



Titolo: Fatturazione e riscossione	Data: 04/13/2016
	Sostituisce la versione del:
Categoria: SYS.FIN	Approvato da: Consiglio BSHSI

POLITICA

E' la politica di Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI") di fornire informazioni riguardanti le modalità di fatturazione e di incasso per le strutture ospedaliere acute BSHSI. Questa politica, in collaborazione con la politica di assistenza finanziaria del paziente, è redatta con l'intento di soddisfare le esigenze di cui alla sezione 501 (r) del Codice del Fisco del 1986, e sue modifiche, riguardante le politiche di assistenza finanziaria e di assistenza medica di emergenza, limitazioni sulle spese per le persone che possono beneficiare dell'assistenza finanziaria, e ragionevole fatturazione e tentativi di riscossione e dovrebbe essere interpretato di conseguenza.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa politica si applica a tutte le strutture di trattamenti acuti e pronto soccorso indipendente BSHSI. Qualsiasi agenzia di riscossione che lavora per conto di BSHSI onorerà e sosterrà le pratiche di riscossione di BSHSI come indicato di seguito. Salvo diversa indicazione, questa politica non si applica ai medici o altri operatori sanitari, tra cui senza esclusione i medici del pronto soccorso, anestesisti, radiologi, ospedalizzati, e patologi.

MOTIVAZIONE

La motivazione di questa procedura è applicata da BSHSI ai garanti di fattura e contribuenti di terze parti in modo accurato, puntuale, e coerente con le leggi e i regolamenti in vigore.

BSHSI e qualsiasi Agenzia di riscossione con contratto farà in modo che i servizi forniti siano conformi con tutte le leggi, I regolamenti e le norme federali, statali e locali in vigore che regolano i Servizi, compresa la Fiera del debito Collection Practices Act (FDCPA). Nei suoi accordi con BSHSI, ogni agenzia di riscossione concorda il trattamento di tutti i pazienti, dipendenti e partner commerciali in conformità con la missione e i valori di Bon Secours Health System. Inoltre, ogni agenzia di riscossione deve garantire che utilizzerà le migliori pratiche del settore nello svolgimento dei servizi.

DEFINIZIONI

Importi generalmente fatturati (AGB) - Gli importi generalmente fatturati indicano le somme generalmente a carico dei pazienti per servizi di emergenza e medicalmente necessari che hanno assicurazione per tali servizi. Le spese per i pazienti che possono beneficiare del contributo finanziario sono limitate a non più degli importi generalmente fatturati ("AGB") per tali servizi. Queste spese sono basate sugli importi in media consentiti da Medicare e contribuenti commerciali per cure di emergenza e altre cure medicalmente necessarie. Gli importi consentiti comprendono sia l'importo che l'assicuratore pagherà e l'importo, se del caso, del cui pagamento il soggetto è personalmente responsabile. L'AGB è calcolato utilizzando il metodo residuale secondo il 26 CFR §1.501 (r), che può essere modificato periodicamente.

Insolvenza - un saldo del conto dovuto da un garante che è ammortizzato come non esigibile.

Agenzia di Riscossione - A "Agenzia di riscossione" è qualsiasi ente incaricato da un ospedale di perseguire o riscuotere il pagamento da parte dei garanti.

Periodo di ammissibilità - Il periodo di tempo in cui ad un garante viene assegnata un'assistenza finanziaria.

Azione di riscossione straordinaria (ECA) - Un ECA, secondo le norme IRS, è uno dei seguenti:

- Vendere il debito di un soggetto ad un'altra parte
- Segnalazione avversa alle agenzie di credito di rilevazione o gli uffici di credito
- Rinviare, negare o richiedere il pagamento prima di fornire le cure medicalmente necessarie a causa di mancato pagamento per cure precedentemente fornite
- Le azioni che richiedono un processo legale, tra cui:
 - Mettere un'ipoteca sulla proprietà
 - Preclusione su beni immobili
 - Collegamento o il sequestro di un conto bancario o altri beni personali
 - Iniziare un'azione civile nei confronti di un soggetto
 - Provocare l'arresto di un soggetto
 - Fare in modo che un soggetto sia sottoposto ad un mandato di sequestro del corpo
 - Sequestrare i salari di un soggetto

Presentare un reclamo in una procedura di fallimento non è un'azione di riscossione straordinaria azione.

Garante - Il paziente, badante, o ente responsabile del pagamento di una fattura di assistenza sanitaria.

Programma di assistenza finanziaria del paziente - Un programma inteso a ridurre il saldo dovuto del garante. Questo programma è fornito ai garanti che sono senza assicurazione e con sottoassicurazione e per i quali il pagamento in tutto o in parte dell'obbligazione finanziaria causerebbe un danno economico ingiusto.

Responsabilità del paziente per i pazienti assicurati - "La responsabilità del paziente" è l'importo che un paziente assicurato ha la responsabilità di pagare per i rimborsi spese dopo che la copertura di terze parti del paziente ha determinato l'importo dei benefici del paziente.

Responsabilità del paziente per i pazienti non assicurati - L'importo che il paziente ha la responsabilità di pagare dopo che è stato applicato l'AGB locale.

ECA Consentito - Nonostante la vasta gamma di attività classificate come ECA, l'unico ECA che il BSHSI intraprende è segnalazione di eventi avversi ad agenzie di credito di rilevazione o gli uffici di credito, se necessario.

Pagatore di terze parti - Un'organizzazione diversa dal paziente (prima parte) o fornitore di assistenza sanitaria (seconda parte) coinvolti nel finanziamento dei servizi sanitari personali

Sotto assicurati - Un soggetto che ha l'assicurazione, ma gli vengono fatturati i costi totali per servizi non coperti secondo il loro piano di previdenza. Gli esempi includono, tra gli altri: farmaci Medicare auto-somministrati, i benefici massimi raggiunti, codicilli maternità, ecc

Non assicurati - I pazienti che non hanno assicurazione.

PROCEDURA

Prospetto dettagliato

I garanti possono richiedere un prospetto dettagliato per proprio conto in qualsiasi momento gratuitamente.

Controversie

Ogni garante può contestare un elemento o costo sulla fattura. I garanti possono avviare una controversia per iscritto o per telefono con un rappresentante del servizio clienti. Se un garante richiede la documentazione riguardante la loro fattura, i membri dello staff compiranno ogni ragionevole sforzo per fornire la documentazione richiesta al garante entro tre giorni lavorativi.

Ciclo di fatturazione

Il ciclo di fatturazione di BSHSI decorre dalla data della prima dichiarazione e termina 120 giorni dopo tale data. Durante il ciclo di fatturazione i garanti possono ricevere chiamate, dichiarazioni e lettere. Le chiamate possono essere fatte al garante per tutto il ciclo di fatturazione. Di seguito è riportato il calendario delle dichiarazioni e delle lettere:

Una dichiarazione viene inviata al garante quando si stabilisce che il saldo è dovuto dal garante

- Una lettera di follow-up viene inviata 30 giorni dopo la data sulla dichiarazione informando il garante che il loro conto è scaduto
- Una seconda lettera è inviata 30 giorni dopo la prima lettera che informa il garante che il loro account è delinquenziale
- Una terza ed ultima lettera viene inviata 30 giorni dopo la seconda lettera che informa il garante che il loro conto è seriamente delinquenziale e il conto può essere consegnato ad un'agenzia di riscossione
- Al giorno 120 del ciclo di fatturazione il conto di un garante è posizionato presso un'agenzia di riscossione primaria. L'agenzia di riscossione primaria invia una comunicazione al paziente tramite una dichiarazione di fatturazione 30 giorni prima rispetto alla specifica ECA che intendono avviare. La dichiarazione comprenderà anche il termine dopo il quale sarà avviato tale ECA e comprenderà una sintesi in linguaggio semplice della politica di assistenza finanziaria.

Ogni dichiarazione e la lettera utilizzata nel nostro ciclo di fatturazione contiene informazioni riguardanti i metodi di pagamento, opzioni di pagamento, il sito di assistenza finanziaria, e un numero di telefono per il servizio clienti.