



Hospital para pacientes internados: facturación y cobro al paciente

Objetivo:

Es póliza de Aspire Health Partners, Inc. (AHP) establecer pautas para garantizar que el pago de las cuentas de los clientes se realice de manera consistente, y garantizar que todas las cuentas de los pacientes se cobren y se cancelen como deudas incobrables de acuerdo con las regulaciones de Medicare.

Alcance:

Esta póliza se aplica a la Oficina Comercial, las Cuentas de Pacientes y los miembros del equipo que realizan funciones de facturación y cobro, y también a todas las personas atendidas por todos los representantes de Aspire Health Partners, Inc. (AHP) en el hospital gestionado por AHP. El Equipo de Cuentas de Pacientes tendrá la responsabilidad principal de mantener la lista de deudas incobrables de Medicare, y hacer un esfuerzo razonable para cobrar esas deudas incobrables. Todas las cuentas se manejarán de manera idéntica. Cualquier variación se indicará específicamente en la descripción. Medicare y todos los demás seguros se manejarán de la misma manera a efectos de facturación.

Procedimiento:

PROCESO DE ADMISION

1. Una vez que se identifica el tipo de seguro al momento de la admisión, si este seguro es de atención administrada o comercial, se contactará al seguro para obtener la autorización.
2. Si el paciente tiene Medicaid, se debe realizar una Verificación de elegibilidad y colocarla en el expediente del paciente.
3. Se determinará el nivel de beneficios que están disponibles para el servicio contemplado. Si el paciente no tiene beneficios de salud mental o ha agotado sus beneficios, se considerará que el paciente paga por cuenta propia y se aplicará la póliza que corresponda (consulte pago por cuenta propia a continuación).
4. Si el paciente tiene un monto de deducible o coseguro que se aplicará por el servicio, solicitaremos el pago antes de que se presten los servicios, si es médica o clínicamente apropiado intentar hacerlo según el nivel de agudeza del paciente.
5. Si los Servicios parecen ser un beneficio no cubierto, se completará un Aviso anticipado al beneficiario.
6. Se copiarán todas las tarjetas de seguro (si están disponibles)

PROCESO DE FACTURACIÓN

1. Cuando el paciente haya sido dado de alta, el formulario de facturación completo se enviará a la compañía de seguros correspondiente, incluida la atención administrada de Medicare y Medicaid, para su procesamiento.
2. Si el transportista realiza un pago inferior al monto contractual/acordado, se determinará la naturaleza del pago corto.
 - a. Si ha habido un rechazo por falta de autorización, autorización de estadía continua o necesidad no médica, se implementará el proceso de apelación correspondiente.
 - b. Si el reclamo ha sido rechazado porque el plan de seguro del paciente no cubre el servicio en cuestión, la cuenta se transferirá al pago por cuenta propia (consulte pago por cuenta propia a continuación). Si el paciente tiene cobertura de Medicare como principal, el Aviso Anticipado al Beneficiario (AAB) debe haber sido firmado para que se le facture al paciente.
 - c. Si el paciente tiene otro plan de seguro o un plan secundario, se debe facturar a ese seguro para una determinación.
 - d. Si el reclamo no se paga o solo se paga parcialmente porque los beneficios se han agotado, la cuenta se transferirá a Pago por cuenta propia y se facturará al paciente el monto correspondiente si se ha firmado un Aviso Anticipado al Beneficiario (AAB) (consulte pago por cuenta propia a continuación). la compañía de seguros aplica deducibles/coseguro diferentes a los que nos habían aconsejado originalmente; se le facturarán al paciente estos montos menos cualquier pago realizado anteriormente. Luego, la cuenta se trasladará a la categoría de pago por cuenta propia (consulte PAGO POR PARTE PROPIA a continuación).
 - e. Mensualmente se envía al paciente/garante un estado de cuenta de los servicios hospitalarios. En los casos en que el cliente no tenga cobertura de seguro pago por cuenta propia) el estado de cuenta se envía después de la prestación de los servicios. En la mayoría de los casos los clientes tienen cobertura a través de una compañía de seguros. En este caso la declaración se envía después de que se hayan prestado los servicios y la reclamación haya sido presentada/adjudicada por la compañía de seguros.
 - f. Los estados de cuenta mensuales enviados incluyen información sobre la asistencia financiera disponible de AHP y el representante de cuenta asignado y el número de teléfono de contacto. AHP aceptará solicitudes de asistencia financiera por un mínimo de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

PROCESO DE COBRO

Una vez que se reciben todos los pagos y se ha determinado que el saldo de la cuenta es exacto en cuanto a la responsabilidad del paciente, comienza el proceso de cobro. Todos los pacientes que estén incluidos en el proceso pago por cuenta propia recibirán la misma cantidad de estados de cuenta, para cobrar el saldo pendiente. Este proceso incluirá un mínimo de tres (3) estados de cuenta y un esfuerzo de cobro de al menos 120 días después de que se envíe la primera factura al paciente que solicita el pago.

1. Si el paciente tenía Medicare y se verifica que está activo, la cuenta se cancela como deuda incobrable y no se envían cartas al paciente.
2. Se envía el primer extracto al paciente.
3. Se envía el segundo extracto al paciente.
4. Se envía el tercer extracto al paciente.
5. Se podrá realizar una llamada telefónica de seguimiento al paciente solicitando el pago de la cuenta.
6. Una vez que se envía el tercer estado de cuenta, se deben revisar las cuentas para asegurarse de que todos los estados de cuenta se hayan enviado por correo y que no se hayan recibido pagos adicionales. Si se realiza un pago, los esfuerzos de cobro del pago por cuenta propia comienzan nuevamente. Una vez que esto se verifique, la cuenta se cancelará como deuda incobrable.
7. Los esfuerzos de cobro se documentan en la cuenta del cliente en el sistema de facturación electrónica.
8. Es póliza de AHP no participar en acciones de cobro extraordinarias (ACE) contra un cliente para obtener el pago de la atención antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si el cliente es elegible para recibir asistencia según su póliza de asistencia financiera. Las ACE pueden incluir la entrega de cobros a una agencia de cobros externa después de 120 días o cuatro ciclos de estado de cuenta a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, lo que ocurra más tarde. Se proporcionará al cliente una notificación por escrito treinta días antes de cualquier ACE. Si la solicitud de asistencia financiera se recibe durante el período de solicitud de 240 días, se suspenderá cualquier ACE iniciada.
9. A los clientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera, no se les cobrará más por la atención médicamente necesaria, que los montos generalmente facturados (MGF) a los clientes asegurados. AHP utiliza el método prospectivo de pago por servicio de Medicare para determinar los AGB.