



<b>Politica de creditare și încasări pentru pacienți</b>	<b>RC-002</b>
<b>Penn State Health, Ciclu venituri</b>	Data intrării în vigoare: <b>1 octombrie 2022</b>

**DOMENIUL DE APLICARE ȘI SCOPUL** Documentul se aplică persoanelor și procesărilor următoarelor componente din cadrul Penn State Health specificate mai jos:

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group – Academic Practice Division
<input type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group - Community Practice Division
<input type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center		
<input type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center – în vigoare pe 10/3/2022		

## MISIUNEA POLITICII

De a oferi instrucțiuni clare și consecvente pentru desfășurarea funcțiilor de facturare, încasare și recuperare într-un mod care promovează conformitatea, satisfacția pacientului și eficiența. Prin utilizarea extraselor de cont de facturare, a corespondenței scrise și a apelurilor telefonice, Penn State Health (PSH) Revenue Cycle Department (Departamentul Ciclu de venituri al Penn State Health - PSH) va depune eforturi serioase pentru a informa pacienții/garanții cu privire la responsabilitățile lor financiare și la opțiunile de asistență financiară disponibile, precum și pentru a discuta cu pacienții/garanții cu privire la conturile restante, asigurând în același timp transparența pe parcursul asistenței financiare. Această politică este conformă cu cerințele prezentate în Secțiunea 501(r) din Codul de venituri interne și cu No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute) inclusă în Legea privind creditele consolidate, 2021.

Se aplică pentru personalul de înregistrare, facturare și consilierii financiari

## DEFINIȚII

**Definiția Amount Generally Billed (Suma facturată în general - AGB):** AGB sau limitarea taxelor brute este calculată de PSH, utilizând metodologia de retrospectivă în conformitate cu regula definitivă IRS 501R (Serviciul pentru venituri interne - IRS). PSH va utiliza această metodologie pentru a calcula suma de plată medie a tuturor cererilor plătite de asiguratorii privați de sănătate și Medicare. Persoanelor eligibile nu li se vor percepe sume mai mari decât cele facturate în general pentru îngrijirea de urgență sau necesară din punct de vedere medical. PSH va pune la dispoziția pacienților care solicită acest lucru o copie scrisă gratuită a calculului AGB curent. Acest lucru nu trebuie confundat cu reducerea pentru îngrijiri de caritate (asistență financiară) care se aplică 100% dacă se aprobă FAP individuală.

**Agenție de plasare:** Agențiile de încasare externe trebuie să recupereze conturi cu un status de credit neperformant. Când un cont are statusul de credit neperformant, nu este considerat nerecuperabil până când nu se împlinesc nouă luni de activitate de recuperare nereușită cu o agenție de recuperare primară sau secundară.

**Facturarea soldului – Facturi neprevăzute:** În conformitate cu legislația federală, No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute), Penn State Health se angajează să protejeze pacienții împotriva facturilor neprevăzute pe care le-ar primi dacă unitatea de îngrijire Penn State Health sau furnizorul de la care primesc servicii de îngrijire s-ar afla în afara rețelei pentru planul lor de sănătate. „Facturarea soldului” are loc atunci când un furnizor sau o unitate din afara rețelei facturează diferența dintre suma convenită prin planul de sănătate al pacientului și suma totală percepută de un furnizor sau de o unitate din afara rețelei pentru un serviciu. „Facturile neprevăzute” sunt facturi neașteptate ale soldului. No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute) protejează pacienții împotriva primirii unor facturi mai mari, atunci când sunt consultați pentru îngrijiri de urgență de către un furnizor sau o unitate din afara rețelei sau când un furnizor din afara rețelei tratează pacientul într-un spital din rețea. Dacă o unitate sau un furnizor Penn State Health este în afara rețelei, Penn State Health nu va compensa factura pentru serviciile de urgență sau serviciile post-stabilizare acoperite.

**Extras de cont de facturare sau situație:** O factură pentru serviciile prestate. Aceasta poate fi un rezumat al activității sau o factură detaliată, care enumeră fiecare sumă percepută din contul pacientului.

**Data serviciului (DOS):**

- DOS pacient internat – data la care pacientul este externat din spital.
- DOS pacient extern/ambulatoriu – data la care este efectuată procedura sau data la care pacientul primește îngrijiri medicale.

**Servicii de diagnosticare** – Servicii sau proceduri care sunt utilizate pentru a determina cauza unei boli sau tulburări. Asistența medicală de diagnosticare implică tratarea sau diagnosticarea unei probleme a pacientului prin monitorizarea unei probleme existente, verificarea simptomelor noi sau urmărirea rezultatelor anormale ale testelor. Serviciile de diagnosticare informează furnizorii de asistență medicală cu privire la severitatea sau cauza bolilor pacienților.

**Servicii sau proceduri opționale** – Servicii sau proceduri care nu sunt necesare din punct de vedere medical, așa cum este stabilit de personalul medical PSH.

**Stare medicală urgentă** – o afecțiune medicală care se manifestă prin simptome acute de o severitate suficientă (inclusiv durere severă), astfel încât un nespecialist prudent, care posedă cunoștințe medii de sănătate și medicină, s-ar putea aștepta în mod rezonabil ca absența asistenței medicale imediate să ducă la punerea sănătății individului (sau, în ceea ce privește o femeie gravidă, sănătatea femeii sau a fătului) în pericol grav, la afectarea gravă a funcțiilor corporale sau la o disfuncție gravă a oricărui organ sau parte a corpului.

**Îngrijire de urgență:** Îngrijire oferită unui pacient cu o afecțiune medicală emergentă, definită în continuare ca:

- O afecțiune care se manifestă prin simptome acute de o severitate suficientă (de exemplu, durere severă, tulburări psihice și/sau simptome de abuz de substanțe etc.), astfel încât absența asistenței medicale imediate ar putea avea ca rezultat una dintre următoarele:
  - Punerea în pericol grav a sănătății pacientului (sau, în ceea ce privește o femeie gravidă, sănătatea femeii sau a fătului) sau
  - Afectarea gravă a funcțiilor corpului sau
  - Disfuncție gravă a oricărui organ sau parte a corpului.

- În cazul unei femei gravide care are contracții, lipsa timpului suficient pentru efectuarea unui transfer în siguranță la un alt spital înainte de naștere sau faptul că transferul poate reprezenta o amenințare pentru sănătatea sau siguranța femeii sau a fătului.

**Garant:** Persoana care este responsabilă financiar pentru factura unui pacient. În cazul unui adult sau al minorului emancipat, pacientul va fi, în general, propriul garant. În general, copiii cu vârsta sub 18 ani nu vor fi considerați garanți. Toate serviciile furnizate minorului vor fi facturate părintelui care deține custodia sau tutorelui legal, cu excepția cazului în care minorul este emancipat.

**Servicii medicale necesare:** Înseamnă servicii de îngrijire pe care un furnizor, exercitând un raționament clinic prudent, le-ar furniza unui pacient în scopul prevenirii, evaluării, diagnosticării sau tratării unei boli, răni, afecțiuni sau simptome ale acesteia și care

- Sunt în conformitate cu standardele general acceptate de practicile medicale
  - În aceste scopuri, „standardele general acceptate de practica medicală” înseamnă standarde care se bazează pe dovezi științifice credibile publicate în literatura medicală revizuită de colegi specializați, în general recunoscute de comunitatea medicală relevantă sau în concordanță cu standardele stabilite în problemele de politică ce implică raționamentul clinic.
- Sunt adecvate din punct de vedere clinic, în ceea ce privește tipul, frecvența, răspândirea, locul și durata, și considerate eficiente pentru boala, rana sau afecțiunea pacientului.
- Nu sunt în primul rând pentru comoditatea pacientului, medicului sau altui furnizor de servicii medicale și nu sunt mai costisitoare decât un serviciu alternativ sau o secvență de servicii, cel puțin la fel de probabil să producă rezultate terapeutice sau de diagnostic echivalente în ceea ce privește diagnosticul sau tratamentul bolii, răni sau afecțiunii pacientului respectiv.
- Reprezintă servicii, articole sau proceduri de investigare sau experimentale și care vor fi abordate de la caz la caz.

**Servicii sau proceduri neacoperite sau experimentale** – Servicii sau proceduri care sunt stabilite ca fiind:

- Servicii sau proceduri experimentale/de investigație – Servicii medicale, proceduri sau medicamente care nu au fost aprobate pentru uz general, dar care sunt investigate în studii clinice în materie de siguranță și eficacitate. Serviciile, procedurile sau medicamentele experimentale și de investigație sunt destinate utilizării în diagnosticarea bolii sau a altor afecțiuni sau în vindecarea, ameliorarea, tratamentul sau prevenirea bolilor.
  - Pe măsură ce protocoalele de tratament sunt dezvoltate pentru serviciile experimentale și de investigație, PSH Revenue Cycle Department (Departamentul Ciclul venituri PSH) va lucra cu comunitatea plătitorilor pentru a explica necesitatea medicală.
- Servicii sau proceduri neacoperite – Servicii sau proceduri medicale care nu sunt acoperite de planul de asigurare al pacientului.

**Responsabilitatea pacientului:** Orice sold datorat în cazul în care partea responsabilă din punct de vedere financiar este pacientul sau garantul pacientului (nu un plătitor terț).

- Întârzierea asistenței medicale – PSH poate întârzia serviciile sau procedurile care nu sunt urgente pentru acei pacienți care refuză în mod repetat să efectueze eforturi rezonabile de stabilire a responsabilității lor pentru îngrijirea acordată, iar îngrijirea furnizată conform politicii EMTALA este exclusă.

**Servicii de asistență medicală primară sau de specialitate** – Servicii sau proceduri oferite pacienților care ajung la spital pentru a solicita îngrijiri medicale care nu sunt emergente sau urgente sau care solicită îngrijire suplimentară în urma stabilizării sau a unei afecțiuni medicale urgente. Serviciile primare sau de specialitate programate sunt fie servicii de asistență medicală primară, fie proceduri medicale programate în avans.

**Îngrijire de urgență:** Îngrijirea acordată unui pacient cu o afecțiune medicală care nu pune în pericol viața/membrele sau care este puțin probabil să provoace vătămări permanente, dar care necesită îngrijire și tratament prompt, așa cum este definit de Centers for Medicare and Medicaid Services (Centrele pentru Servicii Medicare și Medicaid - CMS) și care trebuie să aibă loc în decurs de 12 ore pentru a evita:

- Punerea în pericol grav a sănătății pacientului sau pentru a evita afecțiuni sau disfuncția gravă; sau
- Debutul probabil al unei boli sau vătămări care necesită servicii de asistență medicală de urgență, așa cum este definit în acest document.

## MISIUNILE POLITICII ȘI PROCEDURII

PSH va urmări în mod constant plata pentru conturile pacienților, indiferent de rasă, limba principală, sex, vârstă, religie, educație, statut profesional, statut de student, dispoziție, relație, acoperire de asigurare, statut în comunitate sau orice alt factor discriminatoriu.

Fiecărui pacient/garant i se va oferi un interval de timp rezonabil și materiale pentru a-și înțelege responsabilitatea financiară. PSH va notifica pacienții/garanții cu privire la responsabilitatea lor financiară înainte de a presta serviciul în situații care nu sunt urgente. PSH poate amâna sau anula îngrijirea care nu este urgentă (după cum este stabilit de personalul medical PSH) pentru orice pacient care nu poate sau nu dorește să primească o compensație financiară înainte de un serviciu opțional. Pacienților li se va asigura oportunitatea de a depune o cerere pentru asistență financiară prin **Politicile privind asistența financiară - PFS-051/PFS-053**.

Persoanele care primesc o compensație financiară sunt definite ca fiind cooperante și ca respectând toate procesele necesare pentru asigurarea unui continuum financiar, fără excepții, care include, dar nu se limitează la:

- Dovada asigurării
- Informații demografice corecte
- Plata proprie a tuturor cheltuielilor aplicabile (respectiv coplata, coasigurare, sume deductibile și taxe neacoperite).
- Colaborarea cu consilierii financiari PSH pentru a obține beneficii de la terți sau asistență financiară.
- Soluționarea soldurilor restante ale pacienților pentru serviciile anterioare de asistență medicală PSH.

Imposibilitatea de furnizare a informațiilor necesare pentru aprobarea asistenței financiare către PSH poate duce la transmiterea contului persoanei către o agenție de recuperare externă pentru încasarea ulterioară a soldurilor.

### **Facturare în baza asigurării:**

Asigurarea medicală a pacientului constituie un contract între pacient, furnizorul de servicii de asigurări și/sau angajatorul pacientului. Penn State Health nu este o parte a prezentului contract. PSH va respecta, atunci când este cazul, No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute).

Pacienții trebuie:

- Să știe dacă este necesară o trimitere pentru vizitele la cabinet.
- Să se consulte cu furnizorul lor de servicii de asigurări pentru a determina dacă analizele prescrise sunt acoperite de polița lor de asigurare medicală.
- Să contacteze asigurătorul pentru a stabili programul beneficiilor și dacă se aplică o coplată sau o plată deductibilă.
- Să primească și/sau să semneze notificarea de facturare fără costuri suplimentare și formularul de consimțământ.
- Să aibă documentația adecvată în cadrul programărilor.
- Să colaboreze cu biroul nostru pentru a contesta determinările negative.

În urma acordării îngrijirii, se va face orice încercare rezonabilă de procesare în timp util a cererii unui pacient prin intermediul asigurării furnizate de acesta sau de plătitorul terț (pe baza informațiilor furnizate sau verificate de pacient/garant sau verificate în mod corespunzător din alte surse).

- Dacă o cerere valabilă este respinsă (sau nu este procesată) de către plătitor din cauza unei erori a PSH, PSH nu va factura pacientului nicio sumă în plus față de ceea ce pacientul ar fi datorat dacă plătitorul ar fi achitat cererea.
- Dacă o cerere valabilă este respinsă (sau nu este procesată) de către un plătitor din cauza unor factori în afara controlului PSH, personalul va păstra contactul cu plătitorul și pacientul, după caz, pentru a facilita soluționarea cererii.
- Dacă soluționarea nu are loc după eforturi rezonabile de comunicare ulterioară, PSH poate factura suma pacientului sau poate lua alte măsuri în concordanță cu contractele plătitorului.

### **Facturare către pacient:**

Orice sold existent după luarea deciziei cu privire la o cerere de asigurare de la plătitor va fi facturat pacientului (sau garantului) pe baza explicației beneficiilor.

În absența unui plătitor terț sau contribuabil pentru asigurare, pacienților li se va emite factura direct. Acești pacienți vor fi considerați pacienți care beneficiază de autofinanțare. PSH nu va percepe persoanelor neasigurate eligibile sau care nu sunt eligibile pentru Programul de Asistență Financiară (FAP) sume mai mari decât cele facturate în general (AGB) pentru îngrijiri de urgență sau alte îngrijiri medicale necesare.

Pacienții care beneficiază de autofinanțare vor primi informații cu privire la politica pentru asistență financiară PSH. Consultați **Politicele privind asistența financiară - PFS-051/PFS-053**.

- PSH se așteaptă ca toți garanții/pacienții să întreprindă orice încercare rezonabilă și de bună-credință în vederea achitării serviciilor furnizate de PSH.
- În plus, este responsabilitatea garantului/pacientului să furnizeze PSH informații demografice complete și exacte. Nerespectarea acestui lucru poate duce la utilizarea unor acțiuni extraordinare de încasare.

Îndrumările privind așteptările pacientului sunt prezentate mai jos.

### **Responsabilitatea financiară a pacientului pentru serviciile de asistență medicală programate:**

- Dacă în timpul programării sau înregistrării se constată că pacientul nu are asigurare de sănătate sau că dispune de beneficii limitate, conturile vor fi transferate către un consilier financiar.
  - Evaluatorii financiari vor furniza estimări de preț tuturor pacienților, la cerere.
  - Dacă un pacient indică faptul că nu poate plăti costurile estimate care îi revin, consilierii financiari pot verifica în prealabil pacientul/garantul pentru a determina dacă o persoană este eligibilă pentru programe guvernamentale sau de asistență financiară.
  - Persoanelor considerate eligibile pentru programe guvernamentale sau de asistență financiară li se vor oferi opțiuni cu privire la modul de depunere a cererilor.
    - Persoana are obligația de a transmite informațiile financiare solicitate către PSH în cadrul cererii.
    - Toți pacienții care solicită asistență financiară de la PSH vor fi obligați să furnizeze toate informațiile necesare pentru a stabili incapacitatea lor de a plăti.
  - Serviciile care nu sunt necesare din punct de vedere medical pot fi amânate sau anulate pentru pacienții care nu cooperează sau nu pot să asiste PSH prin furnizarea de informații necesare pentru a stabili capacitatea lor de a plăti sau nevoia de asistență financiară.
    - Necesitatea asistenței medicale va fi determinată de furnizorul PSH și personalul medical. Vă rugăm să consultați definiția Serviciilor medicale necesare din secțiunea Definiții a prezentului document.
      - Consilierii financiari vor contacta furnizorii și le vor cere să transmită informații suplimentare referitoare la starea medicală a pacientului și nevoia de asistență imediată. Doar serviciile considerate ca nefiind necesare din punct de vedere medical vor fi amânate sau anulate conform hotărârii personalului medical PSH; consultați Procedura pentru risc financiar.
    - PSH va continua să ofere servicii medicale necesare în timp ce consilierii financiari lucrează în mod proactiv cu pacientul pentru îndeplinirea obligațiilor financiare.
  - Dacă o persoană nu îndeplinește condițiile pentru programele guvernamentale sau de asistență financiară, este disponibilă opțiunea planului de plată lunară.
  - Imposibilitatea de furnizare a informațiilor necesare sau stabilirea unui plan de plată lunară poate duce la transmiterea contului persoanei către o agenție de recuperare externă pentru încasarea ulterioară a soldurilor.
  - Pacienți cu adrese în afara țării - Politica Penn State Health este de a încasa soldurile restante la momentul prestării serviciului pentru toți pacienții cu polițe de asigurare din străinătate consultați într-o unitate care nu este destinată cazurilor

urgente, iar asociații care gestionează pacienții din unitățile destinate cazurilor urgente trebuie să adune toate informațiile pertinente pentru facturarea tuturor serviciilor prestate pacientului.

În urma prestării serviciilor, soldurile garantului și soldurile auto-finanțate vor fi facturate garantului. Următoarele îndrumări se aplică procesului privind extrasul de cont de facturare.

### **Extras de cont de facturare**

- O declarație privind serviciile prestate în spital și/sau de un medic este trimisă pacientului/garantului în cel puțin patru cicluri de facturare graduale de treizeci de zile.
- Toți pacienții/garanții pot solicita oricând un extras detaliat cu privire la conturile lor.
- Dacă un pacient își contestă contul și solicită documentație cu privire la factură, personalul va răspunde pacientului/garantului în timp util și va păstra contul pentru cel puțin 30 de zile înainte de a-l trimite pentru încasare.
- Reprezentanții pentru Ciclul venituri sau distribuitorii contractați pot încerca să contacteze pacientul/garantul (telefonic, prin poștă, scrisoare de recuperare sau e-mail) în timpul ciclului de facturare pentru finalizarea încasărilor sau pentru a oferi oportunitatea de a beneficia de asistență financiară. Eforturile de recuperare sunt documentate în contul pacientului din sistemul de facturare. Se va întreprinde orice încercare rezonabilă de a contacta garantul/pacientul cu privire la soldul său restant.
- Mesajul final al extrasului de cont indică faptul că respectivul cont poate fi transmis către o agenție de recuperare externă dacă nu este plătit în termen de 30 de zile de la data scrisorii.
- În cazuri de asistență financiară, conturile pacienților sau garanților care colaborează activ cu serviciile financiare pentru pacienți/distribuitorii PSH nu vor fi transmise unei agenții de recuperare, conform regulilor PSH.
- Pacienții/garanții vor continua să primească extrase de cont de facturare în timp ce sunt implicați activ cu serviciile financiare pentru pacienți/distribuitorii PSH și în procesul de solicitare de asistență financiară.
- PSH respectă cerințele de facturare și încasare 501(r).
- PSH respectă cerințele No Surprises Act (Legii împotriva facturilor neprevăzute).

Este obligația pacientului/garantului să acționeze cu bună-credință și să depună eforturi rezonabile pentru a achita serviciile furnizate în cadrul PSH. Pacienții care nu doresc să solicite asistență guvernamentală, nu se califică pentru asistență financiară sau care depășesc cerințele de venit și necesită asistență pentru plata serviciilor pot solicita un plan de plată. Următoarele instrucțiuni ajută la stabilirea unui plan de plată.

### **Planuri de plată**

- PSH oferă un plan de plată dacă un pacient/garant nu își poate plăti integral factura și nu este eligibil pentru asistență financiară.
- Planul de plată se bazează pe suma restantă datorată și se solicită să fie concluzionat într-un interval de timp rezonabil, așa cum este stabilit de conducerea PSH (6-24 luni), vezi [Instrucțiuni privind planul de plată](#).
- Persoanele care nu au încheiat un plan oficial de plată cu PSH ar putea fi redirecționate către o agenție de recuperare externă pentru o încasare ulterioară.
- Persoanele trebuie să efectueze plăți la fiecare dată convenită a lunii.

- Un cont devine restant atunci când pacientul/garantul nu plătește plata lunară convenită în termen de 30 de zile de la data extrasului. Conturile restante pot fi transmise unei agenții de recuperare externă pentru o încasare ulterioară.

În cazul în care un pacient/garant anticipează faptul că nu poate achita o plată sau că venitul familiei s-a modificat, persoana poate solicita asistență financiară; consultați **Politicile privind asistența financiară - PFS-051/PFS-053**.

- PSH poate continua procesul de încasare a soldurilor în absența unor eforturi rezonabile din partea pacientului sau a garantului de achitare a unei facturi restante. Aceste eforturi includ, dar nu se limitează la, nefurnizarea informațiilor necesare pentru a finaliza procesul de asistență financiară sau un plan de plată, așa cum este descris mai sus. Următoarele aspecte sunt instrucțiuni pentru procesul de acțiuni extraordinare de încasare.

### **Acțiuni extraordinare de încasare**

- **Agentii de recuperare externe** – Responsabilitatea departamentului PSH Ciclu venituri nu este de a atribui conturi pentru încasarea externă și nici de a se angaja în acțiuni extraordinare de încasare înainte de a depune eforturi rezonabile pentru a determina dacă pacientul este eligibil pentru asistență financiară.
  - Regula de 120/240 de zile – o perioadă de 120 de zile în care un spital este obligat să notifice o persoană despre FAP și o perioadă de 240 de zile în care un spital trebuie să proceseze o cerere depusă de persoana respectivă. PSH va trimite notificări în timpul unei perioade de notificare care se încheie după cel puțin 120 de zile de la data primului extras de cont de facturare. Spitalul nu poate iniția acțiuni extraordinare de încasare (extraordinary collection actions - ECA) împotriva unei persoane a cărei eligibilitate FAP nu a fost determinată înainte de 120 de zile de la primul extras post externare.
  - Conturile vor adaptate când vor fi transmise agenției de recuperare.
  - PSH va suspenda orice acțiuni extraordinare de încasare (ECA) pentru un pacient, odată ce pacientul a depus o cerere FAP, indiferent dacă cererea este completă sau nu.
  - Conturile fără un acord de plată stabilit cu pacientul/debitorul vor fi returnate către PSH de către agenție după cel mult 730 de zile (doi ani) de la transmiterea către agenția respectivă.
  - PSH respectă cerințele de facturare și încasare 501(r).
- **Raportarea creditului** - Agențiile de recuperare externe pot raporta conturi agențiilor externe de raportare a creditelor. PSH și agențiile de încasare externe vor respecta Fair Debt Collection Practices Act (Legea privind practicile echitabile de recuperare a datoriilor) și Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act (Legea privind protecția consumatorilor telefonici a Comisiei Federale pentru Comerț) și reglementările 501(r) în toate activitățile de încasare.
- **Bad Guarantor Address (Adresa greșită a garantului - BGA)** – PSH va depune eforturi rezonabile pentru a răspunde tuturor extraselor pacienților returnate de United States Post Office (Serviciul poștal al Statelor Unite - USPS), care nu pot fi livrate. Conturile ale căror cele mai recente informații demografice conțin statusul BGA pot fi trimise unei agenții externe drept credit neperformant pentru o contactare suplimentară cu cel puțin 120 de zile înainte de plasare. Cu toate acestea, conturile nu vor fi supuse unei acțiuni extraordinare de încasare până când nu se vor îndeplini cerințele de notificare. Intenția acestei politici este de a respecta reglementările 501(r).



- **Contactarea unui avocat** – În anumite cazuri, pe baza pragului soldului restant și a capacității de plată și/sau a modelului de neplată al garantului sau plătitorului terț, PSH poate intenta acțiuni în justiție pentru a încasa soldurile pacienților.
  - Conturile identificate pentru acțiuni legale trebuie identificate separat de conturile de credit neperformant transmise unei agenții de recuperare.
  - PSH va trimite o notificare scrisă tuturor pacienților recomandați pentru acțiuni în justiție.
  - Toate conturile recomandate pentru acțiuni în justiție vor fi revizuite și evaluate în termen de 30 de zile. În timpul perioadei de evaluare, contul va avea statusul activ A/R. Odată ce este aprobat pentru agenția juridică, contul va fi clasificat drept credit neperformant.
  - În cazul în care a fost primită o hotărâre/înștiințare judecătorească privind garanția, ajustarea corespunzătoare va fi efectuată asupra conturilor din înștiințare, iar contul va fi documentat și va fi transmisă notificarea.
  - PSH va suspenda orice acțiuni extraordinare de încasare (ECA) pentru un pacient, odată ce pacientul a depus o cerere FAP, indiferent dacă cererea este completă sau nu.
  - PSH respectă cerințele de facturare și încasare 501(r).
  
- **Încetarea raportului medic-pacient** – PSH poate înceta un raport medic-pacient, dacă pacientul nu plătește serviciile de asistență medicală. **Pacienții nu vor fi respinși pentru îngrijirile medicale necesare sau urgente.** Directorul medical, managerul și medicul trebuie să convină asupra încetării acordării de îngrijire pentru pacient și să convină asupra nivelului de încetare.
  - Neplata serviciilor de asistență medicală include, dar nu se limitează la:
    - Neplata sau plata insuficientă substanțială a facturilor, în ciuda capacității de a efectua plata. Eforturi care trebuie depuse pentru a-i ajuta pe pacienți să obțină asistență financiară sau, atunci când este posibil, să stabilească planuri de plată rezonabile; consultați **Politicile privind asistența financiară - PFS-051/PFS-053**
    - Refuzul de a coopera cu personalul departamentului Ciclul venituri pentru înscrierea în programele pentru plătitori terți pentru a obține asistență.
  
- **Raportul costurilor Medicare - Credit neperformant rambursabil** – Vor fi respectate instrucțiunile și reglementările stabilite în cerințele de reglementare CMS cu privire la creditele neperformante Medicare.

## **POLITICI CONEXE ȘI REFERINȚE**

Intenția PSH este ca prezenta politică să se încadreze în orientările și reglementările stabilite în (No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute), Registrul federal conform secțiunii 501(r) și să fie în conformitate cu cerințele de reglementare CMS privind creditul neperformant Medicare.

Politicile privind asistența financiară - PFS-051/PFS-053

Politica de respingere a pacientului (135-MGM)

**Procedură pentru risc financiar**

**Instrucțiuni privind planul de plată**

## **APROBĂRI**

Autorizat:	Paula Tinch, prim vicepreședinte și director financiar
Aprobat:	Dan Angel, vicepreședinte, Ciclul venituri

## **DATA EMITERII ȘI REVIZUIRII**

Data emiterii: 01.01.2008

Data (datele) revizuirii: 05/01/2008, 1/1/2009, 1/7/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022.

Revizuit: 05/01/2008, 10/6/11 și 01/07/2016 (înlocuiește: Procesul de încasare - responsabilitatea pacientului, 06.10); 15.04.21, 11/2021, 10/2022

2017 Trecerea la politica combinată Penn State Health – Următoarele politici St. Joseph au fost încorporate în Politica Penn State Health:

- ADM-CRP-64 – Creditare și încasări pentru pacienți
  - 1-10 - Încasări
  - Administrare #16 – Încasări
- 1-3 – Încasarea creditelor neperformante ale pacientului
- 1-4 Soluționarea creditelor neperformante/auto-finanțării
- 2-8 Recomandare pentru acțiuni în justiție
- 3-2 Judecată/hotărâre
- St. Joseph professional – Politica pentru credite neperformante
- St. Joseph professional – Gestionarea pacienților cu adrese străine
- St. Joseph professional – Acord financiar pentru operații și proceduri
- CPMG – Încasări de la persoane care beneficiază de autofinanțare

## **VERIFICATORI DE CONȚINUT ȘI CONTRIBUITORI**

Directori generali ai spitalului și operațiuni profesioniste Ciclul venituri; Manager consiliere financiară pentru pacienți