

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA

**SERVICIOS DE CUIDADO FRANCISCANOS
Memorial Hospital dba SAN FRANCISCO,
dba Dinklage CLÍNICA MÉDICA Y ASOCIADOS CLÍNICAS
WEST POINT, NEBRASKA**

FECHA DE 01/01/16

POLÍTICA # 910.006

REVISIONES 2/23/16

REVISADO 2/23/16

FACTURACIÓN OBJETO Y RECOLECCION Departamento de Política OFICINA DE NEGOCIO

PROPÓSITO

La política de Servicios de Atención franciscanos es ser proactivo en los esfuerzos de recolección. Esto comienza en el momento se ha registrado en el paciente y termina cuando el saldo de la cuenta se ha pagado en su totalidad.

REGISTRO / TIEMPO DE SERVICIO:

Los siguientes artículos se producen en el momento del servicio:

1. Se obtendrán datos demográficos completos. Los pacientes están obligados a presentar prueba de seguro y proporcionar información al personal de admisión.
2. pagador información de terceros se obtiene a partir de la paciente o la persona responsable. Se tomará una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro.
3. El pago total, o el compromiso de pago, se solicitará cuando las cargas totales son conocidos en el momento del servicio.
4. Los co-pagos son debidos en el momento de la inscripción. Esto incluye los co-pagos para los empleados. Co-pagos puede ser facturado en la siguiente facturación si no se conocen en el momento de la admisión.
5. Las preguntas relacionadas con las obligaciones financieras se dirigirán al Consejero Financiero del Paciente. Las preguntas no pueden ser resuelto se hará referencia a la Gerente de la Oficina de negocios.

SIGUIENTE PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SERVICIOS:

RECIBOS DETALLADOS:

Una factura detallada se enviará al paciente si así lo solicita y sin costo alguno. copias adicionales, así como copias de las explicaciones de los beneficios y los resúmenes de cuenta de pago, se cobrará a \$ 0.25 por página. Al copiar de final de bloque u otra documentación que tiene múltiples pacientes, nombres y datos personales de otros pacientes deben ser oscurecidas o cubiertos antes de la liberación, a cumplir con las regulaciones de HIPPA.

Fondos insuficientes (NSF) CONTROLES:

Cheques devueltos por falta de fondos se cobrará \$ 20.00 horas. Un cheque sin fondos se debe dar al Consejero Financiero paciente para determinar el siguiente paso en el proceso de recolección.

RECLAMACIONES DE TERCEROS:

Como una cortesía para el paciente, reclamaciones de terceros se presentarán cuando la información apropiada se ha proporcionado para el personal de Servicios de Atención franciscanos.

RECLAMACIONES compensación del trabajador:

reclamaciones de compensación del trabajador se enviarán directamente al empleador que ser presentada. Si el nombre del portador de la remuneración del trabajador está disponible, la reclamación será enviada directamente al transportista. Si un paciente declara una carga está relacionado con el trabajo, entonces la demanda será enviada a la compañía para su determinación. El personal de FCS no determinará el mérito de las reclamaciones de compensación del trabajador.

CARGOS OB:

OB pacientes firmarán un formulario de esbozar cargos OB en la Clínica Médica Dinklage para el embarazo y el parto. Todas las cantidades deducibles y co-pagos deben ser calculado y pagado antes de la entrega.

NO SERVICIOS CUBIERTOS:

Los médicos pueden ordenar servicios que están relacionados con la atención médica de calidad, pero no pagar por la compañía de seguros. Los pacientes deben ser advertidos para referirse a su Manual del Plan o Plan de Exclusiones de determinación de cobertura. Ejemplos de servicios no cubiertos pueden ser exámenes de detección o medicamentos orales para pacientes ambulatorios para Medicare.

PAGO ÍNTEGRO:

FCS llevará a cabo el pago total en todas las balanzas de pago privado como la principal opción para resolver la cuenta. Las declaraciones serán enviados cada mes. Los saldos se debe a la recepción de la declaración. El pago total se puede hacer en una de las siguientes maneras:

1. Efectivo
2. Comprobar
3. Tarjeta de crédito (Discover, Visa, MasterCard)

MODALIDADES DE PAGO:

En el caso de que sus medios económicos son limitados y no son capaces de pagar en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la declaración, los arreglos financieros para la necesidad del pago que se establezcan. Se seguirá el siguiente política:

If your account balance is:	Your monthly payment will be:
\$0 - \$500	\$50
\$501 - \$1,000	\$100
\$1,001 - \$4,150	\$125
For amounts greater than \$4,150	Monthly payment is 3% of total balance.

NOTE: Interest is not charged on outstanding patient account balances at this time.

La Oficina de Negocios Gerente / Paciente asesor financiero tendrá autoridad para autorizar alternativas de pago fuera de este límite en circunstancias especiales. En ausencia del Director de la Oficina de Negocios, donde se requiere una respuesta inmediata, póngase en contacto con el director financiero. acuerdos de pago no incluyen automáticamente los nuevos cargos. Los pagos de nuevos cargos será exigible y pagadero en el momento del servicio, además de los acuerdos de pago anteriores. Una vez más, hay que subrayar que los cargos actuales deben seguir cumpliendo, además de los acuerdos de pagos realizados por el paciente.

Asesoramiento financiero:

Si se realiza una determinación de que la parte del paciente o responsable no es capaz de pagar la cuenta en su totalidad, hacer arreglos de pago satisfactorios, o utilizar otras opciones, a continuación, la remisión a Medicaid o programas de asistencia financiera deben hacerse. Además, las referencias al trabajador social puede ser una opción para ayudar a los pacientes.

ASISTENCIA FINANCIERA:

Servicios de Atención franciscana tiene un programa de asistencia financiera para ayudar a los pacientes que tienen la carga financiera y que no pueden pagar por sus gastos médicos. Una solicitud de asistencia financiera debe ser completado y se convirtió en el asesor financiero del paciente. Una copia de la declaración de impuestos más reciente (el formulario del IRS 1040 o 1040A) debe acompañar a la solicitud de asistencia financiera. La determinación de la aprobación o denegación se hace de esta aplicación y se basa en las normas del hospital establecida. Nota ---- El programa de asistencia financiera es el último recurso para los pacientes que hacen un verdadero esfuerzo para pagar sus cuentas. Todas las demás vías de pago deben ser

agotados (por ejemplo, un préstamo bancario, Medicaid, la discapacidad, la conexión de niños) antes de que se aplique el presente programa.

Las acciones de cobro:

Los pacientes se les ofrecerá un resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera al ingresar en el hospital. Por otra parte, todos los estados de cuenta incluirán un aviso por escrito notable en cuanto a la disponibilidad de asistencia, incluyendo la identificación de la información de contacto en el que el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y página web donde pueden encontrarse dichos documentos.

El Hospital de sus representantes autorizados o remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro de terceros o tomar alguna o todas de las siguientes acciones de cobro extraordinarias ("ACE") en caso de falta de pago de las facturas pendientes:

- Informar de información sobre un individuo a una agencia de informes de crédito o agencia de crédito
- Colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo
- ejecutar la hipoteca de la propiedad real de un individuo
- Adjuntar o apoderarse de la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal
- iniciar una acción civil contra un individuo
- embargar el salario de un individuo

El Hospital podrá remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro de 120 días desde la fecha en que se proporcionó la primera factura por la atención al paciente. El hospital no se llevará a las ACE en contra de un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o la obligación de aceptar la responsabilidad financiera de un paciente a menos que y hasta que el Hospital ha hecho "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política . El consejero financiero del paciente es responsable de determinar si el hospital ha llevado a cabo esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la ayuda financiera.

A. Sin solicitud presentada

Si un paciente no ha presentado una solicitud de ayuda financiera, el Hospital ha tomado "esfuerzos razonables" con tal de que:

1. No hace falta ser ECAs contra el paciente durante al menos 120 días a partir de la fecha del Hospital proporciona al paciente la primera factura después del alta de la atención; y
2. Proporciona al menos treinta (30) días para que el paciente:
 - Notifica al paciente o de la disponibilidad de asistencia financiera;

- Identifica la CEPA específico (s) del Hospital intención de iniciar contra el paciente, y
 - Los Estados un plazo después de lo cual las ACE puede ser iniciado que no antes de 30 días después de la fecha es el aviso se proporciona al paciente;
3. Proporciona un resumen en lenguaje llano de la política de asistencia financiera con el mencionado aviso; y
 4. Hace un esfuerzo razonable para notificar por vía oral al paciente acerca de la posibilidad de disponer de la asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar las ACE contra el paciente que describe cómo el individuo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de ayuda financiera.
1. Si el paciente se ha concedido la ayuda financiera basada en una determinación presunta elegibilidad, el Hospital ha proporcionado al paciente con la notificación requerida en la política de asistencia financiera.

B. Las solicitudes incompletas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de solicitud, "esfuerzos razonables" se han cumplido si el hospital:

1. Proporciona al paciente con un conste la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud de notificación por escrito. El aviso por escrito deberá incluir la información de contacto (número de teléfono, y la ubicación física de la oficina) del departamento del hospital que puede proporcionar una solicitud de asistencia financiera y ayuda con el proceso de solicitud. El aviso deberá proporcionar al paciente con al menos 15 días para proporcionar la información requerida; y
2. Suspende las ACE que se han tomado contra el paciente, en su caso, por no menos que el periodo de respuesta asignado en la convocatoria.

Si el paciente no presenta la información requerida dentro del período de tiempo asignado, las ACE que pueda reanudarse condición, sin embargo, que si el paciente presenta la información solicitada durante el período de solicitud, el hospital debe suspender las ACE y tomar una decisión sobre la solicitud.

C. Las solicitudes completadas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completado, "esfuerzos razonables" se han hecho, si el hospital hace lo siguiente:

1. Suspende todas las ACE adoptadas contra el individuo, en su caso;

2. Hace una determinación en cuanto a la elegibilidad para asistencia financiera como se establece en la política de asistencia financiera; y
3. Proporciona al paciente con un aviso por escrito o bien (i) en el que la ayuda financiera a la que el paciente es elegible o (ii) negar la solicitud. El aviso debe incluir la base para la determinación.

Si el Hospital ha solicitado que el paciente se aplica para Medicaid, el Hospital suspenderá cualquier ECAs que ha tomado en contra de la paciente hasta que la solicitud de Medicaid del paciente ha sido procesado o aplicación de ayuda financiera del paciente se negó debido a la falta de aplicación oportuna para la cobertura de Medicaid .

Si un paciente es elegible para la ayuda financiera distinta de atención gratuita, el hospital:

1. Proporcionar al paciente un proyecto de ley revisado que establece: (i) la cantidad que el paciente debe por atención recibida después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó la cantidad revisada; y (iii) o bien la AGB para la atención recibida o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre la AGB para la atención recibida;
2. Proporcionar al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente ha pagado en exceso de la cantidad adeudada al Hospital (a menos que dicha cantidad es menos de \$ 5); y
3. Tomar medidas razonables para revertir las ECAs tomadas contra el paciente.

Los incobrables:

Cuentas consideradas incobrables por el asesor financiero del paciente se hará referencia a nuestra agencia de cobros. Cada intento de recoger el debido equilibrio debe ser hecha antes de asignarlo a la mala deuda. Cada comunicación con el partido paciente / responsable será documentado a fondo para ayudar en litigio de la cuenta si eso llega a resultar necesario.

Las cuentas que se hace referencia a una agencia de colección:

1. Cada garante recibirá 3 declaraciones que muestran un saldo a pagar en la columna de pago privado antes de ir a una agencia de colección.
2. A los 90 días, una carta de cobro será enviado solicitando el pago dentro de los 30 días.
3. Si no se recibe el pago dentro de los 30 días, le enviará por correo una carta de cobro final. Se espera que el pago dentro de los 10 días y la cuenta será incluido en las colecciones completas con nuestra agencia de cobro en 20 días si el pago no se recibe.
4. La documentación de todos los contactos con el paciente debe ser documentado en el software del ordenador Paragon.

A partir de este punto en adelante, todas las comunicaciones con el paciente o la persona responsable serán dirigidos a la agencia de colección. Los pagos recibidos en las cuentas de morosidad deberán ser enviados a la agencia de cobro. Si recibimos un pago en una cuenta de la deuda mala, se le debe dar al Consejero Financiero paciente para tomar la decisión final sobre si se debe enviar el dinero o para enviar por correo el dinero a la agencia de colección.

Procedimiento para la recolección:

1. Cuenta será manejado por el Asesor Financiero del Paciente para presentar la documentación apropiada con la agencia de colección.
2. El paciente Consejero Financiero entonces escribirá cuenta fuera de la morosidad.
3. Las declaraciones no serán generados para las clases financieras mala deuda.
4. El efectivo recibido para cuentas incobrables será dirigida al Consejero Financiero del Paciente. El Consejero Financiero del Paciente pondrá en contacto con la agencia de cobro para hacerles saber que hemos recibido un pago.

LIENS / demandas del accidente:

Un derecho de retención será presentada en todas las reclamaciones de accidentes de más de \$ 100 a la compañía de seguros. Esto incluye reclamaciones de automóviles, las demandas por lesiones personales (como la caída en casa de otra persona, etc.)

Si una compañía de seguros no está asentando oportuna, los emisores de facturas pueden, en consulta con el director de la oficina de negocios, archivos para un acuerdo provisional con Medicare o Medicaid, si la cobertura es aplicable.

BANCARROTA:

Cuando se recibe la presentación inicial de un aviso de quiebra, es que debe darse al Consejero Financiero del Paciente. Una vez que recibamos la letra final del tribunal de quiebras vamos a anular la cuenta (s) como caridad. Si la cuenta (s) que ya están en la agencia de cobro, tendremos que restituir la cuenta de la mala deuda y luego descartarlos como caridad. Las declaraciones y los intentos de cobro deben parar en el momento que se reciba la notificación inicial de quiebra. Si el dinero del seguro aún puede ser recogido en una cuenta, el colector puede perseguir este pago. Coleccionistas tendrán que instituir un sistema manual de seguir esta reclamación para recibir los pagos del seguro. Si se han recibido todos los pagos de seguros, la cuenta puede ser cancelada como caridad.

Las notas deben ser colocados en cada cuenta en el sistema informático Paragon afectados por la quiebra que indica la fecha de la notificación de la quiebra, fecha de recepción y si la cuenta ha sido remitido para amortizar la quiebra.

Si un paciente fiesta / responsables desea pagar en una cuenta marcada como la quiebra, el pago puede ser aceptado. No podemos enviar una declaración en la cuenta, pero pueden hacer los pagos de la cuenta.

OTRO:

Esta política reemplaza el número de póliza 950.072 - Directiva de recopilación emitida 02/04/04.