

ZWECK: Bereitstellung von Informationen über die Erhebung, Abrechnung und Einziehung von Patientenschulden gemäß dem California Health and Safety Code, dem Federal Patient Protection and Affordability Care Act sowie den Richtlinien und Praktiken der Scripps-Krankenhäuser (Scripps Memorial Hospital La Jolla, Scripps Memorial Hospital Encinitas, Scripps Green Hospital, Scripps Mercy Hospital, San Diego und Chula Vista) und der Scripps Medical Foundation.

I. RICHTLINIE

- A. Nach Erhalt der Patientenleistungen wird Scripps Health (Scripps) den Garantiegebern und den betreffenden Kostenträgern unverzüglich und korrekt Rechnung stellen. Unter der Schirmherrschaft des Affordable Care Act werden alle überfälligen Konten in Übereinstimmung mit der 501r-Endregel des IRS und des Finanzministeriums verwaltet.
- B. Abrechnung mit der Krankenversicherung
 1. Verantwortung des Patienten vor der Inanspruchnahme von Dienstleistungen:
 - a. Bereitstellung von Versicherungsleistungen und -schutz.
 - b. Holen Sie alle erforderlichen Überweisungen oder Genehmigungen ein.
 - c. Wenn Sie Fragen zur finanziellen Verantwortung oder zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich an ihre Versicherung.
 - d. Die Patienten werden darauf hingewiesen, dass alle Gelder, die sie direkt von Dritten erhalten, wie z. B. Vergleiche, Auszeichnungen oder Urteile, an das Krankenhaus gezahlt werden müssen.
 - e. Scripps hält sich an seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Kostenträgern. Die Patienten sind für die Inanspruchnahme der verfügbaren öffentlichen oder privaten Krankenversicherungsoptionen verantwortlich.
 2. Scripps-Verantwortung.
 - a. Scripps stellt die Rechnungen an die entsprechenden Kostenträger (auf der Grundlage der vom Patienten zur Verfügung gestellten oder verifizierten Informationen) zeitnah aus. Die Haftung des Patienten wird nicht weiterverfolgt, wenn die Ansprüche Dritter nicht innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der Leistung geklärt werden.
 - b. Nach der Bearbeitung der Ansprüche durch die Versicherungsgesellschaft stellt Scripps den Patienten umgehend die Beträge für die Krankenhaus- und Berufshaftpflichtversicherung in Rechnung, die auf ihren Versicherungsleistungen basieren und zum Zeitpunkt der Leistung nicht eingezogen wurden.
 - c. Scripps wird dem Patienten nicht mehr in Rechnung stellen, als er bei Zahlung des Anspruchs durch den Kostenträger geschuldet hätte, wenn der Kostenträger den Anspruch aufgrund eines Fehlers unsererseits ablehnt (oder nicht bearbeitet).
 - d. Um eine Forderung zu klären, die von einem Kostenträger aus Gründen, die sich dem Einfluss von Scripps entziehen, abgelehnt (oder nicht bearbeitet) wurde, werden die Mitarbeiter bei Bedarf mit dem

Kostenträger und dem Patienten Kontakt aufnehmen. Scripps kann dem Patienten die Kosten in Rechnung stellen oder andere Maßnahmen in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften und Industriestandards ergreifen, wie z. B. die Bereitstellung von Wohltätigkeits- oder Finanzunterstützung, wenn nach angemessenen Folgemaßnahmen keine Lösung erreicht werden kann.

- e. Bevor die Verbindlichkeiten des Patienten festgestellt werden, werden alle Anstrengungen unternommen, um den gesamten der Versicherung geschuldeten Betrag einzuziehen.

C. Patientenabrechnung: Die Patienten werden über ihre Verpflichtungen und die ihnen zur Verfügung stehenden Programme auf verschiedene Weise informiert, z. B.:

1. Vor der Erbringung von Dienstleistungen werden die Patienten über ihre voraussichtlichen Kosten informiert, soweit dies möglich und gesetzlich zulässig ist.
2. Die Patienten erhalten eine Dienstleistungsvereinbarung, in der ihre finanziellen Verpflichtungen und ihr Einverständnis zur Zusammenarbeit mit Scripps bei der Eintreibung ihrer Berufs- und Krankenhausschulden aufgeführt sind.
3. Informationen über das Programm zur Finanzunterstützung werden zum Zeitpunkt der Leistungserbringung und mit der Rechnung bereitgestellt.
4. Die Abrechnungen werden Folgendes enthalten:
 - a. Ein auffälliger Hinweis auf die Verfügbarkeit von Finanzunterstützung.
 - b. Daten des Krankenhauses und der beruflichen Tätigkeit(en).
 - c. Falls einem Versicherungsträger eine Rechnung gestellt wurde.
 - d. Adresse der Website, auf der die Richtlinie zur Finanzunterstützung, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache und ein Antrag abgerufen werden können.
 - e. Informationen zum Programm Finanzunterstützung. (Zusammenfassung in einfacher Sprache)
 - f. Benachrichtigung über das Hospital Bill Complaint-Programm
 - g. Benachrichtigung über sprachliche Unterstützung
 - h. Zu den Kontaktdaten des Scripps-Kundendienstes gehören eine Adresse und eine Telefonnummer, die Patienten anrufen können, wenn sie Fragen zu ihrer Rechnung haben oder Hilfe bei der Beantragung von Finanzunterstützung benötigen.
5. Fragen zur Rechnungsstellung werden von den Patienten umgehend telefonisch oder schriftlich beantwortet.
6. Bevor ein Garantiegeber ein Konto an ein Inkassobüro abgibt, kann er verlangen, dass der Kontostand überprüft und bestätigt wird, wenn er damit nicht einverstanden ist.
7. Alle Patienten können jederzeit einen detaillierten Kontoauszug anfordern.

D. Einziehung von Patientenverbindlichkeiten

1. Jeder Patient erhält bis zu 135 Tage nach dem Datum der Feststellung seiner Verpflichtung einen Satz von 4 Bescheinigungen.
2. Jedes Konto wird mindestens 180 Tage lang aufbewahrt, bevor es an einen Dritten zur Einziehung übergeben wird. Ausnahmen wären:

- a. Patienten, die nicht auffindbar sind oder die sich ausdrücklich weigern, die Verpflichtung zu erfüllen.
 - b. Konten, die für eine Finanzunterstützung geprüft werden.
 - c. Konten bis zur Klärung einer eingereichten Beschwerde.
3. Wenn ein Inkassobüro mit dem Konto eines Patienten beauftragt wird, wird der Patient darauf hingewiesen, dass alle damit verbundenen Gebühren, einschließlich Zinsen, in Rechnung gestellt werden.
 4. Wenn der Patient in gutem Glauben ein Bundes- oder Landesprogramm oder das Finanzunterstützungsprogramm des Krankenhauses beantragt, werden alle Inkassobemühungen eingestellt. Wenn der Patient den Aufforderungen im Zusammenhang mit diesen Programmen nicht nachkommt, werden die Einziehungsbemühungen wieder aufgenommen.
 5. Scripps oder ein Inkassobüro dürfen keine außerordentlichen Inkassotätigkeiten durchführen.
 6. Schriftliche Protokolle, die sowohl von den Mitarbeitern von Scripps als auch von externen Inkassounternehmen eingehalten werden, dienen als Grundlage für alle Inkassotätigkeiten. Auf der Grundlage dieser Verfahren und der einschlägigen Gesetze, wie z. B. der Federal Fair Debt and Collection Practices (Bundesgesetz über faire Forderungs- und Inkassopraktiken), der Rosenthal-Gesetzgebung der Bundesstaaten und der Gesetze zur Finanzunterstützung der Bundesstaaten, wird das Inkasso konsequent verfolgt.
 7. Patienten, die für eine teilweise Finanzunterstützung infrage kommen, haben Zugang zu erweiterten Zahlungsplänen, die keine Zinskosten beinhalten. Die Zahlungsbedingungen werden zwischen Scripps und dem Patienten ausgehandelt, sodass der Patient den ermäßigten Betrag im Laufe der Zeit bezahlen kann. Können sich die Parteien nicht einigen, wird Scripps einen angemessenen Zahlungsplan aufstellen.
 8. Je nach den Präferenzen von Scripps und/oder staatlichen oder bundesstaatlichen Gesetzen und Vorschriften können Konten bei einem Inkassobüro zurückgerufen und an Scripps zurückgegeben werden. Scripps kann sich dafür entscheiden, die Konten je nach Bedarf mit dem Garantiegeber oder einer dritten Partei zu bearbeiten.
 9. Nach der Dokumentation und der Ausschöpfung angemessener Bemühungen kommen Konten mit dem Status „Zurückgeschickte Post“ für eine Inkassoabtretung infrage. Dieses Konto wird zugunsten von Wohltätigkeitsorganisationen abgeschrieben, wenn die Adresse des Patienten trotz aller Bemühungen, den Garantiegeber ausfindig zu machen, weiterhin obdachlos ist.
 - a. Zu den Bemühungen, Kontaktinformationen von Patienten zu erhalten, können gehören:
 - i. Suche nach der Adresse des neuen Garantiegebers.
 - ii. Kontaktaufnahme mit dem Garantiegeber über eine sichere Kommunikation.

II. ANHANG

Glossar der Begriffe für Finanzdienstleistungen für Patienten

Wohltätigkeitspflege	Die Versorgung eines Patienten durch ein Krankenhaus, für die der Patient nicht bezahlen kann und für die ein Dritter nicht haftet, wird als kostenlose Versorgung bezeichnet.
Ermäßigter Betrag für die Finanzunterstützung	Dieser reduzierte Betrag entspricht dem in der Regel in Rechnung gestellten Betrag (AGB, nach der englischen Abkürzung) gemäß den Anforderungen des Internal Revenue Service (IRS, nach der englischen Abkürzung). Bei der Berechnung der AGB wendet Scripps die prospektive Methode an und rechnet vor, wie viel Medicare zahlen würde, einschließlich der Beträge, die von Medicare-Begünstigten geschuldet werden. Dieser Betrag stellt den Höchstbetrag dar, der von einem qualifizierten Patienten zu zahlen ist.
festgelegte Barzahlungspreis	Der festgelegte Barzahlungspreis ist der voraussichtliche Zahlungsbetrag nach Anwendung eines Rabatts auf die Gesamtkosten der Dienstleistungen. Dieser Betrag wird Patienten angeboten, die nicht versichert sind und nach der Richtlinie des Krankenhauses die Voraussetzungen für eine Ermäßigung erfüllen, aber nicht für eine Finanzunterstützung infrage kommen. Patienten, die für eine Finanzunterstützung infrage kommen, müssen nicht mehr als den ermäßigten Betrag für die Finanzunterstützung zahlen.
Außergewöhnliche Sammelaktivitäten	Als außerordentliche Inkassotätigkeiten gelten Tätigkeiten, die den Verkauf der Schulden einer Person an einen Dritten, die Meldung negativer Informationen über die Person an Verbraucherkreditauskunfteien oder die Forderung nach rechtlichen oder gerichtlichen Schritten beinhalten.
Familieneinkommen	Wird anhand der letzten Gehaltsabrechnungen und Steuererklärungen ermittelt.
Bundesarmutsgrenze	Um die finanzielle Berechtigung zur Teilnahme an verschiedenen Programmen auf der Grundlage der Familiengröße in California zu bestimmen, wurden die neuesten Armutsrichtlinien in regelmäßigen Abständen vom US-Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) verabschiedet.
Finanziell qualifizierter Patient	Ein „finanziell qualifizierter Patient“ ist ein Patient, auf den beide der folgenden Punkte zutreffen: (1) Ein Patient, der ein Selbstzahler ist, wie in Unterabteilung (f) definiert, oder ein Patient mit hohen medizinischen Kosten, wie in Unterabteilung (g) definiert. (2) Ein Patient mit einem Familieneinkommen, das 400 Prozent der bundesstaatlichen Armutsgrenze nicht überschreitet.
Garantiegeber	In der Regel die Eltern oder der gesetzliche Vormund des Patienten; diese Person trägt die finanzielle Last für die medizinische Versorgung des Patienten.
Wohnungslosigkeit	Eine Person ist wohnungslos, wenn sie lebt: (Quelle: HUD-Regierungsstellen) 1. An einem Ort, der nicht für den Aufenthalt von Menschen bestimmt ist, wie zum Beispiel: Straßen, Autos, verlassene Gebäude, Parks; 2. In einer Notunterkunft; 3. in Übergangs- oder Unterstützungsunterkünften (für Menschen, die von der Straße oder aus einer Unterkunft kommen) und;

	<p>4. An einem der oben genannten Orte, aber kurzfristig in einem Krankenhaus/einer Einrichtung (30 Tage oder weniger)</p> <p>Oder wenn sie es sind:</p> <p>5. Innerhalb einer Woche aus einer Privatwohnung vertrieben.</p> <p>6. Entlassung innerhalb einer Woche aus einer Einrichtung, die keine Unterkunft als Teil der Entlassungsplanung vorsieht.</p> <p>7. Ein Opfer häuslicher Gewalt, das nicht über ein sicheres Lebensumfeld verfügt.</p> <p>8. Oder es wurde kein weiterer Wohnsitz gefunden und es gibt keine Ressourcen und Unterstützungsnetzwerke, um eine Wohnung zu finden.</p>
Familie der Patienten	<p>(1) Für Personen ab 18 Jahren, Ehegatten, Lebenspartner, unterhaltsberechtigter Kinder unter 21 Jahren, unabhängig davon, ob sie zu Hause wohnen oder nicht, und behinderte Kinder jeden Alters.</p> <p>(2) Für Personen unter 18 Jahren, Eltern, pflegende Angehörige und andere Kinder unter 21 Jahren der Eltern oder pflegenden Angehörigen.</p> <p>(3) Bei Patienten, die (1) unter 18 Jahre alt sind oder (2) zwischen 18 und 20 Jahre alt und unterhaltsberechtigter Kinder sind, umfasst die Familie des Patienten auch andere unterhaltsberechtigter Kinder der Eltern des Patienten oder der betreuenden Verwandten, wenn diese anderen Kinder behindert sind.</p>
Hohe medizinische Kosten für Patienten	<p>„Patient mit hohen medizinischen Kosten“ bedeutet eine Person, deren Familieneinkommen 400 Prozent der bundesstaatlichen Armutsgrenze, wie in Unterteilung (b) definiert, nicht überschreitet. Für diese Zwecke bedeutet „hohe medizinische Kosten“ eines der folgenden Elemente:</p> <p>(1) Jährliche Out-of-Pocket-Kosten, die der Person im Krankenhaus entstehen und die 10 Prozent des aktuellen Familieneinkommens oder des Familieneinkommens der letzten 12 Monate übersteigen, je nachdem, welcher Betrag niedriger ist.</p> <p>(2) Jährliche Auslagen, die 10 Prozent des Familieneinkommens des Patienten übersteigen, wenn der Patient einen Nachweis über die vom Patienten oder seiner Familie in den letzten 12 Monaten gezahlten medizinischen Ausgaben vorlegt.</p> <p>(3) Eine niedrigere Stufe wird vom Krankenhaus in Übereinstimmung mit den Richtlinien des Krankenhauses für karitative Leistungen festgelegt.</p>
Angemessene Anstrengungen	<p>Eine bestimmte Reihe von Maßnahmen, die eine Gesundheitseinrichtung ergreifen muss, um festzustellen, ob eine Person gemäß der Scripps-Richtlinie für finanzielle Unterstützung (FAP) für eine finanzielle Unterstützung infrage kommt. Im Allgemeinen kann ein Bemühen nach Treu und Glauben darin bestehen, Personen mündlich und schriftlich über die Richtlinien von Scripps, den FAP und das Bewerbungsverfahren zu informieren.</p>
Angemessener Zahlungsplan	<p>Bedeutet monatliche Zahlungen, die nicht mehr als 10 Prozent des Familieneinkommens eines Patienten für einen Monat betragen, ohne Abzüge für lebensnotwendige Ausgaben. „Lebensnotwendige Ausgaben“ sind für die Zwecke dieses Unterabschnitts die Ausgaben für eine der folgenden Leistungen: Miete oder Hausgeld und Instandhaltung, Lebensmittel und</p>

	Haushaltswaren, Versorgungsleistungen und Telefon, Kleidung, medizinische und zahnärztliche Leistungen, Versicherungen, Schul-oder Kinderbetreuung, Kinder-oder Ehegattenunterhalt, Verkehrsmittel und Kfz-Kosten, einschließlich Versicherung, Benzin und Reparaturen, Ratenzahlungen, Wäsche und Reinigung sowie sonstige außergewöhnliche Ausgaben.
Selbstzahler-Patient	Ein Patient, der folgende Kriterien erfüllt: <ul style="list-style-type: none">• Keine Haftpflichtversicherung• Keine Medi-Cal• Keine entschädigungspflichtige Verletzung im Sinne der Arbeitsunfallversicherung, der Kfz-Versicherung oder einer anderen, vom Krankenhaus festgelegten und dokumentierten Versicherung.
Gesamtkosten	Die Gesamtkosten sind die vollen, vom Krankenhaus festgelegten Sätze für die Patientenversorgung