

Boston Children's Hospital
Política de Crédito e Recolha

Tabela de conteúdos

- I. Deklarason de Política Jeral
- II. Definisons
- III. Klasifikason de servisos
- IV. Ajuda na obtenson de assisténcia finansero
 - A. Aviso Público de disponibilidade de assisténcia finansero
 - B. Aviso individual de disponibilidade de assisténcia finansero
- V. Adiamento/Rekuza de servisos
- VI. Prosedimento pa rekolha de informason finansero de pasiente/fiador
 - A. Akizison de informason
 - B.ontos de rekolha de dados
 - C. Verifikason de informason fornecido pa pasiente
 - D. Divulgason de informason/atribuison de benefisios
 - E. Confirmason de responsabilidade finansero pa servisos sem cobertura
- VII. Pagamento
 - A. Depósitos
 - B. Deskontos
 - C. Planos de pagamento
 - D. Autoridade de aprovason de ajuste de konta
- VIII. Faturamento, prátika de rekolha e determinason de maus dívidas
 - A. Determinasons de serviso elijível
 - B. Pasiente/fiadores izentos de asons de rekolha
 - C. Faturamento Inisial
 - D. Akompanhamento de rekolha
 - E. Korreio divolido
 - F. Faléncias
 - G. Determinason de mausdívidas
 - H. Kobransa de maus dívidas de emerjéncia pa Health Safety Net
 - I. Kritério de autorizason de maus dívidas
 - J. Exforsos de rekolha extraordinário e execuson Legal
 - K. Documentason
 - L. Asidentes de veículos motorizados
- IX. ireitos de pasientes e responsabilidades

Anexos:

Apresentasons obrigatorio, rotulado separadamente

I. Deklarason de Polítika Jeral

Na se longo tradison de serviso pa kriansas de Boston, New Englande mais além, Boston Children's Hospital (kel "Hospital") sempre foi empenhado na ser um rekurso pa kes kriansas ke ta presiza de kuidado, independente de ses kapasidade de paga. Kada ano, grasas a apoio ke l Hospital ta recebede comunidade e kes ason atensioso de Konselho de Curadores, Hospital e ses médikos ta estende milhões de dólares pakuidados de karidade pa kriansas e famílias.

Hospital tem um forte kompromiso em garanti ke s kriansas ta ten kobertura de seguro sempre ke possível. onselheros finansero de hospital sta disponível pa responde perguntas de famílias sobre kobertura públiko disponível pa kriansas sem seguro e pa da familias assistensia na completason de pedidos necessarios.

Hospital ta avalianesesidades médikos de kada pasiente e situason finansero de família e ta tenta ser o mas jenerozo e responsivo possível pa tudo kriansas, ke ta aplika pa servisos. A fim de mante kel kapasidade de Hospital de responde pa necessidade jenuíno, prática sensível e mais consistente de faturamento e kobransa é aplikado pa pasientes e ses famílias. Kes polítikas e prosedimentos extabelisido nessdokumento foiadotado na um exforso di garanti ke kes práticas de faturamento ee rekolha e prosedimentos ta serrazoável e consistentemente aplikados. Es polítika de rekolha e krédito ta aplika pa tudo kes localde Boston Children's Hospital ke ta opera sob licensa deHospital.

Hospital tanbem ta faze tudo kes exforso pa ser fléksível e responsivoa kes sirkunxtánsias individual. Assim, é experado ke kes famílias ta honra ses obrigasons finansero pa kel Hospital kontinua ta ser kapax de fornese kuidado pa kes kriansas kujo sirkunxtánsia na vida émenos fortunado.

Finalmente, Hospital ka deve deskrimina ku basi na raça, cor, nasionalidade, sidadania, alienaçõn, religiãõ, fé, sexo, orientason sexual, identidade de gênero, idade ou difisiência na ses polítika, ou na aplikason de ses polítika relativo a akizison e verifikason de informason finansero, depózito de pré-internamento ou pré-tratamento, planos de pagamento, admisons adiadooou rejeitado ou extado de pasiente de baixo salario, como é determinado pa skritório de Medicaid, determinason ke um pasiente é baixo salario, ou na ses prática de faturamento e kobransa.

s krédito e polítika de rekolha é disenvolvido pa garanti konformidade ku (1) kel Regulamento de serviso elejível de Health Safety Net 101 CMR 613.00; Sentros de Medicare e rekizitos de Medicaid Services Medicare Bad Debt (42 CFR 413.89); e (3) Manual de reembolso de provedor de Medicare (Parte I, capítulo 3).

II. Definison

Kuidado de Karidade: Kustos de Hospital ou Sentro de Saúde Komunitário pa servisos médikos nesesários pa pasientes de baixo salario ke ka sta elejível pa pagamento de Health Safety Net Trust Fund ou otros fontes de pagamento públiko ou privado. Hospital tanbem ta mante programas de cuidado de karidade específicos como estabelecido na polítikas mantido pa Diretor Finanseiro.

Servisos elejível: Kustos de Hospital ou Sentro de Saúde Kumunitário sta elejível pa pagamento de Health Safety Net Trust Fund, na konformidade ku kes normas promulgado pa comunidade de Massachusetts.

Kondison de emerjénsia médiko: Um kondison klíniko, fiziko ou mental, ta manifexta pa sintomas de gravidade suficiente, inkluido dor forte, ke ausência de atenson médiko emediatopodia razoavelmente espera pa um pessoa prudente ke ta possui um konhecimento médio de saúde e medisina pa rezulta na koloka saúde de pessoa ou de otro pessoa na perigo grave, grave komprometimento a funsão de korpo ou grave disfunsão de kalker órgão de korpo ou parte, na ke diz respeito a um mudjer grávida, konforme defenido na sekson 1867 (e)(1)(B) de lei de Seguransa Social (Social Security Act), 42 USC § 1395dd(e)(1)(B).

Servisos de emerjénsia: Servisos médikos nesesários prestados a um indivíduo ku um kondison de emerjénsia médiko.

Pasiente de baixo salario: Um indivíduo ke kumpre kes kritério de determinason ke um pasiente de baixo salario extabelisido na kes regulamento Health Safety Net promulgado pa comunidade de Massachusetts. Pa um pasiente ser determinado de baixo salario, um indivíduo deve ser um rezidente na comunidade e rendimento de familia de dokumento igual ou inferior a 400% de nível de pobreza Federal (Federal Poverty Level, FPL) e ka pode ser inxkrito na MassHealth Standard ou MassHealth Family Assistance / Programa de kobertura direto; pode ka ter sido determinado elejível pa kel MassHealth e ka kunsegui inscreve; e pode ka ter tido se inscrison MassHealth ou de Commonwealth Care encerrado por cauza de falta de pagamento de premium.

Difikuldade Médikal: Um kategoria de elejibilidade pa kobertura de sertos enkargos pa Health Safety Net Trust Fund, pa pasiente/família kujo dispesas médikos permissíveis dja esgota salario de família ke kel pasiente/família é inkapax de paga pa servisos elejível (konforme defenido na regulamentos). Termos e Kondisons de elejibilidade pa difikuldade médikal e pagamento de Health Safety Net Trust Fund pa serviso prestado pa pasiente elejível pa difikuldade médikalsta especificado na regulamento promulgado pa comunidade de Massachusetts.

Atendimento de urjénsia: Serviso Médiko nesesário fornecido na um sentro de saúde de hospital ou Komunidade após kel aparecimento súbito de um kondison médiko, seja fiziko ou mental, ta manifexta pa sintomas agudo de severidade suficiente (inkluido dor forte) ke um pessoa prudente ta akredita ke auzência de kuido médiko 24 horas pode ser suseptível de rezulta na: koloka saúde de pasiente em rixko; difisiénsia de funson korporal, ou disfunson de kalker órgão korporal ou parte. Serviso de atendimento de urjénsia sta fornecido na Kondison ke ka é fatal e ka ta representa alto rixko de efeito grave pa saúde de indivíduo. Serviso de atendimento de urjénsia ka ta inklui kuido eletivo ou primário.

III. Klasifikason de servisos

Kes pessoa pode apresenta, ou pode ser apresentado, pa kel tratamento não programado na departamento de emerjénsia de Hospital, ou na otros lugar de atendimento klíniko de Hospital. Kalker pasiente ke ta apresenta pa serviso de emerjénsia pode ser avaliadi sem leba em konta kobertura de seguro ou kapasidade de pagamento, consistente kul tratamento de emerjénsia e lei de trabadjo (Emergency Treatment and Labor Act, EMTALA) federal. Depos de fornese serviso pa um pasiente, na departamento de emerjénsia, kel médiko de tratamento, na departamento de emerjénsia ta klasifika kes serviso como serviso de emerjénsia ou kuido urjente (de akordo ke kes definison extabelesido acima), ou como ka-urjente.

Servisos eletivos e servisos regulares é Não-urjente e comotal ka é serviso de emerjénsia nem kuido urjente, independente de configurason na qual eles sta fornecido. Es klasifikason sta utilizado pa Hospital na determinason de kobertura de insolvénsia de kuido de emerjénsia e urjénsia na âmbito de Health Safety Net Fund.

Hospital ta próibe kalker ason ke pode dizenkoraja indivíduos de prokura kuido médiko de emerjénsia, sima exiji ke kes pasiente de departamento de emerjénsia ta paga antes de resebe tratamento pa Kondison médiko de emerjénsia ou permiti atividades de kobransa de dívida ke ta interferi ku prestason, sem discriminason, de kuido médiko de emerjénsia.

IV. Ajuda na obtenson de asisténsia finansero

Hospital ta bem fornese pa pasientes, fiadores, ou otros pessoas responsável identifikados informason sobre e asisténsia ke aplikason de programa de asisténsia finansero público e otros, inkluido MassHealth, Commonwealth Care, stado de pasiente de baixo salario de akordo ku kes regulamento de Health Safety Net e otros programa patrosinado pa governo, tanto komo kuido de karidade de Hospital e programa de dexkonto pa pasiente sem seguro.

Hospital ta bem faze exforso razoável pa fornese serviso de tradutor pa pasiente, fiadores ou otros partes responsável ku proficiência na inglês limitada.

Hospital ta bem ajuda pasientes/fiadores na konklui pedido pa programa público. Pasiente ou fiadores deve fornese documentason ezijido pa tais aplikasons. Hospital ka tem nenhum papel na determinason de elejibilidade de programa, ke é feito pa Komunidade. É de pasiente ou responsabilidade de fiador informa kel Hospital de tudo kes desizon de kobertura feito pa Komunidade e de kalker alterason na elejibilidade de pasiente pa es programa.

A. Notícia de disponibilidade de asisténsia finansero. Hospital ta posta Notícia pa notifika kes pasientes de disponibilidade de asisténsia finansero e de otros programa de asisténsia público e kel localizason de Hospital onde pasientes e familiares pode solicitata asisténsia. Es Notícia ta sta postado na internason, ambulatorio e áreas de internamento/registo de emerjénsia, bem ku skritórios de negócios habitualmente utilizado pa pasientes. Notícia Postado sta 8 ½ x 11 polegadas de tamanho, imprimido na fonte tamanho 22, na Inglês e Espanhol.

B. Aviso individual de disponibilidade de asisténsia finansero. Hospital ta bem fornese um aviso individual de disponibilidade de programa de asisténsia finansero, inkluido médiko, difikuldade, e asisténsia na aplikason de kes programas, pa kalker pasiente é experado ke incorrer kusto (excluindo itens de conveniência pessoal ou servisos) ke ka pode ser pagos na totalidade pa bo kobertura de terseiros. Hospital tanbem ta inklui um aviso sobre disponibilidade de programa de asisténsia finansero, inkluido kes servisos elejível pa pasiente de baixo salario e otros programas de asisténsia público e a disponibilidade de asisténsia na aplikason de tais programas, na bo bill inicial e tudo kes otros escrito ason de rekolha.

V. Deferimento/rekuza de serviso

Hospital ka ta adia ou rekuza kel tratamento de pasientes ke apresenta pa kuidado de emerjénsia ou urjénsia ou kem sta kes destinatários de kes benefisio governamental sima MassHealth, Commonwealth Care, Children's Medical Security Plan, Healthy Start, Health Safety Net ou otro programa público, unicamente divido a considirason finansero.

Hospital ta rezerva kel direito de adia ou rekuza kel prestason de serviso não-urjente, não-urjente pa um pasiente, inkluido na situason na ke kel pasiente/família ta rekuza kumpri kes rekizito de dipósito, ou ka possui rekurso pa paga pa serviso ou fontes na particular ou através de terseiros e ta rekuza a aplica pa programa público disponível, inkluido MassHealth e Health Safety Net ou ta rekuza a fornese documentason ezijido pa tal aplicativo(s).

Sempre ke kel Hospital opta por exercer se direito de adia ou rekuza prestason de serviso pa um pasiente, e antes kel exercício de kel direito, kel médiko identicado de pasiente pode ser kontaktado pa avalia kes implikason médiko/klíniko de kel deferimento ou rekuza de serviso e de rekonhese ou aprova kel deferimento ou rekuza de serviso de um perspectiva de médiko/klínikos.

Na kasos ke um pasiente é negado ou recuzado serviso, documentason pode ser retido de razão pa negason ou rekuza de serviso; avaliason de médiko de pasiente, de kes implikason de deferimento ou rekuza de aprovason de um perspectiva de médiko/klínikos; e serviso médiko/klínikos de e kel médiko rekonhecimento ou aprovason de deferimento ou rekuza de serviso.

VI. Prosedimento pa Rekolha de Informason Finansero de Pasiente/Fiador

A. Akizison de Informason: Antes de entrega de kalker serviso de saúde (exceto pa kasos de nível de atendimento de emergjénsia ou urjénsia de serviso), kel pasiente/fiador é esperado pa fornese na tempo útil informason preciso sobre se stado de seguro, informason demográfiko, alterason na rendimento de familia ou stado de seguro e informason na kalker franquia ou co-pagamento ke sta dividido, basiado na se seguro existente ou obrigason de pagamento de programa financeiro. Kel informason detalhado ta inklui:

1. Nomi kumpleto, endereso, número de telefone, data de nascimento, número de seguransa social (se disponível), atual opson de kobertura de seguro de saúde, cidadania e residênciade informason e de pasiente ou se fiador aplikável rekurso financeiro ke pode ser usado pa paga bo conta;

2. Nomi kupleto de fiador de pasiente, seu endereso, número de telefone, data de nascimento, número de seguransa social (se disponível), opson de kobertura de seguro de saúde atual e kes bo rekurso financeiro aplikável ke pode ser usado pa paga konta de pasiente; e

3. Otros rekursos ke pode ser utilizado pa paga ses conta, inkluido otros programa de seguro, veíkulo a motor ou seguro de proprietário se kel tratamento foi pamode um asidente, programa de kupensason de trabalhador e pólitica de seguro de estudante, entre otros.

Em última análise, é de pasiente / obrigason de fiador pa akompanha e oportuna paga as ses kontas de hospital ka pagos, inkluido kalker existente co-pagamento, seguro-juntado e franquias. Pasiente/fiador ainda ta pedido pa informa se seguradora de saúde atual (se é tem um) ou kel ajénsia ke determina stado de elejibilidade de pasiente na um programa de seguro de saúde públiko de kalker alterason na rendimento de familia ou seguro.

Paciente/fiadores sta obrigado a notifica kel estado programa público (por exemplo, skritório de Medicaid e a Health Safety Net) de informason relacionado a kalker ason ou reivindikason de seguro ke ta cobre kel kusto de kes serviso prestado pa Hospital. asiente é ainda mais nesesário pa atribui kel direito de um terceiro akordo ke ta cobri kel kusto de kes serviso pagos pa skritório de Medicaid ou a Health Safety Net.

Kando kes informason ka sta fornecido na momento de um internada ou visita ambulatorial sta agendada, tentativas sucessivas ta ser feitos pa rekolhe informason nesesário através de posto de alta / serviso de posto.

B. Dado de kes Ponto de Rekolha: Kel seguinte ta idintifica kes ponto na ke pode ser feito um tentativa de rekolha kesinformason e por kenha:

1. **Na Momento de agendamento de um internamento ou visita:** Kel Médico ou membro de skritório de pessoal de serviso de agendamento ta ba solisita informason finansero.
2. **Durante verifikason de Informason de paciente:** Ekipe de serviso financeiro de Paciente, pessoal de skritório ou médico de hospital ta verifica informason de paciente antes ki serviso ta solicita informason finansero.
3. **Dia de Internamento/Tempo de Serviso:** serviso financeiro de paciente ou coordenador de cuidado de paciente, konforme aplikável. Kando kalker aspecto de paciente/fiador informason finansero na keskeli, kel fiador/paciente pode ser encaminhado pa paciente de serviso financeiro clarificar as informason. Kes processo ta aplika a serviso regulares e de emerjénsia (logo ke razoavelmente possível após kel serviso ou internamento, consistente ku dinúncia).
4. **Durante Estadia na Hospital:** Paciente ekipe de serviso financeiro ou coordenador de cuidado de paciente.
5. **Na momento de Alta:** Paciente ekipe de serviso financeiro.
6. **Posto de Alta / Serviso de Posto:** Paciente de pessoal de serviso financeiro ou agentes de administração finansero de Hospital.
7. **Serviso de emerjénsia:** Ekipe de departamento registro ta entrevista, pa verifica tudo informason finansero nesesário de paciente logo ke permitido pa regulamento de EMTALA. Informason não obtido na momento de internamento ta ser obtido através de paciente e/ou fiador contato e entrevistas durante tudo estadia de paciente, ou na momento de alta, se tudo kes otros tentativas ka tiver êxito. Pa tem informason pa avalia bo kapasidade de pagamento pa serviso prestado pode ser feito se autorizado pa paciente ou fiador, contato ku otros indivíduos.

8. Validason de Elejibilidade pa MassHealth: Por serviso prestado a um pasiente sem seguro, pessoal de serviso financeiro de pasiente ta verifica através de sistema MassHealth EVS e/ou kel Gateway Virtual mantida na skritório executivo de saúde e de servisos humanos de Massachusetts (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) se kel pasiente é elijível pa ou se apresenta um pedido pa kel MassHealth, Commonwealth Care ou otros programa.

C. Hospital ta verifica kes informason **finansero de pasiente: Serviso Financeiro de Pasiente pessoal administrativo de departamento de clínica, ou koordenador de kuido de pasiente** **faze exforso razoável e dilijente pa verifica informason finansero fornecido pa pasiente** logo ke possível depos ke ele é fornecido, até kel tempo de alta ou prestason de um serviso ambulatorial. Se kes informason ka pode ser verificado antes de kes tempo, kel departamento de serviso de financeiro de pasiente ou bo agentes pode tenta verifica kes informason durante kel processo de faturamento e kobransa.

De akordo ku idade de populason de pasiente de Hospital, é normalmente kel encarregado ou responsável, ke ta fornese informason de seguro e finansero de pasiente. Se informason adisional for nesesário, enquanto kel pasiente sta na Hospital, membros de ekipe de Patient Financial Services ou kes koordenador de kuido de pasiente ta entra em kontato ku enfermeiro de kuido primário de pasiente ou ke se representante pa permiti entra em kontato ku kel pasiente ou família de pasiente.

Kes exforso razoável e diligente de Hospital ta inklui, mas ka sta limitado a, solicita informason de stado de seguro de pasiente, ta verifica kalker dado público ou privado disponível de seguro, ta segui regras de faturason de pagador de terceiros conhecido e apelando aum reivindikason negada, kando kel serviso é pago na tudo ou na parte pa um seguradora.

Hospital tanben faze exforso razoável e dilijente pa investiga se um rekurso de terceiros pode ser responsável pa serviso prestado pa Hospital, inkluido mas ka limitado a: (1) um veíkulo ou política de responsabilidade de proprietário, (2) asidente jeral ou política de proteson de danos pessoais, (3) programa de kompensason de trabalhador e (4) política de seguro de estudante, entre otros. Hospital ta informa kes pasiente de ses responsabilidade pa informa kel programa público apropriado de kalker alterason na rendimento ou stado de seguro. Na konformidade ke kes regulamento aplikável ou kel contrato de seguro, pa kalker reclamason, onde hospital sta razoável e exforso dilijente ta resulta na um rekuperason de saúde, reivindikason faturado pa um seguradora privado ou, programa público, hospital ta relata kel rekuperason e deslokamento kontra a reivindikason pagos pa seguradora privado ou programa público.

Se hospital tem conhecimento prévio e é legalmente capaz, e tenta garantir a atribuição de direito de um paciente para cobertura de terceiros de seus serviços prestado devido a um acidente

D. Liberação de Informação/Atribuição de seus Benefícios: paciente/segurador pode ser solicitado para assinar uma atribuição de seus benefícios de seguro ou outras fontes de pagamento de terceiros (por exemplo, seu pagamento resultante de ação de ato ilícito) diretamente ao Hospital para serviços prestados e uma autorização para liberar informação é necessária para realizar a atribuição de seus benefícios. A autorização deve indicar também que o paciente/segurador pode ser financeiramente responsável com abrangido para atribuição de encargos.

E. Confirmação de Responsabilidade Financeira para seus Serviços e Coberto: Quando uma autorização emitida pelo segurador de paciente não foi obtida antes de serviços, o paciente/segurador pode ser solicitado para assinar uma declaração onde ele reconhece que ele ou ela tem sido notificado de ausência de autorização necessária e informando que ele ou ela de sua potencial responsabilidade financeira para serviços, finalmente, determinado a ser serviços com abrangidos.

VII. Pagamento

Em geral, o pagamento integral é esperado depois de recebimento de uma conta de Hospital.

A. Depósito

1. Serviço de Emergência: Hospital não pode exigir um depósito prévio de qualquer paciente ou segurador em condições de receber cuidados de emergência, independente de capacidade de paciente ou de segurador de pagar.

2. Serviço Não-Urgente: Hospital pode exigir um depósito antes de admissão para serviços de internamento ou de ambulatório com emergências de um paciente (ou segurador de paciente) que não tem suficiente cobertura de seguro para o serviço prestado, que está isento de ação de recolha e que entra em um plano de pagamento com o Hospital.

3. Disposição Especial Para Paciente Elegível para Health Safety Net: Nenhum paciente determinado a ser que um paciente de salário baixo pode ser necessário pagar um depósito. Um paciente/segurador determinado a ser que um paciente de salário baixo que um requisito de dedução pode ser solicitado a fornecer um depósito de até 20% de montante dedutível até \$500. Um paciente/segurador elegível para Dificuldade Médica pode ser solicitado a fornecer um depósito de até 20% de seu contribuinte médico de dificuldade até \$1000. Tudo o que sobe restante saldo está sujeito a condições de plano de pagamento estabelecido na 101 CMR 613.08

B. Deskonto: Deskonto na pasiente kontas ka sta elejível pa e ka ta sta enviado pa a Health Safety Net. Hospital oferece deskonto de até 40% izento de kusto pa indivíduos sem seguro, ta depende de pontualidade de pagamento. Deskonto ka sta disponível na ko-pagamento e montante dedutível. Política de Deskonto na Hospital sta mantido pa Diretor financeiro.

C. Plano de Pagamento: Na kaso ke um pasiente/fiador ka ta pode paga se konta de Hospital depos de recibo e sta determinado a ka ser elejível pa Health Safety Net ou otros programas público aplikável, kel Hospital pode oferesse kel pasiente/fiador um akordo pa pagamento sobre um período de prolongado.

Hospital taoferece pasientes ku um saldo de \$1,000 ou menos, após kel dipósito inicial, pa menos um ano plano de pagamento juros livre ke um pagamento mínimo mensal de ka mais de \$25. Pasiente ku um saldo de mais de \$1,000, após kel dipósito inicial, ta sta oferecido um plano de pagamento livre de interesse pa ate dos ano. Em kaso de sirkunxtância extraordinrios, ta sta considerado pedido de plano de pagamento mais de dois anos na um basi caso-a-caso. Hospital ka eziji kalker plano de pagamento pa kes pasiente ke sta totalmente izento de ason rekolha sob esta política de crédito e kobransa.

Hospital e ses lugar licenciado pa satélite, inkluido kel Martha Eliot Health Center, ka oferecem plano de pagamento dedutível pa pasiente elejível pa a Health Safety Net – parcial.

D. Autoridade de Aprovason de Ajustamento de Konta: Ajustamento administrativo de kontas e reembolso pa pasiente/fiadores ou otros contribuintes de kes montantes indicado abaixo pode ser autorizado pa indivíduos indicado abaixo:

1. Até \$1000: Supervisor, servisos financeiros de pasientes
2. Até \$10,000: Gerente, servisos financeiros de pasientes
3. Até \$50,000: Diretor, servisos financeiros de pasientes
4. \$50,000 ou mais: Diretor financeiro

VIII. Faturamento, Prátika de Rekolha e Determinason de maus Dívidas

Hospital ta aplika kes mesmos exforso contínuos de faturamento e kobransa de tudo as kontas pa pasiente sem seguro ke kontas pa kalker otro klasifikason de pasiente.

A. Determinason de Serviso Elejível Hospital segue regulamento e directrizes emitidas pa comunidade de Massachusetts na administrason de Health Safety Net ta afirmar elejibilidade e otros programas de assisténsia público.

Hospital ta mante konformidade ku rekizito aplikável de faturamento, inkluido kes regulamento de departamento de saúde públiko (105 CMR 130.332) pa falta de pagamento de serviso específicos ou readmison Hospital ta determina ca foil resultado de um sério Evento reportável (Serious Reportable Event, SRE). Ao SREs ke ka ocorre na Hospital sta excluido de kes determinason de ka-pagamento. Hospital tanben ka ta busca kel pagamento de um elijível pasiente de baixo salario determinado pa kel programa de Health Safety Net kujo pedido foram negado inicialmente pa um programa de seguro dividido a um erro de kobransa administrativo pa Hospital. Ao Hospital ainda ta mante tudo as informason na konformidade ke a federal aplikável, seguransa e privacidade de comunidade, leis de roubo de ID.

B. Pasiente/fiadores izento de ason de rekolha Hospital ka ta fatura ou na kaso contrário, envolver-se na ason de rekolha, na ke se refere a kalker pasiente ke estabelece ke ele ou ela é:

1. Inxkrito na MassHealth, recebi kes benefísiu sob kel programa Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, ou um partisipante na programa Healthy Start (exceto ke kel Hospital pode cobrar tais pasiente pa co-pagamento e franquias nesésário sob estas programa de asisténsia). Hospital pode inisia a facturason pa um pasiente ke alega ke ele ou ela é um partisipante na kalker um des programa, mas falha fornese a prova de tal participason; após a recepson dessa prova (inkluido kel recibo ou a verifikason de um aplicativo assinado), kel Hospital extingue-se actividades de rekolha.
2. Um partisipante na Children's Medical Security Plan (CMSP) kujo rendimento de familia é igual a ou menos de 400% de kes orientason de salario Federal de pobreza Infantil. Hospital pode inisia a facturason pa um pasiente ke alega ke ele ou ela é um partisipante de CMSP, mas falha fornese a prova de tal participason; após a recepson dessa prova (inkluido kel recibo ou a verifikason de um aplicativo assinado), kel Hospital extingue-se actividades de rekolha.
3. Um pasiente de salario baixo é izento de ason rekolha kalker serviso elejível resebido durante kel período pa kel qual ele ou ela foi determinado a ser um pasiente de salario baixo (exceto co-pagamento e franquias relacionado ke tais serviso elejível). Hospital pode kontinua ta fatura pasiente de baixo salario pa elejível serviso prestado antes de bo determinason, ke pasiente de baixo salario, mas, só depos de seu stado de pasiente de baixo salario tenha expirado ou kaso contrário tenha sido finalizada.
4. Um pasiente de salario baixo ke rendimento de familia entre 201-400% FPL é ficarão isenta de kes acson de rekolha pa a parte de projeto de lei ke excede a franquia e pode ser cobrada pa co-pagamento e montantes dedutível consistentes ke kes regulamento de estado.

5. Um paciente ou família elijível pa Difikuldade Médikal, ke relason a essa quantidade de projeto de lei ke excede a contribuison de médiko difikuldade (ku calculado na konformidade ke as regulamentason aplikável). Se um reclamason já enviada ke kes dívida inkobrável de emerjénsia torna-se elejível pa pagamento de Dificuldade Médikal de Health Safety Net, kel Hospital cessará atividade de rekolha de paciente pa kes serviso.

Paciente de baixo salario ka sta izento de ason de rekolha pa serviso ke ka serm elejível serviso ke sta fornecido a pedido de paciente ou de fiador e pa ke kel paciente ou fiador concordou na ser responsável. Hospital deve tem kel paciente ou consentimento pa escrito de fiador pa ser cobrado pa tais serviso.

C. Faturamento Inicial: Exceto pa paciente izento de ason rekolha conforme expesifikado acima, kel Hospital ta fornese um konta inicial pa kel paciente/fiador ou um terceiro expesifikado. A parte de konta pa a qual kel paciente/fiador é responsável e pa ke kel paciente/fiador pode ser cobrado exclui esse montante coberto a Health Safety Net e a porson superior a contribuison de médiko difikuldade, conforme aplikável.

D. Acompanhamento de Rekolha: Hospital usa ajências externas pa executa actividades de rekolha de contas paga bo mesmo e ditém kalker tal Ajénsia pa as norma especificado nas política de serviso financeiro de paciente de Hospital na prátika de rekolha na vigor de vez na kando, ke ta sta ser consistente ke esta política de rekolha e krédito. Tudo contas paga bo mesmo ta sta sujeito a atividade de rekolha contínua e ta resebe um mínimo de três ason de rekolha. Ason de rekolha pa Hospital ou se agente disignado pode inklui, mas ka sta restritas a, kel seguinte:

1. Conta inicial
2. Instruson (enviado na 30 dias após a determinason de um self paga pasivo)
3. Carta de acompanhamento (enviada via korreio de primeira classe ou korreio certeficado)
4. Chamada telefónika
5. Reunião ku fiador ou otro parte responsável

E. Korreio Devolvido: Kontas pa kes kuais é resebido korreio retornado ta sta investigado pa localizar kel paciente e/ou fiador. xforso pa obten um endereso atual inklui, no mínimo:

1. Revista de tudo kes registros na quarto e nominason pa determina se um endereso mais atual sta documentado;
2. Entra em contato ku kalker konhecido parentes ou amigos; e
3. Revista de diretório de telefone atual.

Hospital pode envolver agências externas pa executa atividades de rastreamento skip adicionais. Documentason de kes exforso pa localiza kel responsável pa obrigason pode ser retido.

F. Falências: Após kel recebimento de notifikason legal de pasiente / falência de fiador, tudo kes atividade de recolha ta ser sezado e kel konta ta ben ser ajustado. Casos de falência ka ta sta elejível pa e ka ta sta enviado pa a Health Safety Net.

G. Determinason de mau dívida: Depos de exforso de recolha razoável ka conseguiam produzir kel pagamento de kes despesas na conta, kel saldo de konta pode ser klasifikado como mau dívidal, na konformidade ke ess política de crédito e kobransa e kalker otros política de departamento financeiro aplikável (ke deve ka ser inconsistente ke esta política de recolha e crédito).

Kondison pa determinason demau dívida imediata: Kando as informason sta obtidas pa disignar um konta ke insolvência a kalker momento durante kel processo de acompanhamento de recolha, a konta pode ser imediatamente considirada ke insolvência sem kalker otro ason de recolha. Incluído ness kategoria sta kes seguintes:

1. Tentativa frustrada de identifica causa de falha de entrega de korreio ke é retornado ke ka entregue. Não entregues ou kontas "endereso incorreto" sta categorizado pa acompanhamento pa pessoal de korreio na ekipe de serviso financeiro de pasiente e pesquisado pa contato/endereso correto antes de koloka a konta na um stado de insolvência. Atividades de acompanhamento sta documentado.
2. Tentativa sem sucesso de identificar um número de telefone de trabalho depos telefone de pasiente / fiador foi desconectado.
3. Notifikason escrita ou falado de pasiente / falta de vontade de fiador ou rekuza a paga.
4. Recebimento de notifikason oficial de um kumpanhia de seguro ke kes benefisio foram pagos pa kel Assinante, e pa menos um tentativa foi feito pa entrar na contato ke kel pasiente/fiador após a notifikason de seguradora.

H. Serviso de Faturamento de emergjéncia de mau dívida pa Health Safety Net: Além de segui as prática de recolha, discritas acima, kel Hospital ta enviar um carta certifikadopa kalker pasiente (exceto um pasiente pa kem avisos foram divolido ke "não entregues" ou "endereso incorreto") ke um saldo de mais de US \$1,000 na serviso de emergjéncia e afins antes de faturamento kel equilíbrio pa a Health Safety Net. O saldo de konta pode ser cobrado pa a Health Safety Net só depos permaneceu ka pago pa mais de 120 dias a contade data de aviso de kobransa inicial, e exforso razoável recolha durante esse período ta sta documentado de pasiente relatório financeiro.

pa serviso prestado a um pasiente sem seguro, pessoal de serviso financeiro de pasiente ta validar através de sistema MassHealth EVS e/ou kel Gateway Virtual ke kel pasiente é ou ka elijível pa ou ka apresentou um pedido pa kel MassHealth e ke kel pasiente ka é um pasiente de salario baixo.

I. Kritério de autorizason de mau dívida: Autorizason pa klasifikar kalker konta de mau duvida varia de akordo ke a quantidade de encargos na conta, ke segue:

1. Até \$5000: Supervisor, pagamento de serviso/Self-pagamentode cliente
2. Até \$10,000: Gerente, pagamento de serviso/Self-pagamentode cliente
3. Até \$50,000: Diretor, pasiente serviso financeiro
4. \$50,000 ou mais: Diretor financeiro

J. Exforso de rekolha extraordinário ku execuson Legal: Na jeral, hospital ka ta assumi "ason de rekolha extraordinário". Kel rekolha extraordinário de ason ta inklui venda de dívida pa otro provedor, relata informason adverso sobre um indivíduo pa um ajénsia de relata crédito de konsumidor ou departamento de crédito, adia ou nega ou ke ta ezije um pagamento antes de fornese, kuidado médiko nesésario por kausa de falta de pagamento de um indivíduo de um ou mais fatura pa kuidado anteriormente fornese sob política de asisténsia finansero de Hospital, ta koloka um causon na ou exekuta hipoteca na residêcia pessoal de indivíduo ou propriedade de veíkulo a motor, enfeita salários, e/ou apresentason de um ason civil. Kalker dicison de executa kalker ason de rekolha extraordinário ta ezije voto de konselho de fiduciários. Hospital e ses agentes tava ser nesésario demonstra pa konselho de fiduciários ke exforsos razoável foi feito pa determina a elejibilidade de pasiente pa tem asisténsia pa abrigo de bo política de asisténsia finansero antes de rekomendada ason extraordinário de rekolha. Kel rekolha extraordinário de ason ka poderia ser iniciado até ke pa menos 120 dias de kel data kel Hospital fornese kel primeira deklarason de faturamento pós-alta pa kel cuidado e ezijiria dimonstrason de notifikason pa escrito pa pasiente de disponibilidade de pa menos 30 dias antes de execuson de asisténsia finansero. Kel notifikason por escrito tava ser presizo indicar tanben a atividade extraordinário rekolha ke hospital propor-se-ia inisia, bem ke um data de início de atividade. No kaso de ason executado rekolha extraordinário, kel Hospital iria suspindir tudo as ason na kaso de um pedido de asisténsia finansero é resebido pa permitir um período de revista ka deve excedir 30 dias.

Antes buscando execuson legal, kel Hospital e bo agentes deve envidar exforso razoável pa determina a elejibilidade de pasiente pa tem asisténsia pa abrigo de bo política de asisténsia finansero. Exforso razoável inklui a notifikason escrita de disponibilidade de asisténsia finansero ke inklui um prazo após kel qual tal execuson legal pode ser iniciada. Referido prazo pode ser ka anterior de 30 dias a partir de notifikason.

Execuson legal ka pode ser iniciada até ke pa menos 120 dias a contade data kel Hospital fornese kel primeira deklarason de faturamento pós-alta pa kel cuidado.

K. Documentason: Hospital ta documenta atividade envolvido na klasifikason e emissão de relatório de um konta ke kes dívida inkobrável. Hospital ta mante um sistema de "sem papel" pa a pode geri kontas tanto atendimento hospitalar komo ambulatorial, documentason de atividade pa kess serviso pode ser mantido na sistema de komputador de Hospital notas sima na papel.

L. Asidente de Veículo: Hospital ta apresenta um pedido de serviso elejível pa pasiente de baixo salario ferido na um asidente de automóvel, apenas se (1), ke investigou se kel pasiente, motorista, e/ou proprietário de veículo a motor tinha um política de responsabilidade de veículo a motor; (2) tem feito tudo kes exforso pa tem as informason de pagamento de terseiros de pasiente; (3) manteve evidência de kes exforso, inkluido documentason de telefone e kartas pa pasiente; e (2) se for kel caso, dividamente apresenta um pedido de pagamento pa seguradora de responsabilidade de veículo de motor. Pa asidente ke veículos e tudo otros rekuperason na reivindikason anunciado anteriormente pa Health Safety Net, kel Hospital ta relata kalker rekuperason pa Health Safety Net. Rekuperason pode ser dislokado Kontra kel pedido de serviso elejível.

IX. Direito e Responsabilidade de Pasiente

A. Hospital deve akonselha pasiente kel direito di:

1. Solicita MassHealth, Commonwealth Care, determinason de baixo salario de pasiente e Difikuldade Médikale; e
2. Um plano de pagamento, konforme diskrito na kes crédito e política de rekolha e regulamento aplikável, se kel pasiente sta determinado a ser um pasiente de salario baixo ou se kualifika pa Difikuldade Médikal.

B. Um pasiente ke recebe serviso elejível deve:

1. Fornese tudo documentason ezijido;
2. Informa MassHealth de kalker alterason na salario de família ou stado de seguro, inkluido mas ka limitado à salario, heransa, presentes e distribuison de konfiansas, a disponibilidade de seguro de saúde e de responsabilidade de terseiros. Kel pasiente pode, na alternativa, fornese kel aviso hospital; e
3. Akompanha kel pasiente dedutível e fornese documentason pa kel Hospital ke kel franquia foi alkansado kando mais de um membro de família sta determinado a ser um pasiente de salario baixo ou se kel pasiente ou familiares ta resebe serviso elejível de mais de um fornecedor; e

4. Informa sekson de kuido de saúde, finansas e política ou MassHealth kando kel pasiente sta envolvido na um asidente, ou sofre de um doensa, pankada ou otro perda ke tem ou pode rezulta na um reivindikason de seguro ou ason judicial. Kel pasiente deve:

a. Faze um pedido de indemnizason;

b. Konkorda na cumpri tudo kes ezijências de ch M.G.L. 118G, inkluido mas ka limitado a:

(1) junta pa Divizão direito pa recupera um montante igual pa pagamento de Health Safety Net, forma kes prosedimento de kalker pedido ou otro processo kontra terseiros;

(2) fornese informason sobre a reclamason ou kalker otro processo e koopera plenamente ke Divizão ou se contratante, a menos ke Divizão ta determina ke cooperason ka tava ba estóde na melhor interesse de, ou tava rezulta na danos graves ou difisiência emocional, pa kel pasiente;

(3) notifika a sekson ou kel MassHealth pa escrito na prazo de 10 dias de apresentason de kalker reclamason, ason judicial ou otro processo; e

(4) repagamento pa Health Safety Net de dinheiro resebido de terseiros pa tudo kes serviso de Health Safety Net elejível fornecido na ou após data de asidente ou otro insidente depos de torna num pasiente de salario baixo pa fins de pagamento de Health Safety Net a reembolsar, apenas pagamento de Health Safety Net fornecido na consequência de asidente ou otro incidinte ta pode ser reembolsado.

c. Divizão ta recupera só somas diretamente de pasiente, na medida ke kel pasiente já resebe pagamento de terseiros pa kes kuido médico pago pa Health Safety Net a saúde ou pa a extensão especificado na 101 CMR 613.06(5).