

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

Titolo: Politica di Fatturazione e Riscossione	Capitoli: Fiscale
Autore: Direttore Fatturazione e Vicepresidente / Direttore finanziario	Parti Interessate: <ul style="list-style-type: none">▪ Tutto il Personale
Data Creazione: 11/19 Data revisione: Data Riesame (T):	7 Pagine
Riferimenti: Leggi, regolamenti, linee guida e politiche federali e statali	Firma Esecutiva: Vicepresidente, Direttore finanziario

SCOPO

HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) assicura che procedure esatte, costanti e attuali di raccolta sono seguite e aderisce ai regolamenti federali e statali, compresi ma non solo, l'Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA), Debt Collection Practices Act, Fair Credit Billing Act, i Centri per crediti inesigibili di Medicare e Medicaid (CMS) e la sezione 501 (r) dall'Agenzia delle entrate statunitense

Questa polizza fornisce linee guida generali per l'acquisizione e la verifica delle informazioni, la riscossione dei pagamenti dalle compagnie di assicurazione di terzi, dai pazienti, dai loro garanti e da altri soggetti finanziariamente responsabili per il pagamento dei servizi sanitari. La polizza si applica alle prestazioni fornite e fatturate dall'ospedale, escluse le prestazioni fornite e fatturate dagli enti elencati nell'Appendice A, anche nel caso in cui tali prestazioni siano state fornite presso l'ospedale.

I principi guida della presente politica sono: trattare tutti i pazienti con pari dignità e rispetto per garantire che siano seguite in modo uniforme le procedure di fatturazione e di riscossione appropriate e che siano compiuti sforzi ragionevoli per determinare se la persona responsabile del pagamento di tutto o di una parte del conto del paziente sia idonea all'assistenza nell'ambito della politica di assistenza finanziaria.

PROCEDURE

RACCOLTA E VERIFICA DELLE INFORMAZIONI SUI PAZIENTI

È responsabilità del paziente fornire all'Ospedale informazioni demografiche e assicurative complete e tempestive. Il pre-ricovero, il ricovero o la registrazione avviene in qualsiasi punto del

ciclo di accesso al paziente. L'attivazione del conto del paziente include: esame delle informazioni demografiche, del garante e dell'assicurazione; copia delle carte; ottenimento di consensi e firme. La verifica della situazione assicurativa e delle prestazioni viene effettuata non appena sono disponibili informazioni complete sull'assicurazione tramite il sistema Health Change (assistente). Una verifica più approfondita viene effettuata poco dopo, accedendo all'assicurazione on-line o facendo una richiesta telefonica.

L'esigenza di ottenere informazioni complete terrà conto della condizione del paziente, dando la priorità alle sue immediate esigenze di salute.

Al momento del ricovero, quando il paziente/la famiglia può essere indirizzato/a al Rappresentante dei Servizi Pazienti (Patient Services Representative (PSR)) per spiegare la politica di pagamento dell'ospedale, comunicare la stima della spesa residua, le opzioni di pagamento e la disponibilità di assistenza finanziaria.

EMERGENZA e RICOVERI URGENTI

Tutti i servizi di emergenza saranno forniti senza tener conto della possibilità di pagare. In nessun caso, il personale ospedaliero cercherà di ottenere informazioni sull'assicurazione, verificare l'idoneità o chiedere l'autorizzazione preventiva di ricovero da parte di parte terza. Solo dopo la conferma che il paziente è stato sottoposto a screening e l'approvazione da parte del fornitore che effettua il ricovero, il paziente può essere contattato nel tentativo di raccogliere informazioni sull'assicurazione, discutere la responsabilità finanziaria, le opzioni di pagamento e la disponibilità di assistenza finanziaria.

PAZIENTI Non di Emergenza o Non Urgenti

La registrazione e l'accoglienza di pazienti Non di Emergenza e Non Urgenti può essere effettuata prima della prestazione dei servizi o al momento del ricovero. I pazienti di ritorno o stabilizzati saranno sottoposti a revisione e aggiornamento delle informazioni demografiche, assicurative e finanziarie in base alle necessità, compresa, se del caso, la verifica dell'idoneità dell'assicurazione del paziente tramite metodi elettronici o telefonici. I pazienti hanno la responsabilità di aggiornare l'assicurazione e le informazioni demografiche con la registrazione.

DETERMINAZIONE DELL'IDONEITÀ ALL'ASSISTENZA FINANZIARIA

Fatte salve le disposizioni definite nella Politica di Assistenza Finanziaria (FAP) della Carrier Clinic e nel presente documento; Carrier Clinic può fornire assistenza finanziaria a pazienti non assicurati, sotto-assicurati, non idonei a qualsiasi programma sanitario pubblico o che non sono in grado di pagare per le loro cure.

Una persona fisica può richiedere un contributo finanziario compilando una copia cartacea della domanda. La domanda cartacea è disponibile gratuitamente utilizzando uno dei seguenti metodi:

- **Per Posta:** scrivendo al seguente indirizzo e richiedendo una copia della domanda di assistenza finanziaria: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 Attention: Patient Financial Services
- **Di Persona:** Presso il Dipartimento dei Servizi Finanziari per i Pazienti. (dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 18:00) all'indirizzo: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Per Telefono:** È possibile contattare il Dipartimento dei Servizi Finanziari per i pazienti al numero 908-281-1522 dalle ore 8:00 alle ore 16:30.
- **Sito web:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

La domanda compilata dovrebbe essere restituita al Dipartimento dei Servizi Finanziari per i pazienti all'indirizzo 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, con la documentazione di supporto, comprensiva inoltre di:

- Le più recenti dichiarazioni dei redditi federali per tutti i membri della famiglia
- Tre mesi di estratti conto bancari: risparmi, conto corrente ed eventuali altri investimenti
- Fonti di reddito (ultime due buste paga di lavoro, lettera di riconoscimento del reddito della previdenza sociale o prova di deposito bancario, indennità di disoccupazione)

Le domande incomplete non saranno prese in considerazione, ma i candidati saranno informati e avranno la possibilità di presentare la documentazione mancante.

Una persona ha 240 giorni dalla data della prima dichiarazione di fatturazione post dimissione per presentare una domanda di assistenza finanziaria.

Tutte le domande sono soggette all'esame e all'approvazione del Direttore finanziario. In generale, i pazienti idonei sono idonei per l'assistenza finanziaria, utilizzando una scala decrescente, quando il Reddito Familiare è pari o inferiore al 100% delle Linee Guida del Governo Federale sulla Povertà.

Se il paziente non riesce a fornire informazioni sufficienti a sostenere le difficoltà finanziarie, la Carrier Clinic può fare affidamento su fonti esterne e/o altre risorse di iscrizione al programma per determinare l'idoneità che deve essere fornita dal paziente quando:

- Il paziente è senza casa
- Il paziente può beneficiare di altri programmi di assistenza statali o locali
- Il paziente ha diritto a buoni pasto o al programma di pranzo sovvenzionato
- Il paziente è idoneo per il programma di prescrizione di farmaci finanziato dallo Stato
- L'indirizzo valido del paziente è considerato un alloggio a basso reddito o sovvenzionato
- Il paziente riceve cure gratuite da una clinica comunitaria e viene rinvio a Carrier per ulteriori cure
- Il paziente vive in una pensione

CAUZIONE

Le franchigie assicurative, i ticket, e gli importi di coassicurazione possono essere richiesti al momento del servizio. Nel caso in cui lo stato attivo dell'assicurazione non possa essere confermato o l'autorizzazione non possa essere ottenuta, al paziente può essere richiesta una cauzione.

Possono essere presi accordi per soddisfare questo requisito quando vengono presi accordi di pagamento alternativi e accettabili e non vi sono precedenti di crediti inesigibili.

RACCOLTA INTERNA

Se nel corso della permanenza in ospedale del paziente non è stata stabilita la responsabilità del paziente al momento del ricovero, il paziente o il garante può essere contattato e può essergli richiesto di effettuare pagamenti intermedi e/o accordi di pagamento.

I Rappresentanti del Servizio Pazienti sono a disposizione per fornire informazioni o rispondere a domande sull'idoneità all'assicurazione e sulle prestazioni. Le informazioni di contatto sono fornite nel Manuale del Paziente e presso le unità ospedaliere.

VERIFICA DELL'ASSICURAZIONE

Il personale ospedaliero verificherà l'idoneità e le prestazioni prima del ricovero o poco dopo il ricovero, ma non può garantire l'esattezza dell'idoneità assicurativa e delle informazioni sulle prestazioni che riceve dalla compagnia di assicurazione.

AUTORIZZAZIONE

Il personale ospedaliero otterrà l'approvazione da parte di parti terze paganti, per fornire le cure specificate, tramite mezzi scritti o verbali, sulla base che i servizi forniti saranno autorizzati secondo i termini del piano sanitario del paziente. L'autorizzazione non convalida l'idoneità o le prestazioni, né garantisce il pagamento.

AUTORIZZAZIONI RESPINTE

Il paziente e/o il garante saranno informati non appena la compagnia assicurativa nega la sua approvazione alla prosecuzione del ricovero. Il paziente/garante riceverà spiegazioni sulla procedura di ricorso, compreso il ricorso esterno a disposizione dei pazienti. Al paziente/garante verrà richiesta la completa accettazione della responsabilità finanziaria per i giorni non autorizzati e potrà essere richiesto il versamento di cauzioni.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Se il paziente non è in grado di effettuare il pagamento completo alla scadenza, possono essere approvati pagamenti parziali. Può essere richiesta la prova finanziaria delle difficoltà di un paziente per determinare modalità di pagamento accettabili che soddisfino le esigenze del paziente

e dell'ospedale. I criteri di idoneità finanziaria sono discussi con ogni paziente e/o garante quando vengono presentate le difficoltà finanziarie e quando necessario.

METODI DI PAGAMENTO

Sono accettati i seguenti metodi di pagamento: contanti, assegno-e- vaglia postale, Visa, MasterCard, American Express , e Discover Card.

FONDI NON SUFFICIENTI (NSF)

Su tutti gli assegni restituiti verrà applicata una commissione di \$25,00 sul conto del paziente.

RIMBORSI

Tutti i rimborsi ai pazienti vengono rivisti settimanalmente e inviati al Direttore del PFS e/o al Direttore dell'Ufficio e al Direttore finanziario per l'approvazione. L'eventuale pagamento in eccesso del saldo del conto sarà applicato al saldo restante per lo stesso paziente e lo stesso garante. Se non ci sono debiti in sospeso, il pagamento sarà rimborsato in coordinamento con tutte le parti che hanno effettuato i pagamenti per creare il saldo del credito. Tutti i rimborsi ai pazienti saranno emessi con lo stesso metodo del pagamento originale.

DICHIARAZIONI DEL PAZIENTE E TEMPESTIVITÀ DI RACCOLTA

Carrier Clinic utilizza Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. per il recupero di tutti i saldi dei pazienti dopo i pagamenti assicurativi e delle persone non assicurate. Il ciclo di fatturazione totale è di 120 giorni prima dell'invio del saldo ad un'agenzia di recupero crediti esterna.

L'attività di raccolta di ARS comprende quanto segue:

- Cinque telefonate (giorno 15; 40; 50; 75; 110) quando esiste un numero di telefono valido.
- Inoltre, quattro rendicontazioni sono generate e inviate all'indirizzo di registrazione del paziente
 - Per i saldi dei pazienti dopo il pagamento dell'assicurazione, le rendicontazioni rilasciate alla data di scadenza successiva al pagamento dell'assicurazione dopo il giorno 1; 30; 60; 90 (dichiarazione finale).

Le rendicontazioni di fatturazione includono quanto segue:

- Nome del paziente, dati demografici, indirizzo, data o date di servizio, numero di conto, importi addebitati e importi pagati, rettifiche e importi dovuti
- Informazioni di contatto di ARS
- Riassunto semplificato della Politica di Assistenza Finanziaria della Carrier Clinic

I pazienti con richieste di informazioni sul loro saldo possono chiamare il Servizio Clienti al numero 800-888-1301 (lun - mer dalle ore 8.00 alle ore 19.00; giovedì-ven dalle ore 8.00 alle ore 18.00) o il Servizio Finanziario Pazienti 908-281-1554

Indirizzo per i pagamenti:
HMH Carrier Clinic, Inc.
ATT: Finance/AP
PO Box 147
Belle Mead, NJ 08502-0147

AZIONE IN CASO di MANCATO PAGAMENTO

L'Ospedale farà ragionevoli sforzi per fornire ai pazienti l'opportunità di soddisfare i loro obblighi finanziari come indicato sopra nella sezione sopra intitolata "Rendicontazioni Paziente e tempestività di Raccolta" prima che un conto sia riferito all'agenzia di raccolta esterna.

Arcadia fornirà informazioni sull'assistenza finanziaria e sulle opzioni di pagamento. I pazienti possono anche accedere alla Politica di Assistenza Finanziaria (FAP) della HMH Carrier Clinic attraverso il sito web <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>, o contattando un rappresentante per la fatturazione attraverso uno dei seguenti canali:

- **Per Posta:** scrivendo al seguente indirizzo e richiedendo una copia della domanda di assistenza finanziaria: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 Attention: Patient Financial Services
- **Di Persona:** Administration Bldg (Patient Financial Services Dept. - Dipartimento Servizi Finanziari per i Pazienti) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 16:30)
- **Per Telefono:** È possibile contattare il Dipartimento dei servizi finanziari per i pazienti al numero 908-281-1522 dalle ore 8:00 alle ore 16:30

Eventuali saldi ancora dovuti al momento dell'esaurimento dei tempi di fatturazione e/o della finalizzazione dell'assistenza finanziaria comporteranno il rinvio del conto del paziente all'agenzia di recupero crediti esterna.

RINVIO A UN'AGENZIA DI RECUPERO CREDITI ESTERNA

Il ciclo totale di fatturazione è di 120 giorni prima dell'invio del saldo al recupero crediti, come definito nella sezione: **DICHIARAZIONI DEL PAZIENTE E TEMPESTIVITÀ DI RACCOLTA.**

In caso di mancato pagamento, il conto sarà rinviato ad un'agenzia di recupero crediti.

Gli sforzi di HMH Carrier Clinic, i servizi di recupero di Arcadia e quelli dell'agenzia di recupero crediti non comprendono misure straordinarie di raccolta.

