

RHS - GB - RC Patient Liability Assistance		rPolicies# 619
Riverside Health System (bao gồm System Wide (RHS), RBHC, RDHW, RMG, RPMC, RSMH, RWRH)		
Chương Nhóm: Governing Body (GB), Revenue Cycle - Customer Call Center	Nhóm Phân phối: All RHS Employees	
Người Phê Duyệt Chính Sách: AVP Revenue Cycle Patient Accounting	Người Chịu trách nhiệm về Chính sách: Thornton, Brandie	
Ngày Có Hiệu Lực: 04/08/2022		Trang 1 / 3

Mô Tả Sửa Đổi

04/29/2021 Các cập nhật được thực hiện do sự tham gia của nhà cung cấp

MỤC ĐÍCH:

Một chính sách thiết lập cho phép bệnh nhân trả góp trong một quãng thời gian được gia hạn.

CÁC ĐỊNH NGHĨA:

Không có

CHÍNH SÁCH:

Riverside Health System hiểu rằng các chi phí chăm sóc sức khỏe thường nằm ngoài dự tính, và các chi phí có thể vượt mức mà bệnh nhân có thể chi trả. Riverside Health System là tổ chức phi lợi nhuận, có sứ mệnh cung cấp dịch vụ chăm sóc vượt trội mà không đặt nặng vấn đề khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc lâm sàng khẩn cấp.

Các chính sách hỗ trợ nợ cho bệnh nhân của Riverside Health System bao gồm các điều sau: Riverside Medical Group, Riverside Regional Medical Center, Riverside Walter Reed, Riverside Shore Memorial, Doctors Hospital of Williamsburg, Riverside Behavioral Health, một bộ phận của Riverside Regional Medical Center, và tất cả các địa điểm hoạt động như một "bộ phận của" một trong các cơ sở chăm sóc cấp tính được liệt kê ở trên.

THỦ TỤC:

Các bệnh nhân không đạt được điều kiện để được Hỗ Trợ Tài Chính (RHS - RC - Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính) có điều kiện để thiết lập một Tài Khoản Trả Góp.

Nếu bệnh nhân có bảo hiểm chi trả, bảo hiểm đó sẽ được đệ trình nhân danh bệnh nhân. Sau khi xem xét quyết định các đệ trình yêu cầu bảo hiểm và/hoặc việc thiết lập nợ của bệnh nhân, các bệnh nhân sẽ nhận được thông báo hàng tháng yêu cầu chi trả tiền.

Bệnh nhân có thể liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng Thông Tin Thanh Toán Của Bệnh Nhân để sắp xếp đáp ứng các nghĩa vụ được thiết lập của bệnh nhân. Riverside cung cấp các kế hoạch chi trả linh hoạt với các khoản chi trả hàng tháng vô cùng tiện lợi. Các tùy chọn kế hoạch chi trả được liệt kê dưới đây:

- Kế hoạch chi trả không có lãi suất, lên đến mười hai (12) tháng Yêu cầu bệnh nhân phải thiết lập các đợt chi trả định kỳ tự động từ tài khoản tín dụng, tài khoản ghi nợ hoặc tài khoản tiền gửi cho mỗi hạn mức hệ thống. Tài khoản phải được thanh toán đầy đủ trong vòng 12 tháng. Khoản tiền chi trả hàng tháng tối thiểu là 25 \$. Xem bảng 1. Một kế hoạch chi trả kéo dài trên mười hai (12) tháng có tính lãi có thể do nhà cung cấp bên thứ ba quản lý. Việc này sẽ thiết lập một dòng tín dụng để chi trả cho các chi phí chăm sóc y tế. Một nhà bảo lãnh có thể kết hợp nhiều tài khoản trong một kế

hoạch chi trả. Số dư nợ tối thiểu phải lớn hơn 25 \$. Khoản tiền trả góp hàng tháng sẽ là 2,5% của số dư hoặc một số tiền tối thiểu là 25 \$, lấy số lớn hơn.

- Để ứng phó với Covid-19 Riverside sẽ tạm thời cho phép các gói thanh toán nội bộ lên đến 36 tháng. Khoản thanh toán hàng tháng tối thiểu là 25 \$. Quá trình này sẽ được xem xét sáu tháng một lần.
- Bắt đầu từ 06.01.2021 Riverside sẽ không còn gia hạn cho các gói thanh toán nội bộ do đại dịch.

Các Kế Hoạch Trả Góp Không Lãi Suất Trong 12 Tháng Thuộc Nội Bộ

Chậm Trả Góp Hàng Tháng

Trách nhiệm giám sát các khoản chậm trả góp trong nội bộ (từ 12 tháng trở xuống) sẽ được giám sát bởi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng Thông Tin Thanh Toán Của Bệnh Nhân. Bệnh nhân sẽ được lựa chọn chuyển từ trả góp 12 tháng không tính lãi sang kế hoạch thanh toán kéo dài. Các tài khoản trả góp không trả được nợ sẽ được gửi tới cho các bên thu nợ sau khi lỡ hẹn trả tiền 3 lần liên tiếp (chính sách 7.34 Các Điều Kiện Khoanh Nợ).

Các Tài Khoản Kết Hợp

Nếu một bệnh nhân đã được thiết lập cho một tài khoản trả góp và mong muốn kết hợp một tài khoản bệnh viện khác, số tiền trả góp hàng tháng sẽ được tính toán lại dựa trên tổng số tiền còn nợ. Bệnh nhân có thể lựa chọn kết hợp và trả toàn bộ tiền trong khoảng thời gian kế hoạch chi trả 12 tháng đầu tiên hoặc thiết lập một kế hoạch chi trả mới đối với số tiền được kết hợp. Chỉ có các tài khoản còn hoạt động mới có thể được kết hợp. Các tài khoản có nợ xấu sẽ không được xem xét kết hợp. Bệnh nhân không thể quyết định hủy bỏ kế hoạch chi trả 12 tháng và thiết lập kế hoạch chi trả kéo dài cho cùng một tài khoản. Các tài khoản trả góp hiện tại đang trong tình trạng tốt có thể được kết hợp với một tài khoản trả góp có lãi suất được gia hạn mới.

BẢNG 1

SẮP XẾP CHI TRẢ TỐI THIỂU

SỐ DƯ TÀI KHOẢN	# THÁNG	SỐ TIỀN CHI TRẢ
XX \$	Lên đến tối đa 12 tháng	XX \$ / 12, tối thiểu bằng 25 \$

Các Kế Hoạch Trả Góp Có Tính Lãi Kéo Dài

Những bệnh nhân không thể tắt toán tài khoản của họ, giờ đây sẽ được cung cấp các điều khoản sau thông qua nhà cung cấp với các gói trả góp có lãi suất. Xem bảng bên dưới.

13-24 Tháng	1,9% APR
25-30 Tháng	3,9% APR

Chậm Trả Góp Hàng Tháng

Các tài khoản trả góp không đúng hạn sẽ được gửi tới cho Riverside sau khi lỡ hẹn trả tiền 3 lần liên tiếp và bệnh nhân không hồi đáp khi nhà cung cấp liên hệ. **Nếu các trường hợp đặc biệt xảy ra**, nhà cung cấp có thể quyết định làm việc nhanh với bệnh nhân trước khi hoàn trả tài khoản về lại cho Riverside. Các tài khoản được hoàn trả vì không trả được nợ sẽ được gửi cho các bên thu nợ (chính sách # 7.37 Quy Trình Thu Nợ - Cấp Tính).

Các Tài Khoản Được Kết Hợp

Các tài khoản của bệnh nhân/người bảo lãnh có thể được gộp thành một kế hoạch trả góp có tính lãi. Các tài khoản này có hiệu lực tại các cơ sở. Sẽ có các tài khoản được kết hợp riêng lẻ nào đối với các cơ sở RMG và Chăm Sóc Cho Bệnh Nhân Cấp Tính.

Hỗ Trợ Nợ Cho Dịch Vụ Chăm Sóc Khi Có Thảm Hoạ

Nếu các hóa đơn y tế kết hợp trong khoảng thời gian mười hai tháng của bệnh nhân vượt quá 100% lương hàng năm, bệnh nhân sẽ được thông báo là không thể chi trả về mặt y tế và đủ điều kiện để tiếp nhận hỗ trợ từ thiện 100% số tiền bệnh nhân có nghĩa vụ chi trả, không tính đến thu nhập.

Các dịch vụ đủ điều kiện theo Chính Sách này:

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau đây đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính khi đáp ứng được các tiêu chí đủ điều kiện:

1. Các dịch vụ y tế khẩn cấp được cung cấp tại phòng cấp cứu.
2. Các dịch vụ đối với bệnh mà nếu không được chữa trị nhanh chóng, sẽ dẫn đến thay đổi có hại đối với tình trạng sức khỏe của một cá nhân.
3. Các dịch vụ cấp thiết được cung cấp trong các trường hợp đe dọa đến tính mạng trong bối cảnh không phải phòng cấp cứu; và
4. Các dịch vụ y tế cần thiết theo định nghĩa của Medicare (các dịch vụ hoặc vật tư phù hợp và cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương).
5. Bệnh nhân được chuyển từ một Phòng Khám Sức Khỏe Miễn Phí tới bệnh viện để chẩn đoán sẽ tự động được coi là đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ thiện nếu không được Medicare, Medicaid, hoặc các nguồn khác chi trả chi phí.

(CÁC) HỖ TRỢ CÔNG VIỆC:

Không có

THÔNG TIN LIÊN QUAN:

<i>Tham Khảo Nội Dung</i>	
<i>Các Chính Sách Liên Quan</i>	
<i>Các Mẫu Đơn Liên Quan</i>	

CÁC MỐC NGÀY CỦA CHÍNH SÁCH:

Ngày Xem Xét Cuối Cùng:	04/08/2022
Ngày Tạo:	08/01/2003