



Tytuł: Rozliczeń i kolekcje	Data: 04/13/2016
	Zastępuje wersję z dnia:
Kategorii: SYS.FIN	Zatwierdzone przez: BSHSI Board

POLITYKA

Zasady Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI") jest przedstawienie informacji dotyczących rozliczeń i kolekcja praktyk dla obiekty szpitalne ostre BSHSI. Tej polityki, w połączeniu z polityki pomocy finansowej pacjenta jest sporządzony z zamiarem spełniającej wymogi określone w sekcji 501(r) Internal Revenue Code, z 1986 r., ze zmianami, dotyczące pomocy finansowej oraz zasady opieki medycznej, ograniczenia opłat do osób, które kwalifikują się do pomocy finansowej i starań rozliczeń i kolekcji i powinny być odpowiednio interpretowane.

ZAKRES

Niniejsze zasady dotyczą wszystkich BSHSI opieki doraźnej i wolnostojące pogotowie udogodnienia. Wszelkie windykacyjnej, działające w imieniu BSHSI będzie część i wspieranie praktyk zbierania BSHSI's, jak wskazano poniżej. Jeżeli nie określono inaczej, niniejsza polityka nie dotyczą lekarzy lub innych dostawców usług medycznych w tym, ale nie ogranicza się do lekarzy pogotowia, anestezjologów, Radiologów, hospitalists i patologów.

UZASADNIENIE

Uzasadnieniem dla tej procedury jest dla BSHSI bill poręczycieli i odpowiedniej osoby trzeciej płatników dokładnie, terminowe i zgodnie z obowiązującym prawem i przepisami.

BSHSI i agencji zakontraktowanych kolekcja zapewni, że usługi świadczone są zgodnie z obowiązującymi wszystkich federalnych, stanowych i lokalnych przepisów, regulacji i zasad dotyczących usług, w tym targi zadłużenia kolekcja praktyk ustawy ust FDCPA. W umowach z BSHSI Każda agencja kolekcja uzgadnia się w leczeniu wszystkich pacjentów, pracowników i partnerów biznesowych zgodnie z misji i wartości Bon Secours Health System. Ponadto każda Agencja kolekcja gwarantuje, że użyje najlepsze branżowe praktyki w wykonywaniu usług.

Definicje

Kwoty ogólnie modrogłowa (AGB) - Kwoty zazwyczaj rozliczane oznaczają kwoty zwykle pokrywane pacjentów dla usług awaryjne i niezbędne z medycznego, którzy posiadają ubezpieczenie dla takich usług. Opłaty dla pacjentów, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej jest ograniczona do nie więcej niż kwoty zazwyczaj rozliczane ("AGB") za takie usługi. Opłaty te są oparte na średniej pozwolila kwot z Medicare i komercyjnych płatników awaryjne i inne niezbędne z medycznego opieki. Dozwolonych kwoty obejmują zarówno kwota, którą ubezpieczyciel zapłaci, jak i kwoty, jeśli w ogóle, jest osobiście odpowiedzialny za płatne. AGB jest obliczana przy użyciu spojrzenie wstecz Metoda na 26 CFR §1.501(r), które mogą być okresowo zmieniane.

Nieściągalny Dług - salda rachunku należne przez gwaranta co jest spisane jako non-do kolekcjonowania.

Windykacyjnej - Kolekcja "agencji" jest każdy podmiot zaangażowany przez szpital do kontynuowania lub pobranie zapłaty przez gwarantów.

Początek okresu kwalifikowalności - okres czasu, a gwarantem jest przyznana pomoc finansowa.

Niezwykłą kolekcję akcji (ECA) - ETO, zgodnie z rozporządzeniami 2535, jest jedną z następujących czynności:

- Sprzedaż indywidualna zadłużenia na inną stronę
- Niepożądane zgłaszanie do credit reporting agencji lub biur
- Odroczenia, odmawianie lub wymagających zapłaty przed opieki medycznie niezbędne ze względu na niepłacenie za wcześniej pod warunkiem opieki
- Czynności wymagające a proces sądowy, w tym, lecz nie ograniczając się do:
 - Wprowadzenie prawo zastawu na własność
 - Niosą na nieruchomości
 - Przyłączanie lub zajmowania rachunków bankowych lub innych dóbr osobistych
 - Rozpoczynający się powództwo cywilne przeciwko indywidualnym
 - Powodując indywidualny nakaz
 - Powodując indywidualną podlegać dokument wszczynający mocowania korpusu
 - Garnishing indywidualnego wynagrodzenia

Zgłoszenia wierzytelności w postępowaniu upadłościowym nie jest niezwykle zbiór działań.

Gwarant - Pacjenta, opiekuna lub podmiotem odpowiedzialnym za zapłatę rachunku opieki zdrowotnej.

Pacjent Programu Pomocy Finansowej - Program przeznaczony do zmniejszenia zaległość gwaranta. Ten program jest pod warunkiem do poręczycieli, którzy są nieubezpieczonych i pod ubezpieczonego i dla kogo płatności w całości lub części zobowiązania finansowego mogłoby spowodować nadmiernych trudności finansowych.

Odpowiedzialność pacjenta dla ubezpieczonych pacjentów - "Pacjent" jest kwota, ubezpieczony pacjent jest zobowiązany do uiszczenia out-of-pocket po pacjenta państw-stron mapy ustalił kwotę przez pacjenta korzyści.

Pacjent ponosi odpowiedzialność za nieubezpieczonych pacjentów - kwota pacjent jest zobowiązany do zapłacenia po lokalnych AGB została zastosowana.

Dozwolone ECA - Bez względu na szeroki wachlarz działań klasyfikowane jako ECAs tylko BSHSI ECA podejmuje, jest niekorzystne raportowanie na koncie sprawozdawczości agencje lub biura kredytowe, w razie potrzeby.

Obcy płatnik - Organizacja innych niż pacjent (pierwsza strona) lub zdrowia świadczeniodawcy (druga strona) zaangażowane w finansowanie osobistej służby zdrowia

Underinsured - jednostka, która nie posiada ubezpieczenia, ale jest rozliczana suma opłat dla określonych usług według ich planu świadczeń. Przykłady obejmują (ale nie są ograniczone do: podążać drogą samorządny narkotyków, maksimum korzyści osiągnięte, macierzyństwo jeźdźców, etc.

Nieubezpieczonych - Pacjenci, którzy nie posiadają ubezpieczenia.

Procedura

Szczegółowa instrukcja

Gwarant może zażądać dostarczenia klientowi oświadczenie dla swojego konta w dowolnym momencie bez opłat.

Spory

Wszelkie gwarant może spory element lub na ich rachunek. Gwarant może wszcząć spór na piśmie lub telefonicznie z przedstawicielem działu obsługi klienta. Jeśli gwarant żądania dokumentacji dotyczącej ich bill, personel dołoży wszelkich starań aby zapewnić wymaganą dokumentację do gwaranta w ciągu trzech dni roboczych.

Cykl rozliczeniowy

BSHSI's cykl rozliczeniowy rozpoczyna się od dnia pierwszego, a kończy 120 dni po tej dacie. Podczas cyklu rozliczeniowym poręczycielami mogą odbierać połączenia, oświadczeń i listów. Rozmowy telefoniczne mogą być wprowadzane do gwaranta przez cały cykl rozliczeniowy. Poniżej znajduje się wykaz oświadczeń i drukowanymi literami:

- Oświadczenie zostanie wysłany do gwaranta, gdy saldo jest zdeterminowany, aby być dłużna gwarant
- Kolejne pismo zostało wysłane w terminie 30 dni od daty na oświadczenie informujące gwaranta, że ich konto jest przeterminowana
- Drugi list jest wysyłany po 30 dniach od pierwszego pisma informujące gwaranta ich konto jest dresiarzu
- Trzecia i ostatnia jest list wysłany 30 dni po drugie pismo informujące gwaranta, że ich konto jest poważnie dresiarzu oraz konta mogą zostać obrócone do kolekcji agencja
- Na dzień 120 cykl rozliczeniowy gwaranta konta użytkownika jest wprowadzany za pomocą ochronnika collection agency). Podstawowa kolekcja agencja powiadomi pacjenta poprzez billing statement 30-dniowym wyprzedzeniem w stosunku do konkretnych ETO(s) zamierzają rozpocząć. Oświadczenie będzie zawierać również termin, po którym takie ETO(y) zostanie uruchomiony i będzie zawierać zwykłe-język zestawienie pomocy finansowej polityki.

Każde oświadczenie i list użyte w naszym cyklu rozliczeniowym zawiera informacje dotyczące metod płatności, opcje płatności, pomoc finansowa witryna, a numer kontaktowy do biura obsługi klienta.