



Titre: Facturation et Collections	Date: 04/13//2016
	Remplace la Version Datée Du:
Catégorie: SYS.FIN	Approuvé par: BSHSI Conseil

La POLITIQUE

C'est la politique de Bon Secours Health System, Inc. (« BSHSI ») pour fournir des informations sur les pratiques de facturation et de perception pour équipements aigus d'hôpital BSHSI. Cette politique, en conjonction avec les services financiers aux patients, est rédigée dans le but de satisfaire aux exigences dans la Section 501(r) du code des taxes intérieures de 1986, tel que modifié, concernant l'aide financière et des politiques de soins médicaux d'urgence, des limites sous l'inculpation de personnes admissibles à une aide financière et que des efforts raisonnables de facturation et de perception et doit être interprétée en conséquence.

PORTÉE

Cette politique s'applique à tous les soins aigus de BSHSI et autoportante salle d'urgence. Toute agence de recouvrement pour le compte de BSHSI honoreront et soutenir les pratiques de collecte de BSHSI comme indiqué ci-dessous. Sauf indication contraire, cette politique ne s'applique pas aux médecins et autres prestataires de soins, y compris mais sans s'y limiter aux pathologistes, anesthésistes, radiologues, hospitaliers et urgentologues.

JUSTIFICATION

La justification de cette procédure est pour BSHSI de facturer les garants et il y a lieu de tiers payeurs avec précision, en temps opportun et en accord avec les règlements et les lois applicables.

BSHSI et toute agence de recouvrement sous contrat garantira que les services fournis sont conformément à toutes les lois fédérales, locales et d'État, règlements et règles qui régissent les Services, y compris la Loi de pratiques Collection dette équitable (FDCPA). Dans ses accords avec BSHSI, chaque agence de recouvrement doit accepter de traiter tous les patients, employés et partenaires d'affaires conformément à la Mission et les valeurs de Bon Secours Health System. En outre, chaque agence de recouvrement garantit qu'il utilisera les meilleures pratiques du secteur dans l'exécution des Services.

DÉFINITIONS

Sommes généralement facturées (AGB) - Montants facturés en général, les montants généralement facturés aux patients pour les services d'urgence et médicalement nécessaires qui ont une assurance pour de tels services. Frais pour les patients qui sont admissibles à une aide financière se limités à pas plus de montants généralement facturés («AGB») pour ces services. Ces frais sont basés sur la moyenne a permis des montants de l'assurance-maladie et les payeurs commerciales aux urgences et autres soins médicalement nécessaires. Les montants autorisés comprennent le montant, que l'assureur paiera et le montant, le cas échéant, l'individu est personnellement responsable du paiement. L'AGB est calculé selon la méthode de rappel de regard par 26 CFR §1.501(r), qui peuvent être modifiées périodiquement.

Créance irrécouvrable - Un solde dû par un garant qui est radié comme non recouvrables.

Agence de recouvrement - Une « Agence de recouvrement » est une entité engagée par un hôpital de poursuivre ou de recueillir le paiement par les garants.

Période d'éligibilité - La période de temps un garant est attribué une aide financière.

Mesures de recouvrement Extraordinaire (ECA) - Un ECA, conformément à la réglementation de l'IRS, est une des opérations suivantes:

- La vente de la dette de la personne à une autre partie
- Rapports de crédit assujetti agences ou bureaux de crédit défavorable
- Report, nier ou exigeant le paiement avant de prodiguer des soins médicalement nécessaires en raison de non-paiement pour précédemment dispensaient des soins
- Actions qui nécessitent une procédure judiciaire, y compris mais non limité à:
 - Placer un privilège sur la propriété
 - Exclure sur les biens immobiliers
 - Fixation ou saisir un compte bancaire ou autres biens personnels
 - Intenter une action civile contre un individu
 - Provoquant l'arrestation d'un individu
 - Provoquer une personne à faire l'objet d'un bref de saisie du corps
 - Garnir les salaires de l'individu

Présentation d'une demande dans une procédure de faillite n'est pas des mesures de recouvrement extraordinaire

Garant - Le patient, soignant ou entité responsable du paiement d'une facture de soins de santé.

Programme d'aide financière pour le patient - Un programme conçu pour réduire le garant solde dû. Ce programme est offert aux répondants, qui sont non assurés et sous-assurés et pour qui le paiement en totalité ou en partie, de l'obligation financière serait la cause des difficultés financières excessives.

Responsabilité de patients pour les patients assurés - « Responsabilité patiente » est le montant qu'un patient assuré est responsable de payer de leur poche après que couverture du tiers du patient a déterminé le montant des prestations du patient.

Responsabilité de patients pour des patients non assurés - Le montant un patient doit déboursier après que l'AGB local a été appliqué.

ECA Autorisé - Malgré le large ensemble d'activités qualifiées d'ECAs, la seule BSHSI ECA s'engagent des rapports défavorables au crédit rapporte agences ou bureaux de crédit, si nécessaire.

Tiers partie payeur - Une autre organisation que le patient (première partie) ou fournisseur de soins de santé (seconde partie) impliqué dans le financement des services de santé personnels

Sous-assurés - Une personne qui a de l'assurance, mais est facturée totale des frais non couverts de services en fonction de leur régime d'avantages sociaux. Les exemples incluent, mais ne sont pas limités à: assurance-maladie auto-administrée des médicaments, le maximum d'avantages atteint, la maternité coureuse, etc.

Non assurés - Patients qui n'ont pas d'assurance.

PROCÉDURE

Le Relevé Détaillé

Garants peut demander un relevé détaillé de leur compte à tout moment et gratuitement.

Les litiges

Un garant peut contester un article ou un frais sur leur facture. Cautions peuvent enclencher une contestation par écrit ou par téléphone avec un représentant du service clientèle. Un garant demande de documentation au sujet de leur projet de loi, les membres du personnel seront efforcera raisonnablement de fournir les documents demandés à la caution dans les trois jours ouvrables.

Cycle de facturation

Cycle de facturation de BSHSI commence à partir de la date de la première déclaration et termine à 120 jours après cette date. Pendant le cycle de facturation garants peuvent recevoir des appels, déclarations et lettres. Les appels peuvent être logés à la caution tout au long du cycle de facturation. Voici le calendrier des déclarations et lettres:

- Une déclaration est envoyée à la caution lorsqu'un équilibre est déterminé à être dues par le garant
- Une lettre de rappel est envoyée 30 jours après la date sur la déclaration informant le garant que leur compte est en souffrance
- Une deuxième lettre est envoyée 30 jours après la première lettre pour informer le garant de que leur compte est en souffrance
- Une troisième et dernière lettre est envoyée 30 jours après la deuxième lettre informant le garant que leur compte est en retard au sérieux et que le compte peut être confié à une Agence de recouvrement
- À jour 120 du cycle de facturation compte du garant est placé avec une Agence de recouvrement primaire. L'Agence de recouvrement primaire informera le patient via un relevé de facturation 30 jours avant la ECA(s) spécifique, ils ont l'intention d'engager. La déclaration comprendra également la date limite après laquelle ces ECA(s) sera initié et comprendra un résumé en langage clair de la politique d'aide financière.

Chaque instruction et lettre utilisée dans notre cycle de facturation contient des informations concernant les méthodes de paiement, options de paiement, site de l'aide financière et un numéro de téléphone pour le service à la clientèle.