

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

Tytuł: Zasady rozliczeń i windykacji	Rozdziały: Podatkowy
Autor: Dyrektor ds. Rozliczeń oraz wiceprezes lub dyrektor finansowy	Akcjonariusze: <ul style="list-style-type: none">▪ Wszyscy pracownicy
Data sporządzenia: 11/19 Data aktualizacji: Data korekty: (T):	7 Strona
Odniesienia: Przepisy federalne i stanowe, rozporządzenia, wytyczne oraz polityki	Podpis: Wiceprezes, dyrektor finansowy

CEL

HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) zapewnia przestrzeganie dokładnych, spójnych i terminowych procedur windykacyjnych oraz przepisów federalnych i stanowych, w tym między innymi Ustawy o leczeniu w nagłych wypadkach i pracy (EMTALA), Ustawy o windykacji długów, Ustawy o uczciwym rozliczaniu kredytów, wymagań dotyczących długów nieściągalnych określonych przez Centers for Medicare and Medicaid (CMS) oraz par. 501 (r) z wymogów określonych przez urząd skarbowy

Niniejsza polityka zawiera ogólne wytyczne dotyczące pozyskiwania i weryfikacji informacji, ściągania płatności od zewnętrznych firm ubezpieczeniowych, pacjentów, ich poręczycieli i innych osób odpowiedzialnych finansowo za wypłatę świadczeń opieki zdrowotnej. Polityka dotyczy usług świadczonych i rozliczanych przez szpital, z wyłączeniem usług świadczonych i rozliczanych przez podmioty wymienione w załączniku A, nawet w przypadku, gdy takie usługi mogły być świadczone w szpitalu.

Głównymi zasadami tej polityki jest traktowanie wszystkich pacjentów z godnością i szacunkiem, aby zapewnić jednolite przestrzeganie odpowiednich procedur rozliczeniowych i windykacyjnych oraz zagwarantować, że zostaną podjęte uzasadnione wysiłki w celu ustalenia, czy osoba odpowiedzialna za zapłatę za całość lub część rachunku pacjenta kwalifikuje się do pomocy w ramach Polityki pomocy finansowej.

PROCEDURY

ZBIERANIE I SPRAWDZANIE INFORMACJI NA TEMAT PACJENTA

Obowiązkiem pacjenta jest dostarczenie do szpitala kompletnych i aktualnych informacji ubezpieczeniowych i demograficznych. Wstępne przyjęcie, przyjęcie i rejestracja następuje na

dowolnym etapie cyklu dostępu pacjenta. Aktywacja konta pacjenta obejmuje: przegląd informacji demograficznych, danych odnośnie poręczyciela i ubezpieczenia; kopiowanie kart; uzyskiwanie zgód i podpisów. Weryfikacja statusu ubezpieczenia i świadczeń dokonywana jest, gdy tylko pełne informacje o ubezpieczeniu są dostępne za pośrednictwem systemu Health Change (asystenta). Bardziej dokładna weryfikacja jest przeprowadzana wkrótce potem poprzez dostęp do ubezpieczenia online lub wywiad telefoniczny.

Wymóg uzyskania pełnej informacji uwzględnia stan pacjenta, a przede wszystkim jego natychmiastowe potrzeby zdrowotne.

W momencie przyjęcia, w stosownych przypadkach, pacjent lub jego rodzina mogą zostać skierowani do przedstawiciela ds. usług dla pacjentów (PSR) w celu wyjaśnienia polityki płatności obowiązującej w szpitalu, przekazania szacunkowych kosztów wkładu własnego, opcji płatności i dostępności pomocy finansowej.

PRZYJĘCIA DO KLINIKI W TRYBIE PILNYM I W NAGŁYCH WYPADKACH

Opieka zdrowotna w nagłych wypadkach zostanie zapewniona bez względu na możliwości finansowe pacjenta. Personel szpitalny nie będzie próbował uzyskać informacji o ubezpieczeniu, zweryfikować uprawnienia lub domagać się wstępnej zgody na przyjęcie do kliniki od strony trzeciej. Dopiero po potwierdzeniu, że pacjent został przebadany i udzieleniu zgody przez podmiot przyjmujący do szpitala, można zebrać dane ubezpieczeniowe od pacjenta, omówić odpowiedzialność finansową, opcje płatności oraz dostępność pomocy finansowej.

PACJENCI nie przyjmowani do kliniki w trybie pilnym lub w nagłych wypadkach

Rejestracja i przyjęcie pacjenta w trybie zwykłym może być wykonana przed świadczeniem usług lub w momencie przyjęcia do kliniki. Powracający lub stali pacjenci zostaną poddani przeglądowi i aktualizacji informacji demograficznych, ubezpieczeniowych i finansowych w razie potrzeby, w tym, w stosownych przypadkach, weryfikacji uprawnienia do ubezpieczenia pacjenta za pomocą metod elektronicznych lub telefonicznych. Pacjenci mają obowiązek aktualizowania informacji o ubezpieczeniach i danych demograficznych w Rejestracji.

OKREŚLANIE UPRAWNIENIA DO POMOCY FINANSOWEJ

Z zastrzeżeniem postanowień określonych w Polityce dotyczącej pomocy finansowej Carrier Clinic (FAP) oraz w niniejszym dokumencie, Carrier Clinic może udzielać pomocy finansowej pacjentom, którzy nie są ubezpieczeni, są niedoubezpieczeni, nie kwalifikują się do żadnego rządowego programu świadczeń zdrowotnych lub którzy nie są w stanie zapłacić za swoją opiekę.

Osoba fizyczna może ubiegać się o pomoc finansową, wypełniając papierowy egzemplarz wniosku. Wniosek w formie papierowej jest dostępny bezpłatnie za pomocą jednej z następujących metod:

- **Poczta:** Pisząc na poniższy adres i wnioskując o kopię wniosku o pomoc finansową: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, Attn: Patient Financial Services (Wydział Usług Finansowych dla Pacjentów)
- **Osobiście:** Przychodząc do Wydziału Usług Finansowych dla Pacjentów (od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 - 18:00) na adres: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Telefonicznie:** Numer telefonu Wydziału Usług Finansowych dla Pacjentów to 908-281-1522, czynny w godz. 8:00 - 16:30.
- **Strona internetowa:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

Wypełniony wniosek należy złożyć do Wydziału Usług Finansowych dla Pacjentów (Patient Financial Services Dept.), mieszczącego się przy 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, wraz z dokumentacją uzupełniającą, która powinna zawierać:

- Najnowsze federalne deklaracje podatkowe wypełnione dla wszystkich osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym
- Wyciągi bankowe z trzech ostatnich miesięcy z kont oszczędnościowych, czekowych i innych rachunków
- Źródła dochodów (dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia za pracę, pismo informujące o przyznaniu świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego lub dowód wpłaty z banku, zasiłek dla bezrobotnych)

Niekompletne wnioski nie będą rozpatrywane, ale wnioskodawcy zostaną powiadomieni i otrzymają możliwość złożenia brakującej dokumentacji.

Osoba fizyczna ma 240 dni na złożenie wniosku o pomoc finansową licząc od dnia pierwszej faktury otrzymanej po zwolnieniu ze szpitala.

Wszystkie wnioski zostaną rozpatrzone i będą zatwierdzone przez dyrektora finansowego. Zasadniczo pacjenci są uprawnieni do otrzymania pomocy finansowej zgodnie z ruchomą skalą, gdy dochód z gospodarstwa domowego wynosi co najmniej 100% poziomu określonego w federalnych wytycznych w sprawie ubóstwa.

Jeśli pacjent nie dostarczy wystarczających informacji w celu udowodnienia problemów finansowych, Carrier Clinic może skorzystać ze źródeł zewnętrznych lub innych zasobów związanych z rejestracją do programu w celu ustalenia uprawnień, które powinny zostać złożone przez pacjenta w następujących przypadkach:

- Gdy pacjent jest osobą bezrobotną
- Gdy pacjent jest uprawniony do innych programów pomocowych, na poziomie lokalnym lub stanowym

- Gdy pacjent jest uprawniony do otrzymywania bonów żywnościowych lub dotowanych obiadów
- Gdy pacjent kwalifikuje się do finansowanego przez państwo programu leków na receptę
- Gdy pacjent zamieszkuje w warunkach uznawanych za ubogie lub dotowane przez państwo
- Gdy pacjent otrzymuje bezpłatną opiekę w poradni środowiskowej i zostaje skierowany do Carrier w celu dalszego leczenia
- Gdy pacjent mieszka w internacie

WPLATA ZALICZKI

W momencie świadczenia usług, klinika może zażądać okazania udziału własnego, współpłaty lub współubezpieczenia. W przypadku niemożności potwierdzenia statusu aktywnego ubezpieczenia albo niemożności uzyskania autoryzacji, **pacjent** może zostać poproszony o wpłatę zaliczki.

Można dokonać ustaleń, aby uchylić ten wymóg, gdy dokonane zostaną alternatywne i dopuszczalne uzgodnienia dotyczące płatności i nie było wcześniej problemów z nieściągalnością długu.

WINDYKACJA WEWNĘTRZNA

Jeżeli w trakcie pobytu pacjenta nie ustalono odpowiedzialności finansowej pacjenta w chwili przyjęcia go do kliniki, można skontaktować się z pacjentem lub poręczycielem i poprosić o dokonanie płatności okresowych lub uzgodnień dotyczących płatności.

Przedstawiciele Obsługi Pacjentów są w stanie udzielić informacji lub odpowiedzieć na pytania dotyczące uprawnień i świadczeń ubezpieczeniowych. Dane kontaktowe znajdują się w Podręczniku pacjenta i na oddziałach szpitalnych.

WERYFIKACJA UBEZPIECZENIA

Personel szpitala sprawdzi uprawnienia pacjentów i świadczenia przed przyjęciem lub wkrótce po przyjęciu pacjentów do kliniki, ale nie może zagwarantować prawidłowości uprawnień do otrzymania ubezpieczenia ani informacji o świadczeniach otrzymanych od ubezpieczyciela.

ZATWIERDZENIE

Personel szpitala uzyska zgodę w drodze pisemnej lub ustnej od płatników będących osobami trzecimi na zatwierdzenie świadczenia określonej opieki, zgodnie z planem opieki zdrowotnej pacjenta. Zatwierdzenie opieki dla pacjenta nie potwierdza uprawnień ani świadczeń, ani nie gwarantuje płatności.

ODMOWA ZATWIERDZENIA

Pacjent lub poręczyciel zostaną powiadomieni, w momencie gdy ubezpieczyciel nie zatwierdzi dalszego pobytu pacjenta w klinice. Pacjent lub poręczyciel otrzyma informację wyjaśniającą proces odwoławczy, w tym odwołanie zewnętrzne dostępne dla pacjentów. Pacjent lub poręczyciel zostanie poproszony o przejęcie pełnej odpowiedzialności finansowej za dni niezatwierdzone i może zostać poproszony o wpłatę należnych kwot.

USTALENIA ODNOŚNIE PŁATNOŚCI

Jeśli pacjent nie będzie w stanie dokonać pełnej płatności w wymaganym terminie, mogą być dopuszczone płatności częściowe. Może być wymagane okazanie dowodu istnienia problemów finansowych w celu ustalenia warunków spłaty, które spełnią potrzeby pacjenta i szpitala. Kryteria uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej są omawiane z każdym pacjentem lub poręczycielem po okazaniu dowodu na istnienie problemów finansowych oraz w stosownych przypadkach.

METODY PŁATNOŚCI

Akceptowane są następujące metody płatności: gotówka, czek, przekaz pieniężny, ~~karta~~ Visa, MasterCard, American Express i Discover Card.

NIEWYSTARCZAJĄCE FUNDUSZE (NSF)

Opłata manipulacyjna w wysokości 25,00 USD zostanie pobrana z konta pacjenta za wszystkie zwrócone czeki.

ZWROTY

Wszystkie zwroty od pacjentów są sprawdzane co tydzień i przekazywane do Dyrektora PFS lub Kierownika Biura i Dyrektora Finansowego w celu zatwierdzenia. Każda nadpłata na koncie zostanie wykorzystana na pokrycie należności tego samego pacjenta i tego samego poręczyciela. W przypadku braku zaległości, płatność zostanie zwrócona w porozumieniu ze wszystkimi stronami, które dokonały płatności na konto. Wszystkie zwroty na konto pacjentów będą dokonywane przy użyciu tej samej metody, co pierwotna płatność.

WYCIĄGI Z KONT PACJENTA I OKRES WINDYKACJI

Carrier Clinic korzysta z usług Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. w celu zbierania wszystkich zaległości pacjentów po opłaceniu ubezpieczenia i osób nieubezpieczonych. Całkowity cykl rozliczeniowy wynosi 120 dni zanim dług zostanie wysłany do zewnętrznej agencji windykacyjnej.

Działalność windykacyjna ARS obejmuje:

- Wykonanie pięciu telefonów (w 15, 40, 50, 75 i 110 dniu) jeśli dłużnik posiada zarejestrowany numer telefonu.
- Ponadto generowane są cztery wyciągi i wysyłane pocztą na adres z karty pacjenta
 - W przypadku wyciągów pacjentów po opłaceniu ubezpieczenia, wyciągi wydane po dacie zapłaty ubezpieczenia w dniu 1; 30; 60; 90 (końcowy wyciąg).

Wyciągi rozliczeniowe obejmują:

- Imię i nazwisko pacjenta, dane demograficzne, adres, daty świadczenia usługi, numer rachunku, kwoty pobrane i kwoty zapłacone, korekty i kwoty należne
- Informacje kontaktowe ARS
- Uprozczone podsumowanie Polityki pomocy finansowej (FAP) w Carrier Clinic

Pacjenci, którzy mają pytania dotyczące salda, mogą zadzwonić do działu obsługi klienta na nr 800-888-1301 (pon. - śr. w godz. 8.00 –17.00; czw. – pt w godz. 8.00 –18.00) lub do działu usług finansowych dla pacjentów na nr 908–281–1554

Adres do płatności:

HMH Carrier Clinic, Inc.

Adn.: Finance/AP

PO Box 147

Belle Mead, NJ 08502-0147

DZIAŁANIA W PRZYPADKU BRAKU PŁATNOŚCI

Szpital dołoży uzasadnionych starań, aby zapewnić pacjentom możliwość wywiązania się z zobowiązań finansowych, jak wspomniano w powyższym punkcie pt. „Wyciągi pacjentów i okresy windykacyjne”, zanim ich dług zostanie skierowany do zewnętrznej agencji windykacyjnej.

Arcadia przekaże informacje na temat pomocy finansowej i opcji płatności. Pacjenci mogą również uzyskać dostęp do Polityki pomocy finansowej w HMH Carrier Clinic (FAP) za pośrednictwem strony internetowej <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/> lub kontaktując się z przedstawicielem rozliczeniowym za pomocą jednej z poniższych metod kontaktu:

- **Poczta:** Pisząc na poniższy adres i wnioskując o kopię wniosku o pomoc finansową: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, Attn: Patient Financial Services (Wydział Usług Finansowych dla Pacjentów)
- **Osobiście:** Przychodząc do Wydziału Usług Finansowych dla Pacjentów mieszczącym się w Budynku Administracyjnym Adres: 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (pon- pt w godz. 8:00 – 16:30)

- **Telefonicznie:** Numer telefonu Wydziału Usług Finansowych dla Pacjentów to 908-281-1522, czynny w godz. 8:00 - 16:30.

Wszelkie kwoty należne po wyczerpaniu terminowości wyciągu rozliczeniowego lub zakończeniu jakiegokolwiek pomocy finansowej spowodują przekazanie rachunku pacjenta do zewnętrznej agencji windykacyjnej.

SKIEROWANIE DO ZEWNĘTRZNEJ AGENCJI WINDYKACYJNEJ

Całkowity cykl rozliczeniowy wynosi 120 dni zanim dług zostanie wysłany do zewnętrznej agencji windykacyjnej, jak zostało to zdefiniowane w części: WYCIĄGI Z KONT PACJENTA I OKRES WINDYKACJI.

W razie nieotrzymania płatności, dług pacjenta zostanie skierowany do agencji windykacyjnej.

HMH Carrier Clinic, Arcadia Recovery Services i agencja windykacyjna nie stosują nadzwyczajnych metod windykacyjnych.