

오버레이크 메디칼 센터

절차 번호: 20245

사무용 (Rev 3)

부서: 환자 재정 서비스

자진 지불 차후 정책

자진 지불 수금 정책 및 절차

정책

오버레이크 병원 메디칼 센터(OHMC)와 오버레이크 의료 진료소(OMC)는 환자 어카운트의 자진 지불 부분을 수금하는 중요점을 인지하며 이는 본 병원의 건재한 재정 및 수익 싸이클의 중심입니다. 환자 개인 지불 케이스는 어카운트의 100% 지불 부담을 환자가 책임집니다.

OHMC 및 OMC 는 또한 환자가 의료 서비스를 받는데 재정적인 어려움이 따를 수 있음을 인지하며 재정 원조 프로그램을 비롯한 수금 정책과 절차 사실에 민감합니다. OHMC 및 OMC 는 "보증인" 청구 방식을 이용하며 이는 클레임에 대한 환자 채무를 단일 청구 명세서에 합하여 어카운트 잔액 지불 책임이 있는 개인에게 보냅니다. (예; 어카운트 보증인) . 이 구조는 단일 청구 사무 (SBO)라고 불리며 환자 채무에 관한 정책은 OHMC 및 OMC 어카운트 잔액에 적용됩니다.

절차

환자를 커버하는 보험사가 모든 클레임을 지불하거나 거부한 후, 환자 채무는 지불인의 송금 조언에 밝힌 바대로 청구 시스템 내 환자 책임(PR) 라인으로 옮겨집니다. 보험이 없는 환자 개인 지불 케이스는 요약/코드 부서가 어카운트를 최종화한 직후, 클레임의 총 잔액이 청구 시스템 내 PR 라인으로 옮겨집니다.

환자 잔액이 일단 환자 책임 라인으로 옮겨지고 관계된 모든 어카운트 보증인 잔액이 \$14.99 (최소 잔액 면제 기준액)을 초과할 경우, 시스템에서 출비 청구 시스템에 적절한 명세서 메시지를 내보냅니다. 명세서 메시지는 환자/보증인 청구서이며 지불해야 할 어카운트 잔액을 포함합니다. 환자/보증인이 전액을 지불하지 않거나 이외 다른 대책을 (이하 재정 원조 프로그램 내 제시된 바 대로) 세우지 않을 경우, 1 차 메시지를 내보내는 시스템의 30 일 이내에 2 차 명세서 메시지를 내보냅니다.

만일 환자/보증인이 전액을 지불하지 않거나 2 차 명세서 메시지 시스템의 30 일 이내에 OHMC 와 다른 대책을 세우지 않을 경우, 시스템은 3 차 메시지를 내보냅니다. 이 명세서 메시지에 환자가 계속 잔액을 지불하지 않거나 OHMC 와 다른 대책도 세우지 않아 외부 미수금처리 대행 회사에 의뢰한다는 경고를 보냅니다. 만일 환자가 3 차 명세서 메시지를 받은 후에도 30 일 이내에 전액을 지불하지 않거나 이외 다른 대책도 세우지 않을 경우, 시스템은 환자가 30 일 이내에 전액을 지불하지 않으면 외부 미수금처리 대행 회사에 넘어 간다는 4 차 명세서 메시지를 내보냅니다. 이 시점에 환자가 아무런 대책도 세우지 않으면 이 어카운트는 불량-채무로 간주되어 미수금처리 대행 회사에 넘어가게 됩니다.

보증인에게 전화를 하거나 전화를 받는 환자 어카운트 대표는 보증인을 위하여 다음의 재정 원조 도구를 이용하여 환자의 미불된 잔액을 해결하도록 도와 드립니다.

재정 원조 프로그램

OHMC 는 환자가 진료 서비스 비용을 지불해야 하는 재정적 부담을 처리하도록 도와 드리는 여러 프로그램을 제공합니다. 재무 담당 상담원들은 전체적인 환자 채무 잔액을 수금하도록 환자들에게 적용되는 프로그램을 이용하는 책임을 지고 있습니다. 비보상/자선 케어 케이스는 환자 잔액의 65%에서 100% 까지 면제될 수도 있습니다. OHMC 자선 케어 프로그램은 별도의 정책 및 절차 하에 개요되어 있습니다. 그 프로그램은 다음과 같습니다:

즉석 지불 할인 프로그램 이 프로그램은 보험이 커버하지 않는 의료상 필요한 서비스를 받을 시에 만 가능합니다 (이 프로그램은 또한 의료 보험이 있는 환자가 혜택 한도를 초과하여 보험이 커버되지 않을 경우에 적용되기도 합니다). 환자가 서비스를 받을 시, 추산 진료비의 50% 를 지불하고 잔액 50%를 퇴원 후 30 일 이내에 지불할 시, 전체 진료비의

30%를 할인받게 됩니다. 환자가 또한 서비스를 받을 시, 추산 진료비를 지불하지 않았을 경우에도 1 차 청구서를 받은 날짜로부터 30 일 이내에 전액을 지불할 경우, 전액의 30% 할인을 받게 됩니다.

장기간 지불 계획 프로그램 이 프로그램은 보험회사에서 청구액을 지불한 후, 환자 채무 부분에 대한 재정 원조를 제공해 주거나 혹은 보험 혜택이 없을 경우에 가능합니다. 환자 어카운트 대표가 환자와 함께 장기간 지불 계획을 세우도록 도와 드립니다. OHMC 의 지불 기간 구조는 다음과 같습니다:

<u>지불해야 할 금액</u>	<u>최장 지불 월 수</u>
\$75 미만	1
\$76 에서 \$250	3
\$251 에서 \$750	6
\$751 에서 \$1,500	12
\$1,501 에서 \$2,500	18
\$2,500 이상	25

지불 기간은 25 개월을 초과할 수 없습니다. 만일 환자가 이 기간 중 지불 능력이 없으면 지정된 기간 후 재평가하여 임시 지불 대책이 준비될 수도 있습니다. 임시 대책은 이 정책 내 성립된 바 대로 최소 기간 내이어야 하며 지불 계획이 성립된 시, 1 차 부과금을 지불해야 합니다.

환자 어카운트 대표는 장기간 지불 계획을 이용하도록 선택하는 환자와 통신하며 서면 동의를 보낼 준비가 되어 있습니다. 만일 환자가 지불금을 연체할 경우, 환자 어카운트 대표가 환자에게 그 이유를 묻고 지불금을 즉시 내도록 연락할 것입니다. 부과금을 지속적으로 지불하지 않을 경우, 이는 불량 채무로 간주되어 미수금처리 대행 회사에 넘어 가게 됩니다.

자선 케어/재정 원조 프로그램 이 프로그램은 보험회사에서 청구액을 지불한 후, 환자 클레임 채무 부분에 대한 재정 원조를 제공해 주거나 혹은 보험 혜택이 없을 경우에 가능합니다. 환자가 요청하거나 환자 어카운트 대표가 환자에게 자선 케어 신청서를 보내도록 제안할 수도 있습니다. 환자가 신청서를 작성하여 제출한 후 (지지 서류 동반), 환자 어카운트 대표는 신청서가 완벽히 작성되었는지 검토하고 자선 케어/재정 원조 정책에 개요된 바대로 환자의 수입을 계산합니다. 환자에게 자선 케어 신청서를 보내는 환자 어카운트 대표는 그 환자 어카운트를 청구 시스템에 보유할 의무가 있으며 그래서 OHMC 가 환자의 자선 케어 적격성을 계산하는 동안 환자가 계속 명세서 메시지를 받지 않도록 해 줍니다. 추가로, 신청서를 검토하는 환자 어카운트 대표는 자선케어 승인 또는 거부 여부(면제 금액을 포함)를 서면으로 환자에게 알려야 합니다. 환자 재무 서비스 관리부는 자선 케어 계산 조절 및 검토에 관여하며 자선 케어 퍼센테지는 OHMC 의 검사관이 추적합니다. 자선 케어 할인에 적격하지 않은 환자는 디렉터 세무부 싸이클에 시초 판결에 대하여 서면으로 항소 신청을 할 수 있습니다.

반송된 우편물 및 틀린 전화번호

보낸 우편물이 OHMC 에 반송되면 바른 주소를 찾으려 노력합니다. 첫 단계는 환자가 OHMC 시스템 내 다른 어카운트에 바른 주소가 있는가 점검하게 됩니다. 이 정보가 가능하지 않으면 환자가 제공한 모든 전화 번호로 연락을 취해 바른 주소를 요구하게 됩니다. 일단 바른 주소를 찾으면 환자 어카운트 대표와 환자 접근 서비스 조정인이 환자에게 속한 기존 모든 어카운트 내 청구 정보를 갱신합니다. 이러한 모든 방법으로도 수정된 정보를 구하지 못할 경우, 환자의 어카운트는 불량 채무로 간주되어 외부 기관으로 전해져서 처리하게 됩니다.

미수금처리 대행 회사에 의뢰 및 미수금처리 대행 회사 실적 감독

4 차의 청구서를 받고도 30 일 이내에 청구비를 전혀 지불하지 않은 어카운트는 자동적으로 미수금처리 대행 회사에 넘겨지게 되어 차후 처리가 시작됩니다. 미수금처리 대행 회사에 넘겨진 어카운트는 시스템 세팅에 기준하여 특정한 업무 열대로 진행됩니다. 디렉터 세무부 싸이클은 주당 업무 파일을 만들기 위하여 어카운트를 처리합니다. 미수금처리 대행 회사의 청산 비율은 월 주요 실적 제시 보고서에 수준 기표가 됩니다.