

## VIRTUA HEALTH

<b><u>TYTUŁ PODRECZNIKA</u></b> <b>PBS – SYSTEM ROZLICZANIA PACJENTA</b>		<b><u>NAZWA POLITYKI</u></b> Polityka pomocy finansowej		
<b><u>WŁAŚCICIEL PODRECZNIKA</u></b>	<b><u>DATA WYDANIA</u></b>	<b><u>DATA OSTATNIEGO PRZEGLADU</u></b>	<b><u>DATA AKTUALIZACJI</u></b>	<b><u>DATA WEJŚCIA W ŻYCIE</u></b>
System rozliczania pacjenta		12.2016, 20.03.2018 , 02.12.2019, 08/2024	12.2015, 11.2019 02.12.2019, 01.2021, 08/2024	12.2015
<b><u>CZESTOTLIWOŚĆ WERYFIKACJI</u></b> 12 miesięcy <b><u>Niniejsza polityka ma zastosowanie do:</u></b>	<b><u>ZWERYFIKOWANE / ZATWIERDZONE PRZEZ:</u></b> Officers of the Virtua Health Board of Trustees (Członkowie rady powierniczej Virtua Health) Virtua – Memorial Hospital Burlington County, Inc. Virtua – West Jersey Health System, Inc. Virtua Memorial Burlington – Psych Virtua Our Lady of Lourdes Hospital, Inc. Virtua Willingboro Hospital, Inc			

### 1. Polityka

Celem polityki pomocy finansowej (Financial Assistance Policy, „FAP”) sieci Virtua jest pomoc osobom, które nie mają odpowiednich środków finansowych (w tym ubezpieczenia zdrowotnego), aby zapłacić za opiekę, którą otrzymali oni sami lub ktoś, za kogo są odpowiedzialni. Polityka FAP sieci Virtua dotyczy świadczenia opieki medycznej w nagłych wypadkach i innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia. Nie dotyczy to zabiegów kosmetycznych, które nie są konieczne ze względów medycznych lub takich, które są wykonywane z własnego wyboru. Pacjenci, którzy otrzymują pomoc w nagłych wypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną w Virtua, często korzystają również z usług prywatnych grup lekarskich lub innych zewnętrznych świadczeniodawców usług medycznych. W załączniku A znajduje się lista świadczeniodawców w naszych ośrodkach szpitalnych, którzy świadczą usługi w nagłych wypadkach lub inne niezbędne usługi medyczne. Załącznik ten określa, którzy usługodawcy są objęci niniejszą polityką FAP, a którzy nie. Lista usługodawców będzie weryfikowana co kwartał i w razie potrzeby aktualizowana.

### 2. Programy pomocy finansowej, kwalifikowalność i metody składania wniosków/procedury

Z zastrzeżeniem kwalifikacji, pomoc finansowa może być dostępna w ramach następujących programów:

- a) Programy rządowe, takie jak Medicaid i Social Security
- b) Program pomocy w pokryciu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey (The State of New Jersey’s Hospital Care Payment Assistance Program, „HCPAP”)

Źródłem finansowania pomocy w zakresie płatności za opiekę szpitalną jest Fundusz dopłat do opieki zdrowotnej stosowany na mocy ustawy publicznej New Jersey z 1997 r., rozdział 263. Zatwierdzenie w ramach programu HCPAP zapewnia bezpłatną lub ulgową pomoc dla pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych we wszystkich szpitalach świadczących opiekę medyczną w przypadkach nagłych w stanie New Jersey. Pomoc szpitalna i opieka o obniżonej opłacie są dostępne tylko w przypadku koniecznej opieki w nagłych wypadkach lub innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia.

Pacjenci mogą kwalifikować się do programu HCPAP, jeśli są mieszkańcami stanu New Jersey i którzy:

- i. Nie mają ubezpieczenia zdrowotnego lub mają ubezpieczenie, które pokrywa tylko część rachunku szpitalnego (nieubezpieczeni lub niedostatecznie ubezpieczeni);
- ii. Nie kwalifikują się do żadnego ubezpieczenia prywatnego ani sponsorowanego przez rząd (takiego jak Medicaid); oraz
- iii. Spełniają następujące kryteria dochodowe i majątkowe:

*Kryteria dochodowe:* Pacjenci o dochodzie rodzinnym brutto nieprzekraczającym 200% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, „FPG”) kwalifikują się do całkowicie bezpłatnej charytatywnej opieki medycznej. • Pacjenci, których dochód rodzinny brutto przekracza 200%, ale nie przekracza 300% FPG, kwalifikują się do otrzymania opieki objętej zniżką. Bezpłatna opieka lub częściowo pokryte opłaty zostaną ustalone na podstawie tabeli opłat Departamentu Zdrowia stanu New Jersey.

*Kryteria majątkowe:* Program HCPAP zawiera progi kwalifikowalności majątkowej, które określają, że majątek indywidualny nie może przekroczyć 7,500 USD, a majątek rodzinny nie może przekroczyć 15,000 USD.

HCPAP jest również dostępny dla mieszkańców spoza New Jersey, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej w nagłych przypadkach.

Pacjenci, którzy chcą być objęci programem HCPAP, muszą złożyć wypełniony wniosek o udział w programie pomocy w zakresie opieki szpitalnej w stanie New Jersey (New Jersey Hospital Care Assistance Program Application for Participation), podając informacje o rodzinie/gospodarstwie domowym, potwierdzenie zamieszkania w stanie New Jersey (np. prawo jazdy, dowód tożsamości wydany w hrabstwie) oraz potwierdzenie dochodu (np. odcinek(i) wypłaty, formularz W-2, zaświadczenie o pobieraniu zasiłku dla bezrobotnych), jak również oświadczenie dot. majątku (np. wyciągi bankowe). Jeśli pacjent nie ma dochodów ani majątku, powinien dostarczyć zaświadczenie, dzięki czemu dokumentacja nie będzie wymagana.

c) Zniżka dla osób nieubezpieczonych w stanie New Jersey (Prawo publiczne 2008, rozdział 60)

Wszyscy nieubezpieczeni pacjenci z dochodem rodzinnym brutto nieprzekraczającym 500% FPG będą kwalifikować się do ulgowej opieki w ramach tego programu. W ramach tego programu kwalifikujący się pacjent zostanie obciążony kwotą nieprzekraczającą 115% obowiązującej stawki płatności w ramach federalnego programu Medicare za świadczone usługi opieki zdrowotnej.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare to finansowany ze środków publicznych program ubezpieczeń zdrowotnych w New Jersey, który jest kierowany do grup objętych programami CHIP, Medicaid i rozszerzonym Medicaid. NJ FamilyCare to program ubezpieczeń zdrowotnych finansowany ze środków federalnych i stanowych, utworzony w celu ułatwienia kwalifikującym się mieszkańcom stanu New Jersey, niezależnie od ich wieku, dostępu do przystępnego cenowo ubezpieczenia zdrowotnego. NJ FamilyCare przeznaczony jest dla osób, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianego przez pracodawcę.

Kryteria finansowe uprawniające do skorzystania z ubezpieczenia w programie NJ FamilyCare oparte będą na zmodyfikowanym dochodzie brutto (Modified Adjusted Gross Income lub MAGI). Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie: [www.njfamilycare.org/default.aspx](http://www.njfamilycare.org/default.aspx).

- e) Program edukacyjny i wczesnego wykrywania nowotworów w stanie New Jersey (New Jersey Cancer Education and Early Detection („NJCEED”))  
Program NJCEED zapewnia kompleksowe usługi informacyjne, edukacyjne i badania przesiewowe w kierunku raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego i prostaty.  
Aby kwalifikować się, pacjent musi być nieubezpieczony lub niedostatecznie ubezpieczony, a jego dochód rodzinny brutto nie przekracza 250% FPG. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie: [www.nj.gov/health/cancer/njceed](http://www.nj.gov/health/cancer/njceed).
- f) Fundusz pomocy poważnie chorym dzieciom (The Catastrophic Illness in Children Relief Fund)  
Fundusz pomocy poważnie chorym dzieciom zapewnia pomoc finansową rodzinom poważnie i przewlekle chorych dzieci.  
Aby kwalifikować się do otrzymania pomocy, wydatki szpitalne muszą przekraczać 10% dochodu rodzinnego brutto, plus 15% każdej nadwyżki dochodu powyżej 100,000 USD, dziecko musi mieć 21 lat lub mniej w momencie poniesienia kosztów leczenia, a rodzina musi mieszkać w New Jersey przez 3 miesiące bezpośrednio przed datą złożenia wniosku. Pracownicy migrujący mogą się kwalifikować, mieszkańcy tymczasowi nie. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie: [www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home](http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home).
- g) Biuro odszkodowań dla ofiar przestępstw w stanie New Jersey (New Jersey Victims of Crime Compensation Office)  
Stan New Jersey powołał biuro odszkodowań dla ofiar przestępstw w celu zrekompensowania ofiarom przestępstw strat i wydatków, w tym niektórych kosztów medycznych, wynikających z określonych czynów przestępczych.  
Aby kwalifikować się na program biura odszkodowań dla ofiar przestępstw w stanie New Jersey, przestępstwo musi wydarzyć się w stanie New Jersey lub dotyczyć osoby mieszkającej w stanie New Jersey, która padła ofiarą przestępstwa poza tym stanem. Ofiara musi zgłosić przestępstwo na policję w ciągu 9 miesięcy i musi współpracować w dochodzeniu oraz ściganiu danego przestępstwa. Wniosek musi być złożony w ciągu 3 lat od daty przestępstwa, a pacjent musi być niewinną ofiarą przestępstwa. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie: [www.nj.gov/oag/njvictims/index.html](http://www.nj.gov/oag/njvictims/index.html).
- h) Kwoty naliczane ogólnie (AGB)  
Zgodnie z paragrafem 501(r)(5) Kodeksu podatkowego, w przypadku nagłych wypadków lub innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia, kwalifikujący się pacjenci nie będą obciążani kwotami wyższymi niż w przypadku osób, których ubezpieczenie pokrywa taką opiekę.  
Do zniżki tej kwalifikują się pacjenci, którzy są nieubezpieczeni, a ich dochód rodzinny brutto nie przekracza 500% FPG. Ponadto, pacjenci niedostatecznie ubezpieczeni również mogą się kwalifikować, jeśli ich dochód rodzinny brutto przekracza 200%, ale nie przekracza 300% FPG.
- i) Program pomocy charytatywnej Virtua (Virtua’s Charity Assistance Program, „CAP”)  
Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie kwalifikują się do programu Medicaid i nie mogą otrzymać 100% zniżki w ramach HCPAP, mogą kwalifikować się do CAP, jeśli są obywatelami Stanów Zjednoczonych, a ich dochód rodzinny brutto nie przekracza 500% FPG. Osoby, które zakwalifikują się do pomocy w ramach CAP, otrzymają 90% zniżki od kwoty pobieranej za procedury w nagłych wypadkach lub niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Aby ubiegać się o pomoc finansową w ramach CAP należy złożyć stosowny wniosek (Virtua Charity Assistance Program Application). Wnioskodawcy CAP muszą dostarczyć informacje o rodzinie/gospodarstwie domowym, jak również udokumentowane potwierdzenie dochodu (patrz przykładowe potwierdzenia dochodu zawarte w sekcji 2(b), HCPAP).

Wniosek o uczestnictwo w programie New Jersey Hospital Care Assistance Program oraz wniosek o pomoc finansową w ramach Virtua Charity Assistance Program („wnioski”) można pobrać ze strony internetowej Virtua, [www.virtua.org](http://www.virtua.org), w zakładce Virtua Charity Assistance Program.

Egzemplarze wniosków w formie papierowej można otrzymać dzwoniąc do naszego biura obsługi klienta pod numer (833) 335-4010.

Pacjenci mają 365 dni od daty pierwszego rachunku po wypisie na złożenie wypełnionych wniosków, które zawierają wymaganą dokumentację.

Wypełnione wnioski (wraz z wymaganą dokumentacją) prosimy przysyłać pocztą na adres:

Virtua Patient Accounting  
2000 Crawford Place, Suite 100  
Mount Laurel, NJ 08054

W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku, Virtua dostarczy pacjentowi pisemne zawiadomienie wyszczególniające dodatkowe informacje i dokumenty potrzebne do uprawnień do korzystania z FAP oraz zapewni pacjentowi stosowny czas (30 dni) na dostarczenie wymaganej dokumentacji. Virtua dostarczy również pacjentowi egzemplarz streszczenia polityki FAP w prostym języku (Plain Language Summary, „PLS”). PLS jest pisemnym oświadczeniem, które powiadamia daną osobę, że Virtua oferuje pomoc finansową w ramach FAP i dostarcza dodatkowych informacji w języku, który jest jasny, zwięzły i łatwy do zrozumienia.

### **3. Podstawa obliczania naliczonych kwot**

Co roku Virtua będzie ustalać wartości procentowe kwot naliczanych ogólnie (AGB) dla swoich obiektów szpitalnych przy użyciu metody retrospektywnej. Wartości procentowe AGB są obliczane poprzez podzielenie roszczeń programu Medicare fee-for-service (opłata za usługę) i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych przez opłaty brutto związane z tymi roszczeniami. Otrzymane wartości procentowe AGB są mnożone przez opłaty brutto za konkretne procedury w celu określenia kwoty AGB.

Obliczone wartości procentowe AGB, jak również dołączony opis obliczeń są dostępne na życzenie i bezpłatnie w naszym biurze obsługi klienta pod numerem (833) 335-4010.

Każda osoba, która zostanie uznana za uprawnioną do FAP nie będzie obciążona kwotą wyższą niż AGB za opiekę zdrowotną w nagłych wypadkach i inną opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia, zgodnie z paragrafem 501(r)(5) Kodeksu podatkowego. AGB to maksymalna kwota pobierana od każdej osoby kwalifikującej się do FAP. Zgodnie z niniejszą polityką FAP, osoba kwalifikująca się do FAP zostanie obciążona mniejszą z dwóch kwot: AGB lub stawką niższą, do której kwalifikuje się w ramach tego FAP.

### **4. Rozpowszechnianie informacji o FAP**

Dział rozliczeń pacjentów w Virtua dołoży wszelkich starań, aby zapewnić pomoc finansową w sposób uczciwy i spójny, stosując stosowne wysiłki w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej. Ponieważ Virtua musi zrównoważyć potrzeby naszych pacjentów w zakresie pomocy finansowej z naszą własną szerszą odpowiedzialnością fiskalną, pomoc nie jest uważana za zamiennik odpowiedzialności osobistej. Oczekuje się, że osoby uznane za posiadające środki finansowe na opłacenie opieki, będą to robić, a Virtua zastrzega sobie prawo do podjęcia działań dopuszczalnych przez prawo w celu ochrony swoich aktywów w razie potrzeby.

Dla ułatwienia naszym pacjentom, FAP, wnioski i PLS są dostępne na stronie internetowej Virtua: [www.virtua.org](http://www.virtua.org)

Egzemplarze FAP, wniosków i PLS w formie papierowej są dostępne bezpłatnie na życzenie w następujących ogólnodostępnych miejscach w obrębie naszych placówek szpitalnych:

- oddziały ratunkowe;
- izby przyjęć w trybie ambulatoryjnym; oraz
- izby przyjęć szpitali.

Dodatkowo, egzemplarze FAP, wniosków i PLS w formie papierowej można zamówić w biurze obsługi klienta Virtua pod numerem 888 625-2890

W celu poinformowania naszych pacjentów i członków społeczności o dostępnej pomocy finansowej, Virtua umieściła widoczne wywieszki w publicznych placówkach szpitalnych.

Virtua podejmuje również stosowne starania, aby informować członków społeczności o dostępności pomocy finansowej.

Wszyscy pacjenci otrzymują egzemplarz PLS od Virtua przy przyjęciu lub wypisie.

W celu dostosowania się do wszystkich znaczących populacji w obrębie obszaru usług sieci Virtua, FAP, wnioski i PLS są dostępne w języku angielskim oraz w ojczystych językach populacji o ograniczonej znajomości języka angielskiego („LEP”), które stanowią co najmniej 1000 osób lub 5% społeczności obsługiwanej przez sieć Virtua.

## **5. Polityka rozliczania i ściągania należności**

Virtua będzie przestrzegać wszystkich przepisów i uzgodnionych postanowień umownych w odniesieniu do swoich praktyk rozliczeniowych i windykacyjnych. Dział rozliczeń pacjentów będzie odpowiedzialny za fakturowanie i działania następcze, aby zapewnić otrzymanie płatności w odniesieniu do wszystkich rachunków. Jeżeli po dokonaniu płatności przez płatnika ponoszącego główną odpowiedzialność za zaległą kwotę, pozostaje do spłaty należność (na przykład udziały własne lub współubezpieczenia), pozostałym saldem rachunku zostanie obciążona strona ponosząca wtórną odpowiedzialność za saldo rachunku. W przypadku pacjentów, którzy nie są ubezpieczeni lub nie posiadają dodatkowego ubezpieczenia na pozostałą kwotę, Virtua nie będzie podejmować nadzwyczajnych działań windykacyjnych (extraordinary collection actions, „ECA”) wobec danej osoby w celu uzyskania płatności za świadczoną opieką, dopóki nie zostaną podjęte uzasadnione wysiłki w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy w ramach polityki FAP sieci Virtua.

Rachunki pacjentów, którzy nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym przez stronę trzecią, będą podlegać określonemu cyklowi płatności własnych, przy czym strona odpowiedzialna jest informowana o dostępności zniżek oferowanych w ramach FAP.

Po otrzymaniu wypełnionego wniosku FAP, Virtua:

- a) zawiesza wszelkie działania windykacyjne ECA wobec danej osoby (strony trzeciej działające w imieniu Virtua również zawieszają podjęte działania ECA);
- b) będzie terminowo dokonywać ustaleń dotyczących kwalifikacji do FAP i je dokumentować; oraz
- c) powiadomi podmiot odpowiedzialny lub osobę fizyczną na piśmie o ustaleniu i podstawie ustalenia.

Jeśli pacjent zostanie uznany za kwalifikującego się do FAP, Virtua:

- i. Dostarczy rozliczenie wskazujące kwotę, którą osoba kwalifikująca się do FAP jest winna, jak ta kwota została określona i jak można uzyskać informacje dotyczące AGB;
- ii. Zwróci wszelkie nadpłaty dokonane przez daną osobę; oraz
- iii. Strony trzecie podejmą wszelkie odpowiednie dostępne środki w celu odwrócenia wszelkich działań windykacyjnych ECA podjętych wobec pacjentów do ściągnięcia długu.

Wszelkie pozostałe niezapłacone rachunki, co do których nie są dokonywane ustalenia dotyczące płatności lub zatwierdzenia do otrzymania pomocy finansowej, po zakończeniu określonego cyklu płatności własnych (120 dni od daty pierwszego rachunku po wypisie ze szpitala) zostaną przekazane agencji zewnętrznej („agencja”) w celu ich ściągnięcia. Przed przekazaniem rachunków do agencji można jednak uzyskać szacunkowy roczny dochód strony odpowiedzialnej od zewnętrznej agencji kredytowej. Jeśli na podstawie oszacowania dochodu można stwierdzić, że dana osoba kwalifikuje się do FAP, zastosowana zostanie wspomniana wyżej redukcja opłat, a pozostałe saldo netto zostanie przekazane agencji do windykacji. Dodatkowo, Virtua poinformuje osobę o podstawie do określenia domniemanej kwalifikowalności do FAP.

Rachunek pozostanie w agencji przez 180 dni. Po upływie tego czasu, w przypadku braku porozumienia w sprawie uregulowania zaległości, Virtua lub strony trzecie działające w jej imieniu mogą podjąć następujące działania windykacyjne ECA:

- a) zgłaszanie niekorzystnych informacji na temat danej osoby do agencji zajmujących się sprawozdawczością kredytową dla konsumentów lub biur kredytowych;
- b) ustanowienie zastawu na majątku danej osoby;
- c) zajęcie lub konfiskata konta bankowego lub innego majątku osobistego danej osoby;
- d) wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko danej osobie; oraz
- e) zajęcie wynagrodzenia danej osoby.

Virtua może upoważnić agencje windykacyjne i adwokatów działających w imieniu sieci Virtua do wszczęcia działań ECA w odniesieniu do zaległych rachunków pacjentów po upływie 120-dniowego okresu powiadomienia. Virtua upewni się, że podjęto odpowiednie działania w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w ramach FAP oraz że przed wszczęciem działań windykacyjnych ECA podjęto następujące kroki:

1. Pacjent otrzymał pisemne powiadomienie (zawarte na wszystkich rozliczeniach), które:
  - wskazuje, że pomoc finansowa jest dostępna dla uprawnionych pacjentów;
  - określa działania windykacyjne ECA, które Virtua zamierza podjąć w celu uzyskania płatności za świadczoną opiekę; oraz
  - określa termin, po którym takie działania windykacyjnymi ECA mogą zostać wszczęte.
2. Podjęto uzasadnione starania, aby ustnie powiadomić daną osobę o FAP i o tym, jak może ona uzyskać wsparcie w procesie ubiegania się o pomoc finansową.

#### Ubezpieczenie zewnętrzne

1. Virtua wystawi rachunek na Medicare i Medicaid;
2. Virtua wystawi rachunek w imieniu pacjenta wszystkim ubezpieczycielom zewnętrznym. Ubezpieczyciele mają 45 dni na dokonanie płatności, zanim Virtua zacznie kontaktować się z pacjentami w sprawie ich niezapłaconego salda ubezpieczeniowego;

3. Virtua będzie wystawiać rachunki stronom trzecim obejmujące roszczenia związane z pojazdami mechanicznymi i odszkodowaniami pracowniczymi; oraz
4. Pacjenci są ostatecznie odpowiedzialni za swoje rachunki w przypadku braku płatności, chyba że zabrania tego umowa lub przepis

#### Salda nieubezpieczone, nierozwiązane i płatności własne

1. Usługi w nagłych wypadkach, w trybie pilnym oraz usługi związane z porodem objęte ustawą EMTALA (Ustawa o udzielaniu pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach i podczas porodu) nie podlegają wcześniejszej zapłacie. Virtua nie będzie podejmować żadnych działań, które mogą zniechęcać osoby fizyczne do poszukiwania pomocy medycznej w nagłych wypadkach, np. poprzez żądanie od pacjentów oddziału ratunkowego zapłaty przed otrzymaniem leczenia w nagłych wypadkach lub poprzez zezwalanie na działania windykacyjne na oddziale ratunkowym lub w innych miejscach, gdzie takie działania mogłyby zakłócić świadczenie pomocy w nagłych wypadkach na zasadach niedyskryminacji.
2. Płatność za znane kwoty udziału własnego, współpłatności i współubezpieczenia należy uiścić przed wykonaniem usługi.
3. Opłaty za usługi nieobjęte ubezpieczeniem, nieubezpieczone i związane ze stylem życia są należne przed wykonaniem usługi (procedury związane ze stylem życia są definiowane jako zabiegi niepotrzebne z medycznego punktu widzenia, takie jak chirurgia plastyczna nieodtwórcza).
4. Salda pacjentów, których nie można opłacić przed usługą, oraz salda należne po opłaceniu z ubezpieczenia lub odmowie wypłaty ubezpieczenia, muszą zostać uregulowane za pomocą jednej z następujących metod:
  - a. Płatność w całości ze środków osobistych, kartą kredytową;
  - b. Płatność w ograniczonym terminie (patrz polityka uzgodnień płatniczych); lub
  - c. Zatwierdzona pomoc finansowa. (Patrz polityka FAP sieci Virtua)
5. Kiedy za saldo rachunku staje się odpowiedzialny pacjent, w ciągu 3-5 dni roboczych wysyłane jest do niego list z zestawieniem. Data ta oznacza początek okresu powiadomienia. „Okres powiadomienia” to 120-dniowy okres, w którym nie można wszcząć żadnych działań windykacyjnych ECA wobec pacjenta.
6. W tym czasie dostawca usługi płatności własnej dla Virtua wprowadzi datę aktywacji na rachunku, aby rozpocząć cykl rozliczeniowy.
  - a. Pacjent otrzyma 3 wyciągi. Listy te zawierają informacje o powyższych opcjach płatności, jak również o polityce FAP sieci Virtua. Przed wysłaniem rachunku do windykacji zostaną przeprowadzone rozmowy telefoniczne/próby kontaktu z pacjentem. Dzięki tym krokom wszystkie rachunki będą przetwarzane tak samo;
  - b. Przekazanie do firmy windykacyjnej nie nastąpi przez co najmniej 120 dni od pierwszego rachunku wystawionego pacjentowi po wypisie;
  - c. Rachunki z błędnymi adresami oraz rachunki dotyczące pacjentów, którzy zmarli, mogą być przekazane do agencji windykacyjnej tylko wtedy, gdy istnieją potwierdzające, udokumentowane badania dotyczące rachunku. Należy przestrzegać i udokumentować na rachunku odpowiednie procedury dotyczące błędnych adresów i zmarłych pacjentów bez rodziny/spadku.
7. Przed przekazaniem do agencji windykacyjnej, wszystkie rachunki osób nieubezpieczonych są korygowane pod kątem CAP Virtua.