paciente

**PROPIETARIO DE LA POLÍTICA: Terrie Pyeatt, Vice Presidenta de Finanzas**

