



환자 신용 및 회수 정책	RC-002
Penn State Health Revenue Cycle	발효일: 2017/5/11

목적

규정 준수와 환자 만족도, 효율성을 증진하는 방식으로 청구, 회수 및 회복 기능을 수행하는 데 대한 명확하고 일관성 있는 지침을 제공하는 것. Penn State Health(PSH)는 청구 명세서와 서면 형식 전달, 전화 통화 방법을 이용해 환자/보증인에게 각자의 재정적 책임과 이용 가능한 재정 지원 옵션을 안내하고, 재정적 차원에서 치료 지속 기간 동안 투명성을 보장하면서 미납 계정과 관련해 환자/보증인과의 후속 조치를 위해 성실한 노력을 할 것입니다. 본 정책은 미국연방조세법(Internal Revenue Code) 제501(r)항에 명시되어 있는 요건을 준수합니다.

범위

등록 및 청구 담당 직원, 재정 상담 직원

정의

대행업체 의뢰: 악성 채권(Bad Debt) 상태의 계정에 대해서는 외부 회수 대행업체에 회수를 의뢰합니다. 계정이 악성 채권 상태인 경우, 1차 및 2차 회수 기관의 자금 회수 활동이 9개월간의 노력에도 실패할 때까지는 회수 불가능한 것으로 간주되지 않습니다.

청구 명세서 또는 명세서: 제공된 서비스에 대한 청구서. 이는 환자 계정으로 청구된 각 항목을 모두 열거한 활동 요약서 또는 상세 청구서가 될 수 있습니다.

서비스 이용 날짜(DOS):

- 입원 환자 DOS - 환자가 병원에서 퇴원한 날짜.
- 외래 환자/통원 DOS - 시술이 이루어진 날짜 또는 환자가 의료 치료를 받은 날짜.

진단 서비스 – 질병 또는 장애의 원인을 파악하기 위해 사용된 서비스 또는 시술. 진단 의료 치료에는 기존 문제를 관찰하거나, 새로운 증상을 확인하거나, 비정상적 테스트 결과를 사후 확인하는 방법으로 환자가 가진 문제를 치료하거나 진단하는 것이 포함됩니다. 의료 서비스 제공자는 진단 서비스를 통해 환자가 가진 질환의 중증도 또는 원인을 파악할 수 있습니다.

선택적 서비스 또는 시술 – 의료적으로 필요하지 않은 서비스 또는 시술을 말하며, 그 여부는 PSH 의료 담당자가 결정합니다.

응급 의료 질환 – 충분한 중증도(심한 통증 포함)의 급성 증상이 나타나는 의료 질환으로, 건강과 의학과 관련해 평균 수준의 지식을 보유한 신중한 일반인이 합리적으로 판단하기에 즉각적인 의료 조치를 취하지 않을 경우 자신의 건강(또는 임신한 여성의 경우 그 여성 본인이나 태아의 건강)이 심각한 위험에 빠지거나, 신체 기능에 심각한 장애를 초래하거나, 신체 기관 또는 부위에 심각한 기능 장애를 초래할 수 있다고 예상하는 경우를 말합니다.

응급 치료: 응급 의료 질환을 가진 환자에게 제공되는 치료를 말하며 추가적으로 다음과 같이 정의됩니다.

- 충분한 중증도(예: 심한 통증, 정신의학적 장애 및/또는 중독 물질 남용 증상 등)의 급성 증상이 나타나 합리적으로 판단했을 때 즉각적인 의료 조치가 없을 경우 다음 중 한 가지 결과로 이어질 것으로 예상되는 의료 질환을 말합니다.
 - 환자의 건강(또는 임신 여성의 경우 그 여성 또는 태아의 건강)이 심각한 위험에 빠질 수 있는 경우, 또는
 - 신체 기능에 심각한 장애를 초래할 수 있는 경우, 또는
 - 신체 기관 또는 부위의 심각한 기능 장애를 초래할 수 있는 경우.
 - 임신한 여성이 진통을 하는데 분만 전까지 다른 병원으로 안전하게 이송할 만한 적절한 시간이 없거나 이송할 경우 그 여성 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협을 초래할 수 있는 경우.

보증인: 환자의 병원비에 대해 재정적인 책임을 지고 있는 사람. 성인 또는 독립 미성년자가 환자인 경우 일반적으로 보증인은 본인입니다. 18세 미만의 아동청소년의 경우 보통 보증인으로 이름을 올리지 않습니다. 미성년자에게 제공된 서비스는 독립 미성년자인 경우를 제외하고 모두 그 대금을 양육권을 가진 부모 또는 법정 후견인에게 청구합니다.

의료적으로 필요한 치료: 제공자가 신중한 임상적 판단을 통해 질환, 부상, 질병 또는 그 증상의 예방, 평가, 진단 또는 치료를 목적으로 환자에게 제공하며 다음과 같은 조건을 충족하는 의료 서비스를 의미합니다.

- 일반적으로 허용되는 의료 행위 기준에 부합한다.
 - 이러한 목적에 따라, “일반적으로 허용되는 의료 행위 기준”이란 일반적으로 관련 의학 커뮤니티의 인정을 받은, 동료 심사를 통과한 의학 문헌으로 간행된 신뢰할 만한 과학적 증거에 근거한 기준이나, 또는 달리 임상적 판단과 연관된 정책 사안에 명시되어 있는 기준과 부합한 경우를 의미합니다.
- 환자의 질환, 부상 또는 질병의 유형, 빈도, 정도, 부위 및 지속 기간이라는 관점에서 임상적으로 적절하고 효과적으로 간주된다.
- 일차적으로 환자, 의사 또는 기타 의료 제공자를 위한 것이 아니고, 환자의 질환, 부상 또는 질병의 진단 또는 치료와 관련하여 최소한 이에 상응하는 치료 또는 진단 결과를 도출할 것으로 생각되는 대체 서비스 또는 일련의 서비스보다 더 많은 비용이 들지 않습니다.
- 연구 또는 실험적이라고 간주되는 서비스, 품목 또는 절차는 사례별로 검토합니다.

비보장 실험적 서비스 또는 시술 – 다음에 해당되는 것으로 정해진 서비스 또는 시술:

- 실험적/연구적 서비스 또는 시술 – 아직 일반 사용 승인을 받지 못했으나 안전과 효능과 관련해 임상 실험을 통해 연구가 진행 중인 의료 서비스, 시술 또는 의약품. 실험적/연구적 서비스, 시술 또는 의약품은 질병 또는 기타 질환의 진단, 또는 질병의 완치, 완화, 치료 또는 예방에 사용하는 것이 목적입니다.
 - PSH는 실험적/연구적 서비스 목적으로 치료 프로토콜을 개발하는 과정에서 의료적 필요성을 설명하기 위해 비용 부담자 커뮤니티와 함께 노력할 것입니다.
- 비보장 서비스 또는 시술 – 환자의 보험에서 보장 혜택 적용 대상이 아닌 의료 서비스 또는 시술.

환자의 책임: 재정적인 책임 당사자가(제3자 비용 부담자가 아닌) 해당 환자 또는 환자의 보증인인 경우의 납부 대상 금액.

- 치료의 지연 - PSH는 제공되는 치료에 대해 합당한 환자 책임을 설정하기를 반복적으로 거부하는 환자에 대해 비응급 서비스 또는 시술을 지연시킬 수 있습니다. 단, EMTALA 정책에 따라 제공되는 치료는 제외됩니다.

1차 또는 전문의 치료 서비스 – 비응급 또는 비긴급 의료 치료를 받기 위해 병원에 도착하거나 안정화 또는 응급 의료 상태에 이어 추가적인 치료를 받고자 하는 환자에게 제공되는 서비스 또는 시술. 1차 또는 전문의 예약 서비스는 사전에 예약한 1차 치료 서비스 또는 의료 시술을 말합니다.

긴급 치료: 생명/사지를 위협하지 않거나 영구적인 위해를 초래할 가능성이 낮지만 다음 상황을 피하기 위해 CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)의 정의에 따라 12시간 이내에 즉각적인 조치 및 치료를 요하는 의료적 상태에 있는 환자에게 제공되는 치료를 말합니다.

- 환자의 건강이 심각한 위험에 놓이는 상황, 또는 심각한 장애 또는 기능 장애가 발생하는 상황, 또는
- 본 문서의 정의에 따라 응급 서비스를 요하는 질환 또는 부상이 발생할 가능성이 있는 상황.

정책 및/또는 절차 안내문

PSH는 인종, 1차 언어, 성별, 나이, 종교, 교육 수준, 고용, 학생 신분, 성격, 관계, 보험사 보장 혜택, 지역 사회 내 지위, 또는 그 외 일체의 차별적 구별 요인과 관계없이 환자 계정에 대해 일관성 있는 납부를 추구할 것입니다.

모든 환자/보증인에게는 본인의 재정적 책임을 이해할 수 있도록 합당한 기간을 두고 안내를 제공할 것입니다. PSH는 비응급 상황에서 서비스를 이용하기 전에 환자/보증인에게 그 재정적 책임을 고지하고자 노력할 것입니다. PSH는 선택적 서비스를 이용하기 전에 재정적 의무를 이행할 수 없거나 이행할 의사가 없는 일체 환자에 대해 비응급 치료(PSH 의료 담당자가 결정하는 바에 따름)를 연기 또는 취소할 수 있습니다. 환자에게는 **재정 지원 정책(Financial Assistance Policy) PFS-051(HMC)/ADM-CRP-008(SJMC)**에 따라 재정 지원을 신청할 기회를 제공합니다.

재정적 의무의 이행은 예외 없는 재정적 연속성을 보장하는 데 필요한 모든 절차에서 협조하고 그러한 절차를 완료하는 것으로 정의되며, 여기에는 한정 없이 다음 사항이 포함됩니다.

- 보험 증빙
- 올바른 인적 정보
- 해당되는 본인 부담 경비(즉, 코페이, 공동 보험, 가입자 우선 부담금 및 비보장 금액)의 납부.
- 재정 상담 직원의 도움을 받아 제3자 보장 혜택 또는 재정 지원을 받는 것.
- 이전 PSH 의료 치료 서비스에 대해 미납 환자 잔액을 해결하는 것.

재정 의무 이행에 필요한 정보를 PSH에 제공하지 않을 경우 추가적인 잔액 회수를 위해 해당 개인의 계정이 외부 회수 대행업체로 전달될 수 있습니다.

보험 청구:

환자의 의료 보험 보장 혜택은 환자, 보험 제공사 및/또는 환자의 고용주 사이의 계약입니다. Penn State Health는 이러한 계약의 당사자가 아닙니다. 환자는 다음과 같은 책임을 집니다.

- 진찰을 받으려면 의뢰가 필요한지 여부를 알아야 합니다.
- 보험 제공사에 연락해 처방 받은 테스트가 본인의 의료 보험의 보장 대상에 해당되는지 여부를 확인해야 합니다.
- 보험 제공사에 연락해 보장 범위와 함께 코페이 또는 가입자 우선 부담금이 적용되는지 여부를 확인해야 합니다.
- 진찰을 받으러 갈 때 필요한 서류를 소지하고 가야 합니다.
- 불리한 결정에 이의 제기하려면 당사 사무소와 상의합니다.

치료 제공 후에는(환자/보증인이 제공 또는 검증한 정보 또는 다른 출처에서 나온 정보로 적절한 검증을 거친 정보를 바탕으로) 환자 제공 보험 또는 제3자 비용 부담자를 통해 환자의 청구 내역을 적시에 처리하기 위해 모든 합당한 노력을 기울일 것입니다.

- 유효한 청구가 PSH의 실수로 인해 비용 부담자에 의해 거부되는 경우(또는 처리되지 않는 경우), PSH는 비용 부담자가 청구액을 지급했다라면 환자가 납부했어야 할 금액을 초과해 환자에게 청구하지 않을 것입니다.
- 유효한 청구가 PSH의 통제 권한 밖의 요인으로 인해 비용 부담자에 의해 거부되는 경우(또는 처리되지 않는 경우), 청구가 원활하게 해결되도록 직원이 상황에 맞게 비용 부담자와 환자 간 사후 조치를 진행할 것입니다.
- 합당한 수준의 사후 조치 노력에도 불구하고 해결되지 않는 경우, PSH는 환자에게 대금을 청구하거나 비용 부담자 계약에 부합되는 기타 조치를 취할 것입니다.

환자 청구:

비용 부담자로부터의 보험금 청구 판결 이후 남아 있는 잔액은 혜택 설명서에 따라 환자(또는 보증인)에게 청구합니다.

제3자 또는 보험 비용 부담자가 없는 경우 환자에게 직접 청구합니다. 이러한 환자는 자가 납부 환자로 간주합니다. 유자격 개인에게는 응급 또는 의료적으로 필요한 치료에 한해 일반 청구 금액 이상으로 청구하지 않는다.

- 자가 납부 환자에게는 PSH의 재정 지원 정책과 관련한 정보가 제공됩니다. **재정 지원 정책(Financial Assistance Policy) - PFS-051(HMC)/ADM-CRP-008(SJMC)**을 참조하십시오.
- PSH는 모든 보증인/환자가 PSH로부터 제공 받은 서비스에 대한 대가를 납부하기 위해 선의를 가지고 합당한 범위 내에서 가능한 모든 노력을 기울일 것을 기대합니다.
- 또한, 보증인/환자에게는 PSH에 완전하고 정확한 인적 정보를 제공해야 할 책임이 있습니다. 그렇게 하지 않을 경우 특별한 회수 조치를 사용할 수 있습니다.

환자의 의무에 관한 지침은 아래에 나와 있습니다.

예정 의료 치료 서비스에 대한 환자의 재정적 책임(Patient Financial Responsibility for Scheduled Health Care Services):

- 예약 또는 등록 과정에서 환자가 의료 보험을 보유하고 있지 않거나 보장 혜택이 제한적인 것으로 판단되는 경우 그 계정에 대해 재정 상담 직원이 배정됩니다.
 - 재정 상담 직원은 요청에 따라 모든 환자에 대해 예상 가격 정보를 제공합니다.
 - 환자 본인이 예상 환자 부담 금액을 납부할 수 없다고 얘기하는 경우, 재정 상담 직원은 해당 환자/보증인에 대해 사전 심사를 실시해 정부 프로그램 또는 재정 지원 수혜 자격을 충족하는지 여부를 결정합니다.
 - 정부 프로그램 또는 재정 지원 수혜 자격을 충족하는 것으로 확인된 환자에게는 신청 방법에 대한 옵션을 제공합니다.
 - 신청서 작성에 필요한 필수 재정 정보를 PSH에 제공하는 것은 해당 개인의 책임입니다.
 - PSH에 재정 지원을 요청하는 환자는 반드시 본인의 납부 무능력 사실을 증명하는 데 필요한 모든 정보를 제공해야 합니다.
 - 환자가 자신의 납부 무능력 사실 또는 재정 지원 필요 사실을 증명하는 데 있어 협조적이지 않거나 필요한 정보를 제공하는 방법으로 PSH의 업무를 도울 수 없는 경우 그 환자에 대해 의료적으로 필요하지 않은 서비스는 연기 내지 취소될 수 있습니다.
 - 의료적 필요성 여부는 PSH 제공자 및 의료 담당자들이 결정합니다. “의료적으로 필요한 서비스”의 정의는 본 문서의 정의 섹션을 참조하십시오.
 - 재정 상담 직원은 제공자에게 연락해 해당 환자의 의료 질환 및 즉각적인 조치의 필요성과 관련한 추가 정보 제공을 요청하게 됩니다. PSH 의료 담당자의 판단에 따라 의료적으로 필요한 서비스로 간주되지 않는 서비스에 한해 연기 내지 취소됩니다. **재정적 위험 절차를 참고하십시오.**
 - 재정 상담 직원들이 재정적 의무를 충족시키기 위해 환자와 선행적으로 협력하는 동안 PSH는 계속해서 의료적으로 필요한 서비스를 제공할 것입니다.
 - 정부 프로그램이나 재정 지원 수혜 자격 요건을 충족하지 않는 사람의 경우 월단위 납부 플랜이라는 옵션이 제공됩니다.
 - 필요한 정보를 제공하지 않거나 월단위 납부 플랜을 설정하지 않을 경우 추가적인 잔액 회수를 위해 해당 개인의 계정이 외부 회수 대행업체로 전달될 수 있습니다.
 - 해외 주소지를 가진 환자 - 해외 보험을 소지한 환자로 비급성 시설에서 진찰을 받은 모든 환자에 대해서는 서비스 이용 시점에 잔액을 모두 회수한다는 것이 Penn State Health의 정책입니다. 급성 시설에서 환자 관리를 담당하고 있는 직원들은 제공된 모든 서비스에 대해 환자에게 대금을 청구할 수 있도록 모든 관련 정보를 수집해야 합니다.

서비스가 제공된 후, 보증인 잔액과 자가 납부 잔액을 보증인에게 청구합니다. 다음은 이러한 청구 명세서 절차에 대한 지침입니다.

청구 명세서

- 병원 및/또는 의사 서비스에 대한 명세서가 최소 4개의 점증적 30일 단위 청구 주기로 환자/보증인에게 발송됩니다.
- 환자/보증인은 누구나 언제든지 본인 계정에 대한 항목별 명세서를 요청할 수 있습니다.
- 환자가 본인 계정에 대해 이의를 제기하고 청구서와 관련한 서류를 요청하는 경우, 직원은 적시에 해당 환자/보증인에게 응답하고 회수를 위해 해당 계정을 의뢰하기 전에 최소 30일간 계정을 보류하게 됩니다.
- **Revenue Cycle** 담당자 또는 계약 외부업체가 회수를 하거나 재정 지원 기회를 위해 명세서 청구 주기 중에 환자/보증인에게(전화, 우편, 회수 서한 또는 이메일을 통해) 연락을 취하려고 시도할 수 있습니다. 회수 노력 내역은 청구 시스템 내 해당 환자 계정에 기록됩니다. 환자의 미납 잔액과 관련해 보증인/환자에게 연락을 취하기 위해 합당한 범위 내에서 모든 시도가 이루어질 것입니다.
- 최종 청구 명세서 메시지에는 편지 작성일로부터 30일 이내에 납부가 이루어지지 않을 경우 그 계정은 외부 회수 대행업체에 의뢰될 수 있다는 내용이 기재됩니다.
- 재정 지원과 관련해 **PSH 환자 재정 서비스(Patient Financial Services)**/벤더와 적극적으로 협력하는 환자 또는 보증인(그 여부는 **PSH**가 결정합니다)의 경우 그 계정이 회수 대행업체로 의뢰되지 않습니다.
- 환자/보증인은 계속해서 청구 명세서를 받으면서 동시에 **PSH 환자 재정 서비스/벤더**와 적극적으로 협력하고 재정 지원 신청 절차를 진행하게 됩니다.

환자/보증인에게는 **PSH**가 제공하는 서비스 대금을 납부하기 위해 선의를 가지고 합당한 노력을 기울일 책임이 있습니다. 정부 지원 신청을 원치 않거나, 재정 지원 수혜 자격을 충족하지 않거나, 소득 요건 한도를 초과하는 환자 중 서비스 대금 납부에 지원이 필요한 환자의 경우 납부 플랜을 요청할 수 있습니다. 다음은 납부 플랜 설정을 위한 지침입니다.

납부 플랜

- **PSH**는 환자/보증인이 청구 대금을 완납할 수 없고 재정 지원 수혜 자격 요건을 충족하지 않는 경우 납부 플랜 옵션을 제공하고 있습니다.
- 납부 플랜은 납부해야 하는 미납 금액을 기준으로 하며, **PSH** 경영진의 결정에 따라 합당한 기간 내에 완납할 것을 요청하게 됩니다(6-24개월). 납부 플랜 지침(Payment Plan Guidelines)을 참고하십시오.
- **PSH**와 정식 납부 플랜을 설정하지 않은 개인의 경우 추가 회수를 위해 외부 회수 대행업체 의뢰가 진행될 수 있습니다.
- 대금은 매달 정해진 기한 내에 납부해야 합니다.
- 환자/보증인이 합의한 월단위 납부금을 명세서 작성일로부터 30일 이내에 납부하지

않을 경우 연체 상태가 됩니다. 연체 계정에 대해서는 추가 회수를 위해 외부 회수 대행업체 의뢰가 진행될 수 있습니다.

- 납부를 하지 못할 것으로 예상되거나 가구 소득에 변동이 생긴 경우, 해당 환자/보증인은 재정 지원을 신청할 수 있습니다. **재정 지원 정책(Financial Assistance Policy) - PFS- 051(HMC)/ADM-CRP-008(SJMC)**를 참고하십시오.
- PSH는 환자 또는 보증인이 미납 금액을 납부하기 위해 합당한 노력을 보이지 않는 경우 잔액에 대해 추가적인 회수 조치를 취할 수 있습니다. 여기에는 위에 설명된 것처럼 재정 지원 절차 또는 납부 플랜 처리 절차를 완료하는 데 필요한 정보를 제공하지 않는 것을 한정 없이 포함합니다. 다음은 특별 회수 조치 절차에 대한 지침입니다.

특별 회수 조치

- **외부 회수 대행업체(External Collection Agencies)** - PSH는 환자가 재정 지원 수혜 자격을 충족하는지 여부를 결정하기 위해 합당한 노력을 기울이지 않은 상태에서 계정을 외부 회수 대상으로 배정하거나 특별 회수 조치를 취하지 않습니다.
 - PSH는 최초 청구 명세서 작성일로부터 최소 120일 경과 시점에 종료되는 고지 기간 중에 고지를 제공합니다.
 - 회수 대행업체에 넘어가면 계정 조정이 실시됩니다.
- **신용 보고(Credit Reporting)** - 외부 회수 대행업체들은 계정을 외부 신용 보고 기관에 보고할 수 있습니다. PSH와 외부 회수 대행업체는 모든 회수 활동에 걸쳐 공정 채권 추심 방식법(Fair Debt Collection Practices Act)과 연방거래위원회 전화 소비자 보호법(Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) 및 501(r) 규정을 준수합니다.
- **BGA(Bad Guarantor Address, 악성 보증인 주소)** - PSH는 배달 불가를 이유로 USPS(미국우정공사)에 의해 반송되는 모든 환자 명세서에 대응하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다. 가장 최근 인적 정보에 BGA 지정이 포함되어 있는 계정은 배정 전 최소 120일 동안 추가 사후 조치를 위해 악성 채권으로 외부 기관에 의뢰될 수 있습니다. 그러나 이러한 계정은 고지 요건이 충족될 때까지는 특별 회수 조치 대상이 되지 않습니다. 본 정책은 501(r) 규정을 준수하고자 합니다.
- **지방 치안판사 또는 변호사 배정** - 특정한 경우, PSH는 미납 잔금 한계치와 납부 능력 및/또는 보증인 또는 제3자 비용 부담자의 비납부 패턴에 따라 환자 미납금 회수를 위한 법적 조치를 개시할 수 있습니다.
 - 법적 조치 대상으로 판별된 계정의 경우 회수 기관에 인수하는 악성 채권 계정과는 별개로 식별되어야 합니다.
 - 법적 절차 대상으로 권장되는 계정에 대해서는 모두 30일 이내에 검토 및 평가를 실시합니다. 평가 기간 동안 해당 계정은 활성 A/R 상태가 유지됩니다. 일단 법적 기관 대상으로 승인이 되면 그 계정은 악성 채권으로 분류됩니다.
 - 판결/유치권 법원 고지를 받으면, 해당 고지에 기재된 바에 따라 해당 계정에 대한 적절한 조정과 기록이 이루어진 다음 고지를 접수 및 보관합니다.

- **의사/환자 관계 종료** – 환자가 치료비 납부를 연체하는 경우 PSH는 환자/의사 관계를 종료할 수 있습니다. 환자 치료를 종료하려면 의료 담당 디렉터(Medical Director), 관리자(Manager) 및 의사(Physician)가 모두 동의해야 하며, 종료 수준에도 합의해야 합니다. **환자 관계 종료 정책(Patient Dismissal Policy)(135-MGM)**을 참고하십시오.
 - 치료비 납부 연체에는 한정 없이 다음 사항이 포함됩니다.
 - 납부 능력이 있음에도 청구 대금을 납부하지 않거나 상당히 적게 납부하는 경우. 환자가 재정 지원을 확보할 수 있도록 지원하거나 가능한 경우 합당한 납부 플랜을 설정할 수 있도록 지원하기 위한 노력이 이루어져야 합니다. **재정 지원 정책(Financial Assistance Policy) - PFS-051(HMC)/ADM-CRP-008(SJMC)**을 참고하십시오.
 - 지원을 확보하는 데 있어 해당 제3자 비용 부담자 프로그램에 가입하는 데 있어 Revenue Cycle 담당자에 대한 협조를 거부하는 경우.
- **Medicare 비용 보고 상황 가능 악성 채권(Cost Report Reimbursable Bad Debt)** – Medicare 악성 채권과 관련해 CMS 규제 요건(CMS Regulatory Requirements)에 명시된 지침 및 규정을 준수합니다.

관련 문서 및 참고문헌

본 정책이 섹션 501(r)에 따른 연방 관보(Federal Register)에 명시된 지침 및 규정과 Medicare 악성 채권과 관련한 CMS 규제 규정(CMS Regulatory Requirements)에 부합되도록 하는 것이 PSH의 의도입니다.

재정 지원 정책(Financial Assistance Policy) - PFS-051(HMC)/ADM-CRP-008(SJMC)
 환자 관계 종료 정책(Patient Dismissal Policy)(135-MGM)
 재정 위험 절차(Financial Risk Procedure) 납부 플랜 지침(Payment Plan Guidelines)

승인

	이름	직함	날짜
허가:	Steve Massini	Chief Financial Officer	2017/5/11
결재:	Dan Angel	Senior Director Revenue Cycle Operations	2017/5/11

최초 등록 및 검토일

최초 등록일: 2008/1/1

검토 날짜: 2008/01/05, 2009/1/1, 2009/7/1, 2010/2, 2017/5

개정일: 2008/01/05, 2011/6/10 및 2016/07/01(대체 대상: 환자 책임액 회수 절차(Patient Responsibility Collection Process), 10/06)

2017년 Penn State Health 종합 정책으로 이전 – 다음 St. Joseph 정책은 Penn State Health 정책에 통합되었습니다.

- ADM-CRP-64 – 환자 신용 및 회수(Patient Credit and Collections)
 - 1-10 - 회수
 - 관리 #16 - 회수
- 1-3 – 환자 회수 악성 채권
- 1-4 악성 채권/자가 납부 정산
- 2-8 법적 계정 의뢰
- 3-2 판결/저당권
- St. Joseph 전문가 - 악성 채권 정책
- St. Joseph 전문가 – 외국 주소지를 가진 환자의 관리
- St. Joseph 전문가 – 수술 및 시술을 위한 재정 동의서(Financial Agreement for Surgeries and Procedures)
- CPMG – 자가 납부 회수

내용 검토 및 기고

Senior Director Revenue Cycle Operations