

<p>PAMAGAT: PATAKARAN AT PAMAMARAAN NG PROGRAMA SA LIBRENG PANGANGALAGA AT MAY DISKWENTONG BAYAD NG SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK</p>	<p>Departamento ng Mga Serbisyo sa Pananalapi ng Pasyente</p>
<p>Mga Tagasuri: Thomas Istvan, Tagapangasiwa Mga Serbisyo sa Pananalapi ng Pasyente Tim Arnold, Tagapangasiwa Accounting ng Pasyente Jenine Smith, Tagapamahala ng Mga Serbisyo sa Pananalapi ng Pasyente Henry Lifton, Deputy na Abugado ng Lungsod</p>	<p>Orihinal na Petsa: Disyembre 14, 2006 Mga petsa ng pagbago: Marso 8, 2007, Setyembre 12, 2007, Disyembre 14, 2007, Hunyo 22, 2008, Hunyo 1, 2009, Hulyo 15, 2009, Abril 1, 2011, Abril 1, 2012, Abril 1, 2014, Enero 1, 2015, Hulyo 15, 2016, Disyembre 1, 2017, Agosto 3, 2019, Enero 1, 2023, Enero 1, 2024, Mayo 22, 2024</p>

I. LAYUNIN

Layunin ng patakarang ito na ilarawan ang mga alituntunin sa pinansyal na tulong at pagiging kwalipikado sa Programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad para sa San Francisco Health Network (SFHN) alinsunod sa mga probisyon ng Panukalang-batas ng Asembleya (Assembly Bill, AB) AB774, AB1020, at AB532 at Panukalang-batas ng Senado (Senate Bill, SB) SB1276.

II. PATAKARAN

Patakarang ng SFHN na sumunod sa lahat ng regulasyon ng pederal, estado, at lokal na ibigay ang pinansyal na tulong mula sa Programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad sa mga kwalipikadong pasyenteng walang insurance at walang sapat na insurance na matutukoy na hindi kwalipikado para sa mga programa ng pederal/estado at county na may responsibilidad sa pagbabayad para sa mga natanggap na serbisyo. Kung may anumang regulasyon, sa kasalukuyan man o sa hinaharap, na sasalungat sa patakarang ito, ang regulasyon ang mangingibabaw sa patakarang.

III. SAKLAW

Sinasaklaw ng patakarang ito ang Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center (ZSFG), Mga Specialty na Outpatient na Klinika, Klinika ng Community Primary Care, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali, at ang Dibisyon ng Kalusugan ng Populasyon ng Departamento ng Pamublikong Kalusugan ng San Francisco (San Francisco Department of Public Health, SFDPH). Nalalapat ang patakarang ito sa mga serbisyong hindi kwalipikado para sa iba pang may diskwentong package o programa gaya ng package sa pagbubuntis ng ospital, package ng mga serbisyo sa pagpapalaglag, o iba pang package na programang ibinibigay sa mga pasyente sa isang pangkalahatang rate na may malalaking diskwento at mas mababa sa mga rate ng pamahalaan, at hindi napapatawan ng mga karagdagang diskwento. Isasaalang-alang ang lahat ng account na may pananagutan ng pasyente na may petsa ng serbisyo na sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng aplikasyon. Ang mga account na may petsa ng serbisyo na lampas sa 12 buwan bago ang petsa ng aplikasyon ay nakadepende sa pag-apruba ng departamento.

Hindi nalalapat ang patakarang ito sa bayad sa doktor para sa emergency, inpatient, radiology, at procedure room na sinisingil at sinasaklaw sa patakaran at pamamaraan ng UCSF Clinical Practice Group, Business Services/dba SFGH Medical Group. Ang isang pang-emergency na doktor, gaya ng inilalarawan sa Seksyon 127450 ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, na nagbibigay ng mga pang-emergency na medikal na serbisyo sa isang ospital na nagbibigay ng pang-emergency na pangangalaga ay inatasan din ng batas na magbigay ng diskwento sa mga pasyenteng walang insurance o may malalaking medikal na gastusin na nasa o wala pa sa 400% ng Antas ng Kahirapan ayon sa Pederal (Federal Poverty Level, FPL).

IV. KASAYSAYAN

- A. Mula pa noong Enero 1, 2007 para sa mga pasyente ng ZSFG, at Setyembre 17, 2007 para sa mga pasyente ng Community Primary Care (COPC), ginawa nang available ng SFHN ang Programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad para tulungan ang mga pasyenteng walang insurance o walang sapat na insurance na may limitadong kita na hanggang 350 porsyento ng Antas ng Kahirapan ayon sa Pederal (FPL) at na hindi kwalipikado para sa Programang Sliding Scale, mga programa ng pamahalaan, o iba pang tagapagbayad kasama ang pananagutan ng third party.

Mula pa noong Nobyembre 1, 2010, ginawa nang available ng SFHN ang Programa para sa Catastrophic na Malaking Medikal na Gastusin para tulungan ang mga pasyenteng walang insurance o walang sapat na insurance na hindi kwalipikado para sa Programang Sliding Scale, o Programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad na may medikal na gastusing lampas sa 120 porsyento ng taunang kita ng kanilang sambahayan, at hindi kwalipikado para sa Programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad, Programang Sliding Scale, mga programa ng pamahalaan, o iba pang tagapagbayad kasama ang mga bayad na puwede nilang matanggap dahil sa pananagutan ng third party.

- B. Simula noong Enero 1, 2015, inamyendahan ng ZSFG ang patakarang ito alinsunod sa batas SB1276 para isaad na:
1. Kasama sa pagpapakahulugan ng taong may malaking medikal na gastusin ang mga taong hindi nakakatanggap ng may diskwentong rate mula sa ospital dahil sa third-party na saklaw.
 2. Dapat makipagnegosasyon ang ospital sa pasyente kaugnay ng isang plano ng pagbabayad, nang isinasaalang-alang ang kita ng pamilya at mga kinakailangang gastusin sa pamumuhay ng pasyente.
 3. Tutukoy ang ospital ng makatuwirang formula sa pagbabayad kung saan hindi hihigit ang buwanang pagbabayad sa 10 porsyento ng kita ng pamilya ng pasyente, hindi kasama ang mga bawas para sa mga kinakailangang gastusin sa pamumuhay.
 4. Kung walang mapagkakasunduang plano ng pagbabayad ang ospital at ang pasyente, gagamitin ng ospital ang tinukoy na formula na magbawas ng 60% para sa mga kinakailangang gastusin sa pamumuhay sa gross na kita ng sambahayan ng pasyente, at pagkatapos ay kakalkulahin nito ang 10% ng natitirang kita para matukoy ang makatuwirang halaga ng bayad buwan-buwan. Nagbibigay ang ospital sa mga pasyente ng referral para sa

tulong sa Health Consumer Alliance sa (888) 804-3536 o The Health Consumer Center/Bay Area Legal Aid sa (855) 693-7285.

- C. Simula noong Agosto 3, 2019, inamyendahan ang patakarang ito alinsunod sa Resolution Blg. 19-8 ng Komisyon sa Kalusugan ng Lungsod at County ng San Francisco (Lungsod), na nagresulta sa mga sumusunod na pagbabago:
 - 1. Ginawang 500 porsyento ang nagkakwalipikang FPL ng Programa sa Libreng Pangangalaga.
 - 2. Binago ang nagkakwalipikang FPL ng Programa sa May Diskwentong Bayad para isama ang lahat ng antas ng FPL.
 - 3. Inalis ang mga nagkakwalipikang pamantayan para sa malaking medikal na gastusin.
 - 4. Inalis ang programa para sa Catastrophic na Malaking Medikal na Gastusin.
- D. Simula sa Enero 1, 2023, aamyendahan ang patakarang ito alinsunod sa AB1020: Utang sa Pangangalagang Pangkalusugan at Patas na Pagsingil at AB532: Mga Patakaran sa Patas na Pagsingil.
- E. Simula sa Mayo XX, 2024, isasama ng patakarang ito ang mga Specialty na outpatient na serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip at Disorder sa Paggamit ng Substance sa pamamagitan ng Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali.

V. MGA PAGPAPAKAHULUGAN

- A. **Tumutukoy ang allowance para sa pinansyal na kwalipikadong pasyente**, kapag pinag-uusapan ang mga serbisyong ibinibigay sa isang pinansyal na kwalipikadong pasyente, sa allowance na inilalapat pagkatapos ipataw ang mga singil ng ospital sa pasyente, dahil sa kawalan ng pinansyal na kakayahan ng pasyente na bayaran ang mga singil.
- B. **Tumutukoy ang Pinansyal na Tulong** sa libreng pangangalaga o may diskwentong bayad sa mga pinansyal na kwalipikadong pasyente.
- C. **Tumutukoy ang Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente** sa isang pasyenteng walang insurance o walang sapat na insurance na may pananagutan/responsibilidad sa pagbabayad na nakakatugon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado ng programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad.
- D. **Tumutukoy ang antas ng kahirapan ayon sa pederal (FPL)** sa sukatan ng kita na taun-taon inilalabas ng Federal Register ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng Estados Unidos sa ilalim ng awtoridad ng subsection (2) ng Seksyon 9902 ng Pamagat 42 ng Kodigo ng Estados Unidos. Batay ang FPL sa laki at kita ng pamilya ng isang pasyente, at ginagamit ito ng mga ospital para matukoy ang pagiging kwalipikado sa pinansyal na tulong.
- E. **Tumutukoy ang Ospital** sa ZSFG, Mga Specialty na Outpatient na Klinika, Klinika ng Community Primary Care, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, Dibisyon ng Kalusugan ng Populasyon ng SFDPH, at Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali.
- F. **Tumutukoy ang Pasyente** sa taong binigyan ng mga serbisyo o sa guarantor kung magkaiba sila.

- G. **Tumutukoy ang Guarantor** sa tao o entity na pinansyal na responsable para sa pagbabayad sa account ng isang pasyente.
- H. **Tumutukoy ang Pamilya ng Pasyente** sa sumusunod ayon sa edad ng pasyente:
 1. Para sa mga taong edad 18 pataas, asawa, domestic partner, gaya ng inilalarawan sa Seksyon 297 ng Kodigo ng Pamilya, at mga dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sila sa bahay o hindi.
 2. Para sa mga taong wala pang 18 taong gulang, magulang, tagapag-alagang kamag-anak, at iba pang anak na wala pang 21 taong gulang ng magulang o tagapag-alagang kamag-anak.
- I. **Tumutukoy ang self-pay** sa isang pasyenteng walang third-party na saklaw mula sa isang insurer ng kalusugan, plano ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medicaid, at na may pinsalang isang hindi pinsala nabibigyan ng bayad-pinsala para sa mga layunin ng bayad-pinsala sa mga manggagawa, insurance sa sasakyan, o iba pang insurance na matutukoy at maidodokumento ng ospital. Puwedeng kasama sa mga self-pay na pasyente ang mga pasyenteng may libreng pangangalaga.
- J. **Tumutukoy ang Walang Insurance** sa isang pasyenteng walang third-party na mapagkukunan ng pambayad ng kahit ilang porsyento lang ng mga medikal na gastusin ng pasyente, kasama ang, nang walang limitasyon, komersyal o iba pang pribadong insurance, programa ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan na sino-sponsor ng pamahalaan, o third-party na pananagutan, at kasama rito ang isang pasyenteng may mga benepisyo, mula sa lahat ng posibleng mapagkukunan ng pambayad, na nagamit na lahat bago siya ma-admit o bago maibigay ang isang serbisyo.
- K. **Tumutukoy ang walang sapat na insurance** sa isang pasyenteng may third-party na mapagkukunan ng pambayad ng ilang porsyento ng mga medikal na gastusin ng pasyente, kung saan inilalapat ang natitirang halaga sa responsibilidad/pananagutan ng pasyente. Hindi kasama rito ang mga pasyenteng sinasaklaw ng Medi-Cal/Medicaid.

VI. ABISO SA SAKLAW NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN AT PINANSYAL NA TULONG

- A. Ang patakaran ng ospital na magbigay ng pinansyal na tulong sa mga kwalipikadong self-pay na pasyente ay ibinibigay sa maraming paraan.
 - i. Malinaw na ipinapaskil ang mga abiso sa mga lokasyong madaling makita ng publiko sa emergency room at waiting room ng ZSFG, waiting room para sa agarang pangangalaga, outpatient na waiting room, pangunahing lobby ng ZSFG Hospital, at lobby ng Center ng Access sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali. Naka-post din ito sa website ng ospital sa <https://zuckerbergsanfranciscogeneral.org/> kung saan puwedeng i-download ang aplikasyon para sa programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad.
 - A. Biennial na ina-upload ang Mga Patakaran at Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong (Ingles), na nagsimula noong 01/01/2024, sa website ng Departamento ng Access at Impormasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Access and Information, HCAI) ng Programa sa Patas na Pagsingil ng Ospital ng HCAI sa

- (<https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-fair-pricing-policy-lookup/>).
- B. Awtorisado ang nagsusumite ng mga patakarang ito na isumite ang mga nasabing patakaran.
 - C. Ang mga isinumiteng patakaran ay mga totoo at tamang kopya ng mga patakaran ng ospital.
- ii. Magbibigay ng mga nakasulat na abiso sa panahon ng serbisyo sa Mga Tuntunin at Kundisyon ng Admission para sa mga episodic na admission, sa Gabay sa Pasyente ng ZSFG na ibibigay sa mga pasyenteng maa-admit bilang inpatient, sa Handbook ng Benepisyaryo ng Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali, at bilang handout sa pasyente sa mga outpatient na klinika, at isasaad ng mga ito ang sumusunod na impormasyon.
 - A. Internet address ng Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>) at pahayag na may mga organisasyong makakatulong sa pasyente na maunawaan ang proseso ng pagsingil at pagbabayad.
 - B. Impormasyon tungkol sa Covered California.
 - C. Impormasyon tungkol sa presumptive na pagiging kwalipikado sa Medi-Cal kung kalahok ang ospital sa programa sa presumptive na pagiging kwalipikado.
 - D. Internet address para sa listahan ng mga shoppable na serbisyo ng ospital, alinsunod sa iniaatas ng pederal na batas.
- B. Ang electronic na portal ng kalusugan ng MyChart ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa pinansyal na tulong, tool para sa paunang screening, at nagbibigay-daan sa mga pasyenteng ipadala ang isang mensahe sa portal sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pananalapi ng Pasyente para makahingi ng pinansyal na tulong.
 - C. Ang mga billing statement ng pasyente ay may kasamang impormasyon para sa:
 - i. Paghingi ng tulong sa pagsingil.
 - ii. Paghingi ng naka-itemize na bill.
 - iii. Paghingi ng tulong sa aplikasyon para sa pangangalagang pangkalusugan
 - iv. Paghingi ng pinansyal na tulong. May kasama ring aplikasyon para sa programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad ang pinal na billing statement ng pasyente.
 - v. Pakikipag-ugnayan sa Health Consumer Alliance
<https://healthconsumer.org/> (888) 804-3536, Bay Area Legal Aid
<https://baylegal.org/> (855) 693-7285
 - vi. Itatalaga ang mga hindi pa bayad na account sa Bureau of Delinquent Revenue (BDR) sa Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis.

VII. TULONG SA SAKLAW AT MGA PROGRAMA NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

- A. Kinokolekta ng Mga Eligibility Worker para sa Access ng Pasyente ang demograpiko, impormasyon ng pananalapi, at insurance ng mga pasyente para matukoy kung may insurance ang pasyente na makakasagot sa mga serbisyo, o kung siya ay walang insurance o walang sapat na insurance na may partial na saklaw lang. Ire-refer nila ang mga pasyenteng walang insurance o walang sapat na insurance para magpa-appointment sa Departamento ng Pagpapatala para sa Access ng Pasyente o sa pinansyal na tagapayo ng ZSFG o Mga Serbisyo sa

Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali (Behavioral Health Services, BHS) sa klinika kung saan nagbibigay ng mga serbisyo, kung available.

- B. Ang Mga Pinansyal na Tagapayo sa Access ng Pasyente ay nagbibigay sa mga pasyenteng walang insurance at walang sapat na insurance ng screening para sa saklaw sa pangangalagang pangkalusugan at tulong sa aplikasyon depende sa programa o package kung saan matutukoy na paunang kwalipikado ang pasyente.
- C. Puwedeng kasama sa mga programa at package ang mga sumusunod:
 - i. Programa ng Tulong sa Gamot para sa Mga May AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).
 - ii. Programa ng Paggamot sa Cancer sa Suso at Cervix (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
 - iii. California Children Services.
 - iv. Programa ng California para sa Bayad-pinsala sa Biktima.
 - v. Gateway sa Saklaw sa Kalusugan ng Kalusugan ng Bata at Pag-iwas sa Kapansanan.
 - vi. Covered California.
 - vii. Programang Bawat Babae Mahalaga, Pagtukoy ng Cancer sa Suso at Cervix.
 - viii. Programang Access sa Pagpapalano ng Pamilya, Pangangalaga, at Paggamot.
 - ix. Medi-Cal, na nagbibigay ng libre o murang insurance sa kalusugan sa mga kwalipikadong residente ng California na may limitadong kita.
 - x. Programa ng Medi-Cal para sa Presumptive na Pagiging Kwalipikado sa Ospital, na nagbibigay ng agarang access sa mga pansamantala at libheng serbisyo ng Medi-Cal habang nag-a-apply ang mga indibidwal para sa permanenteng Medi-Cal.
 - xi. Programang Healthy San Francisco.
 - xii. Package na Programa ng Obstetrician (OB) para sa pangangalaga sa pagbubuntis at panganganak sa ZSFG.
 - xiii. Programang Sliding Scale ng Departamento ng Pamublikong Kalusugan.
 - xiv. Medi-Cal na May Presumptive na Pagiging Kwalipikado para sa Mga Buntis.
 - xv. Pang-VIP na Package na Programa para sa pagwawakas ng pagbubuntis.
- D. Kapag natukoy ng isang Pinansyal na Tagapayo sa Access ng Pasyente na hindi kwalipikado ang isang pasyente para isang programa o package sa pangangalagang pangkalusugan na sasagot sa kanyang serbisyo, ire-refer niya ang pasyente sa Departamento para sa Pinansyal na Tulong sa Pasyente ng ZSFG o BHS para mag-apply sa mga programa ng pinansyal na tulong na puwedeng makabawas sa kanyang dapat bayaran mula sa sariling bulsa.

VIII. MGA PROGRAMA NG PINANSYAL NA TULONG

- A. May dalawang (2) available na programa ng pinansyal na tulong, ang Programa as Libheng Pangangalaga at ang Programa sa May Diskwentong Bayad.
- B. Magagawa ng mga pasyenteng mag-apply para sa Programa sa Libheng Pangangalaga at Programa sa May Diskwentong Bayad kung nakatanggap sila ng bill at nakipagtulungan sila sa pamamagitan ng paggamit sa lahat ng available na opsyon sa insurance, programa, at third-party na pananagutan para sagutin ang mga sinisingil na serbisyo. Ang pakikipagtulungan ng pasyente ay kinabibilangan ng, pero hindi limitado, sa mga sumusunod:

- i. Dapat makipag-ugnayan ang mga pasyente sa anumang komersyal na plano ng insurance o plano ng insurance na sino-sponsor ng employer para sa pagbabayad ng kanilang mga serbisyo, kasama ang mga apela.
 - ii. Dapat kunin ng mga pasyente ang anumang posibleng third-party na pananagutan, at claim sa bayad-pinsala sa manggagawa, at dapat silang mag-abiso para sa anumang pagbabayad ng settlement.
 - iii. Ang mga pasyenteng sasabihang mag-apply para sa isang programa ng pamahalaan o package ng ospital ay dapat magsumite ng nakumpletong aplikasyon na mayroon ng kinakailangang beripikasyon para makagawa ang entity na iyon ng pasya sa pagiging kwalipikado.
 - iv. Ang mga pasyenteng nakakatanggap ng tseke ng bayad mula mismo sa kanilang insurance para sa mga serbisyong ibinibigay ng San Francisco Health Network ay inataasang ibigay ang bayad na iyon nang buo sa Departamento ng Accounting ng Pasyente ng ZSFG o BHS, alinman doon ang naaangkop.
- C. Hindi puwedeng ilapat ang programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad sa mga serbisyong kwalipikado para sa mga may diskwentong package o programa gaya ng OB package sa pagbubuntis ng ospital, pang-VIP na package ng mga serbisyo sa pagpapalaglag, o iba pang package na programang ibinibigay sa mga pasyente sa isang pangkalahatang rate na may malalaking diskwento at mas mababa sa mga rate ng pamahalaan. Hindi napapatawan ng mga karagdagang diskwento ang mga ito.
- D. Ang programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad sa iisang aplikasyon pero nang may magkakaibang kinakailangan sa pagiging kwalipikado na inilalarawan sa mga sumusunod na seksyon. Dapat magbigay ang mga pasyente ng nakumpletong aplikasyon, at dapat nilang ibigay ang lahat ng kinakailangang beripikasyon.
 - i. Dapat magsumite sa Departamento ng Pinansyal na Tulong sa Pasyente ng kumpletong aplikasyon sa loob ng 12 buwan mula sa petsa ng serbisyo.
 - ii. Ang mga aplikasyon para sa mga petsa ng serbisyo na lampas sa 12 buwan ay nakadepende sa pag-apruba ng departamento.
 - iii. Ang beripikasyong kinakailangan ng bawat programa ay dapat maisumite sa loob ng 30 araw pagkatapos magsimula ng aplikasyon.
- E. Puwedeng makipag-ugnayan ang mga pasyente sa naaangkop na Departamento ng Pinansyal na Tulong sa Pasyente para sa tulong sa pamamagitan ng:
 - i. Pagtawag sa Departamento ng Pinansyal na Tulong sa Pasyente sa (628) 206-3275 Lunes – Biyernes 8:00am – 11:30am at 1:00pm – 5:00pm
 - ii. Pagtawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng BHS sa (888) 246-3333
 - iii. Pagpapadala ng mensahe sa seksyon para sa paghingi ng pinansyal na tulong ng account ng portal ng pasyente ng MyChart ng pasyente
- F. Ipinapadala ang mga aplikasyon sa address sa ibaba:
 1. Para sa ZSFG:
Zuckerberg San Francisco General Hospital
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave, Building 20
San Francisco, CA 94110

2. Para sa BHS:
BHS Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

IX. PROGRAMA SA LIBRENG PANGANGALAGA

A. Mga Kinakailangan sa Pagiging Kwalipikado

- i. Hindi dapat lumampas ang kita ng sambahayan ng pamilya ng pasyente sa 500% ng antas ng kahirapan ayon sa pederal.
- ii. Hindi puwedeng lumampas ang mga kwalipikadong asset ng pamilya ng pasyente sa \$250.00 sa panahon ng serbisyo. Sa pagkalkula ng mga kwalipikadong asset, ang unang sampung libong dolyar (\$10,000) ng mga monetary asset ng isang pasyente ay hindi dapat isaalang-alang sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado at hindi rin dapat isaalang-alang ang 50 porsyento ng mga monetary asset ng isang pasyente sa unang sampung libong dolyar (\$10,000) sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado.

B. Beripikasyon ng Kita

- i. Dapat ibigay ng mga pasyente ang mga pinakabagong pay slip mula sa nakalipas na (3) buwan bago ang petsa ng aplikasyon, o dapat nilang kumpletuhin ang income tax return ng nakaraang taon para sa lahat ng mapagkukunan ng kita.
- ii. Kinakailangan ito para sa lahat ng kwalipikadong miyembro ng sambahayan.
- iii. Puwedeng ibigay ng mga pasyenteng may visa ang I-20 form bilang beripikasyon.
- iv. Ituturing na hindi kwalipikado ang mga pasyenteng walang katanggap-tanggap na nabeberipikang mapagkukunan ng kita.
- v. Para sa mga pasyenteng aktibo sa isang programa ng county o estado na hindi sumasaklaw sa mga petsa ng serbisyo na sinisingil sa kanila, puwede nilang ipa-substitute sa mga sumusunod ang beripikasyon ng kanilang kita para maging kwalipikado sa isang programa ng pinansyal na tulong
 1. Magagawa ng mga pasyenteng nakumpirmang may aktibong Medi-Cal na palitan ang beripikasyon ng kita ng kasalukuyang pagiging kwalipikado sa programa ng Medi-Cal.
 2. Puwedeng palitan ng mga pasyenteng nakumpirmang may aktibong Healthy San Francisco ang beripikasyon ng kita ng kasalukuyang pagkakatala sa Healthy San Francisco.
 3. Magagawa ng mga pasyenteng nakumpirmang may Programa ng Mga Medikal na Serbisyo sa County (County Medical Services Program, CMSP) na palitan ang kita at mga asset ng kasalukuyang pagiging kwalipikado sa programa ng CMSP.
- vi. Ang impormasyong ibibigay ng mga pasyente maberipika ang pagiging kwalipikado ng kita ay hindi dapat gamitin sa mga aktibidad sa pangongolekta.

C. Beripikasyon ng Mga Ari-arian

- i. Dapat magbigay ang pasyente ng beripikasyon ng mga liquid asset para sa lahat ng naaangkop na mapagkukunan ng asset, at dapat niyang isama ang nakaraang tatlong (3) buwang bank o brokerage account statement mula

sa petsa ng aplikasyon. Kinakailangan ito para sa lahat ng kwalipikadong miyembro ng sambahayan.

- ii. Kasama sa mga asset na isinasaalang-alang para sa pagiging kwalipikado ang cash; mga checking account; savings account; money market fund; certificate ng deposito; Real Estate property na pinagkakakitaan o hindi ang pangunahing tirahan; annuity; stock, bond; at mutual fund. Kasama sa mga asset na hindi isinasaalang-alang ang mga statement sa plano sa pagreretiro o ipinagpalibang bayad na kwalipikado sa ilalim ng Kodigo ng Rentas Internas, o mga hindi kwalipikadong plano sa ipinagpalibang bayad.
 - i. Ang impormasyong ibibigay ng mga pasyente para magberipika ng mga asset ay hindi dapat gamitin sa mga aktibidad sa pangongolekta.
 - ii. Ituturing ang mga aplikasyong walang beripikasyon ng asset na hindi kwalipikado sa programa sa Libreng Pangangalaga, at sa Programa sa May Diskwentong Bayad lang isasaalang-alang ang mga ito.

X. PROGRAMA SA MAY DISKWENTONG BAYAD

A. Mga Kinakailangan sa Pagiging Kwalipikado

- i. Ang mga pasyenteng matutukoy na hindi kwalipikado sa programa sa Libreng Pangangalaga dahil sa sobra-sobrang kita, sobra-sobrang nagkakwalipikang asset, o kawalan ng kakayahang magbigay ng beripikasyon ng mga nagkakwalipikang asset ay susuriin para sa programa sa May Diskwentong Bayad.
- ii. Walang limitasyon sa antas ng kahirapan ayon sa pederal (FPL) o pagsusuri ng mga asset para magkwalipika.
- iii. Kakalkulahin ang FPL ng sambahayan ng pasyente para matukoy ang ilalapat na diskwento.
- iv. Kwalipikado ang mga pasyenteng makatanggap ng may diskwentong rate mula sa ospital kung ganap silang makikipagtulungan sa beripikasyon ng saklaw ng third-party na pananagutan, na tinalakay sa Seksyon VI.E sa itaas.

B. Beripikasyon ng Kita

- i. Dapat ibigay ng mga pasyente ang mga pinakabagong pay slip mula sa nakalipas na (3) buwan bago ang petsa ng aplikasyon, o dapat nilang kumpletuhin ang income tax return ng nakaraang taon para sa lahat ng mapagkukunan ng kita. Kinakailangan ito para sa lahat ng kwalipikadong miyembro ng sambahayan.
- ii. Ituturing na hindi kwalipikado ang mga pasyenteng walang katanggap-tanggap na nabeberipikang mapagkukunan ng kita.
- iii. Para sa mga pasyenteng aktibo sa isang programa ng county o estado na hindi sumasaklaw sa mga petsa ng serbisyo na sinisingil sa kanila, puwede nilang ipa-substitute sa mga sumusunod ang beripikasyon ng kanilang kita para maging kwalipikado sa isang programa ng pinansyal na tulong.
 - a. Magagawa ng mga pasyenteng nakumpirmang may aktibong Medi-Cal na palitan ang beripikasyon ng kita ng kasalukuyang pagiging kwalipikado sa programa ng Medi-Cal.

- b. Puwedeng palitan ng mga pasyenteng nakumpirmang may aktibong Healthy San Francisco ang beripikasyon ng kita ng kasalukuyang pagkakatala sa Healthy San Francisco.
- c. Magagawa ng mga pasyenteng nakumpirmang may Programa ng Mga Medikal na Serbisyo sa County (CMSP) na palitan ang kita at mga asset ng kasalukuyang pagiging kwalipikado sa programa ng CMSP.
- d. Ang impormasyong ibibigay ng mga pasyente maberipika ang pagiging kwalipikado ng kita ay hindi dapat gamitin sa mga aktibidad sa pangongolekta.

XI. MGA PASYA SA APLIKASYON PARA SA PINANSYAL NA TULONG

- A. Mga Pag-apruba
 - i. Aabisuhan ang mga pasyente sa pamamagitan ng pagsulat kung maaaprubahan sila, na nagsasaad sa pinal na halaga ng balanse sa kanilang account kapag nailapat na ang diskwento.
 - ii. Sisingilin ang mga pasyente para sa responsibilidad sa may diskwentong bayad kung may matitirang balanse pagkatapos ilapat ang diskwento.
- B. Mga Pagtangga
 - i. Aabisuhan ang mga pasyente sa pamamagitan ng pagsulat kung tatanggihan sila, nang nagsasaad sa dahilan ng pagtangga.
 - ii. Patuloy na sisingilin ang mga pasyente para sa responsibilidad sa orihinal na bayad sa kani-kanilang account.

XII. PROSESO NG PAGSUSURI NG MGA APELA

- A. Puwedeng iapela ng mga pasyente ang pasya sa kanilang pagiging kwalipikado sa programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad sa pamamagitan ng pagsulat nang nagsasaad sa dahilan ng apela at nagbibigay ng pansuportang beripikasyon para suportahan ang dahilan ng apela sa loob ng 15 araw ng negosyo pagkatapos matanggap ang isang pasya sa aplikasyon.
- B. Dapat ipadala ang mga apela sa:
 - Para sa ZSFG:
 - Zuckerberg San Francisco General Hospital
 - 1001 Potrero Ave, Ward 15
 - San Francisco, CA 94110
 - Attention: Jenine Smith, Patient Access Manager
 - Para sa BHS:
 - BHS Member Services Department
 - 1360 Mission, 2nd Floor
 - San Francisco, CA 94103
- C. Susuriin ang dahilan ng apela at ang pansuportang beripikasyon para sa mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado ng bawat programa. Posibleng kailanganin ng karagdagang impormasyon at/o beripikasyon.
- D. Aabisuhan ang mga pasyente sa pamamagitan ng pagsulat tungkol sa pasya sa apela.

XIII. PANANAGUTAN NG PASYENTE

- A. Tatasahin ang mga pasyente para sa pananagutan sa self-pay na pagbabayad para sa anumang porsyento ng kanilang responsibilidad sa pagbabayad.

- B. Puwedeng maglapat ng limitasyon sa pasyente para sa mga hindi nakabukod na pasyente. Hindi kasama ang mga sumusunod na pasyente at sisingilin sila para sa kanilang pananagutan sa buong bayad:
- i. Mga pasyenteng hindi nakatira sa Estados Unidos.
 - ii. Mga pasyenteng may mga serbisyong sinasaklaw ng bayad-pinsala sa mga manggagawa o third-party na pananagutan.
 - iii. Mga pasyenteng may mga account na naitalaga na sa Bureau of Delinquent Revenue.
 - iv. Mga serbisyong kwalipikado para sa OB package o VIP package.
 - v. Mga pasyenteng nakatanggap ng direktang bayad mula sa kanilang insurance para sa kanilang mga serbisyo, at hindi nagbigay sa nasabing bayad sa San Francisco Health Network.
 - vi. Mga pasyenteng may mga account na na-outsource sa contractor ng Departamento ng Pampublikong Kalusugan (Department of Public Health, DPH) na Health Advocates para sa tulong sa pagiging kwalipikado at pag-recover ng insurance.

XIV. MGA PLANO NG PAGBABAYAD

- A. May mga plano ng pagbabayad na available sa Departamento ng Serbisyo sa Customer ng Accounting ng Pasyente ng ZSFG, Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng BHS, o Bureau of Delinquent Revenue (BDR) ng Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis ng Lungsod at County ng San Francisco depende sa kung nasaang entity ang account at sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad.
- B. Puwedeng humiling ang mga pasyente ng plano ng pagbabayad mula sa Departamento ng Accounting ng Pasyente ng ZSFG o sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng BHS kung hindi naitalaga ang (mga) account sa BDR at nakakatugon ang plano ng pagbabayad sa mga sumusunod na parameter:
- a. Dalawampung U.S. dollar (\$20.00) dapat ang minimum na bayad buwan-buwan.
 - b. Hindi dapat lumampas ang tagal ng plano ng pagbabayad sa labindalawang (12) buwan ng kalendaryo.
- C. Ang plano ng pagbabayad sa Serbisyo sa Customer ay puwedeng gawin sa mga sumusunod na paraan:
- a. Puwedeng gumawa ang mga pasyente ng sarili nilang plano ng pagbabayad sa kanilang portal ng pasyente ng MyChart.
 - b. Puwedeng makipag-ugnayan ang mga pasyente sa Serbisyo sa Customer para sa tulong sa paggawa ng plano ng pagbabayad sa pamamagitan ng:
 - i. Pagpapadala ng mensahe sa kanilang account ng portal ng pasyente ng MyChart
 - ii. Pag-email
 - Para sa ZSFG: SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org
 - Para sa BHS: BHSMemberServices@sfdph.org
 - iii. Pagtawag
 - Para sa ZSFG: (628) 206-8448 Lunes – Biyernes 8:00am – 11:30am at 1:00pm – 5:00pm
 - Para sa BHS: (888) 246-3333
- D. Ang mga pasyenteng may delinquent na plano ng pagbabayad ay makakatanggap ng mga billing statement na nagpapabatid sa kanila ng mga

delinquent na pagbabayad, at na magsasabi sa kanilang magbayad para maging current ang kanilang account.

- E. Puwedeng makipag-ugnayan ang mga pasyente sa Tanggapan ng Serbisyo sa Customer para hilinging inegosasyon ulit ang plano ng pagbabayad kung nakakatugon ito sa mga kinakailangan ng departamento.
- F. Itatalaga sa BDR para sa tulong ang mga account ng mga pasyenteng paunang hihiling ng plano ng pagbabayad sa pamamagitan ng muling pakikipagnegosasyon na wala pang dalawampung U.S. dollar (\$20) bawat buwan o na lalampas sa labindalawang (12) buwan ng kalendaryo. Sumangguni sa Lungsod at County ng San Francisco Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis Bureau of Delinquent Revenue Zuckerberg San Francisco General Hospital Mga Patakaran at Pamamaraan sa Pagsingil ng Utang.

MGA SANGGUNIAN:

- Panukalang-batas ng Asembleya 1020: Utang sa Pangangalagang Pangkalusugan at Patas na Pagsingil 2022
- Panukalang-batas ng Asembleya 532 Mga Patakaran sa Patas na Pagsingil ng Pangangalagang Pangkalusugan 2021
- UCSF Clinical Practice Group, Business Services/dba SFGH Medical Group Guarantor/ AB1020 Patakaran at Pamamaraan
- Lungsod at County ng San Francisco Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis Bureau of Delinquent Revenue Zuckerberg San Francisco General Hospital Mga Patakaran at Pamamaraan sa Pagsingil ng Utang
- Panukalang-batas ng Senado 1276 Pangangalagang pangkalusugan: mga patakaran sa patas na pagsingil 2014
- Panukalang-batas ng Asembleya 774 Mga Ospital: mga patakaran sa patas na pagsingil 2007



**LUNGSOD AT COUNTY NG SAN FRANCISCO
TANGGAPAN NG TREASURER AT KOLEKTOR NG BUWIS
BUREAU OF DELINQUENT REVENUE**

**ZUCKERBERG SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL
AT LAGUNA HONDA HOSPITAL
MGA PATAKARAN AT PAMAMARAAN SA PANGONGOLEKTA NG UTANG**

Talaan ng Mga Nilalaman

Panimula	3
Pangkalahatang-ideya ng Pangongolekta ng Utang sa Ospital	3
Pagtatalaga sa Pangongolekta	3
I. Workflow ng Pagsisimula ng Pangongolekta.....	3
Proseso ng Pangongolekta	4
II. Mga Kasunduan sa Pagbabayad	4
Programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng Ospital.....	5
Medicare, Medi-Cal, at Pribadong Insurance sa Kalusugan	5
III. Mga Kinakailangan sa Pagsingil ng Insurance sa Kalusugan	5
.....	6
.....	6
.....	6
.....	6
Mga Na-escalate na Pangongolekta - Legal na Pagkilos.....	7
IV. Pagkilos sa Maliliit na Claim.....	7
V. Sibil na Pagkilos.....	7
Mga Ahensya para sa Karagdagang Pangongolekta	8
VI. Mga Serbisyo sa Third-Party na Pangongolekta.....	8
Mga Refund.....	9
VII. Mga Refund mula sa Mga Ahensya para sa Pangongolekta.....	9
Mga Claim ng Creditor ng Probate	9
VIII. Walang Inihaing Kaso ng Probate	10
.....	10
.....	10
.....	10
Bankruptcy.....	10
IX. Naihain ang Chapter ng Bankruptcy	10
Mga Lien sa Lupon ng Apela sa Medikal na Reimbursement at Bayad-pinsala sa Manggagawa.....	11
X. Mga Uri ng Mga Claim	11
XI. Mga Uri ng Mga Inihaing Lien.....	12
XII. Walang Ibinigay na Settlement	12

Panimula

Ang Bureau of Delinquent Revenue (BDR), na isang dibisyon ng Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis (Treasurer & Tax Collector, TTX) ng San Francisco, ay ang opisyal na ahensya para sa pangongolekta ng Lungsod at County ng San Francisco (Lungsod) at awtorisadong mangolekta ng mga delinquent at hindi pa bayad na halaga at account na hindi bababa sa 90 araw nang delinquent. Naniningil ng utang ang BDR sa ngalan ng Departamento ng Pampublikong Kalusugan (DPH), Zuckerberg San Francisco General Hospital (ZSFGH), at Laguna Honda Hospital (LHH). Ang ZSFGH at LHH ay mga pangkalahatang ospital para sa acute na pangangalaga na lisensyado alinsunod sa Seksyon §1250 ng Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan] (kung saan Ospital ang bawat isa).

Pangkalahatang-ideya ng Pangongolekta ng Utang sa Ospital

Ibinabalangkas ng dokumentong ito ang pangkalahatang workflow at mga alituntunin sa pangongolekta para sa pangangasiwa ng mga medikal na account na nire-refer sa Bureau of Delinquent Revenue. Ang BDR ay may team ng mga Senior Collection Officer at dalawang Collection Supervisor na namamahala sa pang-araw-araw na proseso ng pangongolekta ng delinquent na bayarin sa pangangalagang pangkalusugan na itinalaga sa BDR ng nag-refer na Ospital. Inaatasan ang lahat ng tauhan ng BDR na magsagawa ng taunang pagsusuri at proseso ng sertipikasyon para mapanatili ang pagsunod sa Batas sa Portability at Pananagutan ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ng 1996 at sa mga patakaran sa pagiging kumpidensyal. Nakikipagkontrata ang BDR sa mga third-party na ahensya para sa pangongolekta para makatulong sa proseso ng pangongolekta kapag nagawa na ng BDR ang lahat ng sarili nitong pagsisikap sa pangongolekta. Ang mga third-party na ahensya para sa pangongolekta ay nakakasunod rin sa HIPAA.

Hindi magsasagawa ang BDR ng anumang pagkilos sa pangongolekta hangga't hindi lumilipas ang 180 araw mula sa petsa kung kailan unang siningil ng Ospital ang pasyente. Sumusunod ang BDR sa lahat ng alituntunin ng ZSFGH para sa Programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad alinsunod sa mga probisyon ng Panukalang-batas ng Asembleya Blg. 774 (AB774) at 1020 (AB1020), Patakaran sa May Diskwentong Bayad at Libreng Pangangalaga ng DPH, Programang Sliding Scale ng County ng San Francisco, at Patakaran sa CAP. Ang BDR at ang mga kinontrata nitong ahensya para sa pangongolekta ay hindi nagsasagawa ng mga aktibong pangongolekta pagkalipas ng statute of limitations alinsunod sa [Patakaran sa Libreng Pangangalaga (Charity Care Policy, CCP) § 345], na 4 na taon mula sa petsa ng serbisyo o sa huling araw ng pagbabayad sa mga kasunduan sa plano ng pagbabayad. Bukod pa rito, hindi nag-uulat ang Ospital, BDR, at mga ahensya para sa pangongolekta ng hindi kanais-nais na impormasyon sa mga ahensya sa pag-uulat ng credit. Bagama't isa kaming first party na ahensya para sa pangongolekta, sumusunod kami sa mga alituntunin ng Batas sa Mga Patas na Kasanayan sa Pagsingil ng Utang (Fair Debt Collection Practices Act, FDCPA), at sa lahat ng regulasyon ng lokal, estado, at pederal.

Pagtatalaga sa Pangongolekta

Sa ika-1 linggo ng bawat buwan, ipinapadala ng Ospital ang mga account na kwalipikado para sa pagtatalaga sa pangongolekta.

Ang mga account na ito ay:

- 181 araw o higit pa mula sa petsa kung kailan unang siningil ang pasyente para sa mga serbisyo sa ospital
- Naglalaman ng mga balanse na ang pasyente lang ang may responsibilidad (ibig sabihin, hindi pa bayad na co-payment, coinsurance, naibabawas)
- Mayroon ng pinal na abiso mula sa Ospital na dapat isama sa paunang abiso mula sa BDR

Bilang bahagi ng aming pagkontrol sa kalidad, itinatalaga ang mga account sa isang desk para sa “proseso ng paunang pangongolekta,” kung saan sinusuri ang mga account para matiyak na hindi magsisimula ang proseso ng pangongolekta bago ang 181 araw mula sa petsa ng unang billing statement sa file ng pagtatalaga.

I. Workflow ng Pagsisimula ng Pangongolekta

Iidinisenyo ang proseso ng pangongolekta ng BDR para pamahalaan ang buong lifecycle ng pagsingil ng utang. Mahusay at regular na sinasanay ang aming staff sa pangongolekta na magalang at propesyonal na makipag-ugnayan at magserbisyo sa mga pasyente habang sila ay nangongolekta, nangangasiwa ng mga na-escalate na pasyente, lumalaktaw sa tracing, nagsasagawa ng mga pagtatasa sa kakayahang magbayad, bankruptcy, probate, at legal na pagkilos.

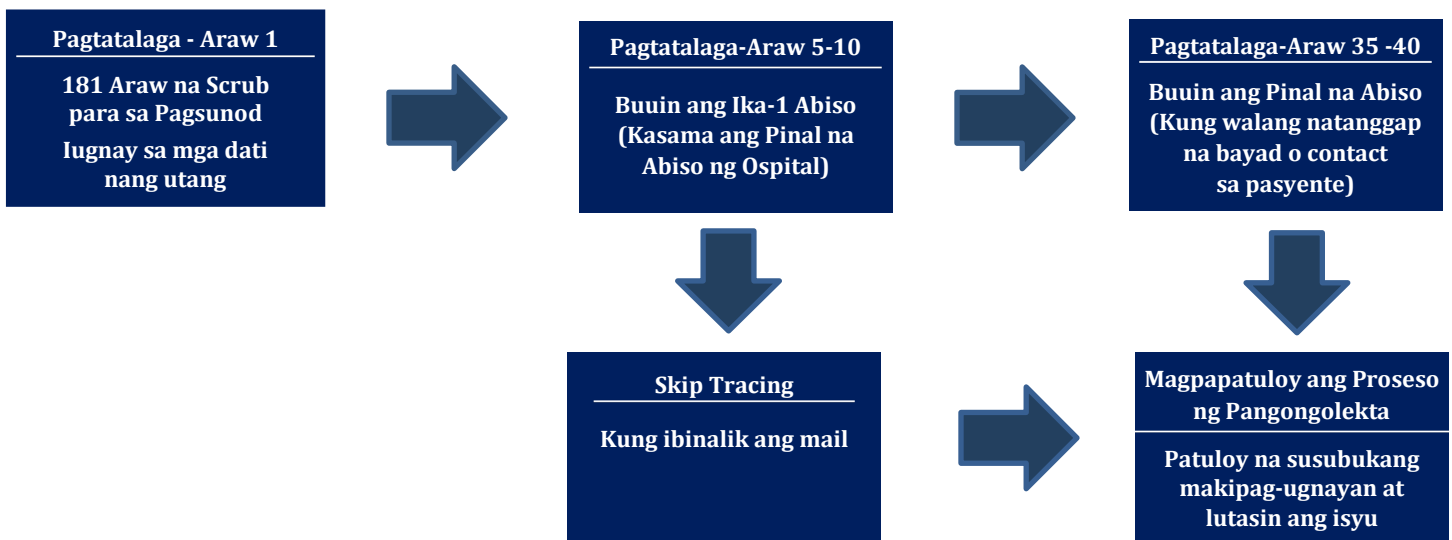
Ia. Mga Campaign sa Pagtatalaga ng Account: Nilo-load ang lahat ng hindi pa bayad na account sa aming software sa pangongolekta at nagbibigay sa mga ito ng identifier na nagtatalaga sa mga ito bilang account ng Ospital.

Itinatalaga ng system ang account sa imbentaryo ng isang kolektor, at iniuugnay nito ang mga kakatalaga lang na account sa iba pang dati nang obligasyon sa aming system para sa pasyenteng iyon. Mula rito, mapupunta ang account sa “Proseso ng Pakikipag-ugnayan.”

Ib. Pangkalahatang Proseso ng Pakikipag-ugnayan: Inilalagay ang mga account sa queue para masimulan ng staff ang pakikipag-ugnayan. Magpapadala ang BDR ng abiso sa paunang pangongolekta na may kopya ng orihinal na pinal na abiso na ipinadala ng Ospital sa pasyente, alinsunod sa Seksyon 127425(e) ng Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan ng California. Isasaad ng abiso sa paunang pangongolekta ng BDR na maghihintay ang BDR ng hindi bababa sa 180 araw mula sa petsa kung kailan unang siningil ang pasyente para sa serbisyo ng Ospital bago maghain ng kaso at hindi mag-uulat ang BDR ng hindi kanais-nais na impormasyon sa isang ahensya sa pag-uulat ng credit. Bibigyan ang pasyente ng 30 araw para sumagot, kung kailan puwede niyang i-validate ang utang, bayaran ang balanse nang buo, o hilinging pumasok sa isang kasunduan sa plano ng pagbabayad, o talakayin ang iba pang opsyon sa paglutas. Kung makakatanggap ng kahilingan para sa pag-validate, bibigyan ang pasyente ng naka-itemize na pahayag at/o ng nilagdaang form ng Mga Kundisyon ng Admissions kung mayroon.

Kung walang matatanggap na sagot mula sa pasyente o kung hindi gagawa ng kasunduan para malutas ang account (ibig sabihin, kasunduan sa installment na plano ng pagbabayad), magpapadala ng pinal na abiso sa pasyente. Kasabay nito, susubukan ding makipag-ugnayan sa email at telepono. Kung babalik sa amin ang mail bilang undeliverable, magsasagawa ang aming staff ng komprehensibong skip tracing para mahanap ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng pasyente. Kung wala kaming contact sa pasyente, patuloy pa rin kaming magsisikap para mailipat ang account sa susunod na hakbang sa proseso ng pangongolekta.

Pangkalahatang-ideya ng Pagsisimula ng Pangongolekta at Pangkalahatang Outreach



Proseso ng Pangongolekta

Kasama sa aming proseso ng pangongolekta ang iba pang karaniwang diskarte sa pangongolekta, kasama ang auto-dialing, skip tracing, pagtatakda ng mga kasunduan sa pagbabayad, at mga legal na pagkilos. Bukod pa rito, naghahain kami ng mga patunay ng claim sa mga kaso ng bankruptcy, claim ng creditor sa mga kaso ng probate, pagkilos sa maliliit na claim at nauugnay na pangongolekta pagkatapos ng pasya, at lien sa mga kaso ng third-party na claim. Puwede ring suriin ang mga pasyente para sa parehong programa sa libreng pangangalaga at may diskwentong bayad na ibinibigay ng Ospital.

II. Mga Kasunduan sa Pagbabayad

Kapag nakaugnayan na ang pasyente, hihilingin ng BDR na agarang bayaran ang buong balanse. Para sa mga pasyenteng walang kakayahan na bayaran ang buong balanse, nagsanay ang mga kolektor na kumuha ng impormasyon at tukuyin kung puwedeng magkaroon ng kasunduan sa pagbabayad.

Iia. Mga Pagtatasa sa Kakayahang Magbayad: Magsasagawa ng interview sa pasyente tungkol sa pinansyal na sitwasyon ng pasyente. Papasagutan ng kolektor sa pasyente ang form ng Beripikasyon ng Pananalapi. Aatasan ang pasyente na magbigay ng pansuportang dokumentasyon sa loob ng 30 araw mula sa petsa ng pakikipag-ugnayan. Kapag nakumpleto na ang lahat ng dokumentasyon, isasapinal ng kolektor ang pagtatasa sa kakayahang magbayad. Kung maaaprubahan, makikipagnegosasyon ang mga kolektor sa isang kasunduan sa pagbabayad na naaangkop sa sitwasyon ng pasyente.

Iib. Pag-book sa Kasunduan sa Pagbabayad: Kinakailangan ng pasyente na lumagda ng kasunduan sa plano ng pagbabayad para simulan ang pinal na hakbang sa pagtatakda sa kasunduan. Bibigyan ang pasyente ng buwanang paalalang abiso na ipapadala 15 araw bago ang susunod na installment sa kasunduan. Kung sakaling ma-default, bibigyan ang pasyente ng pagkakataong ayusin ang default at ituloy ang kasunduan.

Kasunduan sa Pagbabayad - Iskedyul ng Pangkalahatang Pakikipag-ugnayan

Mga Araw ng Event	Pagkilos	Trigger	Pangalan ng Abiso	Paglalarawan ng Abiso
1	Na-activate ang Plano ng Pagbabayad	Nilagdaang Kasunduan	Liham sa PP	Kumpirmahin ang Kasunduan
15 araw bago ang takdang petsa	Magpadala ng Paalalang Abiso		Liham sa MBS	Buwanang Billing Statement
30	Dapat nang magbayad			
30 araw pagkalipas ng takdang petsa (Araw 60)	Magpadala ng Paalalang Abiso sa PP	Walang natanggap na bayad	Paalalang Liham sa PP	(Mga) Hindi Nabayaran
90	Magpadala ng Abiso sa Pagkaka-default	Walang natanggap na bayad	Liham ng Pagkaka-default sa PP	30 Araw na Abiso sa Pagkansela ng PP
105	Courtesy Call o E-Mail	Walang natanggap na bayad		

Walang interes ang kasunduan sa pagbabayad ng mga account ng pangangalagang pangkalusugan. Puwedeng i-adjust ang kasunduan batay sa mga pagbabago sa pinansyal na sitwasyon ng pasyente, gaya ng pagkawala ng kita ng pasyente o kung may natukoy na ibang mapagkukunan ng tagapagbayad (ibig sabihin, insurance, o naghain ang pasyente ng claim laban sa isang 3rd party).

Programang sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH

Bilang bahagi ng aming proseso ng pangongolekta, isi-screen ng BDR ang mga pasyente para sa parehong programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad na iniaalok ng DPH. Susuriin ng aming mga kolektor ang system ng pagsingil ng ospital para makakuha ng mga update sa status ng bill. Kung magiging kwalipikado ang pasyente para sa isa sa mga programang ito, ilalapat din ng BDR ang adjustment sa account na iyon, para masingil nang tama ang pasyente. Kapag nakaugnayan na ang pasyente, isasama ng mga kolektor ang programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH bilang bahagi ng kakayahang magbayad ng pagtatasa. Ang pinansyal na impormasyong makukuha para sa pagtatasang ito ay hindi gagamitin para sa mga layunin sa pagsingil ng utang ng BDR o ng mga vendor ng ahensya nito para sa pangongolekta. Isi-screen ng BDR ang mga pasyente para sa mga sumusunod na patakaran sa pagbabawas ng balanse o programa ng pinansyal na tulong:

- Patakaran sa Pagsingil ng CAP (Patakaran ng CAP)
- Programang sa May Diskwentong Bayad o Libreng Pangangalaga ng DPH
- Programang Sliding Scale (Sliding Scale) ng County ng San Francisco

Para sa mga partikular na pamantayan para sa mga programang ito, tingnan ang Mga Patakaran at Pamamaraan ng Programang sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH.

Medicare, Medi-Cal, at Pribadong Insurance sa Kalusugan

Kung matutuklasan ng Ospital, o kung magbibigay ang pasyente ng impormasyon sa insurance ng kalusugan, puwedeng i-hold ng BDR ang account at puwede siyang makipagtulungan sa Ospital para magsumite ng claim sa insurer para sa pagbabayad. Nagsanay ang mga kolektor sa pagsingil ng insurance sa pangangalagang pangkalusugan at makikipagtulungan sila sa pasyente para makuha ang impormasyong kinakailangan para maisumite ng Ospital ang bill sa insurance ng pasyente (o sa insurance ng isang 3rd party – Tingnan ang seksyong Mga Claim ng Third Party). Kung babayaran ng insurance ng pasyente ang bill, ang halaga lang na matutukoy na pananagutan ng pasyente (ibig sabihin, co-pay, naibabawas, coinsurance, bahagi sa gastusin) ang sisingilin ng BDR.

III. Mga Kinakailangan sa Pagsingil ng Insurance sa Kalusugan

Para masingil ang insurance sa kalusugan ng isang pasyente, dapat magbigay ang pasyente ng patunay ng saklaw sa panahon ng serbisyo, at na sasaklawin ng insurance ng pasyente ang uri ng mga medikal na serbisyong natanggap ng pasyente. Kung pasok ang bill sa napapanahong paghahain, na nag-iiba batay sa carrier ng insurance at/o uri ng plano, kukunin ng kolektor ang mga kinakailangang dokumento para maibigay sa Ospital para sa isusumiteng claim. Kung magbibigay ang pasyente ng impormasyon sa insurance ng kalusugan pagkalipas ng napapanahong paghahain, aatasan ang pasyente na magbigay ng nakasulat na kumpirmasyon mula sa kanyang insurer ng kalusugan na tatanggapin at

ipoproceso nila ang claim pagkalipas ng napapanahong paghahain. Sa karamihan ng mga sitwasyon, aatasan naminang pasyente na ibigay ang isa o higit pa sa mga sumusunod:

- Kopya ng Card ng Insurance sa Kalusugan
- Dokumento ng mga benepisyo na nagpapakita ng panahon at uri ng saklaw
- Kung naaangkop, liham mula sa insurance para kumpirmahing tatatanggapin nila ang isang claim na maisusumite nang nasa oras

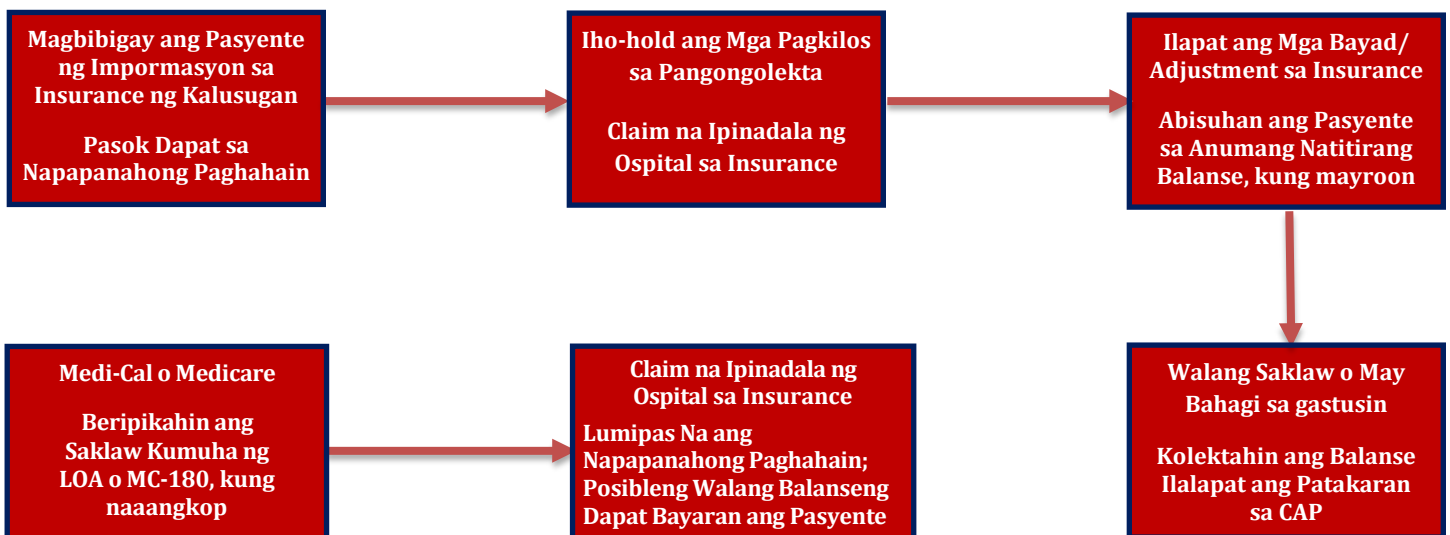
Kung hindi makakapagbigay ang pasyente ng patunay ng saklaw o kung magbibigay ang pasyente ng impormasyon ng insurance pagkalipas ng napapanahong paghahain, sisingilin sa pasyente ang buong halaga ng mga natanggap na serbisyo. Sa ganitong sitwasyon, hindi kwalipikado ang pasyente para sa pagbabawas ng balanse sa ilalim ng Patakaran sa CAP, Sliding Scale, o Programa sa May Diskwentong Bayad o Libreng Pangangalaga ng DPH. Kung nakikipagtulungan ang pasyente sa insurer ng kalusugan ng pasyente para magkaroon ng saklaw, puwedeng bigyan ng kolektor ang pasyente ng higit pang panahon at puwede niyang bigyan ng kopya ng (mga) naka-itemize na pahayag ang pasyente para makatulong sa pagkuha ng bayad sa insurance ng pasyente.

IIIa. Medi-Cal: Kung recipient ng Medi-Cal ang pasyente, puwedeng beripikahin ng BDR o Ospital ang saklaw para sa panahon ng serbisyo hanggang sa 1 taon mula sa petsa ng serbisyo. Kung pasok pa rin ang bill sa napapanahong paghahain, makikipagtulungan ang BRD sa Ospital na magsumite ng claim sa Medi-Cal. Kung kasama sa uri ng saklaw ang mga serbisyong natanggap pero lumampas na ang pasyente sa tamang panahon o taon ng paghahain para maberipika namin ito, aatasan namin ang pasyente na magbigay ng Liham ng Pahintulot (o MC-180 form) na nagkukumpirma sa saklaw sa panahong iyon. Batay sa uri ng saklaw, posibleng hindi na magkaroon ang pasyente ng gastusin mula sa sariling bulsa at hindi na pabayaran ang bill.

IIIb. Medicare: Kung may Medicare ang pasyente at pasok pa rin ang bill sa napapanahong paghahain, makikipagtulungan ang BRD sa Ospital na magsumite ng claim para sa bayad. Kung kasama sa uri ng saklaw ang mga natanggap na serbisyo pero lampas na ang pasyente sa napapanahong paghahain, aatasan ang pasyente na magpakita ng patunay na saklaw, na dapat kabilangan ng uri at panahon ng saklaw ng Medicare. Kung naberipika na ang saklaw, posibleng hindi na magkaroon ang pasyente ng gastusin mula sa sariling bulsa at hindi na pabayaran ang bill.

IIIc. Mga Pinsalang Nauugnay sa Trabaho at Saklaw: Kung isasaad ng pasyente na nauugnay ang paggamot ng pasyente sa isang pinsalang natamo sa trabaho, at inatasan ang employer ng pasyente na sagutin ang paggamot, aatasan namin ang pasyente na ibigay ang impormasyon ng insurance sa Bayad-pinsala sa Manggagawa ng employer. Makikipagtulungan ang BDR para isumite ang claim sa insurance sa Bayad-pinsala sa Manggagawa. Kung aaprubahan ng carrier ng insurance ang claim para sa pagbabayad, ang bahagi lang sa gastusin ng pasyente ang kailangang bayaran ng pasyente, kung naaangkop. Kung tatanggihan ang claim (ibig sabihin, matutukoy na hindi nauugnay sa trabaho ang pinsala), sisingilin sa pasyente ang maximum na halagang nakatakda sa Patakaran sa Cap Ong DPH.

Pagsingil ng Insurance sa Kalusugan – Workflow ng Pangkalahatang Pangongolekta



Mga Na-escalate na Pangongolekta - Legal na Pagkilos

Kung, pagkalipas ng 180 araw mula sa pagsisimula ng pangongolekta, ay hindi tumugon ang pasyente sa mga pagsubok sa pangongolekta ng BDR o hindi mabayaran ang utang, sisimulang suriin ng BDR ang pasyente para sa iba pang opsyon sa pagsingil ng utang. Magsasagawa ang BDR ng komprehensibong pananaliksik para matukoy ang kita, real property, at iba pang pinansyal na asset. Kung makikita sa mga resulta na ang pinakamainam na pagkilos ay humingi ng pasya, gaya ng kung hindi sumasagot ang isang pasyenteng may sapat na kakayahan na magbayad o kung mayroon siyang mga asset para sa pagbabayad, puwedeng maghain ang BDR ng claim sa hukuman para sa maliliit na claim o, kung malaki ang halaga, ng sibil na kaso. Puwede ring maghain ang BDR ng legal na pagkilos sa iba pang sitwasyon, pati para sa pagsingil sa utang nang may pasya bago lumampas ng statute of limitations.

IV. Pagkilos sa Maliliit na Claim

Nagsanay ang staff sa pangongolekta ng BDR na maghain ng mga kaso sa hukuman para sa Maliliit na Claim. Bago ihain ang kaso, magpapadala ang BDR ng pinal na demand letter sa pasyente, na malinaw na nagsasaad sa layunin naming maghain ng kaso, para bigyan ng panghuling pagkakataon ang pasyente na makipag-ugnayan sa BDR para bayaran ang hindi pa nababayaran bill. Kung hindi magbabayad o tutugon ang pasyente sa panghuling demand, ihahain ng nakatalagang kolektor ang kaso, isasaayos niya ang pag-serve sa pasyente sa timeframe na itinakda ng hukuman, at aktibo siyang magsusulong ng pasya sa pagdinig (para sa mga kino-contest at hindi kino-contest na kaso). Ihahayag ng reklamong inihain ng BDR ang bawat isa sa mga elemento sa Seksyon 1788.185 ng Kodigo Sibil.

IVa. Pagdinig ng Kaso: Para sa mga kino-contest na kaso, makikipagkita ang kolektor sa pasyente at puwede pa ring tumanggap ang kolektor ng kasunduan sa pagbabayad sa panahong iyon, o puwede pa ring i-screen ang pasyente para sa pagiging kwalipikado sa programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH. Aatasan ang pasyente na bayaran ang mga gastusin sa server ng proseso bilang karagdagan sa balanseng dapat bayaran sa bill. Ang anumang kasunduan sa pagitan ng kolektor at pasyente ay ilalagay sa talaan ng hukuman, nang may layuning makakuha ng pasya sakaling hindi makabayad ang pasyente ayon sa kasunduan sa pagbabayad o hindi niya masunod ang mga kinakailangan sa pagsusuri para sa programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad. Pupunta ang kolektor sa mga pagdinig para sa ulat ng pag-usad para magbigay ng mga update sa hukuman.

IVb. Pangongolekta Pagkatapos ng Pasya: Kung sakaling makakuha ng pasya ang BDR, pagkalipas ng panahon ng apela at pinal na ang pasya, sisimulan ng kolektor na magpatupad ng mga pagsisikap sa pangongolekta pagkatapos ng pasya. Kasama sa mga pagsisikap na ito ang paghahain at pagtatala ng Abstract ng Pasya, pagbibigay ng sahod, mga levy ng bangko, Kautusan para sa Eksaminasyon, interception ng mga refund sa buwis o napanalunan sa lottery, o iba pang opsyon sa pag-recover sa pagpapatupad ng pasya na pinapahintulutan ng batas. Puwede pa ring gumawa ang pasyente ng kasunduan sa pagbabayad pagkatapos makakuha ng pasya. Kung maaaprubahan ang isang kasunduan sa pagbabayad, iho-hold ang mga pagsisikap sa pangongolekta pagkatapos ng pasya. Nagkakaroon ng interes ang mga pasya sa legal na pinapayagang rate at puwede itong kolektahin sa loob ng 10 taon. Kung hindi natugunan ang pasya, ire-renew ng BDR ang pasya nang hanggang 30 taon. Kapag natugunan na ang pasya, ihahain ng BDR ang Pagtugon sa Pasya at bibigyan ng kopya ang pasyente.

V. Sibil na Pagkilos

Para sa mga account na may mataas na balanse kung saan hindi pa nababayaran ng pasyente ang bill, puwedeng i-refer ng BDR ang mga account na ito sa Legal na Seksyon ng Tanggapan ng Treasurer at Kolektor ng Buwis para sa pagsusuri para sa sibil na kaso. Ang mga karaniwang account na kwalipikado sa ganitong antas ng na-escalate na pangongolekta ay kapag direktang ipinadala ng insurer ng kalusugan ng pasyente ang bayad sa nasabing pasyente, at pinili ng pasyente na hindi ipadala ang bayad sa Ospital (Conversion). Bago maghain ng kaso, magpapadala sa pasyente ng demand para sa bayad na may huling pagkakataon na gumawa ng kasunduan para mabayaran ang bill. Ihahayag ng reklamong inihain ng Legal na Seksyon ng TTX ang bawat isa sa mga elemento sa Seksyon 1788.185 ng Kodigo Sibil. Isasama ang mga legal na gastusin para sa kaso sa pasya, at sisingilin ang mga ito sa pasyente. Kung makakakuha ng sibil na pasya, magpapatupad ang BDR ng mga pagkilos sa pagpapatupad pagkatapos ng pasya para masingil ang utang.

Mga Na-escalate na Pangongolekta – Pangkalahatang Workflow ng Legal na Pagkilos



Mga Ahensya para sa Karagdagang Pangongolekta

Dahil sa malaking volume ng mga account sa imbentaryo nito, nakikipagkontrata ang BDR sa mga third-party na ahensya para sa pangongolekta na may malawak na karanasan sa pagsingil ng mga munisipal na utang, pati sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa ospital ng county. Para sa mga account na may mababang halaga o kung saan nagamit na ng BDR ang lahat ng pagsisikap sa pangongolekta, puwede naming italaga ang mga account na ito sa mga ahensya para sa mga karagdagang pagsisikap sa pangongolekta. Sumusunod rin ang mga ahensyang ito sa mga kinakailangan at detalyeng itinakda ng saklaw ng trabaho sa kontrata sa pagbibigay ng kanilang mga serbisyo sa pangongolekta, at nangongolekta lang ang mga ito sa mga account habang ang mga ito ay nasa statute of limitations pa. Bilang bahagi ng mga kinakailangan para sa pangangasiwa ng mga account na nire-refer namin sa kanila, hindi iniuulat ng mga ahensya ang mga account sa mga kawanihan ng credit.

VI. Mga Serbisyo sa Third-Party na Pangongolekta

Dahil BDR ang opisyal na ahensya sa pangongolekta para sa Lungsod at County ng San Francisco at isa itong first-party na ahensya, ang mga kinontratang ahensya para sa pangongolekta ay pangalawa lang pagdating sa mga placement na itinalaga ng BDR sa mga ito, at nagbibigay ang mga ito ng mga karagdagang serbisyo sa pangongolekta. Bilang bahagi ng mga kasunduan nito sa mga ahensya sa pangongolekta, inaatasan ng BDR an mga ahensya para sa pangongolekta na sumunod sa patakaran at pamamaraang ito para sa pagsingil ng utang sa Ospital. Kasama sa mga serbisyonang ito ang skip tracing, pananaliksik ng asset, mga karaniwang pakikipag-ugnayan para sa pangongolekta gaya ng pagpapadala ng mga abiso, pagtawag para mangolekta, pagpapadala ng email at text, at paghahain ng mga kaso kung naaangkop. Sa pangangasiwa ng mga account sa pangangalagang pangkalusugan at sa pakikipag-ugnayan para sa mga ito, partikular na sa mga abiso, pagsasapriyordad ng mga refund para sa sobrang bayad, at pagtatakda ng mga kasunduan sa pagbabayad, sumusunod ang mga ahensya para sa pangongolekta sa prosesong pareho sa BDR na nakabalangkas sa Seksyon II sa itaas. Nakikipagtulungan din sa BDR ang mga ahensya para sa pangongolekta na singilin ang insurance sa pangangalagang pangkalusugan ng isang pasyente sakaling makakuha sila ng sapat na impormasyon para maisumite ang isang claim sa insurance ng pasyente. Kung naniniwala ang mga ahensya na paghahain ng kaso ang pinakanaaangkop na hakbang para masingil ang utang, hihingi ang mga ahensya ng pag-apruba sa BDR bago sila magpatuloy.

VIa. Pakikipag-ugnayan para sa Account sa Pangangalagang Pangkalusugan: Kapag naitalaga na ang mga account sa mga ahensya para sa pangongolekta, isu-suspense ang mga ito hanggang sa makatanggap ng kopya ng pinal na abiso mula sa Ospital. Kapag natanggap na ang kopyang iyon, isasama ng ahensya ang pinal na abiso ng Ospital sa kanilang unang abiso na ipapadala sa pasyente. Bibigyan ng ahensya para sa pangongolekta ang pasyente ng 30 araw para hilinging i-validate ang utang. Para sa mga kahilingan sa pag-validate, nakikipagtulungan sa BDR ang mga ahensya para sa pangongolekta para makuha ang kinakailangang dokumentasyon na ibibigay sa pasyente.

Vib. Mga Kasunduan sa Pagbabayad: Sa mga account ng pangangalagang pangkalusugan, nag-aalok ang mga ahensya para sa pangongolekta ng mga kasunduan sa pagbabayad para makatulong sa mga pasyente na bayaran ang kanilang delinquent na account. Kung sakaling ma-default, bibigyan ng mga ahensya ang pasyente ng pagkakataong panatilihin ang kasunduan sa pamamagitan ng pagsasaayos sa default. Padadalhan ng abiso o tatawagan ng mga ahensya ang pasyente para subukang pabayaran sa pasyente ang na-default na halaga. Kung hindi maisasaayos ng pasyente ang default sa loob ng 90 araw, kakanselahin ng ahensya ang kasunduan sa pagbabayad at sisikapin nitong singilin ang buong balanse. Magagawa ng mga ahensya, sa ilang sitwasyon, na i-settle ang balanse sa pasyente, nang may pag-apruba mula sa BDR.

Vic. Mga Refund: Tingnan ang seksyong Mga Refund ng BDR sa ibaba para sa mga pamamaraan ng pangangasiwa.

Mga Refund

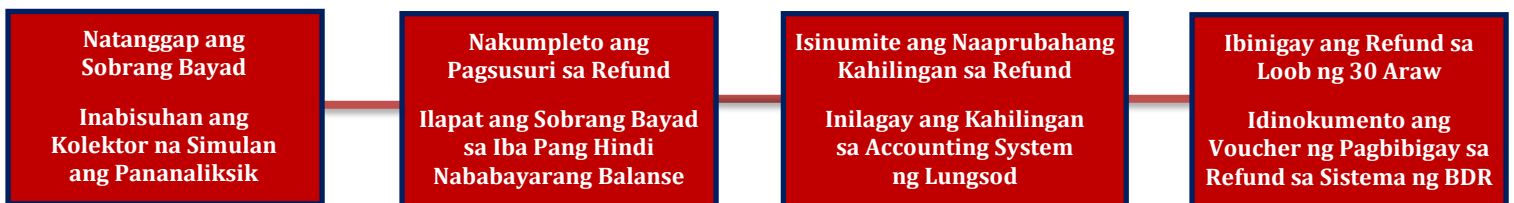
Kung sobra ang naibayad ng pasyente sa account ng pasyente, magbibigay ang BDR ng refund sa loob ng 30 araw mula sa petsa ng sobrang pagbabayad kung wala nang iba pang hindi nababayaran balanse ang pasyente. Magsasagawa ang kolektor ng masusing pagsusuri sa sistema ng pagsingil ng BDR para makumpirmang wala nang iba pang hindi nababayaran balanse. Kung may balanse ang pasyente na hindi pa nababayaran sa ibang account, ilalapat muna ang sobrang bayad sa account na iyon. Kung may kailangan pa ring bayaran ang pasyente pagkatapos ilapat ang sobrang bayad, walang ibibigay na refund. Idinodokumento sa sistema ng pagsingil ng BDR ang lahat ng resulta ng pagsusuri para sa refund. Kung wala nang iba pang balanse na hindi nababayaran ang pasyente, kukumpletuhin ng kolektor ang form para sa paghiling ng refund, ibibigay niya ang kinakailangang pansuportang dokumentasyon, hihingin ang pag-apruba ng supervisor, at pagkatapos ay isusumite ang naaprubahang kahilingan sa Unit ng Suporta sa Account ng BDR.

VII. Mga Refund mula sa Mga Ahensya para sa Pangongolekta

Unahing ilapat ng mga ahensya para sa pangongolekta ang anumang sobrang bayad sa anumang hindi pa nababayaran balanse ng pasyente. Kung bayad na ang lahat ng utang, ipapadala ng ahensya ang sobrang bayad sa BDR sa loob ng 10 araw ng negosyo mula sa pagtanggap nito. Ipinapadala ang mga koleksyon ng mga ahensya sa BDR linggu-linggo sa pamamagitan ng wire payment at kasamang file ng pagbabayad. Sa file ng pagbabayad, may identifier code ang halaga ng sobrang bayad at, kapag na-post na ito, isasapriyordad at ipoproseso ang mga refund sa loob ng 30 araw mula sa petsa ng pagbabayad na nakasaad sa file. Makikipagtulungan ang staff ng Suporta sa Account ng BDR sa mga kolektor na isagawa ang sub-system na pagsusuri para sa iba pang obligasyong hindi pa nababayaran. Kung wala nang iba pang obligasyong hindi nababayaran, susundin ng kolektor ang mga pamamaraan sa pangangasiwa ng refund na nasa itaas.

VIIa. Interes sa Mga Refund: Ang mga refund na sobra sa \$5 ay magkakaroon ng interes na 10% kada taon ayon sa nakasaad sa Seksyon 685.010 ng Kodigo ng Sibil na Pamamaraan ng California, na puwedeng amyendahan.

Mga Refund ng BDR - Pangkalahatang Workflow



Mga Claim ng Creditor ng Probate

Kung sakaling pumanaw ang pasyente at hindi pa siya bayad sa mga account ng Ospital, aalamin ng aming mga kolektor kung mayroong aktibong kaso ng probate ang pasyente na nakahain sa superior court. Kung may aktibong kaso, at pasok pa rin sa panahon ng paghahain para makapaghain ang BDR ng Claim sa Creditor ng Probate, gagawin ng kolektor ang mga sumusunod na hakbang:

- Kumpirmahing pasok kami sa panahon para sa paghahain ng claim (4 na buwan mula sa petsa kung kailan naitalaga ang executor o personal na kinatawan o 60 araw mula sa abiso ng pangangasiwa na ibinigay sa mga creditor, alinman ang mahuling petsa).
- Maghain ng Claim ng Creditor na nagsasaad sa lahat ng obligasyong hindi pa nababayaran ng pasyente sa BDR, kasama ang mga account ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng Ospital.
- Ihain ang Kahilingan para sa Espesyal na Abiso.
- Iiskedyul na suriin ang account bawat 30 araw para subaybayan ang pag-usad ng pamamahagi ng estate; Makipag-ugnayan sa Administrator ng Estate kung kinakailangan.

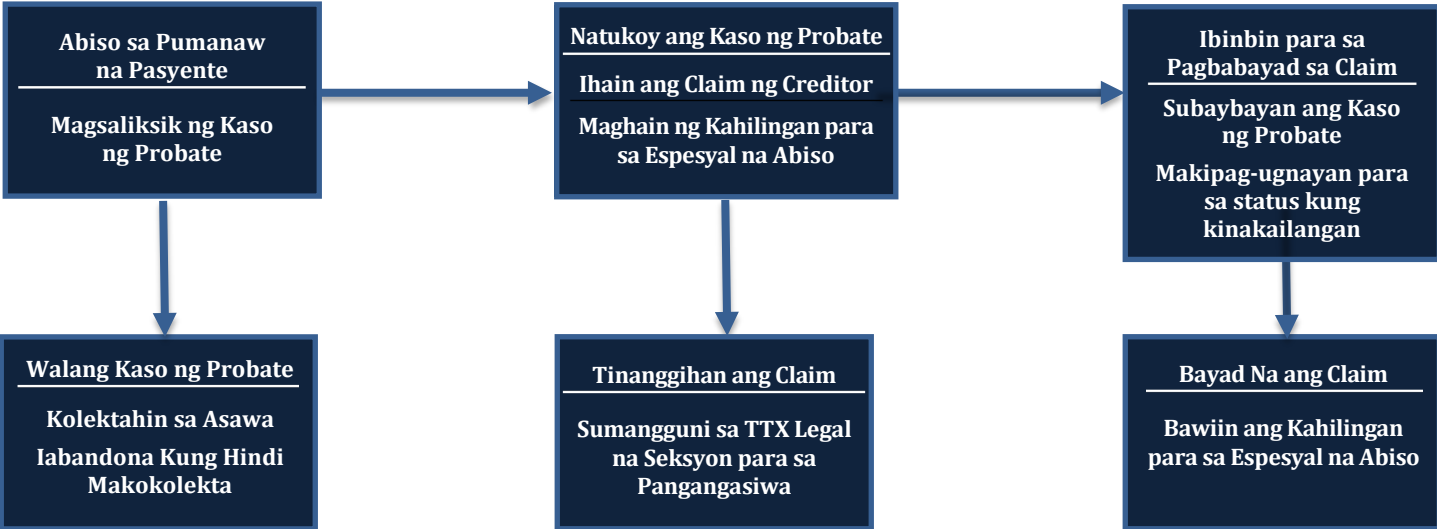
Kung aktibo pa ang insurance sa kalusugan ng pasyente, makikipagtulungan pa rin ang kolektor sa Ospital na iproseso ang claim. Aamyendahan ang Claim ng Creditor, kung kinakailangan, para isaalang-alang ang anumang bayad sa insurance na natanggap o adjustment na ginawa sa bill, para ang halaga lang na dapat bayaran ng pasyente ang isama sa Claim ng Creditor. Depende sa halaga ng estate, puwedeng makipagkompromiso ang BDR sa claim kung kinakailangan. Kapag natugunan na ang Claim ng Creditor, maghahain ang BDR ng Pagbawi sa Kahilingan para sa Espesyal na Abiso.

Kung hindi mababayaran ng Administrator ng Estate ang Claim ng Creditor, hahabulin ng BDR ang Administrator para sa bayad, at ire-refer nito ang account sa TTX Legal na Seksyon. Kung tatanggihan ng Administrator ang Claim ng Creditor, ire-refer ng BDR ang usapin sa TTX Legal na Seksyon para sa pangangasiwa. Tutugunan ng TTX Legal na Seksyon ang pagtanggap gaya ng naaangkop at aabisuhan nito ang BDR sa mga susunod na hakbang.

VIII. Walang Inihaing Kaso ng Probate

Kung walang kaso ng probate na nakahain sa superior court, magsasaliksik ang kolektor para makumpirma kung ang pasyente ay may naiwang asawa o guarantor (ibig sabihin, magulang ng menor de edad na anak) para maipagpatuloy ang pagsisikap sa pangongolekta. Kung walang naiwang asawa o asset ang pasyente na ibinibigay sa pamamagitan ng isang paglilitis sa probate na hukuman, detalyadong idodokumento ng BDR ang sistema ng pangongolekta at iaabandona nito ang (mga) account. Ang pag-abandona ay katumbas ng pagturing sa account bilang uncollectable.

Claim ng Creditor ng Probate – Workflow ng Pangakalahatang Pangongolekta



Bankruptcy

Kung naghain ang pasyente para sa bankruptcy, susupindihin ng BDR ang lahat ng pagkilos sa pangongolekta para masunod ang awtomatikong pananatili para sa bankruptcy. Kahit tapos na ang petisyon sa account ng ospital, susunod ang BDR sa pananatili, dahil puwedeng amyendahan ng petitioner ang petisyon para isama ang mga account ng Ospital. Aatasan namin ang pasyente na ibigay ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng abugado para sa bankruptcy. Kung walang abugado ang pasyente sa panahong iyon, sa minimum, aatasan namin ang pasyente na ibigay ang numero ng aso. Sa pananatili, hindi magpapadala ng anumang abiso ang BDR o hindi nito tatawagan ang pasyente para singilin, pero sasagot ito sa mga papasok na tanong mula sa pasyente, awtorisadong kinatawan ng pasyente, o legal na tagapayo. Sasaliksikin ng BDR ang kaso ng bankruptcy sa Pacer system. Kung naaangkop, maghahain ang BDR ng patunay ng claim (proof of claim, POC) para sa lahat ng utang na hindi pa nababayaran ng petitioner (pasyente) at susubaybayan niya ang kaso para sa mga susunod na hakbang. Kung kinakailangan, puwedeng pumunta ang TTX Legal na Seksyon sa 341 meeting ng creditor.

IX. Naihain ang Chapter ng Bankruptcy

Posibleng magawa o hindi magawa ng BDR na ihain ang patunay ng claim, at madalas ay natutukoy iyon ayon sa chapter na inihain o mga partikular na notification na natanggap sa panahon ng bankruptcy. Ang mga pinakakaraniwang chapter ng ugnayan sa BDR ay chapter 7, 11, at 13. Kung naghain ang pasyente para sa chapter 13 (plano ng pagbabayad) o chapter 11 (reorganization – karaniwan para sa mga negosyo), ihahain namin ang POC at hihintayin naming ipamahagi ng trustee ang bayad sa mga creditor, pati sa BDR. Posibleng may iba pang utang na may mas mataas na prioridad kaysa sa mga account ng ospital, lalo na kung hindi na-secure ng pasya, kaya puwedeng hindi maging agaran ang pagbabayad

kung may mga utang na may mas mataas na prioridad na inuunang bayaran. Kung naghain ang pasyente para sa proteksyon sa bankruptcy sa ilalim ng walang asset na chapter 7 (liquidation ng asset), hindi makakapaghain ng POC ang BDR dahil walang mali-liquidate na asset. Kung matutukoy sa ibang pagkakataon na may mga asset ang pasyente na puwedeng i-liquidate, kadalasan, nag-aabiso ang hukuman ng bankruptcy sa mga creditor. Sa panahong iyon, puwedeng ihain ng BDR ang POC.

IXa. Pag-dismiss ng Kaso: Habang aktibo at ina-adjudicate ang kaso, susubaybayan ng BDR ang kaso. Sa panahong ito, hindi magsasagawa ng anumang aktibong pagsubok sa pangongolekta. Kung madi-dismiss ang kaso, na puwedeng mangyari dahil sa ilang bagay, puwedeng ituloy ng BDR ang karaniwan nitong proseso ng pangongolekta. Puwedeng magawa pa rin ng pasyente na maghain ulit para sa bankruptcy. Kapag ginawa niya iyon, iho-hold ng BDR ang aming mga pagsisikap sa pangongolekta bilang pagsunod sa pananatili.

IXb. Discharge: Bagama't hindi puwedeng i-discharge sa isang bankruptcy ang ilang utang na pinapangasiwaan ng BDR, nadi-discharge ang utang sa ospital. Kung idi-discharge ng hukuman para sa bankruptcy ang utang, maaalisan ng pananagutan ang pasyente. Dapat ay idokumento nang mabuti ng kolektor ang mga resulta ng kaso ng bankruptcy sa mga talaan ng account, at i-code niya ang mga apektadong account bilang discharge sa bankruptcy. Mamarkahan ng code ng discharge ang mga account bilang uncollectable at itatala ang balanse bilang loss.

Talahanayan ng Mga Pagkilos sa Bankruptcy para sa Mga Account ng Ospital

Pagkilos at Tugon ng BDR	Kabanata 7	Kabanata 11	Chapter 13	Ituloy ang Mga Pagsisikap sa Pangongolekta
Awtomatikong Pananatili	X	X	X	Hindi
Ihain ang Patunay ng Claim*		X	X	Hindi
Subaybayan ang Kaso	X	X	X	Hindi
Pag-dismiss				Oo
Discharge				Hindi

*Ihahain ang POC ng Chapter 7 kung makakatanggap ng abiso ng mga asset mula sa hukuman para sa bankruptcy

Mga Lien sa Lupon ng Apela sa Medikal na Reimbursement at Bayad-pinsala sa Manggagawa

Kung nakuha ng pasyente ang mga medikal na serbisyo ng Ospital bilang resulta ng aksidente sa isang posibleng may pananagutang 3rd party (ibig sabihin, aksidente sa sasakyan ang pinakakaraniwan), puwedeng maghain ang pasyente ng claim para sa danyos laban sa 3rd party at puwede siyang mabigyan ng settlement para mabayaran ang pasyente. Gaya ng sinabi ng Seksyon 124.5 (a)-(f) ng Kodigo ng Kalusugan ng San Francisco, magbibigay ng lien sa settlement o pasyang ibibigay sa pasyente, at may karapatan ang BDR na kolektahin ang halagang hindi pa nababayaran sa mga bill ng Ospital na nauugnay sa insidente. Kung sasabihin ng pasyente na natamo ang mga pinsala sa trabahong nauugnay sa mga function sa trabaho at maghahain siya ng claim sa Lupon ng Mga Apela sa Bayad-pinsala sa Manggagawa (Worker's Compensation Appeals Board, WCAB), may ihahaing lien ang BDR sa pagkilos na iyon at magbibigay ng lien sa recovery na ibibigay sa pasyente (kung mayroon). Dahil sa halaga, oras, at pagiging kwalipikado ng mga claim na ito, pati sa mga sitwasyon kung kailan mayroon ding saklaw sa insurance sa kalusugan ang pasyente para sa mga serbisyong ito, puwedeng kailanganin ng BDR na magsagawa ng ilang pagkilos, kung saan inilalarawan ang ilan sa ibaba, para maprotektahan ang mga interes ng Ospital at ang kakayahang makakauha ng bayad para sa mga medikal na serbisyong pananagutan ng pasyente.

X. Mga Uri ng Mga Claim

Puwedeng maghain ang isang pasyente ng isa sa ilang uri ng mga claim na puwedeng magresulta sa pagtanggap ng Ospital ng bayad para sa mga serbisyo. Habang aktibo ang mga claim na ito, hindi magiging kwalipikado ang pasyente para sa programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH, o sa Patakaran sa CAP. Kung hindi makakatanggap ang pasyente ng settlement, puwedeng i-screen ang pasyente para sa mga programang iyon o para sa Patakaran sa CAP sa panahong iyon. Kung magbibigay ng settlement, inaasahang babayaran nang buo ng pasyente ang mga bill ng Ospital na nauugnay sa insidente o, kung hindi sapat ang bayad para masagot ang lahat ng sinasaklaw na

serbisyo at iba pang gastusing nauugnay sa mga claim, makikipagnegosasyon ang pasyente sa BDR. Ang mga pinakakaraniwang pakikipag-ugnayan sa BDR ay:

- **Claim ng 1st Party:** Ang claim ng first party ay kapag naghahain ang pasyente ng claim sa auto insurance ng pasyente. Dahil walang 3rd party sa claim na ito, hindi magagawa ng BDR na maghain ng lien sa anumang bayad na ibinigay sa pasyente. Itutuloy ng kolektor ang mga karaniwang pagsisikap sa pangongolekta ng BDR, na inilarawan sa Seksyon II sa itaas, para mabawi ang bayad.
- **Claim ng 3rd Party:** Ito ang pinakakaraniwan. Magbubukas ang pasyente ng claim sa carrier ng auto insurance ng may pananagutang 3rd party. Magkakaroon ang BDR ng kakayahang maghain ng lien.
- **Claim sa WCAB:** Naghahain ang pasyente ng claim sa WCAB dahil sa iba't ibang bagay, kung saan ang pinakakaraniwan ay ang hindi pagkakaroon ng employer ng pasyente ng sapat na saklaw para mabayaran ang mga provider para sa mga pinsalang nauugnay sa trabaho, o hindi siya sumasang-ayon na nauugnay sa trabaho ang mga pinsala ng pasyente. Ang WCAB ang magpapasya sa pananagutan at anumang award. Hindi nililimitahan ng kursong ito ng pagkilos ang isang pasyente sa paghahabol lang ng bayad-pinsala sa pamamagitan ng WCAB. Puwede ring maghain ang pasyente ng sibil na kaso laban sa kanyang employer. Magkakaroon ang BDR ng kakayahang maghain ng lien sa parehong sibil na kaso at claim sa WCAB.

XI. Mga Uri ng Mga Inihain Lien

Batay sa mga uri ng mga claim at/o pagkilos na isusulong pasyente, maghahain ng lien ang BDR sa mga claim o kasong iyon para maprotektahan ang mga interes ng Lungsod. Ang isasama lang sa mga lien ay ang halagang matutukoy na pananagutan ng pasyente at nauugnay sa insidente. Ang mga pinakakaraniwang lien na inihahain ng BDR ay:

XIa. Lien sa Insurance (Insurance Lien, IAL): Sa oras na matuklasan ng BDR ang claim sa insurance ng 3rd party, ipapabatid ng BDR sa carrier ang aming lien. Direktang magpapadala ng lien sa insurance ng 3rd party, nang nakapangalan sa nakatalagang adjuster ng mga claim. Puwedeng magkaroon o hindi magkaroon ang pasyente ng abugadong kumakatawan sa pasyente, kaya kadalasan, inenegosasyon ng BDR ang paglutas ng lien sa adjuster ng mga claim. Papadalhan kami ng hiwalay na bayad para sa napagkasunduang halaga para matugunan ang lien, o papangalanan kami bilang payee sa tseke ng settlement. Kung papangalanan kami bilang payee, may papalagdaan ang BDR sa pasyente na pagkilala sa obligasyon ng pasyente na bayaran ang lien, at ieendorso nito ang tseke para maideposito ito ng pasyente at makapagbayad siya sa BDR.

XIb. Pagkilala sa Medikal na Lien (Acknowledgement of Medical Lien, AML): Kung may kumakatawang abugado sa pasyente na nangangasiwa sa claim sa 3rd party, hihingi ang BDR ng liham ng pagkatawan at ng pahintulot na nakakasunod sa HIPAA para makapaglabas ng impormasyon, at matalakay ang paglutas ng lien, sa abugado ng pasyente. Puwedeng ipadala ang AML bilang karagdagan sa IAL kung may saklaw sa auto insurance ang 3rd party. Kung sasang-ayon ang pasyente na i-settle ang claim, hihingin ng BDR ang bayad nang buo o inenegosasyon nito ang lien batay sa halagang ibibigay sa pasyente.

XIc. Kasong Inihain sa Superior Court – Lien sa Medikal na Reimbursement (Medical Reimbursement Lien, ML): Kung magpapasya ang pasyente na maghain ng kaso sa superior court, ihahain ng BDR ang Lien sa Medikal na Reimbursement sa kaso at magse-serve ito sa mga naaangkop na panig. Puwedeng ihain ang ML bilang karagdagan sa IAL at/ o AML. Kadalasan, puwedeng dumaan ang mga kasong ito sa iba't ibang paglutas bago ang paglilitis, gaya ng pamamagitan, kumperensya sa settlement, o arbitration. Naka-standby ang Legal na Seksyon ng TTX kung kinakailangan para ikatawan ang BDR (bilang claimant ng lien) at tugunan ang anumang tanong tungkol sa lien. Kapag na-settle na ang kaso, makikipagnegosasyon ang BDR sa bayad para sa lien sa abugado ng pasyente.

XId. Claim na Inihain sa WCAB – Lien sa Lupon ng Apela sa Bayad-pinsala sa Mga Manggagawa (Workers Comp Appeal Board Lien, WCC): Kung maghahain ang pasyente ng claim sa WCAB, maghahain ng lien ang BDR at magse-serve ito sa lahat ng panig. Kung may inaayos ding claim ng 3rd party ang pasyente, ilalabas din ng BDR ang iba pang naaangkop na lien na inilarawan sa itaas. Katulad ng mga sibil na kasong inihain sa superior court, mayroon ding mga pagdinig bago ang paglilitis ang WCAB, kung saan pupunta ang Legal na Seksyon ng TTX kung kinakailangan para ikatawan ang BDR at tugunan ang anumang tanong tungkol sa lien. Kapag na-settle na ang kaso, makikipagnegosasyon ang BDR sa bayad para sa lien.

XII. Walang Ibinigay na Settlement

Puwedeng matukoy na walang anumang settlement na ibibigay sa pasyente. Halimbawa, kung matutukoy na may sala ang pasyente, malaki ang kanyang responsibilidad sa aksidente, hindi niya naibigay ang mga kinakailangang dokumento para ma-adjudicate ang claim, o na hindi nauugnay sa trabaho ang mga pinsala, puwedeng hindi makatanggap ng recovery ang pasyente. Kung sakaling hindi makatanggap ng award ang pasyente, kakailanganin ng BDR ng kumpirmasyong nalutas na ang claim, at walang ibibigay na award. Kapag natanggap na ang kumpirmasyon,

magpapatuloy ang karaniwang proseso ng pangongolekta sa pasyente. Pagkatapos ay puwede nang i-screen ang pasyente para sa programa sa Libreng Pangangalaga o May Diskwentong Bayad ng DPH, at/o puwedeng ilapat ang Patakaran sa CAP sa mga bill ng pasyente.

Talahanayan ng Mga Pagkilos para sa Mga Lien ng 3rd Party at WCAB

	Insurance ng Pasyente ng Claim ng 1 st Party Lang	Claim sa Insurance ng 3 rd Party	Naihain ang Sibil na Kaso	Naihain ang Kaso ng Lupon ng Apela sa Bayad-pinsala sa Mga Manggagawa	Ituloy ang Mga Pagsisikap sa Pangongolekta
Walang Ipinadalang Lien	X				Oo
Ipadala ang IAL*		X	X		Hindi habang aktibo ang claim; Walang pangongolekta kung naibigay ang award sa settlement at lien
Ipadala ang AML*		X	X		
Ihain ang ML*		X	X		
Ihain ang WCC*				X	Kung matutukoy na mga pinsalang nauugnay sa trabaho ang mga serbisyo, ilalapat ang pangongolekta sa paghingi ng reimbursement sa may pananagutang party

* Puwedeng sabay na mangyari ang mga pagkilos na ito, ibig sabihin, kung may sibil na kaso at kaso sa WCAB na nakahain, magkakaroon ng lien para sa parehong pagkilos; 0 kung magiging sibil na kaso ang isang claim, maghahain ng lien para sa bawat pagkilos

Para sa anumang tanong, makipag-ugnayan sa BDR sa ttx.bdr@sfgov.org.

Pamagat: Guarantor/AB1020	Mga Patakaran at Pamamaraan	Blg ng Patakaran: 1.21
Pahina : 21		Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa
Dibisyon: UCSF Clinical Practice Group, Business Services/dba SFGH Medical Group		Naaprubahan ni: Tagapamahala ng Departamento
Unit: Serbisyo sa Customer		Nangingibabaw sa Patakaran:
		Petsa: 06/22/2022

Isinasaad ng AB1020, na nauugnay sa mga serbisyo ng doktor, na:

(B) Ang nakasulat na patakaran kaugnay ng mga may diskwentong bayad ay kabibilangan din ng pahayag na ang isang pang-emergency na doktor, na inilalarawan sa seksyon 127450, na nagbibigay ng mga pang-emergency na medikal na serbisyo sa isang ospital na nagbibigay ng pang-emergency na pangangalaga ay inatasan din ng batas na magbigay ng diskwento sa mga pasyenteng walang insurance o may malalaking medikal na gastusin na nasa o wala pa sa 400 porsyento ng antas ng kahirapan ayon sa pederal. Hindi dapat ipakahulugan ang pahayag na ito bilang nagpapataw ng anumang karagdagang responsibilidad sa ospital.

Dating inamyendahan ang patakaran ng Medikal na Grupo ng SFGH para umayon sa AB774 patakaran sa libheng pangangalaga ng ZSFG. Nahihigitan ng aming kasalukuyang patakaran ang mga kinakailangan ng AB1020. Sa partikular, batay ang aming patakaran sa FPL% na tinukoy ng Mga Pinansyal na Tagapayo ng ZSFG. Pagkatapos maging kwalipikado ng pasyente sa libheng pangangalaga sa ZSFG, maglalapat ang Medikal na Grupo ng SFGH ng mga diskwento batay sa pinansyal na pangangailangan ng pasyente, sa mga rate na ipinapakita sa talahanayan sa ibaba.

Range ng FPL	Pananagutan ng Pasyente	Adjustment ng Medikal na Grupo ng SFGH
0-138% FPL	0%	100% ng balanse ng guarantor
139-200 % FPL	20% ng balanse ng guarantor	80% ng balanse ng guarantor
201-350% FPL	25% ng balanse ng guarantor	75% ng balanse ng guarantor
351-500% FPL	30% ng balanse ng guarantor	70% ng balanse ng guarantor
501-700% FPL	35% ng balanse ng guarantor	65% ng balanse ng guarantor
701-1000% FPL	40% ng balanse ng guarantor	60% ng balanse ng guarantor
1001%+ FPL	45% ng balanse ng guarantor	55% ng balanse ng guarantor