



Politik/Verfahren

Titel: Fakturierung und Inkasso	Datum: 04/13/2016
	Ersetzt Version vom:
Kategorie SYS.FIN :	Genehmigt von: BSHSI Board

Politik

Es ist die Politik von Bon Secours Health Systems, Inc. ("BSHSI"), Informationen über die Abrechnung und Auflistung Praktiken für BSHSI Akutkrankenhaus Einrichtungen. Diese Richtlinie in Verbindung mit den Patienten Hilfe Finanzpolitik, wird mit der Absicht die Erfüllung der Anforderungen in Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986, in der geänderten Fassung, über finanzielle Unterstützung und medizinische Notversorgung Richtlinien, Beschränkungen auf Gebühren für Personen mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung und angemessene Abrechnung und Sammlung entworfen und entsprechend interpretiert werden.

Anwendungsbereich

Diese Richtlinie gilt für alle BSHSI Akutversorgung und frei stehende Notaufnahme Einrichtungen. Inkasso-Agentur im Auftrag von BSHSI Ehre und unterstützen BSHSIs Sammlung Praktiken wie unten beschrieben. Sofern nicht anders angegeben, gilt diese Richtlinie nicht für Ärzte und andere medizinische Dienstleister, einschließlich aber nicht beschränkt auf Notaufnahme Ärzte, Anästhesisten, Radiologen, Hospitalists und Pathologen.

Begründung

Die Begründung für diese Vorgehensweise ist für BSHSI, bürden und entsprechenden Drittanbieter Kostenträger Rechnung genau, zur rechten Zeit, und im Einklang mit geltenden Gesetzen und Vorschriften.

BSHSI und jede beauftragte Inkassobüro wird sichergestellt, dass Leistungen im Einklang mit allen anwendbaren bundesstaatlichen, staatlichen und lokalen Gesetze, Verordnungen und Vorschriften für die Dienste sind auch Fair Debt Collection Praktiken Act (FDCPA). In ihren Abkommen mit BSHSI Stimmen jedes Inkassobüro zur Behandlung von allen Patienten, Mitarbeitern und Geschäftspartnern im Einklang mit der Mission und Werte der Bon Secours Health System. Darüber hinaus wird jedes Inkassobüro garantieren, dass es best Practices der Branche bei der Durchführung der Dienstleistungen nutzen wird.

Definitionen

Beträge in der Regel abgerechnet (AGB) - eine Mounts in der Regel bedeutet, dass die Beträge berechnet in der Regel zu Lasten der Patienten für den Notfall und medizinisch notwendige Leistungen, die die Versicherung für diese Dienste. Gebühren für Patienten, kommen für eine finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf nicht mehr als beträgt in der Regel abgerechnet ("AGB") für diese Dienste. Diese Gebühren werden auf der Grundlage des durchschnittlichen erlaubt Beträge von Medicare und gewerbliche Steuerzahler für Notfall- und anderen medizinisch notwendige Versorgung. Die erlaubten Mengen gehören sowohl die Höhe der Versicherer zahlt und die Menge, falls zutreffend, der einzelne ist persönlich verantwortlich für die Zahlung. Die AGB wird anhand der Blick zurück Methode pro 26 CFR §1.496(r), die periodisch geändert werden kann.

Forderungsausfall - einen Kontostand schuldet ein Garant ist beschrieben als non-Collectible.

Inkassobüro - ein "Inkassobüro" ist jede Einrichtung, die von einem Krankenhaus zu verfolgen oder Einziehung von bürden.

Förderzeitraum : Der Zeitraum, der ein Garant erhält finanzielle Unterstützung.

Außergewöhnliche Sammlung Action (ECA) - ein ECA nach IRS Regelungen, ist einer der folgenden:

- Verkauf eines Individuums Schulden an eine andere Partei
- Negative Berichterstattung an Kredit-Berichterstattung Agenturen oder Auskunfteien
- Zurückstellen, zu leugnen oder erfordern Zahlung vor die medizinisch notwendige Versorgung aufgrund von Nichtzahlung für zuvor bereitgestellten Pflege
- Aktionen, die erfordern ein Rechtsverfahren, einschließlich aber nicht beschränkt auf:
 - Ein Pfandrecht auf Eigentum
 - Abschottung auf Immobilien
 - Befestigen oder die Beschlagnahme eines Bankkontos oder andere persönliche Eigenschaft
 - Beginn der Zivilklage gegen einen Einzelnen
 - Eine einzelne's Verhaftung
 - Eine einzelne unterliegen einem Vollstreckungsbescheid Gehäusebefestigung
 - Garnieren individuellen Löhne

Einreichung eines Anspruchs in einem Konkursverfahren ist nicht eine außerordentliche Sammlung handeln.

Garant - der Patienten, Betreuer, oder juristische Person verantwortlich für die Bezahlung eines Health Care Bill.

Patient finanzielle Unterstützung Programm - Ein Programm zur Verringerung der Garant balance geschuldet. Dieses Programm wird den Darlehensnehmern, die nicht versichert sind und unterversichert und für wen die Zahlung in voller Höhe oder teilweise der finanziellen Verpflichtung, eine übermäßige finanzielle Belastung darstellen würde.

Patienten Verantwortung für versicherte Patienten - "Patienten Verantwortung" ist der Betrag, den ein Versicherter Patient ist dafür verantwortlich, eigenen Tasche bezahlen, nachdem der Patient eines Drittanbieters Abdeckung der Leistungsbetrag des Patienten bestimmt ist.

Patienten Verantwortung für nicht versicherte Patienten - der Betrag, den ein Patient ist verantwortlich zu zahlen, nachdem die lokale AGB angewandt wurde.

Zulässige ECA - Ungeachtet das breite Spektrum der Aktivitäten als ECAs kategorisiert verpflichtet sich der einzige ECA BSHSI negative Berichterstattung zu Krediten Agenturen oder Auskunfteien, nach Bedarf meldet.

Von Zahler - eine andere Organisation als die Patienten (erste Partei) oder des Health Care Providers (zweite Partei) an der Finanzierung der persönlichen Gesundheit Dienstleistungen

Unterversichert - Eine Person, die eine Versicherung aber abgerechnet wird Gesamtgebühren für nicht gedeckte Leistungen entsprechend ihrem Nutzen. Beispiele umfassen, sind aber nicht beschränkt auf: Medicare selbstverwalteten Drogen, maximale Vorteile erreicht, Mutterschaft, Reiter, etc.

Unversichert - Patienten, die keine Versicherung haben.

Verfahren

Postenauszug

Bürgen verlangen eine detaillierte Anweisung für Ihren Account jederzeit kostenlos zur Verfügung.

Streitigkeiten

Jeder Bürge kann Streit ein Element oder auf Ihrer Rechnung. Garanten einer Streitigkeit schriftlich oder über das Telefon mit einem Kundendienstmitarbeiter. Wenn ein Bürge Zugriffe Dokumentation in Bezug auf ihre Rechnung, Mitglieder des Personals wird alle zumutbaren Anstrengungen unternehmen, um den angeforderten Unterlagen zu den Bürgen innerhalb von drei Werktagen.

Abrechnungszeitraum

Der Rechnungszyklus BSHSI beginnt ab dem Zeitpunkt der ersten Anweisung und endet 120 Tage nach diesem Datum. Während des Abrechnungszeitraums bürgen können Anrufe empfangen, Statements und Briefe. Anrufe können an den Garantiegeber während des Abrechnungszeitraums. Nachfolgend finden Sie den Zeitplan der Aussagen und Briefe:

- Eine Aussage ist an den Bürgen, wenn ein Gleichgewicht wird bestimmt zu verdanken sind sowohl durch den Sicherheitsgeber
- Ein Follow-up-Brief gesendet wird 30 Tage nach dem Datum der Erklärung der Unterrichtung der Garant dafür, dass Ihr Account ist überfällig
- Ein zweiter Brief gesendet wird 30 Tage nach dem ersten Schreiben zur Unterrichtung der Garant ihrer Rechnung in Verzug
- Eine dritte und letzte Brief gesendet wird 30 Tage nach dem Zweiten Brief Information der Garant dafür, dass Ihr Konto ist ernsthaft Delinquent und das Konto kann umgedreht werden zu einem Inkassobüro
- An Tag 120 des Abrechnungszeitraums ein Garant für das Konto platziert wird mit einem primären Inkassobüro. Die primäre Inkassobüro teilt dem Patienten über eine Abrechnung 30 Tage im Voraus der spezifischen ECA(en) Sie beabsichtigen zu initiieren. In der Erklärung wird auch die Frist, nach denen solche ECA(s) initiiert werden und beinhalten eine Nur-Text-Sprache Zusammenfassung der finanziellen Unterstützung der Politik.

Jede Anweisung und schreiben in unserem Rechnungszyklus enthält Informationen über Zahlungsmethoden, Zahlungsmöglichkeiten, finanzielle Unterstützung Website, und eine Kontaktnummer für Kundendienst.