

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

| | |
|---|-----------|
| 1. RUANG LINGKUP | 3 |
| 2. TENTANG TATA KELOLA..... | 3 |
| 3. PERNYATAAN PRINSIP..... | 3 |
| 4. KLASIFIKASI & AKSES KE PERAWATAN..... | 4 |
| A. PRINSIP UMUM | 4 |
| B. LAYANAN DARURAT DAN MENDESAK | 4 |
| C. LAYANAN YANG TIDAK DARURAT, TIDAK MENDESAK | 5 |
| D. LOKASI YANG DAPAT DIKUNJUNGI PASIEN UNTUK LAYANAN..... | 6 |
| 5. PEMEROLEHAN DAN VERIFIKASI INFORMASI PASIEN..... | 6 |
| A. LAYANAN DARURAT DAN MENDESAK | 6 |
| B. LAYANAN YANG TIDAK DARURAT, TIDAK MENDESAK | 6 |
| 6. IZIN FINANSIAL | 7 |
| A. PRINSIP-PRINSIP UMUM | 7 |
| B. PERSIAPAN ESTIMASI | 7 |
| C. PASIEN YANG DIASURANSIKAN | 7 |
| D. PASIEN YANG TIDAK DIASURANSIKAN (SWABAYAR)..... | 8 |
| E. PASIEN BERPENDAPATAN RENDAH (PENDUDUK MASSACHUSETTS) | 9 |
| F. SITUASI KHUSUS – REGISTRASI DAN TANGGUNG JAWAB FINANSIAL PASIEN..... | 11 |
| 7. LAYANAN KONSELING FINANSIAL | 13 |
| A. SECARA UMUM..... | 13 |
| B. KOMUNIKASI KETERSEDIAAN LAYANAN KONSELING FINANSIAL..... | 13 |
| C. PERSYARATAN TEMPAT TINGGAL UNTUK PROGRAM-PROGRAM NEGARA BAGIAN | 14 |
| D. PERMOHONAN UNTUK PROGRAM-PROGRAM NEGARA BAGIAN | 14 |
| E. PERSETUJUAN PERTANGGUNGAN..... | 15 |
| F. PENGAJUAN BANDING ATAS HASIL..... | 15 |
| 8. DISKON, PENYESUAIAN, DAN PERAWATAN AMAL | 16 |
| A. SECARA UMUM..... | 16 |
| B. DISKON, PENYESUAIAN, DAN PERAWATAN AMAL LAINNYA..... | 17 |
| 9. TAGIHAN DAN PENAGIHAN PASIEN | 17 |
| A. IKHTISAR..... | 17 |
| B. PERNYATAAN, SURAT, DAN PANGGILAN TELEPON PASIEN | 17 |
| C. PEMBERITAHUAN BIAYA TAMBAHAN..... | 20 |
| D. PENGATURAN PEMBAYARAN..... | 20 |
| E. SITUASI KHUSUS - PENAGIHAN | 21 |
| 10. PENEMPATAN KREDIT MACET..... | 23 |

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

| | |
|--|-----------|
| A. PELAPORAN KREDIT | 23 |
| B. LITIGASI | 23 |
| C. HAK GADAI PROPERTI | 23 |
| D. AGENSI PENAGIHAN..... | 23 |
| 11. SALDO KREDIT DAN PENGEMBALIAN DANA | 24 |
| 12. KEJADIAN YANG DILAPORKAN SERIUS (SRE) | 24 |
| 13. HAK DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN | 24 |
| A. TANGGUNG JAWAB PASIEN..... | 24 |
| B. KEBIJAKAN TIDAK MENDISKRIMINASI | 25 |
| 14. PELAPORAN, AUDIT DAN KEPATUHAN TERHADAP PERATURAN | 25 |
| KEBIJAKAN PARTNERS HEALTHCARE YANG BERLAKU LAINNYA: | 25 |
| REFERENSI: | 25 |

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

1. RUANG LINGKUP

Kebijakan Kredit & Penagihan ini ditujukan untuk mencakup seluruh entitas rumah sakit di dalam Partners HealthCare System, Inc. ("Partners" atau "PHS") dan seluruh entitas yang menjadi bagian dari lisensi rumah sakit termasuk: Massachusetts General Hospital (MGH), Brigham and Women's Hospital (BWH), Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH), Cooley Dickinson Hospital (CDH), Newton-Wellesley Hospital (NWH), Martha's Vineyard Hospital (MVH), McLean Hospital (MH), Nantucket Cottage Hospital (NCH), North Shore Medical Center (NSMC), Wentworth Douglas Hospital (WDH), Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH), Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC), and Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC), Massachusetts Eye and Ear (MEE), selanjutnya disebut dengan "Rumah Sakit". Kebijakan ini juga mencakup seluruh dokter yang dipekerjakan secara langsung oleh entitas rumah sakit. Seluruh entitas Partners lainnya harus mematuhi kebijakan ini. Daftar lengkap Afiliasi Penyedia Layanan akan tersedia untuk dikaji paling lambat 1 Oktober 2017 sesuai dengan 101 CMR 613.08(d).

2. TENTANG TATA KELOLA

Kebijakan ini dikembangkan melalui konsultasi dengan perwakilan dari setiap entitas dan didesain untuk memenuhi kebutuhan masing-masing entitas. Namun demikian, terdapat beberapa area dengan kondisi lokal yang memerlukan ketentuan khusus entitas yang unik. Ketentuan khusus entitas harus terlebih dahulu disetujui oleh (1) Wakil Presiden Eksekutif Keuangan PHS atau (2) Wakil Presiden Operasional Siklus Pendapatan PHS. Pengajuan Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit kepada Health Safety Net akan dikoordinasikan oleh Solusi Penagihan Pasien PHS bersama dengan seluruh dokumentasi atau bukti pendukung.

3. PERNYATAAN PRINSIP

Entitas Partners adalah entitas bebas pajak dengan misi utama untuk menyediakan layanan kepada orang-orang yang membutuhkan perawatan medis.

Pasien yang membutuhkan layanan mendesak atau darurat (sepaimana dijelaskan pada bagian 4B) di Rumah Sakit tidak boleh ditolak diberikan layanan karena kemampuan membayar mereka. Namun demikian, agar rumah sakit Partners (termasuk rumah sakit pascaakut dan kesehatan perilaku) dapat terus memberikan layanan berkualitas tinggi dan mendukung kebutuhan masyarakat, setiap entitas bertanggung jawab untuk mencari pembayaran tepat waktu untuk layanan yang diberikan.

Kebijakan ini ditujukan untuk membantu memastikan kepatuhan dengan peraturan negara bagian yang berlaku di New Hampshire dan Massachusetts termasuk kriteria untuk kebijakan kredit dan penagihan berdasarkan MGL c.58 dan kebijakan terkait terutama yang diundangkan oleh Kantor Eksekutif Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Massachusetts, 101 CMR 614 dan 101 CMR 613 (Health Safety Net), yang selanjutnya disebut sebagai "Peraturan Negara Bagian". Selain itu, kebijakan ini membahas persyaratan untuk Panduan Penggantian Biaya Penyedia Layanan Medicare (Bagian 1, Bab 3), Pusat Layanan Medicare dan Medicaid, Persyaratan Kredit Macet Medicare (42 CFR 413.89 dan Bagian

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

Kode Pendapatan Internal 501 (r) seperti yang diwajibkan oleh Bagian 9007 (a) Undang-Undang Perlindungan Pasien Federal dan Perawatan Terjangkau (Pub. L. No. 111-148).

4. KLASIFIKASI & AKSES KE PERAWATAN

A. PRINSIP UMUM

Seluruh pasien yang datang untuk mendapatkan perawatan yang tidak terjadwal akan dievaluasi berdasarkan klasifikasi yang diatur dalam Bagian ini. Layanan rumah sakit Mendesak atau Darurat tidak boleh ditolak atau ditunda berdasarkan pada kemampuan Rumah Sakit untuk mengidentifikasi pasien, pertanggunggunaan asuransi atau kemampuan membayar pasien. Namun demikian, layanan perawatan kesehatan yang tidak darurat atau tidak mendesak dapat ditunda atau ditangguhkan berdasarkan konsultasi dengan staf klinis rumah sakit dalam hal Rumah Sakit tidak dapat menentukan sumber pembayaran untuk layanannya.

Urgensi perawatan yang terkait dengan gejala klinis yang ditunjukkan oleh setiap pasien akan ditentukan oleh profesional medis sebagaimana ditentukan dalam standar praktik setempat, standar perawatan klinis nasional dan negara bagian, serta kebijakan dan prosedur staf medis rumah sakit. Selanjutnya, seluruh rumah sakit mematuhi persyaratan dalam Undang-Undang Tindakan Medis Darurat dan Persalinan Aktif (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act/EMTALA) dengan menyelenggarakan pemeriksaan penyaring medis untuk menentukan apakah terdapat kondisi medis darurat. Penting untuk diingat bahwa klasifikasi kondisi medis pasien hanyalah untuk tujuan manajemen klinis dan klasifikasi tersebut ditujukan untuk menentukan urutan pemeriksaan pasien oleh dokter berdasarkan gejala klinis yang mereka tunjukkan. Klasifikasi ini tidak mencerminkan evaluasi medis dari kondisi medis pasien yang ditunjukkan dalam diagnosis akhir.

Penentuan urgensi medis dibuat berdasarkan definisi berikut:

B. LAYANAN DARURAT DAN MENDESAK

Rumah Sakit akan memberikan layanan darurat dan mendesak tanpa memperhatikan identifikasi, pertanggunggunaan asuransi, atau kemampuan membayar pasien.

Layanan Darurat termasuk:

Layanan yang diperlukan secara medis yang diberikan setelah munculnya suatu kondisi medis, baik secara fisik maupun mental, yang dimanifestasikan dalam gejala-gejala yang cukup parah termasuk rasa sakit yang parah sehingga ketiadaan perhatian medis yang cepat yang diharapkan oleh orang awam dengan pengetahuan rata-rata tentang kesehatan dan obat-obatan dapat membahayakan kesehatan orang tersebut atau orang lain, menyebabkan kerusakan fungsi tubuh yang serius atau disfungsi serius pada organ atau bagian tubuh, atau, pada wanita hamil, seperti yang dijelaskan lebih lanjut dalam bagian 1867(e) (1) (B) Undang-Undang Jaminan Sosial, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Pemeriksaan penyaring dan perawatan medis untuk kondisi medis darurat atau layanan lainnya yang diberikan selama diperlukan berdasarkan EMTALA (42 USC 1395 (dd) memenuhi syarat sebagai Perawatan Darurat.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

Layanan darurat juga termasuk:

- *Layanan yang ditentukan sebagai darurat oleh profesional medis berlisensi;*
- *Perawatan medis rawat inap yang terkait dengan perawatan darurat rawat jalan; dan,*
- *Transfer rawat inap dari rumah sakit perawatan akut ke rumah sakit PHS untuk memberikan perawatan rawat inap yang tidak tersedia.*

Layanan Mendesak termasuk:

Layanan yang diperlukan secara medis yang diberikan setelah kejadian mendadak suatu kondisi medis, baik secara fisik maupun mental, yang dimanifestasikan dalam gejala-gejala akut yang cukup parah (termasuk rasa sakit yang parah) sehingga orang awam percaya bahwa ketiadaan perhatian medis dalam waktu 24 jam dapat berakibat: kondisi kesehatan pasien dalam bahaya, pelemahan fungsi tubuh, atau disfungsi organ atau bagian tubuh. Layanan mendesak diberikan untuk kondisi yang tidak mengancam jiwa dan tidak menimbulkan risiko tinggi akan kerusakan serius pada kesehatan seseorang.

C. LAYANAN YANG TIDAK DARURAT, TIDAK MENDESAK

Layanan yang tidak darurat dan tidak mendesak secara umum disubklasifikasikan sebagai berikut:

“Layanan Pilihan”: Layanan yang diperlukan secara medis yang tidak memenuhi definisi Darurat dan Mendesak di atas. Pada umumnya, tetapi tidak secara khusus, pasien menjadwalkan layanan ini sebelumnya.

“Layanan Lainnya”: Layanan dengan kebutuhan medis yang belum terlihat oleh dokter peninjau.

“Perawatan Pascaakut”: Layanan yang diperlukan secara medis yang disediakan di Rumah Sakit dan diklasifikasikan sebagai perawatan pascaakut termasuk layanan rehabilitasi.

“Layanan Kesehatan Perilaku”: Layanan yang diperlukan secara medis yang diberikan dalam sejumlah pengaturan yang berfokus pada kesehatan psikologis dan mental pasien.

Rumah Sakit dapat menolak untuk memberi layanan yang tidak darurat, tidak mendesak kepada pasien, dalam hal Rumah Sakit tidak berhasil menentukan pembayaran akan dilakukan untuk layanan ini. Layanan yang dianggap tidak diperlukan secara medis dapat ditunda tanpa batas waktu hingga pengaturan pembayaran yang sesuai dapat dilakukan. Hal ini termasuk, tetapi tidak terbatas pada: operasi plastik; layanan sosial, pendidikan, dan kejuruan; layanan telehealth (perawatan kesehatan jarak jauh) dan e-visit; tindakan terkait dengan operasi penggantian kelamin, dan praoperasi terapi hormon; layanan yang diberikan di fasilitas tempat tinggal khusus di McLean Hospital yang tidak mengajukan klaim kepada penanggung asuransi.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

D. LOKASI YANG DAPAT DIKUNJUNGI PASIEN UNTUK LAYANAN

Seluruh pasien dapat mencari layanan tingkat Darurat dan layanan perawatan Mendesak ketika mereka datang ke bagian darurat di rumah sakit atau area perawatan mendesak yang ditunjuk. Namun demikian, pasien dengan kondisi darurat dan mendesak juga dapat mendatangi berbagai lokasi lain, termasuk tetapi tidak terbatas pada area Persalinan dan Melahirkan, departemen pendukung, klinik rumah sakit dan area lainnya. Rumah Sakit juga menyediakan layanan pilihan lainnya di fasilitas utama, pusat kesehatan masyarakat terafiliasi, klinik dan lokasi rawat jalan lainnya.

5. PEMEROLEHAN DAN VERIFIKASI INFORMASI PASIEN

Rumah Sakit akan berusaha untuk secara positif mengidentifikasi seluruh pasien dan memperoleh, mencatat, serta memverifikasi informasi demografis dan finansial lengkap untuk setiap pasien yang mencari perawatan. Informasi yang diperoleh akan meliputi informasi demografis (seperti nama pasien, alamat, nomor telepon, nomor jaminan sosial jika ada, jenis kelamin, tanggal lahir, dan identifikasi pasien yang berlaku), dan informasi asuransi kesehatan (termasuk nama dan alamat, informasi pendaftar, dan informasi manfaat seperti pembayaran bersama, risiko sendiri, dan jumlah asuransi bersama) yang cukup untuk menjamin pembayaran atas layanan. Persyaratan bagi Rumah Sakit untuk mendapatkan informasi lengkap akan selalu terhalang oleh kondisi pasien karena perawatan kesehatan langsung pasien perlu diprioritaskan.

Pasien berkewajiban untuk memberikan informasi asuransi dan demografis yang lengkap dan tepat waktu dan untuk mengetahui layanan apa saja yang ditanggung oleh polis asuransinya.

A. LAYANAN DARURAT DAN MENDESAK

Registrasi dan proses pemasukan pasien darurat dan mendesak akan dilakukan sesuai dengan persyaratan EMTALA. Secara umum, informasi demografis dan asuransi pasien harus dikumpulkan secepat mungkin; akan tetapi pengumpulan informasi harus ditunda ketika pengumpulan informasi ini berpotensi mengganggu pemeriksaan medis atau berdampak negatif pada kondisi klinis pasien. Ketika seorang pasien tidak dapat memberikan informasi asuransi atau demografis pada saat layanan dan dengan persetujuan pasien, setiap upaya harus dilakukan untuk mewawancarai teman atau kerabat yang menemani atau yang diidentifikasi oleh pasien. Jika memungkinkan, informasi asuransi yang diberikan oleh pasien harus dikonfirmasi dengan pembayar melalui situs web pembayar atau pertukaran data elektronik (EDI).

B. LAYANAN YANG TIDAK DARURAT, TIDAK MENDESAK

Registrasi dan proses pemasukan pasien yang Tidak Darurat/Tidak Mendesak harus diberikan sebelum layanan diberikan. Informasi demografis, finansial dan asuransi dari pasien yang kembali atau menetap juga akan ditinjau dan diperbarui sesuai kebutuhan termasuk, jika berlaku, verifikasi status asuransi mereka melalui EDI atau metode lain yang tersedia.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

6. IZIN FINANSIAL

A. PRINSIP-PRINSIP UMUM

Rumah Sakit akan berusaha untuk menentukan tanggung jawab finansial pasien sesegera mungkin selama proses perawatan pasien. Jika memungkinkan, Rumah Sakit akan menagih pembayaran bersama, risiko sendiri, asuransi bersama, atau meminta uang muka sebelum pelaksanaan layanan. Pasien yang merupakan anggota dari paket kesehatan yang dikelola atau paket asuransi dengan persyaratan akses khusus, bertanggung jawab untuk memahami dan mematuhi seluruh persyaratan paket asuransinya termasuk rujukan, otorisasi atau pembatasan 'jaringan' lainnya. Rumah Sakit akan meminta persetujuan awal, otorisasi atau jaminan pembayaran dari perusahaan asuransi jika memungkinkan. Dalam beberapa keadaan, termasuk pelaksanaan layanan Darurat dan Mendadak, rujukan dan otorisasi ini dapat dilakukan setelah pemberian layanan. Seluruh pasien yang melakukan pembayaran untuk layanan akan diinformasikan tentang ketersediaan layanan Konseling Finansial yang akan membantu mereka memenuhi tanggung jawab finansial kepada Rumah Sakit. Rumah Sakit akan memberikan upaya terbaiknya dalam menginformasikan tentang tanggung jawab finansial yang signifikan kepada seluruh pasien sebelum pemberian layanan selama informasi ini tersedia untuk Rumah Sakit. Penyaringan yang konsisten dengan EMTALA akan diselesaikan sebelum kegiatan penentuan tanggung jawab finansial pasien.

B. PERSIAPAN ESTIMASI

Rumah Sakit akan menyediakan estimasi untuk pasien jika diminta dalam waktu 2 hari kerja sejak tanggal permintaan. Estimasi tersebut akan dibuat berdasarkan informasi terkini yang tersedia dan umumnya menggunakan modul dalam sistem penagihan. Departemen yang bertanggung jawab untuk menyediakan estimasi akan berbeda menurut lokasinya, tetapi secara umum mencakup beberapa atau seluruh departemen berikut: Akses Pasien, Konseling Finansial, Penagihan Pasien, dan Solusi Penagihan Pasien.

Estimasi akhir akan diberikan kepada pasien sesuai dengan opsi pembayaran.

C. PASIEN YANG DIASURANSIKAN

Rumah sakit akan berusaha untuk memverifikasi status asuransi pasien dan membantu pasien untuk mematuhi persyaratan paket asuransi kesehatannya. Verifikasi ini akan dilakukan menurut prinsip-prinsip yang telah disebutkan sebelumnya di Bagian 5. Jika memungkinkan, verifikasi ini akan mencakup penentuan tanggung jawab finansial yang diharapkan dari pasien termasuk asuransi bersama, risiko sendiri, dan pembayaran bersama yang berlaku. Jika memungkinkan dan sesuai secara klinis, pembayaran untuk jumlah yang telah ditentukan sebelumnya (pembayaran bersama, risiko sendiri tetap) akan diminta dari pasien sebelum atau pada saat layanan. Pada beberapa kasus, paket asuransi pasien dan tipe pertanggungannya tidak memungkinkan penentuan yang pasti dari tanggung jawab finansial pasien untuk layanan pada saat registrasi. Dalam hal tersebut, Rumah Sakit dapat meminta uang muka yang setara dengan estimasi terbaik dari tanggung jawab finansial pasien. Pasien yang tidak dapat melakukan pembayaran dapat dirujuk ke Konseling Finansial.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 1) Paket Asuransi yang Dikontrak. Rumah Sakit memiliki kontrak dengan beberapa paket asuransi. Dalam kasus tersebut, Rumah Sakit akan mencari pembayaran dari paket asuransi untuk seluruh layanan tertanggung. Jumlah pembayaran pasien dari seluruh pembayaran bersama, risiko sendiri dan asuransi bersama akan diminta sebelum pemberian layanan. Jika sebuah layanan tertentu ditetapkan oleh perusahaan asuransi sebagai tidak tertanggung atau dengan kata lain ditolak untuk dibayarkan, maka pembayaran untuk layanan tersebut akan diminta langsung dari pasien menurut kontrak asuransi yang relevan. Jika memungkinkan, Rumah Sakit akan membantu pasien dalam pengajuan banding atas penolakan atau penilaian merugikan lainnya terhadap paket asuransi mereka karena paket asuransi sering kali mengharuskan pengajuan banding ini dilakukan oleh pasien.
- 2) Paket Asuransi yang Tidak Dikontrak. Rumah sakit akan memperpanjang izin penagihan kepada perusahaan asuransi pasien dalam hal Rumah Sakit tidak memiliki kontrak dengan perusahaan asuransi. Sementara Rumah Sakit akan menagih paket asuransi pasien, tanggung jawab finansial utama ada pada pasien atau penjamin dan kegagalan perusahaan asuransi dalam menanggapi tagihan Rumah Sakit secara tepat waktu dapat mengakibatkan penagihan secara langsung kepada pasien untuk layanan yang diterima kecuali dalam kondisi pasien dilindungi dari tindakan penagihan (Bagian 9.B.3). Saldo yang tersisa setelah seluruh pembayaran asuransi akan ditagihkan kepada pasien. Jika memungkinkan, Rumah Sakit akan membantu pasien dalam pengajuan banding atas penolakan atau penilaian merugikan lainnya terhadap paket asuransi mereka karena paket asuransi sering kali mengharuskan pengajuan banding dilakukan oleh pasien.

D. PASIEN YANG TIDAK DIASURANSIKAN (SWABAYAR)

Pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan tidak pernah disetujui untuk mendapatkan Bantuan Finansial sebelumnya atau Pasien Berpendapatan Rendah seperti yang dijelaskan lebih lanjut pada bagian 6 (E) di bawah ini, akan diminta untuk memberikan uang muka untuk layanan yang tidak harus dilakukan oleh EMTALA. Uang muka tersebut setara dengan 100% biaya yang diperkirakan untuk layanan yang akan diberikan, dikurangi diskon (lihat Bagian 8). Dalam kasus tersebut, jika estimasi biaya akurat tidak mungkin didapatkan, Rumah Sakit dapat mengumpulkan uang muka dengan jumlah yang telah ditentukan sebelumnya atau meminta jaminan pembayaran. Jika pasien tidak memberikan uang muka atau menunjukkan ketidakmampuan untuk membayar uang muka, pasien tersebut dapat dirujuk ke Konseling Finansial. Seluruh pasien akan diberi informasi tentang semua program diskon rumah sakit yang tersedia untuk mereka. Penduduk yang tidak diasuransikan akan diberikan penawaran Konseling Finansial untuk menentukan kelayakan mereka dalam seluruh Program Negara Bagian yang tersedia atau program-program yang disponsori pemerintah dan membantu pasien untuk mendaftar dalam program-program tersebut. Program Negara Bagian termasuk tetapi tidak terbatas pada: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, dan program lain yang mungkin ditawarkan melalui Health Connector di masa mendatang. Penasihat Keuangan juga akan membantu pasien untuk mendaftar dalam program asuransi nonsubsidi yang ditawarkan melalui Health Connector (Paket Qualified Health). Jika tidak ada kebutuhan

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

mendesak untuk memberikan layanan, layanan penerimaan atau rawat jalan dapat ditunda atau dibatalkan sampai pasien mampu membayar, membuat pengaturan finansial yang sesuai, mendapatkan asuransi atau terdaftar pada program bantuan finansial yang akan menanggung layanan tersebut.

E. PASIEN BERPENDAPATAN RENDAH (PENDUDUK MASSACHUSETTS)

- 1) Definisi dan Kelayakan: Pasien Berpendapatan Rendah ditentukan ketika memenuhi kriteria dalam MA 101 CMR 613.04(1). Pada umumnya, hal ini mencakup pasien yang merupakan penduduk Massachusetts yang telah mendaftar untuk pertanggunggunaan dengan EOHHS dan memiliki MA MAGI terverifikasi yang setara atau kurang dari 300% dari Panduan Kemiskinan Federal (FPG). Status kelayakan Pasien untuk pertanggunggunaan dalam program apa pun (MassHealth, Health Safety Net, dan CMSP di bawah 300%) akan diverifikasi pada saat registrasi menggunakan MA Office dari sistem MMIS Medicaid, TriZetto atau sistem pendaftaran Rumah Sakit lainnya, sebagaimana berlaku, dan seluruh perubahan atas status pasien akan ditulis dalam catatan. Batasan untuk Pasien Berpendapatan Rendah yang diuraikan dalam bagian ini diperlukan untuk layanan di rumah sakit perawatan akut di Massachusetts dan tidak mencakup layanan pada praktik terafiliasi, rumah sakit di New Hampshire, McLean Hospital dan Spaulding Rehabilitation Network. Diskon untuk layanan pada entitas tersebut dimasukkan ke dalam Diskon Pasien yang Tidak Diasuranskan dan Kebijakan Bantuan Finansial.
- 2) Batasan Layanan: Pasien yang diidentifikasi sebagai Pasien Berpendapatan Rendah akan, jika memungkinkan, menerima layanan yang sesuai dengan panduan pertanggunggunaan HSN atau MassHealth termasuk batasan "Layanan yang Memenuhi Syarat" menurut peraturan negara bagian dan formularium obat yang berlaku. Pasien yang menginginkan layanan yang "Tidak Memenuhi Syarat" akan diinformasikan tentang biaya maksimum layanan tersebut secara tertulis dan harus menandatangani pernyataan resmi bahwa mereka menerima tanggung jawab finansial sebelum pemberian layanan. Daftar program yang memenuhi syarat pasien sebagai "Pendapatan Rendah" terdapat di 9 B (3) – Pasien yang Dilindungi dari Tindakan Penagihan.
- 3) Kesulitan Medis HSN: Seorang penduduk Massachusetts di berbagai tingkat pendapatan dapat memenuhi syarat untuk Kesulitan Medis HSN jika biaya medis yang diizinkan mereka melebihi pendapatan keluarga dan melampaui kemampuan mereka untuk membayar layanan yang memenuhi syarat. Program retrospektif ini sesuai peraturan dengan cakupan yang terbatas dan merupakan satu kali penetapan serta bukan merupakan kategori pertanggunggunaan (101 CMR 613.05) Program ini hanya dapat diterapkan setelah pemberian layanan ketika pasien telah memiliki tanggung jawab finansial.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- (a) Kualifikasi Biaya: Tipe dan jumlah biaya medis yang diizinkan dirinci di 101 CMR 613.05. Tagihan yang dibayar dan tidak dibayar dengan tanggal layanan sampai 12 bulan sebelum tanggal permohonan dapat diserahkan dengan batas 2 pendaftaran dalam periode 12 bulan.
 - (b) Proses Permohonan: Rumah Sakit akan membantu pasien untuk mengumpulkan seluruh informasi yang berlaku dan akan menyerahkan permohonan Kesulitan Medis kepada HSN untuk ditinjau dan disetujui. Pasien memiliki tanggung jawab untuk mengumpulkan dan menyerahkan dokumentasi dari seluruh biaya medis yang memenuhi syarat. Rumah Sakit harus menyerahkan permohonan kepada HSN dalam waktu 5 hari setelah menerima seluruh dokumentasi dan verifikasi dari pasien.
 - (c) Penentuan: HSN akan menentukan kualifikasi pasien untuk program dan akan memberi tahu rumah sakit tentang tagihan mana yang menjadi tanggung jawab pasien dan tagihan mana yang akan diserahkan kepada HSN. Penentuan Kesulitan Medis ini terbatas untuk tagihan-tagihan yang disertakan dengan permohonan. Tidak ada periode kelayakan dan tagihan hanya dapat digunakan sekali untuk mendukung permohonan.
 - (d) Perlindungan dari Penagihan: Seluruh tindakan penagihan akan dihentikan untuk seluruh saldo yang ditentukan oleh HSN agar memenuhi persyaratan pertanggungungan dari Kesulitan Medis. Hal ini mencakup saldo yang mungkin telah ditugaskan kepada agen eksternal atau agensi penagihan yang bekerja atas nama Rumah Sakit. Jika Rumah Sakit gagal menyerahkan permohonan dalam waktu 5 hari setelah menerima seluruh verifikasi dari pasien, maka seluruh saldo yang mungkin memenuhi syarat menurut Kesulitan Medis dilindungi dari tindakan penagihan.
- 4) Tanggung Jawab Finansial Pasien Berpendapatan Rendah
- (a) Tanggung Jawab finansial untuk Pasien Berpendapatan Rendah terbatas pada pembayaran bersama (dari seluruh pembayar kecuali Medicare), risiko sendiri yang ditentukan oleh HSN atau CommonHealth Spend Down seperti dalam kasus terakhir ketika pasien setuju ditagih untuk CommonHealth Spend Down.
 - (b) Pembayaran Bersama Farmasi: Pasien Berpendapatan Rendah yang berusia lebih dari 18 tahun bertanggung jawab untuk pembayaran bersama atas layanan farmasi. Sesuai dengan kebijakan umum, pembayaran bersama akan diminta pada saat layanan. Pembayaran bersama yang tidak dibayar akan dianggap sebagai kewajiban pasien dan ditagihkan menurut proses penagihan swabayar khusus. Batas maksimum tahunan untuk pembayaran bersama farmasi adalah 250 dolar Amerika Serikat.
 - (c) Uang muka untuk Pasien Berpendapatan Rendah ditentukan sebagai HSN Parsial atau Kesulitan Medis: Uang muka akan diminta dari pasien-pasien ini dengan syarat uang muka ini adalah pertanggungungan utama untuk saldo terbuka dari seluruh layanan yang diperlukan secara medis yang Tidak Darurat dan Tidak Mendesak. Status terkini dari risiko sendiri tahunan keluarga pasien akan ditinjau dan uang muka hingga 20% dari risiko sendiri tahunan pasien atau kontribusi Kesulitan hingga maksimal 500 dolar Amerika Serikat dapat ditagihkan dari pasien.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- (d) Rencana Pembayaran: Pasien Berpendapatan Rendah akan diinformasikan mengenai ketersediaan rencana pembayaran untuk memenuhi seluruh saldo terbuka menurut jangka waktu yang dijelaskan dalam Bagian 9 D 4.
- (e) Layanan yang Tidak Memenuhi Syarat: Pasien Berpendapatan Rendah akan diminta untuk terlebih dahulu membayar seluruh Layanan yang Tidak Memenuhi Syarat, termasuk tetapi tidak terbatas pada Layanan Kemandulan, TeleHealth, eHealth, Layanan Kosmetik atau layanan podiatri, dengan syarat pasien telah diinformasikan mengenai biaya maksimum dari layanan-layanan ini sebelumnya dan menandatangani pernyataan resmi bahwa layanan tidak ditanggung oleh HSN atau program bantuan Massachusetts lainnya. Layanan akan ditunda sampai pembayaran dilakukan sesuai dengan panduan pada 4 A.
- 5) Tanggung jawab Finansial Pasien Berpendapatan Rendah – Kesehatan Perilaku dan Rumah Sakit Rehabilitasi – Tanggung jawab finansial untuk layanan ini ditanggung dalam Kebijakan Pasien yang Tidak Diasuransikan dan Bantuan Finansial
- 6) Penentuan Status Tertunda: Pada umumnya, tagihan dari pasien yang rumah sakitnya telah menyerahkan permohonan untuk program negara bagian atau program lain yang disponsori pemerintah akan ditahan hingga 30 hari penundaan penentuan. Setelah 30 hari, tagihan akan diproses sebagai Swabayar sampai keputusan dibuat. Persyaratan untuk uang muka dapat ditunda hingga Penasihat Keuangan memutuskan bahwa permohonan pasien telah lengkap dan diharapkan akan disetujui.

F. SITUASI KHUSUS – REGISTRASI DAN TANGGUNG JAWAB FINANSIAL PASIEN

Dalam kondisi tertentu, informasi atau prosedur tambahan mungkin diperlukan untuk mendukung pemrosesan klaim pasien.

- 1) Kompensasi Pekerja: Layanan yang terkait dengan kecelakaan industri harus diberi label dengan tepat pada catatan penjamin registrasi. Informasi tambahan yang diperlukan termasuk tanggal dan waktu kecelakaan, nama pemberi kerja dan nomor telepon, dan pembawa kompensasi pekerja dan nomor telepon pemberi kerja. (Lihat 10, F, 4 mengenai penyerahan klaim kepada pembawa Kompensasi Pekerja sebelum kepada HSN.)
- 2) Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Kewajiban Pihak Ketiga: Layanan yang terkait dengan kecelakaan kendaraan bermotor atau kewajiban pihak ketiga lainnya harus diberi label secara tepat pada catatan registrasi. Upaya serius akan dilakukan untuk mengumpulkan informasi tambahan yang diperlukan untuk penyerahan klaim MVA termasuk tanggal dan waktu kecelakaan, lokasi untuk kasus tanggung jawab pihak ketiga, dan perusahaan asuransi kendaraan bermotor yang diketahui kecuali di New Hampshire karena penyerahan klaim kepada pembawa MVA oleh Rumah Sakit tidak dilakukan di negara bagian ini. Nama pengacara yang terkait dengan klaim juga harus dicatat dalam sistem registrasi jika tersedia. (Lihat 10, F, 3 terkait penyerahan klaim kepada pembawa kewajiban MVA di Massachusetts sebelum penyerahan HSN.) Di New Hampshire, klaim akan diajukan dengan asuransi medis pasien atau ditagihkan langsung kepada pasien berdasarkan petunjuk pasien. Layanan yang ditagihkan kepada pasien untuk MVA tidak dikenakan diskon.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 3) Korban Tindak Pidana Kekerasan (Massachusetts): Layanan yang terkait dengan korban tindak pidana kekerasan harus diberi label dengan tepat pada catatan registrasi lengkap dengan informasi waktu dan tempat kejadian. Dalam beberapa kasus, dana terbatas disediakan oleh kantor Umum Pengacara untuk menutup biaya medis yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan atau Health Safety Net. Jika terindikasi, pasien harus dirujuk ke Konseling Finansial untuk melengkapi dokumentasi yang tepat untuk kompensasi dari Dana Korban Tindak Pidana Kekerasan.
- 4) HITECH (Undang-Undang Teknologi Informasi Teknologi untuk Ekonomi dan Kesehatan Klinis tahun 2010) memberi pasien hak pada saat layanan untuk meminta agar PHI (Patient Health Information/Informasi Kesehatan Pasien) mereka terkait hal atau layanan tertentu tidak dikirim ke asuransi kesehatan mereka untuk tujuan pembayaran. Pasien diharapkan untuk membayar seluruh saldo terutang pada saat layanan atau setelah menerima pernyataan. HITECH hanya mencegah agar pasien tidak menerima tagihan asuransi. Hal ini tidak akan menghilangkan tanggung jawab finansial pasien untuk pembayaran akun. Akun harus dicatat berdasarkan prosedur untuk menjaga proses pelepasan yang tidak tepat.
- 5) Permohonan Kerahasiaan HSN: Permohonan kerahasiaan harus diserahkan dalam dua keadaan berikut.
 - (a) Anak di bawah umur: Permohonan kerahasiaan dapat diajukan untuk anak di bawah umur yang melakukan layanan perencanaan keluarga dan layanan terkait dengan penyakit menular seksual. Permohonan ini dapat diproses sesuai dengan pendapatan anak di bawah umur tanpa memperhatikan pendapatan keluarga. Pasien ini harus dirujuk ke Konseling Finansial.
 - (b) Individu yang Disiksa atau Dilecehkan: Individu ini juga dapat mendaftar pertanggungjawaban HSN berdasarkan pendapatan individual mereka. Pasien-pasien ini dapat disetujui untuk seluruh layanan yang ditanggung oleh HSN. Pasien ini harus dirujuk ke Konseling Finansial.
- 6) Orang yang Tidak Memiliki Dokumen. Pasien mungkin khawatir tentang keterlibatan imigrasi dari penerapan status Pasien Berpendapatan Rendah. Pasien dengan sarana terbatas harus didorong untuk mendaftar pada program negara bagian atau program lain yang disponsori pemerintah. Jika pasien terus menunjukkan kekhawatiran, pasien dapat dirujuk ke agensi luar untuk mendapat konseling. Pasien yang menolak untuk mendaftar bantuan akan terus dianggap sebagai swabayar. Layanan Mendesak dan Darurat (termasuk obat-obatan untuk periode dua minggu yang diperlukan untuk merespons ancaman langsung terhadap kesehatan pasien) harus terus diberikan. Layanan yang tidak mendesak dan tidak darurat dapat ditunda atau dibatalkan sampai saat pasien dapat membayar, melakukan pengaturan finansial yang sesuai, memperoleh asuransi atau mendaftar dalam program bantuan finansial yang akan menanggung layanan.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 7) Kajian Penelitian: Layanan yang terkait dengan kajian penelitian harus dicatat pada saat registrasi untuk layanan tersebut dan diberi label untuk memastikan bahwa biaya untuk layanan ini diserahkan kepada dana penelitian yang ditunjuk.
- 8) Donor Organ: Rumah Sakit akan mengidentifikasi donor organ pada saat layanan dan memastikan bahwa klaim untuk layanan ini diterapkan ke asuransi yang sesuai atau sumber dana lainnya.
- 9) Pasien Internasional: Selain mengikuti prosedur yang disebutkan untuk pasien yang Diasuransikan dan Tidak Diasuransikan, Rumah Sakit akan berusaha untuk mengumpulkan informasi alamat lokal dan permanen untuk penduduk negara asing dan melakukan tindakan tambahan yang diperlukan untuk menjamin prapembayaran untuk seluruh layanan yang tidak diasuransikan.

7. LAYANAN KONSELING FINANSIAL

A. SECARA UMUM

Rumah Sakit akan mengidentifikasi pasien yang mungkin tidak diasuransikan atau tidak diasuransikan secara memadai untuk diberikan konseling dan bantuan. Rumah Sakit akan memberikan konseling finansial kepada pasien-pasien ini dan keluarganya termasuk memeriksa kelayakan untuk sumber pertanggung jawaban lain, seperti Program Negara Bagian dan program-program pemerintah lainnya (jika memungkinkan, termasuk program Medicaid di negara bagian selain Massachusetts atau New Hampshire) dan memberikan informasi terkait seluruh metode pembayaran yang dapat diterima untuk tagihan Rumah Sakit. Rumah Sakit akan mendorong pasien yang berpotensi memenuhi syarat untuk mendapat pertanggung jawaban dari Program Negara Bagian atau program-program pemerintah lainnya untuk mengajukan permohonan pertanggung jawaban dan harus membantu pasien dalam mengajukan permohonan manfaat. Penduduk Massachusetts juga dapat mengajukan permohonan dan disetujui untuk mendapat pertanggung jawaban oleh HSN untuk asuransi bersama atau risiko sendiri yang tidak ditanggung oleh paket asuransi utama mereka.

B. KOMUNIKASI KETERSEDIAAN LAYANAN KONSELING FINANSIAL

Rumah Sakit akan memasang pemberitahuan (tanda) ketersediaan program bantuan finansial dan menjelaskan lokasi untuk mendapat bantuan di lokasi-lokasi berikut:

1. Area rawat inap, klinik, bagian gawat darurat, dan area penerimaan dan/atau registrasi di pusat kesehatan masyarakat;
2. Area tunggu Konseling Finansial
3. Area penerimaan/registrasi pusat yang terbuka untuk pasien
4. Area tunggu kantor yang terbuka untuk pasien

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

Tanda akan diterjemahkan ke dalam bahasa lain jika bahasa tersebut merupakan bahasa utama bagi lebih dari 10% penduduk di layanan Rumah Sakit. Umumnya, tanda akan dipasang dalam bahasa Inggris dan Spanyol. Tanda yang dipasang akan terlihat jelas dan terbaca oleh pasien yang mengunjungi area-area ini. Papan penanda juga akan menyertakan instruksi tentang akses ke layanan terjemahan untuk pasien yang memiliki kebutuhan bahasa lain.

Pemberitahuan standar akan diberikan kepada seluruh pasien pada saat registrasi pertama mereka di Partners HealthCare. Pemberitahuan ini juga akan disediakan secara luas di seluruh rumah sakit dan pusat kesehatan dan secara rutin ditawarkan kepada pasien setiap saat mereka diharapkan memiliki tanggung jawab sendiri. Salinan lengkap kebijakan ini dan Kebijakan Diskon Pasien yang Tidak Diasuransikan dan Bantuan Finansial PHS disediakan untuk pasien sesuai kebutuhan. Kedua kebijakan tersebut juga akan dipasang di internet di www.partners.org/patientbilling dengan tautan ke laman beranda seluruh rumah sakit entitas di lokasi yang mudah diidentifikasi.

C. PERSYARATAN TEMPAT TINGGAL UNTUK PROGRAM-PROGRAM NEGARA BAGIAN

Kelayakan untuk sebagian besar Program-Program Negara Bagian secara umum terbatas untuk pasien yang dapat menunjukkan tempat tinggalnya di negara bagian yang berlaku. Secara umum, pasien yang dipindahkan sementara hanya karena alasan untuk menerima manfaat perawatan kesehatan tidak memenuhi syarat tempat tinggal. Rumah Sakit akan membantu pasien dengan pendapatan terbatas yang tidak memenuhi syarat untuk program Negara Bagian dalam mencari alternatif lain dan menginformasikan tentang tanggung jawab mereka.

D. PERMOHONAN UNTUK PROGRAM-PROGRAM NEGARA BAGIAN

Rumah Sakit membantu pasien dalam melengkapi permohonan untuk Program Negara Bagian dan menjamin serta menyerahkan dokumentasi yang diperlukan dan disyaratkan oleh Program Negara Bagian yang berlaku. Pemohon individual mengajukan permohonan untuk pertanggungjawaban melalui permohonan tunggal yang sama yang diserahkan melalui sistem penerimaan negara bagian (hCentive). Melalui proses ini, pemohon individual tersebut dapat mengirimkan permohonan melalui situs web daring (yang terpusat di situs web Health Connector negara bagian), aplikasi tertulis, atau melalui telepon dengan perwakilan layanan pelanggan yang berlokasi di MassHealth atau Health Connector. Dokumentasi yang diperlukan dapat termasuk, tetapi tidak terbatas pada bukti: (1) pendapatan tahunan rumah tangga (potongan gaji, catatan pembayaran jaminan sosial, dan surat dari pemberi kerja, pengembalian pajak, atau laporan bank), (2) kewarganegaraan dan identitas, (3) status imigrasi untuk yang bukan warga negara (jika ada), dan (4) aset bagi mereka yang berumur 65 tahun atau lebih. Negara Bagian akan menginformasikan tentang dokumentasi yang perlu diserahkan untuk verifikasi akhir kepada pasien. Pasien dapat menerima pertanggungjawaban sementara jika panduan program yang berlaku dipenuhi.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 1) Penyerahan Permohonan untuk Program Negara Bagian. Seluruh permohonan untuk Program Negara Bagian termasuk permohonan tertulis dan daring harus ditandatangani oleh pasien atau perwakilan hukumnya. Verifikasi harus diserahkan hanya setelah permohonan telah diproses dan Negara Bagian meminta dokumentasi. Selama proses permohonan, pasien akan diinformasikan bahwa HSN dapat melaporkan detail penggunaan HSN pasien kepada pemberi kerja pasien. Pengungkapan ini adalah bagian dari permohonan Program Negara Bagian.
- 2) Penentuan Kelayakan. Seluruh permohonan Program Negara Bagian ditinjau dan diproses oleh Kantor Medicaid, yang menggunakan Panduan Kemiskinan Federal dan dokumentasi yang diperlukan yang tercantum di atas sebagai dasar untuk menentukan kelayakan bagi seluruh program-program negara bagian.
- 3) Penyelesaian permohonan Kesulitan Medis. Permohonan Keadaan Khusus yang ditentukan akan diselesaikan oleh Rumah Sakit dan diserahkan kepada HSN melalui sistem INET untuk proses penentuan mereka.
- 4) Pemberitahuan tanggung jawab pasien. Penasihat Keuangan akan berusaha maksimal dalam pemberian informasi tentang tanggung jawab kepada seluruh pasien HSN seperti yang diuraikan dalam 13 A termasuk persyaratan untuk melaporkan seluruh hasil atau pengembalian dana HSN untuk penggantian dana Pihak Ketiga yang mungkin mereka terima.

E. PERSETUJUAN PERTANGGUNGAN

Rumah Sakit tidak memiliki peran dalam penentuan kelayakan program yang dibuat oleh Kantor Medicaid Massachusetts atau Program Medicaid New Hampshire, tetapi atas permintaan pasien dapat mengambil peran langsung dalam pengajuan banding atau pencarian informasi yang terkait dengan keputusan pertanggunggaan. Seluruh pemberitahuan kelayakan akan dikeluarkan oleh kantor Negara bagian yang berlaku. Pasien bertanggung jawab untuk menginformasikan seluruh keputusan pertanggunggaan yang dibuat oleh Negara Bagian kepada rumah sakit untuk memastikan penyelesaian seluruh tagihan rumah sakit yang akurat dan tepat waktu.

F. PENGAJUAN BANDING ATAS HASIL

Pasien dapat meminta tinjauan atas penentuan dari program Negara Bagian yang berlaku terkait dengan status mereka. Permintaan dan dokumentasi pendukung harus dikirim ke Kantor Medicaid. Permintaan untuk informasi tambahan yang diajukan ke Rumah Sakit akan diselesaikan dalam waktu 30 hari.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

8. DISKON, PENYESUAIAN, DAN PERAWATAN AMAL

A. SECARA UMUM

Rumah Sakit dapat memperpanjang diskon atau penyesuaian lainnya kepada pasien jika mereka memenuhi syarat menurut Kebijakan Diskon Pasien yang Tidak Diasuransikan dan Bantuan Finansial PHS atau dalam basis kasus per kasus dengan syarat Kepala Bagian Keuangan Rumah Sakit, Wakil Presiden Operasional Siklus Pendapatan PHS, Direktur Solusi Penagihan Pasien PHS atau masing-masing orang yang ditunjuk mengesahkan diskon tersebut. Diskon harus didefinisikan dengan jelas, terdokumentasi, dan sesuai dengan praktik bisnis yang baik, undang-undang negara bagian dan federal yang berlaku serta sesuai dengan panduan yang mungkin, dari waktu ke waktu, dikeluarkan oleh negara bagian atau otoritas federal.

Diskon tidak akan didasarkan pada hubungan apa pun yang mungkin dimiliki pasien atau keluarganya dengan pegawai Rumah Sakit atau anggota badan pemerintah.

Diskon tidak akan diperpanjang berdasarkan segala pertimbangan "penghormatan profesional" untuk dokter atau keluarganya.

Diskon tidak akan ditawarkan kepada pasien untuk membujuk pasien menerima layanan atau dihubungkan dengan segala cara ke berbagai turunan dari bisnis yang dapat dibayar oleh program perawatan kesehatan federal. Diskon ini juga tidak akan dapat ditukar dengan uang tunai, barang, atau layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit atau entitas Partner lainnya (termasuk diskon ke toko hadiah, kantin, dll).

Pada umumnya, pembayaran bersama, asuransi bersama, atau risiko sendiri tidak akan dihapuskan atau didiskon.

Alasan penghapusan atau pemberian diskon atas pembayaran bersama, asuransi bersama, atau risiko sendiri:

- Kesulitan finansial yang secara umum ditunjukkan pada informasi pendapatan dan pasien yang berlaku
- Terjadinya peristiwa serius yang dapat dilaporkan atau masalah klinis lainnya yang menyebabkan seluruh kunjungan tinggal dihapuskan. Seluruh pembayaran bersama dan risiko sendiri yang ditagihkan sebelum kejadian (misal. pada saat pendaftaran masuk) juga akan dikembalikan. (Untuk detail tambahan, lihat Kebijakan Nonpembayaran Partners untuk Kualitas dan Kejadian Keamanan.)
- Dalam kasus yang langka, pengecualian dapat disahkan oleh Kepala Bagian Keuangan Rumah Sakit, Wakil Presiden Operasional Siklus Pendapatan PHS atau masing-masing orang yang ditunjuk.

Alasan untuk memperpanjang tipe diskon lainnya termasuk:

- Untuk mendorong pembayaran yang tepat waktu,
- Untuk mengenali kasus unik kesulitan finansial,

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- Untuk meminimalkan biaya administrasi penagihan,
- Pengaturan tarif kasus khusus yang dinegosiasikan sebelum pemberian layanan, dan
- Diperlukan untuk pemeliharaan hubungan pasien yang positif, termasuk tetapi tidak terbatas pada hal seperti penundaan layanan yang tidak terduga atau kejadian pemberian perawatan suboptimal.

B. DISKON, PENYESUAIAN, DAN PERAWATAN AMAL LAINNYA

Rumah Sakit akan mempertahankan program untuk Diskon Pasien yang Tidak Diasuransikan dan Kebijakan Bantuan Finansial untuk diskon tambahan. Diskon Bantuan Finansial secara umum akan dikenali sebagai Perawatan Amal oleh Rumah Sakit. Program tersebut akan disetujui oleh Wakil Presiden Eksekutif Keuangan Partners dan diajukan seperti yang ditunjukkan di Bagian 2. Rumah Sakit juga dapat mengakui saldo-saldo yang tidak ditagihkan dari pasien karena perlindungan mereka dari tindakan penagihan seperti dijelaskan dalam 101 CMR 13.08 (3) dan bagian 9 B (3) dalam kebijakan ini sebagai Perawatan Amal. Saldo pasien yang memenuhi syarat berdasarkan kebijakan Perawatan Amal Rumah Sakit dapat dilaporkan sebagai Kredit Macet Medicare.

9. TAGIHAN DAN PENAGIHAN PASIEN

A. IKHTISAR

Rumah Sakit akan berusaha untuk menagih seluruh biaya yang jatuh tempo dari perusahaan asuransi sesuai dengan standar industri yang berlaku dan akan berusaha menerapkan pembayaran dan penyesuaian kontrak secara tepat waktu ke akun pasien. Upaya ini termasuk menagih seluruh paket asuransi yang tersedia sesuai dengan persyaratan pembayar dan secara tepat waktu menindaklanjuti klaim yang ditolak. Pasien atau penjamin lain akan bertanggung jawab untuk seluruh saldo akun yang tersisa setelah permohonan seluruh pembayaran asuransi, penyesuaian kontrak, dan diskon/penyesuaian yang disetujui sesuai dengan saran pengiriman uang yang diterima dari pembayar kecuali jika saldo dapat diserahkan ke HSN atau dianggap dibebaskan dari tindakan penagihan sesuai dengan peraturan negara bagian. Tindakan penagihan dapat mencakup pernyataan dan surat pasien, kontak telepon dan pemberitahuan resmi penagihan akhir.

B. PERNYATAAN, SURAT, DAN PANGGILAN TELEPON PASIEN

Rumah Sakit, baik secara langsung maupun melalui agen yang ditunjuk, akan menyiapkan atau mengirim pernyataan kepada pasien secara berkala untuk menginformasikan tentang saldo terutang dari Rumah Sakit. Jika memungkinkan, pasien akan menerima ringkasan seluruh biaya, pembayaran, dan penyesuaian termasuk dengan penagihan awal untuk setiap tanggal layanan. Pada umumnya, pasien harus menerima tiga (3) atau lebih pernyataan atau surat selama siklus penagihan yang diharapkan berlangsung selama 120 hari dengan syarat tidak terjadi tindakan lain yang menunjukkan bahwa penagihan tambahan tidak disarankan. Catatan dari seluruh tindakan akun dan komunikasi termasuk tagihan, umumnya tercermin dalam registrasi transaksi sistem penagihan dan/atau komentar akun. Staf diminta untuk mendokumentasikan seluruh kontak dengan pasien (atau penjamin) dalam sistem penagihan yang berlaku atau sistem penagihan swabayar.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 1) Penangguhan penagihan. Dalam situasi tertentu, kegiatan penagihan yang terus dilakukan dianggap tidak pantas dan dapat ditangguhkan atau dihentikan. Situasi tersebut termasuk tetapi tidak terbatas pada: Alamat Salah (bagian 7 di bawah ini), kasus Kebangkrutan (bagian F (1)), pasien meninggal, pasien mengeluh atau masalah layanan pelanggan, Saldo Kecil (bagian 10(B) (8)), atau penundaan penentuan MassHealth atau Pendapatan Rendah.
- 2) Pemberitahuan Ketersediaan Bantuan Finansial. Pernyataan pasien akan mencakup seluruh pemberitahuan yang diwajibkan oleh peraturan untuk menginformasikan ketersediaan dan sarana untuk mengakses bantuan finansial kepada pasien. Bahasa dan konten dari pemberitahuan ini sesuai dengan peraturan EOHHS dan IRS 501(r). Pemberitahuan terkait ketersediaan bantuan finansial juga akan dimasukkan ke dalam seluruh komunikasi tertulis dan verbal lainnya kepada pasien, jika memungkinkan.
- 3) Pasien Dilindungi dari Tindakan Penagihan Rumah Sakit akan mengambil langkah-langkah untuk memastikan tidak ada kegiatan penagihan termasuk panggilan telepon, pernyataan atau surat, yang dilakukan untuk pasien dengan saldo yang dapat dikecualikan dari tindakan penagihan oleh peraturan termasuk pasien yang ditentukan sebagai Pasien Berpendapatan Rendah oleh Kantor Medicaid (kecuali Pasien Berpendapatan Rendah Hanya untuk Gigi) atau terdaftar di MassHealth, Children's Medical Security Plan (CMSP) dengan MAGI pendapatan keluarga sama atau kurang dari 300% FPG, Bantuan Darurat untuk Lansia, Difabel, dan Anak-Anak (EAEDC), dan Health Safety Net (Penuh atau Parsial) dengan pengecualian risiko sendiri dan pembayaran bersama yang ditentukan oleh program-program tersebut untuk menjadi tanggung jawab pasien, dan pembayaran bersama dari pembayar pihak ketiga kecuali Medicare. Jika pasien ditetapkan terdaftar dalam salah satu dari kategori tersebut, maka seluruh tindakan penagihan (kecuali pembayaran bersama dan risiko sendiri HSN yang berlaku) terhadap pasien untuk layanan yang terjadi selama periode kelayakan pasien akan ditutup. Tindakan penagihan juga akan berhenti selama pasien ditetapkan sebagai Berpenghasilan Rendah jika saldonya berasal dari periode ketika pasien tidak terdaftar dalam program kualifikasi. Rumah Sakit dapat terus mengirimkan surat permintaan informasi atau tindakan oleh pasien untuk menyelesaikan pertanggunggunaan dan/atau masalah kelayakan dengan pembayar utama, Program Kompensasi Pekerja, atau untuk mendapatkan Kewajiban Pihak Ketiga atau informasi pembawa MVA.
- 4) Pemberitahuan Penagihan Akhir. Rumah Sakit akan berusaha untuk mengirimkan pemberitahuan penagihan akhir kepada setiap pasien sebelum akun dihapuskan sebagai Kredit Macet. Dalam banyak kasus, pemberitahuan penagihan akhir akan dimasukkan ke dalam pernyataan penjamin.
- 5) Kredit Macet Darurat. Dalam hal suatu akun dipertimbangkan oleh Rumah Sakit untuk diajukan ke HSN sebagai Kredit Macet Darurat, Rumah Sakit akan memastikan kondisi-kondisi berikut terpenuhi:
 - (a) Akun tersebut dikenakan tindakan penagihan terus-menerus selama minimal 120 hari.
 - (b) Permintaan kelayakan dilakukan kepada MMIS untuk memeriksa pertanggunggunaan.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- (c) Layanan yang diberikan memenuhi syarat sebagai Darurat atau Mendesak sesuai dengan definisi dalam kebijakan ini.
- (d) Pemberitahuan penagihan akhir dikirim dengan surat resmi untuk saldo 1.000 dolar Amerika Serikat atau lebih. Akun yang didokumentasikan secara baik sebagai Akun Alamat Salah dapat diserahkan kepada HSN tanpa pengiriman pemberitahuan penagihan akhir melalui surat resmi dengan syarat 120 hari telah berlalu sejak penagihan pertama dan setelah melakukan berbagai upaya, rumah sakit tidak dapat memperoleh alamat terbaru. Berbagai upaya akan dilakukan untuk memberi informasi kepada penduduk Massachusetts bahwa Health Safety Net dapat memberi detail seluruh klaim yang diserahkan kepada HSN kepada pemberi kerja pasien.
- 6) Panggilan dan Surat Penagihan. Rumah Sakit akan berusaha untuk mengumpulkan seluruh saldo terutang kepada Rumah Sakit. Upaya penagihan yang dilakukan akan berbeda tergantung pada beberapa faktor termasuk tetapi tidak terbatas pada, saldo akun dan riwayat penagihan pasien sebelumnya. Upaya penagihan tambahan dapat mencakup panggilan telepon dan surat-surat untuk melengkapi proses rutin pernyataan pasien sebagaimana dijelaskan dalam bagian 10 B. Jika memungkinkan, panggilan telepon dan surat ini akan mencakup pengingat terkait ketersediaan bantuan finansial.
- 7) Pengembalian Alamat Salah. Rumah Sakit akan berusaha untuk melacak dan merespons seluruh pernyataan pasien yang dikembalikan oleh USPS yang tidak terkirim. Jika memungkinkan, akun akan diidentifikasi sebagai "Akun Alamat Salah" di dalam sistem penagihan dan informasi alamat akan diverifikasi dan dikoreksi menggunakan program "lewat jejak" yang mungkin disediakan oleh pihak ketiga. Umumnya, jika sebuah akun telah satu kali ditandai sebagai Alamat Salah, maka tidak akan ada lagi pernyataan atau surat yang harus diproses kecuali alamat baru telah teridentifikasi. Pengiriman pernyataan ke alamat yang tidak benar secara terus-menerus adalah tidak tepat secara fiskal dan dapat mengakibatkan pelanggaran privasi HIPAA. Akun Alamat Salah akan ditandai di dalam sistem Registrasi untuk mengingatkan setiap staf yang terlibat di dalam proses registrasi untuk mendapatkan alamat baru dari pasien. Akun dengan informasi demografis terbaru yang berisi Alamat Salah dapat dirujuk ke agensi luar sebagai Kredit Macet untuk tindak lanjut tambahan kecuali akun Kredit Macet Darurat tersebut berpotensi untuk ditindaklanjuti selama 120 hari sebelum penempatan.
- 8) Penyesuaian Saldo Kecil. Menyadari biaya pemrosesan pernyataan dan kegiatan penagihan, Rumah Sakit dapat menekan pernyataan pada akun di bawah ambang batas "penagihan dolar kecil". Demikian pula, setelah penagihan, Rumah Sakit dapat membatasi kegiatan penagihan dan penelitian tentang saldo kecil dan menyesuaikan akun di bawah ambang batas "penghapusan saldo kecil". Dalam kasus apa pun penyesuaian saldo kecil yang diambil berdasarkan bagian ini tidak akan ditagihkan kepada HSN. Ambang batas saldo rendah khusus berlaku untuk saldo akun penjamin yang kurang dari 10 dolar Amerika Serikat.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

C. PEMBERITAHUAN BIAYA TAMBAHAN

Rumah Sakit akan menjalankan suatu proses untuk mengidentifikasi seluruh saldo pasien yang dikenai Biaya Tambahan Dana Perwalian Health Safety Net sebagaimana dijelaskan dalam 101 CMR 614. Jumlah biaya tambahan akan ditagihkan kepada pasien dan dana yang dikumpulkan akan dikirimkan kepada HSN sesuai dengan jadwal yang diminta.

D. PENGATURAN PEMBAYARAN

- 1) Keseluruhan. Pembayaran dapat dilakukan dalam berbagai pengaturan di seluruh Rumah Sakit Partners. Pengaturan untuk pembayaran yang ditangguhkan, rencana pembayaran atau pembayaran sebagian untuk uang muka hanya dilakukan oleh Layanan Penerimaan Rumah Sakit atau Solusi Penagihan Pasien PHS. Seluruh pengaturan pembayaran sesuai dengan kriteria yang ditetapkan sebelumnya dan dicatat secara tepat di dalam sistem penagihan dan registrasi Rumah Sakit.
- 2) Bentuk Pembayaran
 - (a) Prapembayaran dapat dilakukan dengan cek bersertifikat/bank, transfer rekening, atau kartu kredit/debit. Uang tunai tidak diterima di sebagian besar lokasi rumah sakit. Cek pribadi dari bank Amerika Serikat dapat diterima untuk saldo kurang dari 5.000 dolar Amerika Serikat kecuali terdapat riwayat kegagalan karena dana tidak mencukupi. Cek pribadi dapat diminta dalam jumlah yang wajar sebelum layanan yang dijadwalkan untuk memberi waktu proses verifikasi cek. Pasien yang memiliki riwayat kredit macet dapat ditinjau secara individu untuk menentukan cara pembayaran yang tepat.
 - (b) Brankas Bank. Pembayaran dengan cek pribadi dapat dilakukan ke brankas bank milik Rumah Sakit. Pembayaran Kartu Kredit tidak diterima melalui surat.
 - (c) Penagihan dan pembayaran elektronik Partners. Banyak lokasi yang menyediakan akses elektronik untuk tagihan dan pembayaran tagihan-tagihan tersebut secara elektronik menggunakan kartu kredit/debit atau transfer Rumah Kliring Otomatis Bank.
 - (d) Pembayaran diterima dengan menghubungi Pusat Panggilan Solusi Penagihan Pasien PHS atau pusat Layanan Pelanggan yang ditunjuk lainnya.
 - (e) Rumah Sakit akan menjalankan proses untuk melacak cek 'buruk' dan membalikkan seluruh pembayaran yang telah diterapkan terhadap akun pasien. Penyerahan cek 'buruk' dapat menjadi dasar untuk mendaftarkan akun ke Kredit Macet.
- 3) Mata Uang. Kecuali disepakati sebaliknya, pembayaran akan dilakukan dalam mata uang Amerika Serikat. Pembayaran yang dilakukan dalam mata uang non Amerika Serikat akan diterapkan pada tingkat konversi yang ditentukan oleh bank, dikurangi biaya konversi.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 4) Rencana Pembayaran. Rencana Pembayaran tersedia untuk seluruh pasien berdasarkan permintaan dengan syarat akun mereka merupakan yang terbaru. Peninjauan lengkap atas status dan riwayat pembayaran pasien akan dilakukan pada penerimaan akhir rencana pembayaran. Solusi Penagihan Pasien PHS akan memproses dan memantau seluruh rencana pembayaran pasien. Rencana tersebut umumnya mencakup saldo terbuka di seluruh Rumah Sakit Partners yang terdaftar pada Partners eCare. Jika memungkinkan, rencana pembayaran akan dikoordinasikan dengan seluruh entitas.
 - (a) Rencana Pembayaran untuk Risiko Sendiri dan Kesulitan Medis HSN Parsial:
 - (i) Pembayaran awal yang kurang dari 500 dolar Amerika Serikat atau 20% dari saldo risiko sendiri mungkin diperlukan termasuk seluruh uang muka yang diterima sebelum pemberian layanan dalam kejadian tidak mendesak/tidak darurat.
 - (ii) Rencana Pembayaran satu tahun akan ditawarkan pada saldo 1.000 dolar Amerika Serikat atau kurang dan hingga dua tahun untuk seluruh saldo lainnya. Pasien-pasien ini akan ditawari jumlah pembayaran bulanan sebesar 25 dolar Amerika Serikat untuk rencana ini.
 - (b) Rencana pembayaran untuk Pasien yang lain
 - (i) Maksimal satu tahun untuk saldo 1.000 dolar Amerika Serikat atau kurang
 - (ii) Maksimal dua tahun untuk saldo lebih dari 1.000 dolar Amerika Serikat.
 - (iii) Rencana pembayaran yang lebih lama dapat ditawarkan dalam kondisi luar biasa dengan persetujuan manajemen senior.
 - (iv) Tidak ada rencana yang ditawarkan dengan pembayaran bulanan kurang dari 25 dolar Amerika Serikat
 - (c) Tidak ada bunga yang dikenakan pada saldo jika pasien telah menyetujui rencana pembayaran dan pasien saat ini melakukan pembayaran.
 - (d) Rencana harus ditinjau ulang secara rutin untuk memastikan bahwa pembayaran dalam kondisi terkini. Jika pasien melewati dua kali pembayaran berturut-turut, Rumah Sakit dapat memasukkan akun ke dalam Kredit Macet. Berdasarkan pemberitahuan dari pasien mengenai perubahan kondisi finansial, Rumah Sakit dapat mengevaluasi ulang kewajiban pembayaran yang belum dibayar pasien.

E. SITUASI KHUSUS - PENAGIHAN

- 1) Kebangkrutan Pasien. Rumah Sakit akan berusaha untuk melacak seluruh pemberitahuan Kebangkrutan dan menyimpannya dalam berkas untuk memastikan bahwa seluruh prosedur pengadilan yang disetujui telah diikuti, termasuk pengajuan klaim kepada Pengadilan sebagaimana mestinya atau pengampunan utang.
- 2) Pasien Meninggal Dunia. Jika sesuai dan hemat biaya, Rumah Sakit akan melakukan pencarian properti, tagihan properti, dan mengajukan hak gadai atas properti.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- 3) Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Kewajiban Pihak Ketiga (Massachusetts): Tindakan penagihan akan dilakukan kepada pembawa MVA/TPL untuk mengumpulkan seluruh jumlah Perlindungan Cedera Pribadi (PIP) yang tersedia. Klaim asuransi akan diproses setelah PIP habis. Rumah Sakit juga dapat mengajukan hak gadai terhadap pembayaran Cedera Tubuh selanjutnya yang dilakukan oleh pembawa MVA kepada pasien jika kami dapat menentukan nama pengacara pasien yang menangani klaim. Klaim tidak akan diserahkan ke HSN sampai usaha penagihan saldo dari pihak lain selesai dilakukan. Jika memungkinkan, pasien akan diingatkan bahwa mereka memiliki kewajiban untuk melaporkan seluruh potensi klaim TPL dalam waktu 10 hari sejak pembukaan klaim kepada Kantor Medicaid atau HSN. Setiap pemulihan yang diterima setelah pengajuan klaim ke HSN akan diimbangi dengan klaim asli dan dilaporkan kepada HSN termasuk pembatalan atau pengembalian yang diperlukan.
- 4) Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Kewajiban Pihak Ketiga (New Hampshire): Pasien dengan pertanggungans asuransi kesehatan dapat memilih agar rumah sakit menagih asuransi kesehatan mereka. Saldo yang ditagihkan kepada pasien tidak akan dikenakan diskon rutin atau penyesuaian.
- 5) Kompensasi Pekerja: Klaim WCA umumnya dibayar secara keseluruhan dengan pembawa WCA jika pertanggungans berlaku. Rumah Sakit akan berusaha untuk mengejar pertanggungans WCA termasuk pengisian klaim hukum. Jika tidak ada pertanggungans WCA, klaim akan dikelola dengan cara yang khusus.
- 6) Pertanggungans Sekunder HSN: Rumah Sakit akan berusaha untuk membatasi penyerahan klaim ke HSN sebagai pembawa sekunder atas saldo yang dianggap ditanggung oleh HSN, termasuk risiko sendiri, asuransi bersama, dan layanan yang tidak ditanggung termasuk kasus-kasus ketika pasien telah kehabisan manfaat atau pendaftaran pasien di pembayar belum aktif pada saat layanan diberikan. Klaim untuk layanan yang ditolak karena kegagalan teknis dengan klaim atau penolakan teknis lainnya sebagaimana dijelaskan dalam 101 CMR 613.03(1)(c) tidak akan diserahkan ke HSN. Jika Rumah Sakit menerima pembayaran tambahan atau yang dikoreksi pada klaim yang telah diserahkan sebelumnya ke HSN, maka klaim yang terkoreksi akan diserahkan ke HSN.
- 7) Risiko Sendiri HSN Parsial: Rumah Sakit akan menagih pasien sebanyak 100% dari Risiko Sendiri HSN Parsial mereka hingga biaya yang setara dengan risiko sendiri tahunan telah ditagihkan kepada pasien, termasuk seluruh saldo yang termasuk dalam rencana pembayaran. Klaim tidak akan diserahkan ke HSN sampai risiko sendiri pasien terpenuhi. Hal ini mencakup seluruh fasilitas satelit dan Pusat Kesehatan Rumah Sakit yang beroperasi sebagai bagian dari lisensi Rumah Sakit.
- 8) Korban Tindak Pidana Kekerasan: Rumah Sakit akan membantu pasien mengisi klaim dengan Pengacara Umum dari program Korban Tindak Pidana Kekerasan Massachusetts. Pada banyak kasus, penagihan kepada pasien akan ditangguhkan sementara klaim Korban Tindak Pidana Kekerasan ditunda. Pembayaran ini secara umum dianggap sebagai pembayaran penuh tanpa jumlah tersisa yang ditagihkan kepada pasien.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

10. PENEMPATAN KREDIT MACET

Setelah upaya penagihan internal selesai, akun akan dihapus menjadi Kredit Macet. Proses ini akan dilakukan setelah akun menyelesaikan siklus penagihan 120 hari dengan beberapa pengecualian karena Alamat Salah atau keadaan yang meringankan lainnya. Akun dalam Kredit Macet akan secara umum menerima upaya penagihan tambahan melalui sejumlah sumber termasuk staf internal, Agensi Penagihan eksternal, atau perkumpulan pengacara. Rumah Sakit akan memastikan bahwa seluruh tindak lanjut atas Kredit Macet, baik oleh staf internal atau agensi eksternal, mematuhi hal-hal berikut ini:

A. PELAPORAN KREDIT

Pada umumnya, meskipun Rumah Sakit tidak secara khusus melaporkan Kredit Macet pasien kepada biro kredit, kebijakan ini tidak dimaksudkan untuk membatasi Rumah Sakit mengambil tindakan dalam kasus tertentu atau membatasi rumah sakit untuk melakukannya di masa depan. Meski demikian, Rumah Sakit dan agen-agensinya dapat memanfaatkan layanan biro kredit untuk mengidentifikasi tingkat kredit pasien dengan tujuan untuk menentukan kemampuan pasien dalam memenuhi kewajiban finansial mereka.

B. LITIGASI

Rumah Sakit dan agen-agensinya dapat mengajukan litigasi terhadap pasien untuk mendapatkan putusan pengadilan atas utang yang dimiliki terhadap Rumah Sakit. Dalam kasus apa pun, capias (dikenal sebagai "lampiran tubuh" dalam pers populer) dilarang digunakan sebagai bagian dalam upaya penagihan.

C. HAK GADAI PROPERTI

Rumah Sakit dapat mengejar tambahan, eksekusi, dan penjualan dari properti setelah peninjauan dan persetujuan dari CFO Rumah Sakit. Selain itu, untuk seluruh kasus yang melibatkan pasien yang ditetapkan oleh Kantor Medicaid sebagai Pendapatan Rendah atau memenuhi syarat untuk seluruh program bantuan, Rumah Sakit tidak akan melakukan eksekusi hukum atas rumah tinggal pribadi pasien atau Penjamin tanpa persetujuan khusus dari Dewan Pengawas Rumah Sakit.

D. AGENSI PENAGIHAN

Setiap agensi yang akan menagih saldo pasien atas nama Rumah Sakit akan diminta untuk mematuhi Kebijakan Kredit dan Penagihan ini. Setiap keluhan substantif pasien akan dilaporkan kepada Rumah Sakit untuk ditinjau dan dilacak. Seluruh agen akan sepenuhnya mematuhi peraturan Penagihan Utang Federal yang Adil dan peraturan penagihan utang yang ditetapkan oleh Jaksa Agung Massachusetts. Seluruh agensi akan melaporkan setiap penagihan atau tindakan akun lainnya termasuk keputusan untuk menghentikan upaya penagihan secara tepat waktu. Agensi umumnya akan menghentikan upaya penagihan pada setiap akun yang ditempatkan bersama mereka selama satu tahun yang tidak memiliki tindakan, pembayaran atau potensi pembayaran terkini.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

11. SALDO KREDIT DAN PENGEMBALIAN DANA

Secara umum, Rumah Sakit akan mengembalikan dana ke saldo kredit pasien yang mungkin disebabkan dari kelebihan dana yang telah dikumpulkan dari pasien. Dalam hal ketika upaya pengembalian saldo kredit pasien/penjamin tidak berhasil, Rumah Sakit akan mengirimkan saldo kredit tersebut ke Bendahara Persemakmuran Massachusetts sesuai dengan peraturan negara bagian tentang Properti yang Diabaikan.

12. KEJADIAN YANG DILAPORKAN SERIUS (SRE)

Rumah sakit mempertahankan kepatuhan terhadap persyaratan penagihan yang berlaku termasuk peraturan Departemen Kesehatan Publik (105 CMR 130.332) untuk layanan khusus yang nonpembayaran atau penerimaan kembali yang ditentukan rumah sakit sebagai hasil dari Kejadian yang Dilaporkan Serius (SRE). SRE yang tidak terjadi di rumah sakit dikecualikan dari penentuan nonpembayaran ini. Rumah sakit juga tidak mencari pembayaran dari pasien berpendapatan rendah yang ditentukan memenuhi syarat untuk program Health Safety Net yang klaimnya semula ditolak oleh program asuransi karena kesalahan penagihan administratif oleh rumah sakit. Rumah Sakit juga menyimpan seluruh informasi menurut hukum privasi, keamanan dan pencurian ID yang berlaku di federal dan negara bagian.

13. HAK DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN

A. TANGGUNG JAWAB PASIEN

Pasien bertanggung jawab untuk:

- Memberikan informasi asuransi dan demografis yang lengkap dan tepat waktu dan untuk menginformasikan jika pasien berada dalam Program Negara Bagian, segala perubahan dalam status mereka termasuk, tetapi tidak terbatas pada, perubahan pendapatan atau status asuransi kepada Rumah Sakit, dan Negara Bagian.
- Untuk penduduk Massachusetts, mengajukan permohonan dan mempertahankan pertanggunggunaan melalui program yang disponsori pemerintah, dan mereka memenuhi syarat untuk mendapatkannya, termasuk penyerahan seluruh dokumentasi yang diperlukan dalam jangka waktu yang ditentukan. Seluruh pasien harus mendapatkan dan mempertahankan pertanggunggunaan asuransi jika pertanggunggunaan yang terjangkau tersedia untuk mereka. Memberi informasi kepada Rumah Sakit mengenai seluruh potensi pertanggunggunaan Kecelakaan Kendaraan Bermotor, pertanggunggunaan Kewajiban Pihak Ketiga, atau pertanggunggunaan Kompensasi Pekerja. Untuk pasien yang ditanggung oleh Program Negara Bagian, mengajukan klaim untuk kompensasi, jika ada, terkait dengan kecelakaan, cedera atau kehilangan, dan memberi informasi terkait seluruh tuntutan hukum atau klaim asuransi yang akan menanggung biaya layanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada Program Negara Bagian (misalnya Kantor Medicaid dan Health Safety Net) dalam waktu sepuluh hari. Pasien juga diminta memberikan hak untuk pembayaran pihak ketiga yang akan menanggung biaya atas layanan yang dibayar oleh Kantor Medicaid Massachusetts atau Health Safety Net.

Kebijakan Kredit & Penagihan Rumah Sakit Partners HealthCare 1 Januari 2020

- Berusaha untuk memahami batas pertanggung jawaban asuransi mereka termasuk batasan jaringan, batasan pertanggung jawaban layanan dan tanggung jawab finansial karena pertanggung jawaban, pembayaran bersama, asuransi bersama dan risiko sendiri yang terbatas.
- Mematuhi rujukan asuransi, praotorisasi, dan kebijakan manajemen medis lainnya.
- Mematuhi persyaratan asuransi lainnya termasuk melengkapi koordinasi formulir manfaat, memperbarui informasi keanggotaan dan dokter serta persyaratan pembayar lainnya.
- Membayar jumlah pembayaran bersama, risiko sendiri, dan asuransi bersama secara tepat waktu.
- Memberikan data terbaru demografis, asuransi dan kelayakan HSN serta risiko sendiri tahunan.

B. KEBIJAKAN TIDAK MENDISKRIMINASI

Rumah Sakit tidak akan mendiskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, asal negara, kewarganegaraan, pengasingan, agama, kepercayaan, jenis kelamin, identitas gender, orientasi seksual, umur, atau disabilitas di dalam kebijakannya atau dalam penerapan kebijakan sehubungan dengan pemerolehan dan verifikasi informasi finansial, pendaftaran kembali, uang muka sebelum perawatan, rencana pembayaran, penangguhan atau penolakan penerimaan, atau kelayakan untuk Health Safety Net.

14. PELAPORAN, AUDIT DAN KEPATUHAN TERHADAP PERATURAN

Rumah Sakit akan mematuhi seluruh persyaratan pelaporan sebagaimana ditentukan oleh MGL c. 118G dan terkait dengan 101 CMR 613, 614 dan Buletin Administratif terkait.

Rumah Sakit akan memelihara catatan kegiatan yang dapat diaudit yang dibuat sesuai dengan kriteria dan persyaratan 101 CMR 613 dan 101 CMR 614.

Rumah Sakit bersama dengan Kantor Medicaid, Health Safety Net akan mengajukan Kebijakan Kredit & Penagihan ini secara elektronik sebagaimana diharuskan ketika kebijakan diubah atau ketika terdapat perubahan peraturan yang disahkan oleh Kantor Medicaid, Health Safety Net yang mengamatkan pengajuan kebijakan baru.

KEBIJAKAN PARTNERS HEALTHCARE YANG BERLAKU LAINNYA:

Kebijakan Diskon Pasien yang Tidak Diasuransikan dan Bantuan Finansial Partners

REFERENSI:

Peraturan Massachusetts 101 CMR 613, 614 dan MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c