

# HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

<b>Titel: Rechnungs- und Inkassorichtlinien</b>	<b>Kapitel: Steuern</b>
<b>Autor:</b> Direktor für Rechnungsstellung und VP/CFO	<b>Interessengruppen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alle Mitarbeiter</li></ul>
<b>Erstellungsdatum:</b> 11/19 <b>Überprüfungsdatum:</b> <b>Datum der Überprüfung (T):</b>	<b>7 Seiten</b>
<b>Literatur:</b> Bundes- und Landesgesetze, Vorschriften, Leitlinien und Richtlinien	<b>Unterschrift Geschäftsführer:</b> Vizepräsident, CFO

## ZWECK

Die HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) stellt sicher, dass genaue, konsistente und rechtzeitige Inkassoverfahren eingehalten werden und hält sich an Bundes- und Landesvorschriften, einschließlich, aber nicht beschränkt auf das Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA), das Debt Collection Practices Act, das Fair Credit Billing Act, die Centers for Medicare and Medicaid (CMS) Bad Debt Requirements und Section 501(r) der Bundessteuerbehörde der USA

Diese Richtlinie enthält allgemeine Leitlinien für den Erwerb und die Überprüfung von Informationen, die Einziehung von Zahlungen von Drittversicherungsgesellschaften, Patienten, deren Bürgen und anderen finanziell verantwortlichen Parteien für die Zahlung von Gesundheitsleistungen. Die Richtlinie gilt für Dienstleistungen, die vom Krankenhaus erbracht und abgerechnet werden, mit Ausnahme derjenigen Dienstleistungen, die von den in Anhang A aufgeführten Unternehmen erbracht und abgerechnet werden, auch wenn diese Dienstleistungen möglicherweise im Krankenhaus erbracht wurden.

Die Leitprinzipien dieser Richtlinie sind die würdige Behandlung aller Patienten und die Sicherstellung allgemein gültiger angemessener Rechnungs- und Inkassoverfahren sowie die Gewährleistung angemessener Anstrengungen zur Untersuchung des Anspruchs einer Person auf Vergünstigungen bei den Kosten der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen im Rahmen der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung.

## VERFAHREN

### SAMMLUNG UND ÜBERPRÜFUNG VON PATIENTENDATEN

Es liegt in der Verantwortung des Patienten, dem Krankenhaus vollständige und zeitnahe Versicherungs- und demographische Daten zur Verfügung zu stellen. Voraufnahme, Aufnahme oder Registrierung erfolgen irgendwann im Patientenaufnahmezyklus. Die Aktivierung des Patientenkontos umfasst: Überprüfung der demographischen Daten, der Bürgen- und Versicherungsdaten, Kopieren von Karten, Einholen von Genehmigungen und Unterschriften. Die Überprüfung des Versicherungsstatus und der Leistungen erfolgt, sobald vollständige Versicherungsinformationen über das System Health Change (Assistenzsystem) verfügbar sind. Eine gründlichere Überprüfung erfolgt kurz darauf durch den Zugang zur Online-Versicherung oder durch eine telefonische Anfrage.

Die Anforderung nach vollständigen Informationen berücksichtigt den gesundheitlichen Zustand des Patienten, wobei die unmittelbare Genesung des Patienten Vorrang hat.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme kann der Patient bzw. die Familie an den Vertreter des Patientendienstes (PSR) verwiesen werden, um die Krankenhaus-Richtlinien zu Zahlungsmodalitäten zu erläutern sowie über geschätzte Auslagen, Zahlungsoptionen und die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung zu informieren.

### **NOTFALL und DRINGENDE HOSPITALISIERUNGEN**

Alle Notfalldienstleistungen werden ohne Rücksicht auf die Zahlungsfähigkeit bereitgestellt. Unter keinen Umständen wird das Krankenhauspersonal versuchen, Versicherungsinformationen einzuholen, die Berechtigung zu überprüfen oder die Vorgehen für die Aufnahme von Dritten einzuholen. Erst nach der Bestätigung, dass der Patient untersucht wurde und die Genehmigung durch den aufnehmenden Anbieter vorliegt, kann der Patient kontaktiert werden, um Versicherungsdaten aufzunehmen sowie die finanzielle Verantwortung, die Zahlungsmöglichkeiten und die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu besprechen.

### **Nicht dringende PATIENTEN und PATIENTEN ohne Notfall**

Die Registrierung und Aufnahme von nicht dringenden Patienten bzw. Patienten ohne Notfall kann vor der Leistungserbringung oder zum Zeitpunkt der Aufnahme erfolgen. Bei rückkehrenden oder niedergelassenen Patienten werden die demographischen, Versicherungs- und Finanzinformationen bei Bedarf überprüft und aktualisiert, einschließlich gegebenenfalls der Überprüfung des Anspruchs auf Patientenversicherung mittels elektronischer oder telefonischer Verfahren. Die Patienten sind dafür verantwortlich, Versicherungs- und demographische Informationen mit der Registrierung zu aktualisieren.

### **BESTIMMUNG DER BERECHTIGUNG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

Vorbehaltlich der Bestimmungen, die in der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung der Carrier Clinic und hierin definiert sind, kann die Carrier Clinic finanzielle Unterstützung für Patienten bereitstellen, die nicht versichert, unterversichert und nicht für ein staatliches

Gesundheitsversorgungsprogramm in Frage kommen oder die nicht in der Lage sind, ihre Pflege zu bezahlen.

Eine Einzelperson kann durch Ausfüllen eines Papierexemplars des Antrages einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. Der Papierantrag steht über jede der folgenden Methoden kostenlos zur Verfügung:

- **Per Post:** Schreiben Sie an die folgende Adresse und fordern Sie eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung an: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, z.H.: Finanzdienstleistungen für Patienten
- **Persönlich:** Persönliches Erscheinen bei der Abteilung für Patientenfinanzierung. (Montag bis Freitag, 20:00 - 18:00 Uhr) unter der Adresse: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Per Telefon:** Die Abteilung für Finanzdienstleistungen für Patienten ist unter 908-281-1522 während der Öffnungszeiten von 8:00 - 16:30 Uhr erreichbar.
- **Website:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

Der ausgefüllte Antrag ist an die Abteilung für Finanzdienstleistungen für Patienten in der 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, mit den dazugehörigen Unterlagen zurückzusenden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- Aktuelle Bundessteuererklärungen für alle Haushaltmitglieder
- Drei Monate Kontoauszüge: Sparbuch, Girokonto und alle anderen Investitionen
- Einkommensquellen (die letzten beiden Lohnzettel, Schreiben zur Vergabe von Sozialversicherungseinkommen oder Bankeinlagen, Arbeitslosengeld)

Unvollständige Anträge werden nicht berücksichtigt, aber die Bewerber werden benachrichtigt und erhalten die Möglichkeit, fehlende Unterlagen einzureichen.

Eine Person hat 240 Tage ab dem Datum der ersten Rechnung nach der Entlastung Zeit, um einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

Alle Anträge unterliegen der Prüfung und Genehmigung durch den CFO. In der Regel haben berechtigte Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung, wenn das Haushaltseinkommen bei oder unter 100 % der Armutsrichtlinien der Bundesregierung liegt.

Wenn der Patient nicht genügend Informationen zur Verfügung stellt, um die Notlage der finanziellen Situation nachzuweisen, kann sich die Carrier Clinic auf externe Quellen und/oder andere Ressourcen zur Programmregistrierung stützen, um den Anspruch des Patienten zu prüfen, und zwar in folgenden Situationen:

- Der Patient ist obdachlos
- Der Patient hat Anspruch auf andere staatliche oder lokale Hilfsprogramme
- Der Patient ist berechtigt für Lebensmittelmarken oder ein subventioniertes Mittagessensprogramm
- Der Patient hat Anspruch auf das staatlich finanzierte Programm für verschreibungspflichtige Medikamente
- Die gültige Adresse des Patienten gilt als einkommensschwacher oder subventionierter Wohnraum
- Der Patient erhält eine kostenlose Versorgung durch eine Gemeinschaftsklinik und wurde zur weiteren Behandlung an Carrier überwiesen
- Der Patient lebt in einem Internat

### **ANZAHLUNGEN**

Versicherungsselbstbeteiligungen, Zuzahlungen und Mitversicherungsbeträge können zum Zeitpunkt der Leistung beantragt werden. Für den Fall, dass der aktive Status der Versicherung nicht bestätigt oder die Genehmigung nicht eingeholt werden kann, kann der Patient um Anzahlungen gebeten werden.

Es können Vereinbarungen getroffen werden, um diese Anforderung zu umgehen, wenn alternative und akzeptable Zahlungsvereinbarungen getroffen werden und keine Historie von Forderungsausfällen vorhanden ist.

### **HAUSEIGENES INKASSO**

Wenn beim Aufenthalt des Patienten die Patientenhaftung zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht festgestellt wurde, kann der Patient oder Bürge kontaktiert und aufgefordert werden, Zwischenzahlungen zu leisten und/oder Zahlungsvereinbarungen zu treffen.

Patienten stehen Kundendienstmitarbeiter zur Verfügung, um Informationen bereitzustellen oder Fragen zu Versicherungsanspruch und -leistungen zu beantworten. Die Kontaktinformationen finden Sie im Patientenhandbuch und in den Krankenhäusern.

### **VERSICHERUNGSPRÜFUNG**

Das Krankenhauspersonal wird die Anspruchsberechtigung und die Leistungen vor der Aufnahme oder kurz nach der Aufnahme überprüfen, kann aber die Richtigkeit der vom Versicherungsträger erhaltenen Versicherungs- und Leistungsinformationen nicht garantieren.

### **AUTORISIERUNG**

Das Krankenhauspersonal holt die Genehmigung von zahlenden Drittparteien für die Erbringung bestimmter Versorgung in schriftlicher oder mündlicher Form ein, so dass die erbrachten Leistungen gemäß dem Gesundheitsplans des Patienten genehmigt werden. Die Autorisierung bestätigt weder die Berechtigung noch die Leistungen und garantiert auch nicht die Zahlung.

### **AUTORISIERUNGSVERWEIGERUNGEN**

Der Patient und/oder der Bürge werden benachrichtigt, sobald das Versicherungsunternehmen den weiteren Aufenthalt nicht mehr genehmigt. Der Patient/Bürge erhält eine Erklärung über das Beschwerdeverfahren einschließlich der externen Beschwerde, die den Patienten betreffen. Der Patient/Bürge wird aufgefordert, die finanzielle Verpflichtungen für nicht autorisierte Tage vollständig zu übernehmen und kann um Einzahlungen gebeten werden.

### **ZAHLUNGSMODALITÄTEN**

Wenn der Patient nicht in der Lage ist, bei Fälligkeit die volle Zahlung zu leisten, können Teilzahlungen gestattet werden. Der Nachweis der finanziellen Notlage eines Patienten kann verlangt werden, um akzeptable Zahlungsvereinbarungen entsprechend der Bedürfnissen des Patienten und des Krankenhauses festzulegen. Die finanziellen Kriterien für einen Anspruch werden mit jedem Patienten und/oder Bürgen besprochen, wenn finanzielle Schwierigkeiten vorliegen und ein solches Gespräch angemessen ist.

### **ZAHLUNGSMETHODEN**

Es werden folgende Zahlungsmethoden akzeptiert: Bargeld, Scheck, ~~und~~ Zahlungsanweisung, Visa, MasterCard, American Express und Discover Card.

### **NICHT AUSREICHENDE MITTEL (NAM)**

Für alle geplatzten Schecks wird eine Bearbeitungsgebühr von 25,00 USD auf Rechnung des Patienten erhoben.

### **RÜCKERSTATTUNGEN**

Alle Patientenrückerstattungen werden wöchentlich überprüft und zur Genehmigung an den PFS Director und/oder Office Manager und CFO weitergeleitet. Jede Überzahlung des Kontoguthabens wird auf den ausstehenden Saldo für den gleichen Patienten und den gleichen Bürgen angerechnet. Wenn keine offenen Forderungen bestehen, wird die Zahlung in Abstimmung mit allen Parteien, die bei der Bildung des Guthabens Zahlungen geleistet haben, zurückerstattet. Alle Patientenerstattungen werden auf die gleiche Weise wie die ursprüngliche Zahlung ausgestellt.

### **PATIENTENRECHNUNGEN UND RECHTZEITIGER EINZUG**

Die Carrier Clinic nutzt Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. für die Erfassung aller Patientenguthaben nach Versicherungsleistungen und nicht versicherten Personen. Der gesamte Abrechnungszyklus beträgt 120 Tage, bevor der Saldo an ein externes Inkassobüro übergeben wird.

Die ARS-Inkassoaktivitäten umfassen die folgenden Punkte:

- Fünf Telefonate (Tag 15; 40; 50; 75; 110), wenn eine gültige Telefonnummer vorhanden ist.
- Darüber hinaus werden vier Zahlungserinnerungen erstellt und an die für den Patienten hinterlegte Adresse geschickt
  - Für Patientensalden nach Versicherungszahlung werden zum folgenden Zeitpunkt nach dem Zahlungsdatum der Versicherung Rechnungen gestellt: am Tag 1; 30; 60; 90 (Schlussrechnung).

Die Rechnung enthält folgende Angaben:

- Patientename, demographische Daten, Adresse, Leistungsdatum oder -daten, Kontonummer, berechnete und gezahlte Beträge, Anpassungen und fällige Beträge
- ARS-Kontaktdaten
- Zusammenfassung in vereinfachter Sprache der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung der Carrier Clinic

Patienten mit Anfragen zu ihrem Kontostand können sich an die Kundendienstabteilung 800-888-1301 (Mo - Mi 8:00 - 19:00; Do - Fr 8:00 - 18:00) oder an die Finanzabteilung für Patienten (Patient Financial Services) 908-281-1554 wenden

Adresse für Zahlungen:  
HMH Carrier Clinic, Inc.  
ATT: Finanzen/AP  
Postfach 147  
Belle Mead, NJ 08502-0147

### **KLAGE IM FALLE EINER NICHTZAHLUNG**

Das Krankenhaus wird angemessene Anstrengungen unternehmen, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihrer finanziellen Verpflichtung nachzukommen, wie vorstehend im Abschnitt „Zahlungserinnerungen an Patienten und rechtzeitiger Einzug“ erwähnt, bevor ein Konto an die externe Inkassostelle weitergeleitet wird.

Arcadia wird über finanzielle Unterstützung und Zahlungsmöglichkeiten informieren. Patienten können auch über die Website <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/> auf die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung der HMH Carrier Clinic zugreifen oder sich über eine der folgenden Möglichkeiten an einen Rechnungsverantwortlichen wenden:

- **Per Post:** Schreiben Sie an die folgende Adresse und fordern Sie eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung an: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, z.H.: Finanzdienstleistungen für Patienten
- **Persönlich:** Verwaltungsgebäude (Abteilung für Finanzdienstleistungen für Patienten) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (Montag bis Freitag, 8:00 Uhr - 16:30 Uhr)
- **Per Telefon:** Die Abteilung für Finanzdienstleistungen für Patienten ist unter 908-281-1522 während der Öffnungszeiten von 8:00 Uhr - 16:30 Uhr erreichbar

Alle Salden, die nach Durchführung der Zahlungserinnerungen und/oder nach Gewährung der finanziellen Unterstützung noch geschuldet werden, führen zur Weiterleitung des Patientenkontos an das externe Inkassobüro.

### **VERWEISUNG AN EIN EXTERNES INKASSOBÜRO**

Der gesamte Abrechnungszyklus beträgt 120 Tage, bevor der Saldo, wie im Abschnitt definiert, dem Inkasso übergeben wird: PATIENTENRECHNUNGEN UND RECHTZEITIGER EINZUG.

Wenn die Zahlung nicht eingegangen ist, wird das Konto an eine Inkassostelle weitergeleitet.

Bemühungen von HMH Carrier Clinic, Arcadia Recovery Services und des Inkasso-Unternehmens umfassen keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen.