

Manual de políticas y procedimientos
Departamental administrativo
Departamento: Servicios Financieros para el Paciente



Redactado: 2/2005
 Revisado: 04/2006, 06/2006, 06/2007, 04/2012, 27/09/2016
 Revisado: 07/2006, 06/2007, 08/2012, 27/09/2016
 Página: 1 de 4 (adjuntos)
APROBACIÓN:
 CFO: 27/09/2016
 Alcance: X Centro médico

Deudas incobrables de Medicare

I. PROPÓSITO / ANTECEDENTES

El objetivo de este documento es garantizar el cumplimiento con las regulaciones estatales y federales al clasificar cuentas de Medicare como deuda incobrable.

Las deudas incobrables admisibles de Medicare son deudas incobrables del proveedor que cumplen con los siguientes criterios:

- La deuda debe relacionarse con servicios cubiertos y derivados de montos de deducibles y coseguros.
- Se llevaron a cabo esfuerzos de cobranza razonables, lo que incluye documentación a través de copias de facturas, cartas de seguimiento, informes de contactos telefónicos y en persona y al menos 120 días de duración desde la facturación original al beneficiario.
- La deuda, de hecho, no está cobrada cuando se declara como sin valor.
- El criterio comercial sólido determinó que no hay probabilidad de recuperación en ningún momento del futuro.

La información incorrecta de deudas incobrables de Medicare reembolsables podría constituir una violación de la Ley de Reclamaciones Falsas y de otras leyes.

II. POLÍTICA

Todos los saldos de cuentas de Medicare considerados deuda incobrable seguirán la política departamental establecida de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services, PFS), *Cobranzas de autopagos*, incluyendo dar aviso al deudor sobre su deuda, y otorgando al menos 120 días desde la facturación original al beneficiario.

III. PROCEDIMIENTO

PERSONA/DEPTO. RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Cobradores de PFS / Servicio al Cliente/Paciente	<p>Cobranza de autopago (después del pago del seguro) <u>Proceso de cobranza interno</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Después del pago del seguro, hay que validar si el pago fuera correcto y revisar la Explicación de Beneficios (EOB) para determinar los montos del deducible y de copago. 2. Si la clase financiera no cambiara automáticamente a autopago, cámbiela manualmente.

PERSONA/DEPTO. RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
	<p>3. El sistema generará automáticamente el estado de cuenta/la factura del paciente, que le será enviada por correo dentro de los 30 días posteriores al cambio de clase financiera a autopago.</p> <p><u>Todas las cobranzas de saldos del paciente (Días 0 a 120)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicio al Cliente/Paciente es responsable de emprender actividades leves de cobranza durante hasta 120 días. Las notas del paciente deben incluir todos los intentos de cobranza. 2. Si no fuera posible cobrar durante 120 días, Servicio al Cliente/Paciente cambiará las cuentas a la clase financiera CBB, lo cual generará un archivo para tercerizar la cobranza (CBB). <u>Ahora las cuentas están calificadas como deuda incobrable.</u> Esto da por terminada la gestión de cobranza de 120 días para Medicare. <p><u>Reclamos cruzados de Medicare (Medi-Cal)</u></p> <p>NOTA: El sistema de facturación Cirius está configurado para cruzar electrónicamente a todos los pagadores que lleven a cabo o acepten transacciones de intercambio electrónico de datos (electronic data interchange, EDI). A medida que se identifiquen pagadores adicionales como que cumplen con EDI, el Gerente General de PFS configurará la identificación (ID) del pagador a través del sistema de facturación para permitir que ocurran tales transacciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Después de que Medicare procese un reclamo y emita el pago, cruzará automáticamente el reclamo (transmitiéndolo a través de EDI) a EDS (Medi-Cal) para el pago secundario. (El personal dejará de amortizar el saldo de Medi-Cal en el momento de la facturación, solo hasta que se reciba y publique el pago de Medi-Cal). 2. Cuando se reciba el Aviso de envío electrónico (electronic remittance advice, ERA) de Medi-Cal, revise el ERA y determine la acción correspondiente si el reclamo hubiera sido denegado o si requiere información adicional para una nueva facturación. 3. Si el reclamo se pagara, el reenvío se publicará automáticamente. 4. Si el reclamo se denegara, se amortizarán los cargos al código 0024100-0 (facturación Medi-Medi). <p><u>Reclamos cruzados de Medicare (otros pagadores)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicare transmite automáticamente los reclamos cruzados con otros pagadores comerciales que lleven a cabo o acepten transacciones EDI. (Entre dichos pagadores se incluyen Blue Cross, Blue Shield, Aetna, Cigna, PacifiCare, Tri-Care, Kaiser, etc.). 2. PFS recibe a diario un informe de transmisión cruzada Noridian que refleja todos los reclamos enviados a pagadores por medios electrónicos para la consideración del pago secundario. Este informe deberá conservarse y revisarse periódicamente para conciliar los reclamos con pago secundario pendiente.

PERSONA/DEPTO. RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Especialista de Sistemas de Ciclo de Utilidades / Jefe de Facturación de PFS / Cobradores	<p><u>Procesamiento de deudas incobrables (gubernamentales y no gubernamentales)</u></p> <p>El día 118 (del proceso de cobranza de 120 días), se debe generar el informe de lista previa de deudas incobrables. Esta lista muestra todas las cuentas sin actividad de pago. Enviar dicho informe al Jefe de Facturación/Cobranzas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repasar la lista previa correspondiente a cualquier cuenta que no deba pasar a Deudas incobrables. Analizar diligentemente esta lista para evitar reclamos por transferencias equivocadas a una agencia de cobranzas de deudas incobrables. 2. Examinar los saldos de las cuentas contra la política de COH <i>Atención caritativa</i>. Si el paciente califica, ajustar el balance a un código adecuado de amortización de atención caritativa. 3. Si hubiera que retener las cuentas, asignar un Código de retención adecuado (que retendrá el reclamo durante una semana) o cambiar la clase financiera a Autopago, responsabilidad del paciente. 4. En el caso de cuentas que no necesiten que se tomen otras medidas, los reclamos serán automáticamente transferidos a Deudas incobrables. (Controlar las Deudas incobrables de Medicare). <p><u>Proceso de agencia de cobranza externa (Días 121 a 210)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El proveedor (CBB) será responsable de las actividades de cobranza intensas durante 90 días adicionales, y debe proporcionar actualizaciones mensuales de la situación, lo que incluye un archivo de todas las cuentas de deudas incobrables de Medicare y no Medicare con la clase financiera CBB. Las notas del paciente deben incluir todos los intentos de cobranza. 2. Ni City of Hope National Medical Center (“COHNMC”), ni City of Hope Medical Foundation (“COHMF”) ni ningún proveedor contratado por COHNMC o COHMF para prestar servicios de cobranza se involucrarán a modo de rutina en medidas de cobranza extraordinarias. Por lo tanto, no se emprenderá ninguna medida de cobranza extraordinaria sin el consentimiento o la aprobación expresas y por escrito de COHNMC y COHMF. 3. Controlar la actividad de cobranza del proveedor conforme al acuerdo.
Gerente(s) de PFS	<p><u>PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTALES</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las cuentas consideradas Deudas incobrables de Medicare, después de intentos fallidos de cobranza durante 120 días, deberán manejarse de la siguiente manera: <ol style="list-style-type: none"> a) Recepción de archivos de Deudas incobrables de parte del proveedor (CBB). b) Carga de archivos a PFM. c) Validación de que todos los documentos dentro del archivo de Deudas incobrables de Medicare de CBB contengan la actividad de cobranza documentada, lo que incluye la factura favorable para los pacientes.

PERSONA/DEPTO. RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Respaldo de decisiones - Analista Financiero	2. Una vez validados, eliminar todas las cuentas de deudas incobrables del A/R activo. 3. Ajuste (amortización) de los saldos de las cuentas al código de amortización de Deudas incobrables de Medicare adecuado (0020390-1) basado en el estado asignado por CBB. 4. Todo el personal que lleva a cabo amortizaciones de Deudas incobrables de Medicare se asegurará de que todos los saldos de cuentas no cobrables cumplan con los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> Se relacionen con servicios cubiertos y deriven de montos de deducibles y coseguros. Permanezcan sin cobrar después de esfuerzos de cobranza documentados. Sean no cobrables en el momento de identificarlos como Deudas incobrables de Medicare. Garantizar que todos los saldos de pacientes de Medicare tengan una antigüedad mayor a 120 días a partir de la facturación original al beneficiario. 5. Envío de archivos de Deudas incobrables de Medicare a Respaldo de Decisiones para Informe de Costos de Medicare. 6. Informe de totales de transferencias de Deudas incobrables al Vicepresidente (VP) de Finanzas. Las pautas de aprobación son las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Amortización de hasta \$10 000 - Jefe de PFS con revisión del Gerente Amortización de \$10 001 a \$100 000 - Revisión y firma del Gerente Amortización de más de \$100 000 - Revisión y firma del Director y del VP
Jefe(s) de PFS / Gerente(s) de PFS	<p><u>Actividad de control de cumplimiento</u></p> 1. Verificar periódicamente el cumplimiento de los procesos detallados en esta política. Consultar la política departamental de PFS, <i>Control del cumplimiento</i> . 2. Los hallazgos serán comunicados a la gerencia de PFS por posibles instancias de educación y capacitación o para revisión de políticas según se justifique.

Propietario: Director General, Servicios Financieros para el Paciente

Patrocinador: Director Financiero

Políticas relacionadas:

- Atención caritativa
- Control de cumplimiento (Departamental de FPS)
- Ajustes contractuales (Departamental de FPS)
- Cobranza de autopagos (Departamental de FPS)

Anexo Uno - Siglas, términos y definiciones aplicables a esta política:

- Saldo de la cuenta** - El monto que queda pendiente de pago en la cuenta de un paciente. El saldo de la cuenta es un saldo actual y refleja las acciones financieras llevadas a cabo en la cuenta, incluyendo los pagos publicados, los montos contractuales y no contractuales. Es importante tener en cuenta que si la cuenta reflejara un saldo de \$0.00, podría haber un

desequilibrio entre los distintos cubos financieros. Es preciso revisar y reequilibrar debidamente la cuenta dentro de cada cubo para asegurarse de que la cuenta refleje el saldo adecuado.

2. **Ajuste administrativo** – Si un pagador reembolsa menos del monto esperado, entonces serán necesarias una revisión y la aprobación de un supervisor para este tipo de ajustes. En ocasiones podrá hacerse referencia a esto como “Ajustes no contractuales” (por detalles adicionales consultar el Procedimiento de ajustes contractuales).
3. **Publicación en efectivo** – El proceso de publicar un pago en las cuentas de un paciente según lo indicado o recibido de parte de un paciente o de un tercero (es decir, compañía aseguradora, abogado, empleador, etc.). El pagador debe efectuar el pago a COH de conformidad con los términos contractuales dispuestos por el Departamento de Atención Administrada/Contratación según cada procedimiento o caso. Luego del contrato, COH percibirá el reembolso de una determinada tasa por procedimiento o caso, independientemente de los cargos enumerados.
4. **COHMF** – Se refiere a City of Hope Medical Foundation.
5. **COHNMC** – Se refiere a City of Hope National Medical Center, también denominado City of Hope (“COH”) a efectos de esta política.
6. **Ajustes contractuales** – Esto se refiere a la reducción de cargos totales sobre la base de una tarifa de atención administrada negociada por contrato entre City of Hope (COH) y el pagador por los servicios prestados. El proceso de publicación de un monto (según lo identificado a través del proceso de publicación de efectivo) del cual el pagador no es responsable. El pagador no es responsable del reembolso de los cargos que superen su convenio contractual con COH.
7. **Explicación de beneficios (EOB)** – Un resumen detallado del método de pago utilizado por el pagador, por cada cuenta de paciente.
8. **Centro médico** – Se refiere a todas las instalaciones cubiertas por la licencia hospitalaria de City of Hope National Medical Center.
9. **Deuda incobrable de Medicare** - Se refiere a los saldos pendientes en cuentas de Medicare considerados no cobrables luego de reiterados intentos fallidos de cobrar el saldo pendiente.
10. **Recomendación de envío (RA)** - Una lista detallada de metodologías de pago por parte de un pagador para múltiples cuentas de pacientes.
11. **Cargos totales** - Cargos por servicios proporcionados a un paciente por una estadía completa (desde la admisión hasta el alta) o por servicios ambulatorios. Esto incluye cargos tardíos.

Anexo A: Lista de códigos de transacciones

Anexo A: Lista de códigos de transacciones

CÓDIGO SVC	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TRANSAC.	CÓDIGO MJR	DESCRIPCIÓN DE CÓDIGO MJR	ESTADO DEL CÓDIGO
212050	2.ª OPINIÓN W/O	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
212001	AJ. ADMINISTRATIVO	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
217000	NO COBRABLE DE LA AGENCIA	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
217018	M/C NO COBRABLE DE LA AGENCIA	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
217026	REV. DE AT. NO COBRABLE DE LA AGENCIA	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
209502	APC	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	INACTIVO
207068	MEDSTAT DE B/C C/A	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	ACTIVO
212506	MANUAL CONTRACTUAL DE B/C	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	ACTIVO
225003	SISTEMA CONTRACTUAL DE B/C	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	ACTIVO
225136	DENEGACIÓN DE B/C - DÍAS DE I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225391	DENEGACIÓN DE B/C - SANGRE	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225144	DENEGACIÓN DE B/C - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
231050	DENEGACIÓN DE B/C - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225151	DENEGACIÓN DE B/C - NO AUT.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225169	DENEGACIÓN DE B/C - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225508	TEMP. DE B/C C/A	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	ACTIVO
207076	MEDSTAT DE B/S C/A	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
217505	MANUAL CONTRACTUAL DE B/S	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
225201	SISTEMA CONTRACTUAL DE B/S	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225177	DENEGACIÓN DE B/S - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225185	DENEGACIÓN DE B/S - DÍAS I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225193	DENEGACIÓN DE B/S - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225409	DENEGACIÓN DE B/S - NO AUT.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225219	DENEGACIÓN DE B/S - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
217604	TEMP. DE B/S C/A	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
203100	DEUDA INCOBRABLE W/O	AJUSTE	24400	DEUDA INCOBRABLE W/O	ACTIVO
203101	AGENCIA DE DEUDA INCOBRABLE W/O	AJUSTE	24500	AGENCIA DE DEUDA INCOBRABLE W/O	ACTIVO
203117	AGENCIA DE DEUDA INCOBRABLE W/O	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO
203103	COMPENSACIÓN DE DEUDAS INCOBRABLES	AJUSTE	24700	COMPENSACIÓN DE DEUDAS INCOBRABLES	ACTIVO
203133	COMPENSACIÓN DE DEUDAS	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO

	INCOBRABLES				
203102	REACTIVACIÓN DE DEUDA INCOBRABLE	AJUSTE	24600	REACTIVACIÓN DE DEUDA INCOBRABLE	ACTIVO
203125	REACTIVACIÓN DE DEUDA INCOBRABLE	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO
203109	DEUDA INCOBRABLE W/O	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO
231068	PRORRAT. DE SALDO/CIRIUS	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO
231035	PRORRAT. DE SALDO/CUB	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO
231019	PRORRAT. DE SALDO/SISTEMA	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO
231027	PRORRAT. DE SALDO/VOF	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO
213017	SALDO PRTN., SAL. SM <\$5000 VOF	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO
231001	PRORRATEO DE SALDO	AJUSTE	23100	CONTRACTUALES	ACTIVO

225029	NO CUB. POR BC - VENOPUNCIÓN	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
242016	AJ. DE BLUE CROSS - ARC	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	INACTIVO
246009	DNR XFER MÉDULA ÓSEA	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
207050	MEDSTAT DE CCS C/A	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
244509	MANUAL CONTRACTUAL DE CCS	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
214007	SYSTEM CONTRACTUAL DE CCS	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
225094	DENEGACIÓN DE CCS - NO AUT.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
243006	DENEGACIÓN/BENEFICIO DE CCS	AJUSTE	20800	NO CUB. POR M/C (MEDASYS)	ACTIVO
225227	DENEGACIÓN DE CCS - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225235	DENEGACIÓN DE CCS - DÍAS I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225243	DENEGACIÓN DE CCS - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225250	DENEGACIÓN DE CCS - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
245001	CARGO TARDÍO DE CCS	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
217513	DENEGACIÓN DE VISITA CLÍNICA	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
225060	DENEGACIÓN, NO AUT., VARIOS	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO
218107	ACUERDO DE DESCUENTO	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
205609	EHR C/COMP.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
236000	HMO DEL EMPLEADO SIN TRANSFERENCIA	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	INACTIVO
209007	OTROS - EMPLEADOS	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	INACTIVO
208009	EMPLEADOS - B/C	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
235051	MFS - FNL. INV. CARITATIVO	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
203059	FMS - COM. CA FNL INV.	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
206052	FMS-MCAL CA FNL INV.	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
202051	FMS-MCARE CA FNL INV.	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
203158	FMS-MGD CARE CA FNL INV.	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO

201251	FMS - AUTOPAGO FNL INV.	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
235507	MANUAL DE RESP. DE ATENCIÓN GRATIS	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	INACTIVO
201012	GCRC CONTRACTUALES	AJUSTE	21400	SUBSIDIOS CONTRACTUALES	ACTIVO
201053	RECLASIF. DE GCRC (PYMT)	AJUSTE	21300	SUBSIDIOS CONTRACTUALES	ACTIVO
201152	RECLASIF. DE SUBSIDIO (PYMT)	AJUSTE	21500	SUBSIDIOS CONTRACTUALES	ACTIVO
201103	SUBSIDIO - OTROS, CONTRACTUALES	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
208538	DENEGACIÓN DE IMRT - BC	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
235002	MANUAL DE INDIGENT	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
203513	COPAGO MANUAL DE INDIGENT	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
203505	DEDUCCIÓN MANUAL DE INDIGENT	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
210005	SISTEMA DE INDIGENT	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
242024	INGNT W/O, PT DESC./NO EST.	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
203018	COPAGO DE SEG. DE DEUDAS INCOBRABLES	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
203000	DEDUCCIÓN DE SEG. DE DEUDAS INCOBRABLES	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
217901	DEUDA INCOBRABLE DE SEGURO	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO
209528	RESOLUCIÓN DE CASO LEGAL W/O	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
206003	SIST. DE CONT. DE M/C	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO

212027	NO CUB. POR M/C (MEDASYS)	AJUSTE	20800	NO CUB. POR M/C (MEDASYS)	INACTIVO
202010	MANUAL DE CONT. DE M/CARE	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
202002	SIST. DE CONT. DE M/CARE	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
225334	DENEGACIÓN DE M/CARE - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225359	DENEGACIÓN DE M/CARE - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
205559	M/CARE CIRIUS N/C	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
225331	CAMBIO DE EST. DE ADMIS. DE MCAL CO	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
205583	DENEGACIÓN DE MCARE, SALUD EN EL HOGAR	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
203026	DENEG. DE MCARE/EXCL. ESTATUTARIAS	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
205062	DENEGACIÓN DE ADR DE MCR/SIN DOC./NEC.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225325	CAMBIO DE EST. DE ADM. DE MCRE CO	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
205054	DENEGACIONES DE ADR DE MCRE/SIG. MD	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO

205104	DENEGACIONES DE ADR DE MCRE/DESPERDICIO DE RX	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
212068	MED GRP ADJMT, ENVEJECIMIENTO	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
207043	MEDSTAT DE MEDI-CAL C/A	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
206011	CONT. DE MEDI-CAL (MDX)	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
212019	CONT. DE MEDI-CAL (MEDASYS)	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	INACTIVO
208504	MAN. DE CONTR. DE MEDI-CAL	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
208512	AJ. DE CONV. DE COSTOS DE MEDI-CAL	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
212043	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225086	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - DÍAS I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225268	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225292	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - NO AUT.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225276	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - FARMACIA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225284	DENEGACIÓN DE MEDI-CAL - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225300	FOTOFÉR. NO CUB. POR MEDICAL	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
207001	NO CUB. POR MEDI-CAL	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
207019	NO CUB. POR MEDI-CAL (MDX)	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
225078	LÍM. DE FACT. PASADO DE MEDI-CAL	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
235408	MANUAL DE RESTRICCIÓN DE MEDI-CAL	AJUSTE	22200	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
235416	SIST. DE RESTRICCIÓN DE MEDI-CAL	AJUSTE	22300	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
225318	MEDI-CAL, HEMODERIVADOS - COH	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
207027	MEDI-CAL, LMRP	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
203901	DEUDA INCOBRABLE DE MEDICARE	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
207035	MEDSTAT DE MEDICARE C/A	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
205010	DENEGACIÓN DE MEDICARE - QIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
205575	DENEGACIÓN DE MEDICARE - HOSPICIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
205005	DENEGACIÓN/BENEFICIO DE MEDICARE	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
207126	DENEGACIÓN DE MEDICARE - ESA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225110	DENEGACIÓN DE MEDICARE - DÍAS I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO

225342	DENEGACIÓN DE MEDICARE - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225326	DENEGACIÓN DE MEDICARE - SNF	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
238006	CARGO TARDÍO DE MEDICARE	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
225920	MEDICARE, LMRP	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225938	LMRP DE MEDICARE/CIRIUS	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
205050	DNL MUE/MUA DE MEDICARE	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
205567	NMDP DE MEDICARE	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225128	MEDICARE - FOTOFÉRESIS	AJUSTE	20900	PEDIATRÍA - 3.er PISO OESTE	ACTIVO
205073	DENEGACIÓN DE MEDICARE - RAC.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
241000	FACTURACIÓN MEDI-MEDI	AJUSTE	22400	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
212076	MEDSTAT DE VARIANCE	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
207084	MEDSTAT VARIOS C/A	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
242008	MANUAL CONTRACTUAL (VARIOS)	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
218008	SISTEMA CONTRACTUAL (VARIOS)	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
225052	DENEGACIONES VARIAS - DÍAS I/P	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225037	DENEGACIÓN VARIAS - NO AUT.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
207506	TEMP. VARIOS C/A	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
225375	VARIOS, DENEGACIÓN - FÁRMACOS DE QUIMIO	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225383	VARIOS, DENEGACIÓN - ANÁLISIS DE LAB.	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225367	VARIOS, DENEGACIÓN - RADIOLOGÍA	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
231993	EXCL. MUTUOS/NO MOD. CMS	AJUSTE	20400	HOSPITAL ESTE - UNIDAD B	ACTIVO
230003	SIN DIAGNÓSTICO < \$300	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	INACTIVO
218115	SIN DOCUMENTACIÓN ADJUNTA DE DRES.	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
225904	OTRAS DEUDAS INCOBRABLES	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
212035	LÍM. DE FACT. PASADO, MDASYS DE M/CAL	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	INACTIVO
225102	LÍMITES DE FACT. PASADOS, M/CARE	AJUSTE	20200	ONCOLOGÍA MÉDICA - 4.º PISO ESTE	ACTIVO
225011	LÍMITES DE FACT. PASADOS, B/C	AJUSTE	22500	CONTRACTUALES	ACTIVO
225045	LÍMITES DE FACT. PASADOS, VARIOS	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
212209	ACUERDO DEL PACIENTE	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
212084	PAGO DE VARIANCE, KAISER	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
231043	REV. POST-CUMPLIMIENTO W/O	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
209510	CORTESÍA PROF. W/O	AJUSTE	21000	ATENCIÓN GRATIS	ACTIVO
225946	CORTESÍA PROF. W/O	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO

232504	CTA. DE RESPONSABILIDAD POR REEMBOLSO	AJUSTE	23200	EN DESUSO	INACTIVO
232009	REEMBOLSO DE CUENTA REGULAR	AJUSTE	23200	EN DESUSO	INACTIVO
232108	REEMBOLSO DE CTA. REGULAR	AJUSTE	10100	REEMBOLSO	ACTIVO
244525	SALDO SM W/O <\$100/CCS	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
244517	SALDO SM W/O <\$100/M-CAL	AJUSTE	20600	BMT - 6.º PISO ESTE Y OESTE	ACTIVO
213009	SALDO PEQUEÑO < \$25 MANUAL	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
213025	SALDO PEQ. SISTEMA < 25.00	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
225912	SUBSIDIO DE SPIRAT W/O	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	INACTIVO

201210	CLÍNICA DE SUPERVIVENCIA W/O	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
208041	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - B/SD	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
208025	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - BC	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
208058	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - CCS	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
208033	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - CMS	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
208066	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - M/CL	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
208074	DENEGACIÓN DE TOMOTERAPIA - MIS	AJUSTE	20700	DENEGACIONES (OTRAS)	ACTIVO
225953	TRIAJE, TRABAJO-COMP. W/O	AJUSTE	21700	CONTRACTUALES	ACTIVO
201202	INVESTIGACIÓN NO FINANCIADA W/O	AJUSTE	21200	ATENCIÓN SUBSIDIADA	ACTIVO
233007	AJUSTE	DE EFECTIVO NO IDENTIFICADO	23300	EN DESUSO	INACTIVO