



Politika e asistencës financiare dhe kredisë dhe arkëtimit

29 Shtator, 2023

Aprovuar nga:
Emri: Brian Huggins
Titulli: Kryeshefi Financiar – Qendra Mjekësore
Data: 09/29/2023

Miratimi i Bordit:
Data: 09/29/2023

Kontakt:
John Salzberg
Zëvendës President i Lartë, Financë dhe Drejtor Kryesor i të Ardhurave
Telefon: 508-334-1789
Email: john.salzberg@umassmemorial.org

Tabela e Përmbajtjes

| | | |
|-------|---|----|
| I. | Politika | 3 |
| II. | Ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor..... | 3 |
| | a. EMTALA..... | 3 |
| | b. Shërbime të nevojshme mjekësore jo-urgjente, jo urgjente ("Zgjedhore") | 4 |
| | c. Ngjarje të rënda të raportueshme..... | 5 |
| III. | Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët | 5 |
| | a. Pacientët me mbulim sigurimi | 5 |
| | b. Pacientë pa mbulim sigurimi | 5 |
| IV. | Programet e Asistencës Financiare të Komonuelthit të Massachusetts | 6 |
| | a. Rrjeti i sigurisë shëndetësore..... | 7 |
| | b. Vështirësi mjekësore | 8 |
| | c. Përrjashtimet e mbulimit shtetëror..... | 10 |
| | d. Procesi i aplikimit | 10 |
| | e. Verifikimi i të ardhurave | 11 |
| | f. Verifikimi i identitetit | 11 |
| V. | Programi i Ndihmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial..... | 11 |
| | a. Procesi i aplikimit | 12 |
| | b. Pranueshmëria | 12 |
| | c. Plotëso aplikacionin | 12 |
| | d. Aplikim jo i plotë | 13 |
| | e. Verifikimet e të ardhurave..... | 13 |
| | f. Periudha e pranueshmërisë..... | 13 |
| | g. Shërbimet e kualifikueshme..... | 14 |
| | h. Shërbime të pakualifikuara | 14 |
| | i. Baza për llogaritjen e shumës së ngarkuar | 15 |
| | j. Informacion dhe ndihmë | 15 |
| VI. | Mbulim shtesë dhe kujdes me zbritje të ofruar nga UMMMC për pacientët | 16 |
| | a. Vazhdimi i Mbulimit | 16 |
| | b. Zbritje e menjëhershme për pagesë..... | 16 |
| VII. | Procedurat e faturimit dhe arkëtimit | 16 |
| | a. Faturimi i pagesve të palëve të treta..... | 16 |
| | b. Faturimi dhe arkëtimi i vetëpagesës..... | 17 |
| | c. Veprimet e jashtëzakonshme të grumbullimit (ECA)..... | 18 |
| | d. Shërbimi ndaj klientit | 19 |
| | e. Planet e pagesave..... | 19 |
| | f. Interesi..... | 19 |
| | g. Kërkesat e depozitave | 19 |
| | h. Interesa | 20 |
| | i. Aksident i automjetit motorik/Faturim i palës së tretë..... | 20 |
| | j. Falimentimi | 20 |
| | k. Të drejtat dhe përgjegjësia e pacientëve | 20 |
| | l. Përrjashtim nga veprimet e faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës..... | 21 |
| VIII. | Fjalor | 22 |

UMass Memorial Medical Center Politika Spitalore

| | |
|--|--|
| 1130 Politika e asistencës financiare dhe kredisë dhe arkëtimit | |
| Zhvilluar nga: Menaxhimi i ciklit të të ardhurave | Data e hyrjes në fuqi: 09/29/2023 Aprovuar nga: Brian Huggins |
| Zbatueshmëria: Të gjithë anëtarët e fuqisë punëtore që punojnë me operacionet e ciklit të të ardhurave | Shfuqizimi: Zëvendëson politikën e datës: 12/21/2020 |
| Fjalë kyçe: Mbledhja e kredisë, borxhi i keq, Asistenca financiare, Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore dhe EMTALA | |

I. Politika

Politika e Asistencës Financiare dhe e Kreditit dhe e Arkëtimit përcakton standardet me të cilat UMass Memorial Medical Center, Inc. do të administrojë mbledhjen e informacionit të sigurimit/financiar nga pacientët, përcaktimin e përshtatshmërisë për Asistencë Financiare dhe proceset e faturimit dhe arkëtimit, në përputhje me (1) Rregulloret e Zyrës Ekzekutive të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (EOHHS) 101 CMR 613.00 Shërbimet e pranueshme të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore (2) Qendrat për Shërbimet e Medicare dhe Medicaid Kërkesat për borxhin e keq të Medicare (42CFR 413.89), 13J Provimet e Burimeve të Medikamentit (Pjesa 1, Kapitulli 3) dhe (3) Kodi i të Ardhurave të Brendshme Seksioni 501 (r) siç kërkohet sipas seksionit 9007 (a) të Aktit Federal për Mbrojtjen e Pacientëve dhe Kujdesin e Përbalueshëm (Pub. L. Nr. 111-148) dhe siç sqarohet në sqarimin e IRS të datës 29 dhjetor 2015 për raportimin e një informacioni të tillë në formularin IRS 990 të spitalit. Politika e Asistencës Financiare dhe Kreditimi dhe Arkëtimi do të depozitohet në mënyrë elektronike në Zyrën e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore në përputhje me kërkesat e rregullores.

UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, shtetësisë, tjetërsimit, fesë, besimit, seksit, orientimit seksual, identitetit gjinor, moshës ose paaftësisë në asnjë nga politikat e saj në lidhje me blerjen dhe verifikimin të informacionit financiar, depozitave para pranimit ose para-trajtimit, planeve të pagesave, pranimeve të shtyra ose të refuzuara ose statusit të pacientit me të ardhura të ulëta.

II. Ofrimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

a. **EMTALA.** Për të siguruar që të gjithë pacientët që paraqiten në UMass Memorial Medical Center, Inc. që kërkojnë ekzaminim ose trajtim për një gjendje mjekësore urgjente, marrin një ekzaminim të duhur mjekësor, stabilizim dhe nëse është e nevojshme, transferohen në përputhje me Aktin e Trajtimit Mjekësor Urgjent dhe të Punës (EMTALA) .

UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të angazhohet në aktivitete që i dekurajojnë individët të kërkojnë kujdes mjekësor urgjent. Kjo përfshin vonesën në ofrimin e një ekzaminimi të duhur mjekësor ose ekzaminimin dhe trajtimin e mëtejshëm mjekësor për të stabilizuar gjendjen mjekësore në mënyrë që të pyesni për mënyrën e pagesës së individit, statusin e sigurimit ose për të siguruar nënshkrime në një përgjegjësi financiare ose formularin e njoftimit të avancuar të përfituesit. UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të lejojë aktivitete të mbledhjes së borxhit në departamentin e urgjencës ose zona të tjera të objektit spitalor ku aktivitete të tilla mund të ndërhyjnë në ofrimin e kujdesit urgjent. Kërkesa për

bashkëpagesë sigurimesh nuk do të bëhet përpara ekzaminimit kontrollues mjekësor dhe stabilizimit.

- i. Shërbimet e nivelit të urgjencës përfshijnë:** Shërbimet e nevojshme mjekësore të ofruara pas fillimit të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, që manifestohen me simptoma të ashpërsisë së mjaftueshme duke përfshirë dhimbje të forta, për të cilat mungesa e kujdesit të menjëhershëm mjekësor mund të jetë e arsyeshme pritët nga një person i kujdesshëm, i cili zotëron një njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë që të rezultojë në vendosjen e shëndetit të personit ose një personi tjetër në rrezik serioz, dëmtim serioz të funksionit të trupit ose mosfunksionim serioz të ndonjë organi ose pjese të trupit ose, në lidhje me një gruaja shtatzënë që ka kontraktime: se ka kohë të pamjaftueshme për të kryer një transferim të sigurt në një spital tjetër përpara lindjes ose që transferimi mund të përbëjë një kërcënim për shëndetin dhe sigurinë e gruas ose fëmijës së palindur. Një ekzaminim kontrolli mjekësor dhe çdo trajtim i mëpasshëm për një gjendje mjekësore ekzistuese urgjente ose ndonjë shërbim tjetër të tillë të ofruar në masën e kërkuar në përputhje me EMTALA federale (42 USC 1395(dd)) kualifikohet si një shërbim i nivelit të urgjencës.
- ii. Shërbimet e kujdesit urgjent përfshijnë:** Shërbimet e nevojshme mjekësore të ofruara pas fillimit të papritur të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, që manifestohet me simptoma akute me ashpërsi të mjaftueshme (përfshirë dhimbjen e fortë) që një person i kujdesshëm do të besonte se mungesa e kujdesit mjekësor brenda 24 orëve mund të pritët në mënyrë të arsyeshme që të rezultojë në rrezikimin e shëndetit të pacientit, dëmtim të funksionit trupor ose mosfunksionim të ndonjë organi ose pjesësh trupore. Shërbimet e kujdesit urgjent ofrohen për kushte që nuk janë kërcënuese për jetën dhe nuk paraqesin rrezik të lartë për dëmtime serioze për shëndetin e një individi, por për të cilat nevojiten shërbime të menjëhershme mjekësore.

Shënim në lidhje me EMTALA: Në përputhje me kërkesat federale, EMTALA aktivizohet për këdo që vjen në pronën e spitalit duke kërkuar ekzaminim ose trajtim të një shërbimi të nivelit të urgjencës (gjendje mjekësore emergjente) ose që hyn në departamentin e urgjencës duke kërkuar ekzaminim ose trajtim për një gjendje mjekësore. Më së shpeshti, personat e paplanifikuar paraqiten në departamentin e urgjencës. Megjithatë, personat e paplanifikuar që kërkojnë shërbime për një gjendje mjekësore urgjente ndërsa paraqiten në një njësi tjetër spitalore, klinikë ose zonë tjetër ndihmëse mund t'i nënshtrohen gjithashtu një ekzaminimi kontrollues mjekësor urgjent në përputhje me EMTALA. Ekzaminimi dhe trajtimi për kushtet mjekësore urgjente ose çdo shërbim tjetër i tillë i ofruar në masën e kërkuar sipas EMTALA, do t'i ofrohet pacientit dhe do të kualifikohet si kujdes urgjent. Përcaktimi se ekziston një gjendje mjekësore urgjente bëhet nga mjeku ekzaminues ose personeli tjetër mjekësor i kualifikuar i spitalit siç dokumentohet në kartelën mjekësore.

- b.** Shërbime të nevojshme mjekësore jo urgjente, jo urgjente ("Zgjedhore") - Për pacientët që ose (1) mbërrijnë në spital duke kërkuar kujdes të nivelit jourgjent ose jourgjent ose (2) kërkojnë kujdes shtesë pas stabilizimit të një urgjence mjekësore kusht, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të mbledhë informacion financiar nga pacienti, do ta ndihmojë pacientin në marrjen/verifikimin e mbulimit për shërbimet dhe/ose do të bëjë marrëveshje të tjera financiare të përshkruara këtu. Shërbimet me zgjedhje: Shërbimet e nevojshme mjekësore që nuk plotësojnë përkufizimin e Urgjencës ose Urgjencës më sipër. Në mënyrë tipike, këto

shërbime janë ose shërbime të kujdesit parësor/specialitetit ose procedura mjekësore të planifikuara paraprakisht nga pacienti ose nga ofruesi i kujdesit shëndetësor.

- c. **Ngjarje të rënda të raportueshme** – UMass Memorial Medical Center, Inc. ruan përputhjen me kërkesat e zbatueshme të faturimit, të tilla si kërkesat e Departamentit të Shëndetit Publik për mospagesën e disa ngjarjeve të rënda të raportueshme.

III. Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët

UMass Memorial Medical Center, Inc. do të bëjë përpjekje të arsyeshme dhe do të përpiqet të marrë të gjitha informacionet përkatëse financiare, demografike, të sigurimit dhe të përgjegjësisë ndaj palëve të treta nga pacientët përpara se të ofrohen shërbimet zgjedhore siç përshkruhet më poshtë. Ky informacion do të mblidhet nga pacientët që kërkojnë kujdes urgjent/urgjent sa më shpejt të jetë e mundur, por vetëm kur lejohet në përputhje me EMTALA.

- a. **Pacientët me mbulim sigurimi** – Për pacientët me sigurim shëndetësor ose për pacientët e mbuluar nga kompensimi i punëtorëve, siguruari i automjeteve ose çdo palë tjetër e tretë përgjegjëse për pagesën e shërbimeve të ofruara, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të bëjë përpjekjet më të mira për të mbledhur të gjithë informacionin e kërkuar për të paraqitur një kërkesë të transportuesi i sigurimit për shërbimet e kryera

- i. **Verifikimi i sigurimit** – Kurdoherë që është e mundur, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të verifikojë përshtatshmërinë e sigurimit të një pacienti nëpërmjet mjeteve elektronike ose telefonike, si dhe Sistemit të Verifikimit të Kualifikimit të MassHealth (EVS) për verifikimin e përshtatshmërisë në një program asistence publike, përpara se pacient mbërritja për çdo datë shërbimi. Kur kjo nuk ndodh, përshtatshmëria do të verifikohet pas mbërritjes, ose sa më shpejt të jetë e mundur më pas, me mjete elektronike/telefonike dhe/ose rishikim të kartës së sigurimit të pacientit.

- ii. **Kërkesat për referim dhe autorizim** – UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përpiqet të sigurojë dhe/ose verifikojë të gjitha referimet dhe autorizimet e kërkuara nga kompania e sigurimit të pacientit përpara se të ofrohen shërbimet.

- iii. **Bashkëpagesat/Bashkësigurimet/Zbritjet/Shërbimet e pambuluara** – Kur një pacient i siguar është përgjegjës për një pjesë të faturës, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përpiqet, kur është e arsyeshme, të mbledhë atë shumë ose të krijojë marrëveshje pagese para ofrimit të shërbimeve. Nëse nuk është në gjendje të mbledhë shumën e duhur përpara shërbimit, UMass Memorial Medical Center, Inc. do ta ndjekë atë nëpërmjet procesit të faturimit dhe mbledhjes.

- iv. **Formularët e kërkuar** – Të gjithë pacientët e siguar do të pritët të nënshkruajnë një formular të caktimit të përfitimeve (AOB) dhe çdo formular tjetër të kërkuar nga transportuesi i tyre i sigurimit ose nga rregullorja në mënyrë që të faturojnë dhe të mbledhin nga siguruari i tyre i palës së tretë. Nëse UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk është në gjendje të marrë një AOB të nënshkruar, pacienti do të jetë përgjegjës për tarifatat totale.

- b. **Pacientët pa Mbulim Sigurimi** – UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përpiqet të ndihmojë të gjithë pacientët e regjistruar si “Vetë-Paguaj” me identifikimin dhe sigurimin e

mbulimit dhe/ose krijimin e një plani pagese për shumat e përcaktuara si përgjegjësi e pacientit.

- i. Shenjat do të vendosen në anglisht, spanjisht, portugalisht, arabisht dhe vietnamez duke informuar pacientët për disponueshmërinë e Asistencës Financiare dhe kë të kontaktojnë për ndihmë në aplikim. Këto shenja do të jenë qartë të dukshme të postuara në zonat me trafik të lartë të pacientëve, duke përfshirë sa vijon:
 1. Zyrat e Pranimit dhe Zonat e Pritjes
 2. Zonat e Regjistrimit dhe pritjes për pacientët ambulatorë
 3. Zonat e Regjistrimit dhe Pritjes së Emergjencave
 4. Zyrat e Këshillimit Financiar të vendosura në UMass Memorial Medical Center, Inc.
 5. Zyra e Shërbimit të Klientit të Shërbimeve Financiare të Pacientëve
- ii. Fletëpalosje individuale që njoftojnë pacientët se Ndhma Financiare është e disponueshme për pacientët e kualifikuar do të jenë të disponueshme në të gjitha vendet e pranimit, regjistrimit dhe këshillimit financiar.
- iii. Të gjithë pacientët e Klinikës Ambulatore dhe pacientët e planifikuar për një procedurë zgjedhore, të regjistruar si Vetëpagesë do t'i referohen një Këshilltari të Certifikuar Aplikimi. Të gjithë pacientët e regjistruar si Vetë-Pagesë do të vizitohen nga një Këshilltar i Certifikuar i Aplikimit gjatë pranimit të tyre ose gjatë daljes së kontaktit pas daljes.
- iv. Faturat fillestare të pacientëve dhe të gjitha deklaratat pasuese do të përfshijnë një njoftim që paralajmëron pacientët për disponueshmërinë e Asistencës Financiare dhe një numër telefoni për të thirrur.

IV. Programet e Asistencës Financiare të Komonuelthit të Massachusetts

UMass Memorial Medical Center, Inc. ofron ndihmë të gjerë financiare për pacientët bazuar në nivelin e të ardhurave familjare dhe kriteret e tjera të përshkruara më poshtë. UMass Memorial Medical Center, Inc. ka kontraktuar me Zyrën Ekzekutive të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (MassHealth) dhe Autoritetin Lidhës të Sigurimeve Shëndetësore të Commonwealth (Connector) dhe është konsideruar si një organizatë e certifikuar e këshilltarit të aplikimit. UMass Memorial Medical Center, Inc. punëson një staf të madh të Këshilltarëve të Certifikuar të Aplikimit (CAC) që është i disponueshëm në të gjithë UMass Memorial Medical Center, Inc. për të ndihmuar individët që kërkojnë ndihmë për të aplikuar për Asistencë Financiare.

Për të ndihmuar pacientët me mbulimin e duhur të asistencës financiare, CAC do të:

- i. Japë informacion për të gjitha programet e disponueshme.
- ii. Ofrojë pacientëve aplikacionin(et) e duhura për MassHealth, Health Safety Net dhe Programin e Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve, Programet e Pagesave të Asistencës Premium të operuara nga Health Connector, Vështirësitë Mjekësore dhe llojet e tjera të ndihmës financiare që mund të mbulojnë të gjitha ose disa nga ato fatura mjekësore të papaguara.
- iii. Ndihmojë pacientët në procesin e aplikimit dhe rinovimit.
- iv. Punojë me pacientët për të marrë çdo dokumentacion të kërkuar.

- v. Bëjë përpjekje të arsyeshme dhe të zellshme për të ndjekur statusin e aplikimit përmes përcaktimit përfundimtar.
 - vi. Ndhimjoje pacientët të regjistrohen në një plan sigurimi shëndetësor.
 - vii. Ofrojë dhe të japë ndihmë për regjistrimin e votuesve.
- a. Rrjeti i sigurisë së shëndetit** – Ligji i Massachusetts ofron mbulim për shërbimet e kujdesit shëndetësor nëpërmjet Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore për pacientët me të ardhura të ulëta bazuar në vendbanimin në Massachusetts, verifikimin e identitetit dhe të ardhurat bruto të rregulluara të modifikuara nga MassHealth (MAGI) ose të Numërueshme për Vështirësitë Mjekësore Familjare Të ardhura të barabarta ose më pak se 300% e nivelit federal të varfërisë (FPL).

Individët nuk kualifikohen për Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore nëse janë përcaktuar se kualifikohen për MassHealth ose një Program Ndhime Premium të operuar nga Health Connector, duke përfshirë programin e asistencës premium, dhe nuk kanë arritur të regjistrohen ose mbulimi është ndërprerë për shkak të mospagesës së primeve.

i. Rrjeti parësor i sigurisë shëndetësore – Pacientë të pasiguruar me të ardhura familjare të verifikuara MassHealth MAGI ose Të ardhura të llogaritshme familjare me vështirësi mjekësore prej 0-300% të FPL mund të përcaktohen si pacientë me të ardhura të ulëta bazuar në udhëzimet e EOHHS dhe të kualifikuar për Sigurinë Shëndetësore Shërbimet neto të kualifikueshme, në përputhje me përcaktimet e mëposhtme.

1. Pacientët me të ardhura të ulëta që kualifikohen për t'u regjistruar në një Program pagese të Asistencës Premium të operuar nga Health Connector kanë të drejtë për një periudhë prej 100 ditësh duke filluar nga data e mbulimit mjekësor të pacientit.
2. Studentët që i nënshtrohen kërkesave të Programit të Shëndetit Studentor të shtetit nuk kualifikohen për Health Safety Net Primary.
3. Qasja në mbulimin e sigurimit shëndetësor të sponsorizuar nga punëdhënësi që konsiderohet i përbalueshëm, përveç periudhës së pritjes së punëdhënësit.

ii. Rrjeti sekondar i sigurisë shëndetësore – Pacientët me sigurime të tjera shëndetësore parësore, duke përfshirë studentët e regjistruar në një plan shëndetësor kualifikues të studentëve dhe të ardhurat familjare të verifikuara MassHealth MAGI ose Të ardhurat familjare nga vështirësitë mjekësore prej 0-300% të FPL-së, mund të kualifikohen si Pacient me të ardhura të ulëta dhe të kualifikohen për Rrjetin Sekondar të Sigurisë Shëndetësore, duke iu nënshtuar përjashtimeve të mëposhtme.

1. Health Safety Net Secondary do të mbulojë vetëm shërbimet dentare që nuk mbulohen ndryshe nga Programi i Asistencës Premium i operuar nga Health Connector për individët e kualifikuar për Programin e Pagesave të Asistencës Premium të operuar nga Health Connector në fuqi në 101^{ditën} nga data Data e Mbulimit Mjekësor.
2. Health Safety Net Secondary do të mbulojë vetëm shërbimet dentare të të rriturve të ofruara nga qendrat shëndetësore të komunitetit, qendrat shëndetësore të licencuara spitalore ose një klinikë satelitore për individët e regjistruar në MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus dhe Family Assistance, duke përjashtuar MassHealth Family Assistance-Children.

iii. Rrjeti i pjesshëm i sigurisë së shëndetit – Një pacient me të ardhura të ulëta që kualifikohet për rrjetin parësor të sigurisë së shëndetësore ose rrjetin sekondar të sigurisë së shëndetësore me të ardhura familjare të verifikuara MassHealth MAGI ose Të ardhura të numërueshme familjare nga vështirësitë mjekësore midis 150,01 % dhe 300 % të FPL të pranueshëm për Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore-Pjesore me një zbritje vjetore familjare. Zbritja vjetore do të zbatohet vetëm nëse të ardhurat individuale të të gjithë anëtarëve të Grupit Familjar të Faturimit Premium (PBF) janë më të mëdha se 150,01 % e FPL.

Nëse përcaktohet e pranueshme, zbritja vjetore është e barabartë me më të madhen prej:

1. 40% e diferencës ndërmjet të ardhurave më të ulëta të të ardhurave familjare të MassHealth MAGI ose të Ardhurave të Numërueshme të Familjes nga Vështirësitë Mjekësore në PBF të aplikantit dhe 200% të FPL.
2. Programi i Asistencës Premium me kosto më të ulët i operuar nga Premium Health Connector i përshtatur për madhësinë e PBF në proporcion me standardet e të ardhurave të MassHealth FPL në fillim të vitit kalendarik.

Nëse ndonjë anëtar i PBF ka të ardhura që janë nën 150% të FPL, nuk ka zbritje për asnjë anëtar të PBF. Shpenzimet mbi shumën e zbritshme do të përjashtohen nga aktiviteti i faturimit dhe arkëtimit.

UMass Memorial Medical Center, Inc. Këshilltarët e certifikuar të aplikimit do të gjurmojnë shpenzimet e lejuara të rimbursueshme derisa pacienti të ketë përmbushur zbritjen e tyre. Nëse pacienti ka marrë shërbime nga ofruesit përveç UMass Memorial Medical Center, Inc., është përgjegjësia e pacientit të gjurmojë shumën e zbritshme dhe të njoftojë UMass Memorial Medical Center, Inc. kur të plotësohet zbritja. Bashkëpagesat dhe shpenzimet e Farmacisë nuk do të aplikohen në zbritjen.

Stafi i Koleksionit UMass Memorial Medical Center, Inc. ndjek pagesat e zbritshme. Nëse një pacient/familje dështon në përgjegjësinë e tyre të zbritshme, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të ndjekë më pas procedurat e faturimit dhe mbledhjes për llogaritë e Vetëpagimit siç përshkruhet në seksionin e llogarive Vetë-Pagesë të kësaj politike.

Procesi i aplikimit, përjashtimet nga mbulimi shtetëror dhe procedurat e verifikimit të të ardhurave janë të njëjta me ato për Health Safety Net Primary.

iv. Pranueshmëria e supozuar e rrjetit të sigurisë së shëndetësore – nganjëherë një pacient mund të kualifikohet për rrjetin e sigurisë së shëndetësore dhe të mos jetë në gjendje të plotësojë një aplikim të plotë në datën e shërbimit. UMass Memorial Medical Center, Inc. mund të përcaktojë që individi të jetë një pacient me të ardhura të ulëta sipas të ardhurave neto të sigurisë së shëndetësore dhe udhëzimeve shtëpiake, për një periudhë të kufizuar kohore. Përcaktimi do të bazohet në informacionin e vetë-vërtetuar të dhënë nga pacienti në formularin e specifikuar nga Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore. Periudha e pranueshmërisë do të fillojë në datën që UMass Memorial Medical Center, Inc. bën përcaktimin dhe do të vazhdojë deri në fillim të ditës së fundit të muajit pasardhës ose kur individi të paraqesë një aplikim të plotë dhe të marrë një vendim nga Mass Health ose Lidhësi shëndetësor.

- b. Vështirësi mjekësore** – Një banor i Massachusetts me çdo nivel të të ardhurave të llogaritshme mund të aplikojë për Vështirësi mjekësore nëse kostot mjekësore i kanë varfëruar aq shumë të ardhurat e familjes sa ai ose ajo nuk është në gjendje të paguajë për shërbimet e pranueshme. Shpenzimet e lejuara mjekësore të aplikantit, siç përcaktohen më poshtë, duhet të kalojnë një përqindje të caktuar të të ardhurave të numërueshme të aplikantit si më poshtë:

| Niveli i të ardhurave të numërueshëm | Shpenzimet e lejuara mjekësore si përqindje e të ardhurave të numërueshme |
|--------------------------------------|---|
| 0 - 205% FPL | 10% |
| 205.1 - 305% FPL | 15% |
| 305.1 - 405% | 20% |
| 405.1 - 605% FPL | 30% |
| >605.1% FPL | 40% |

Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore do të ofrojë aplikimin dhe do të përpunojë përcaktimet e Vështirësisë Mjekësore bazuar në dokumentacionin e dorëzuar nga UMass Memorial Medical Center, Inc. dhe pacienti. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të dorëzojë aplikacionin për vështirësi mjekësore brenda 5 ditëve të punës nga marrja e të gjithë dokumentacionit të kërkuar të ofruar nga pacienti. Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore do të shqyrtojë dhe përpunojë një aplikim për Vështirësi Mjekësore nëse Shpenzimet e Lejueshme Mjekësore të aplikantit tejkalojnë përqindjen e të Ardhurave të Numërueshme të listuara më sipër. Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore nuk do të përpunojë një aplikim për Vështirësi Mjekësore për këdo me të ardhura më të vogla se 405% të FPL-së, përveç nëse individi aplikon fillimisht në Agjencinë MassHealth dhe merr një vendim. Dy aplikime për vështirësi mjekësore mund të dorëzohen në një periudhë 12-mujore.

- i.** Shpenzimet mjekësore të lejueshme - Totali i faturave mjekësore familjare të vështirësive mjekësore nga çdo ofruer i kujdesit shëndetësor që, nëse paguhet, do të kualifikohen si shpenzime mjekësore të zbritshme për qëllime të tatimit mbi të ardhurat federale. Kjo mund të përfshijë faturat e paguara dhe të papaguara për të cilat pacienti është ende përgjegjës dhe të shkaktuara deri në dymbëdhjetë muaj përpara datës së aplikimit. Kjo nuk përfshin faturat e bëra kur një aplikant është një pacient me të ardhura të ulëta, përveç rasteve kur ata janë vetëm pacient me të ardhura të ulëta vetëm dentare në datën e shërbimit. Nëse një pacient nuk ka marrë një faturë për më shumë se 9 muaj nga data e shërbimit, ajo ende mund të lejohet nëse aplikacioni për vështirësi mjekësore dorëzohet brenda 90 ditëve nga faturimi fillestar. Faturat e papaguara të përfshira në një përcaktim të Vështirësisë Mjekësore nuk do të përfshihen në një aplikim të mëvonshëm për Vështirësitë Mjekësore. Shpenzimet e lejueshme mjekësore nuk do të përfshijnë faturat për shërbimet që bëhen nga pacientët gjatë regjistrimit në MassHealth ose në një Program pagese të Asistencës Premium të operuar nga Lidhësi i Shëndetit.
- ii.** Kontributi i aplikantit- përqindja e specifikuar e të ardhurave të numërueshme siç është renditur më sipër. Ekziston një kontribut i Vështirësisë Mjekësore për çdo përcaktim të Vështirësisë Mjekësore.
- iii.** Njoftimi i përcaktimit - Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore do të njoftojë aplikantët për përcaktimin. Kjo do të përfshijë sa vijon:

1. Datat për të cilat mund të përfshihen shpenzimet e lejuara mjekësore.
 2. Shuma e kontributit të aplikantit për vështirësitë mjekësore.
 3. Shërbimet që nuk kualifikohen si shërbime të pranueshme.
 4. Emri dhe numri i një personi kontaktues për më shumë informacion.
 5. Njoftimi i refuzimit do të shpjegojë arsyen e refuzimit.
- iv.** Njoftimi i ofruesit - Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore do të njoftojë ofruesin për sa vijon:
1. Përcaktimi me faturat e përfshira në Shpenzimet e Lejuara Mjekësore të aplikantit.
 2. Kontributi i aplikantit për çdo Ofrues të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore bazuar në tarifat bruto dhe datat e shërbimit të ofruar për familjen e aplikantit.
- v.** UMass Memorial Medical Center, Inc. do të paraqesë pretendime në Zyrën e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore për Shërbimet e Vështirësisë Mjekësore që tejkalojnë kontributin e pacientit për Vështirësitë Mjekësore.
- vi.** UMass Memorial Medical Center, Inc. do ta faturojë aplikantin për kontributin e Vështirësive Mjekësore, përveç nëse ata kanë statusin e pacientit me të ardhura të ulëta ose nuk kanë të drejtë për MassHealth.
- vii.** UMass Memorial Medical Center, Inc. do të ndërpresë çdo përpjekje për mbledhjen kundër një pretendimi urgjent për borxhin e keq që është miratuar për Vështirësitë Mjekësore sipas programit të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore.
- viii.** UMass Memorial Medical Center, Inc. do të ndërpresë përpjekjet për mbledhjen e faturave që janë të listuara në përcaktimin e Vështirësisë Mjekësore dhe do të kishte të drejtë për pagesën e Vështirësive Mjekësore nëse për ndonjë arsye aplikimi nuk do të dorëzohej brenda 5 ditëve të punës.
- c. Përrjashtimet e Mbulimit Shtetëror** të listuara më poshtë janë situata ku mbulimi nuk do të ofrohet nga Health Safety Net. (Shënim: Disa nga këto shërbime mbulohen përmes UMass Memorial Medical Center, Inc. "Mbulimi Shtesë dhe Kujdesi me Zbritje" të përshkruar në Seksionin VI).
- i.** Shërbime jo të nevojshme mjekësore.
 - ii.** MassHealth, Connector Care dhe sigurimet private bashkë-paguan. Pretendimet e refuzuara për ndonjë gabim administrativ ose faturimi.
 - iii.** Shërbimet e ofruara për një pacient me sigurim shëndetësor privat që konsiderohen jashtë rrjetit të ofruesve të sigurimeve shëndetësore.
- d. Procesi i aplikimit** – Pacientëve që kërkojnë ndihmë financiare do t'u kërkohej të aplikojnë për mbulim për MassHealth, Programi i Asistencës Premium i operuar nga Health Connector, Health Safety Net dhe Programi i Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve. Pacientët duhet të plotësojnë dhe dorëzojnë, një aplikim përmes Bursës së Sigurimeve Shëndetësore të vendosur në faqen e internetit të State's Health Connector, një aplikacion letre të ofruar nga MassHealth ose një aplikim me telefon me një përfaqësues të shërbimit të klientit që ndodhet në MassHealth ose në Connector. Ndihma me procesin e aplikimit është e disponueshme nga një CAC (qoftë në UMass Memorial Medical Center, Inc. ose diku tjetër). Agjencia MassHealth ose Health Connector do të

përpunojë të gjitha aplikimet dhe do të njoftojë individin për përcaktimin e përshtatshmërisë së tij ose të saj për MassHealth ose kualifikimin për një Program Premium Assistance të operuar nga Health Connector ose Pacienti me të ardhura të ulëta (Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore).

Në rrethana të veçanta, UMass Memorial Medical Center, Inc. mund të aplikojë për pacientin duke përdorur një formular specifik të caktuar nga Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore për individët që kërkojnë mbulim të ndihmës financiare për shkak të burgosjes, viktime të abuzimit bashkëshortor, të vdekur, shërbime konfidenciale për të miturit, Statusi i supozuar i pacientit me të ardhura të ulëta ose aplikimi për shkak të një vështirësie mjekësore.

- e. **Verifikimi i të ardhurave** – Të ardhurat e familjes mund të verifikohen ose nëpërmjet përputhjes elektronike të të dhënave ose verifikimeve në letër. MassHealth përdor burime të të dhënave federale dhe shtetërore për të tentuar të përputhet me të ardhurat e deklaruara në aplikacion. Të ardhurat do të konsiderohen të verifikuara nëse përputhja e të dhënave shtetërore është në mënyrë të arsyeshme në përputhje me të ardhurat e deklaruara. Nëse MassHealth nuk është në gjendje të verifikojë të ardhurat përmes një përputhjeje elektronike të të dhënave, ato duhet të verifikohen nga një ose më shumë nga sa vijon:

i. Të ardhura të fituara:

1. Fletët e fundit të pagave
2. Një deklaratë e nënshkruar nga punëdhënësi
3. Deklarata më e fundit e taksave federale
4. Një burim tjetër i krahasueshëm

ii. Të ardhura të pafituara:

1. Një kopje e një çeku ose cung pagese të fundit nga burimi i të ardhurave
2. Një deklaratë nga burimi i të ardhurave ku përputhja nuk është e disponueshme
3. Deklarata më e fundit e taksave federale
4. Një burim tjetër i krahasueshëm

- f. **Verifikimi i identitetit**- Aplikantët duhet të ofrojnë prova të identitetit të tyre me, por pa u kufizuar në dokumente që përmbajnë një fotografi ose informacione të tjera identifikuese, të tilla si emri, moshë, gjinia, raca, gjatësia, peshë, ngjyra e syve dhe adresë. Dokumentet e pranueshme janë:

i. Patentë shoferi e lëshuar nga një shtet ose territor

- ii. Kartat e identifikimit të lëshuara nga një shkollë, ushtri, një qeveri federale, shtetërore ose vendore, një kartë e varur nga ushtria ose Marina Tregtare e Rojës Bregdetare të SHBA-së**

iii. Shtetet e Bashkuara dhe pasaportat e huaja

- iv. Dokumentet e klinikës, mjekut, spitalit ose shkollës për fëmijët nën 19 vjeç** Dy dokumente që ofrojnë informacione që përputhen me identitetin e aplikantit, si, por pa u kufizuar në, diplomën e shkollës së mesme dhe fakultetin, të dhënat e martesës ose divorcit, aktet e pronës, marrëveshjet e qirasë

- v. Një gjetje identiteti nga një agjenci federale ose shtetërore, nëse agjencia ka verifikuar identitetin
- vi. Një deklaratë e nënshkruar, nën dënimin e dëshmisë së rreme, nga një person tjetër që mund të dëshmojë në mënyrë të arsyeshme për identitetin e një personi, nëse nuk ka dokumentacion tjetër

V. Programi i Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor të UMass Memorial

Si pjesë e Sistemit të Kujdesit Shëndetësor Memorial UMass, është politika e UMass Memorial Medical Center, Inc. që të ofrojë kujdes me zbritje për pacientët e kualifikuar në përputhje me IRS Seksioni 501 (r). Për ata që janë përcaktuar të përshtatshëm, UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të tarifojë më shumë se shumën e faturuar përgjithësisht për një pacient që ka mbulim sigurimi për shërbimet urgjente, urgjente dhe të nevojshme mjekësore. Departamenti i Këshillimit Financiar të Pacientëve do të jetë pika e kontaktit për t'u ofruar pacientëve politikën e shkruar, një përmbledhje të politikës, formularin e aplikimit dhe ndihmën për procesin e aplikimit.

- a. **Procesi i aplikimit** Një aplikant që aplikon për Asistencë Financiare duhet të dorëzojë një Aplikim të plotësuar dhe të nënshkruar për Ndhmën Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial. Aplikimi duhet të shoqërohet me të gjitha verifikimet e kërkuara të të ardhurave.

Një aplikim do të jetë i mjaftueshëm për të gjithë anëtarët e familjes të listuar në aplikacion.

- b. **Pranueshmëria** Për t'u përcaktuar si i pranueshëm për Programin e Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial, një aplikant duhet të plotësojë kriteret e mëposhtme:

- i. Të ardhurat dhe madhësia e familjes duhet të jenë ndërmjet 0-600% të nivelit federal të varfërisë.
- ii. Plotësoni dhe nënshkruani një aplikim për ndihmë financiare.
- iii. Siguroni verifikimin e të ardhurave për të gjithë anëtarët e aplikueshëm të familjes.
- iv. Aplikoni për çdo ndihmë mjekësore shtetërore ose qeveritare për të cilën ata mund të kualifikohen.
- v. Filloni procesin e aplikimit brenda 240 ditëve nga data e faturës/deklaratës së parë.

- c. **Plotëso aplikacionin**

Një aplikim për Asistencë Financiare do të konsiderohet si një "aplikacion i plotë" kur janë plotësuar kriteret e mëposhtme:

- i. Aplikimi është marrë në Departamentin e Këshillimit Financiar të Pacientëve.
- ii. Pacienti/garantuesi ose përfaqësuesi i autorizuar ka nënshkruar aplikimin.
- iii. Të gjitha pyetjet në aplikacion janë përgjigjur.

- iv. Është siguruar verifikimi i të ardhurave që është i mjaftueshëm për të bërë një përcaktim të përshtatshmërisë.

Një aplikim i plotë do të vlerësohet nga një Këshilltar Financiar për të përcaktuar përshtatshmërinë. Të gjitha aplikacionet do të shqyrtohen nga një Mbikëqyrës i Këshillimit Financiar të Pacientëve për miratim përfundimtar.

- i. Nëse të gjitha kriteret e përshtatshmërisë janë përmbushur, një letër miratimi do t'i dërgohet aplikantit/garantuesit që do të tregojë periudhën e pranueshmërisë dhe përqindjen e zbritjes.
- ii. Nëse të gjitha kriteret e përshtatshmërisë nuk janë përmbushur, një letër refuzimi do t'i dërgohet aplikantit/garantuesit.
- iii. Aplikimet që janë miratuar dhe përpunuar do të ruhen në një dosje qendrore në Zyrën Qendrore të Biznesit.

d. Aplikim i pakompletuar

Nëse aplikimi për Asistencë Financiare nuk është i plotë, një Këshilltar Financiar do t'i dërgojë një letër pasuese pacientit. Kjo letër do të tregojë informacionin që është i nevojshëm për të përpunuar aplikacionin.

Aplikanti/garantuesi duhet të sigurojë dokumentacionin e kërkuar brenda 30 ditëve nga marrja e letrës vijuese. Nëse informacioni nuk merret brenda këtij afati kohor, aplikimi do të refuzohet. Një letër me arsyen e refuzimit do t'i dërgohet aplikantit.

Një periudhë mospagimi 30-ditore do t'i lejohet aplikantit/garantuesit që nga data e refuzimit të japë informacion shtesë. Në fund të periudhës së mospagimit 30-ditor duhet të plotësohet një aplikim i ri.

e. Verifikimet e të ardhurave

Aplikanti/garantuesi duhet të sigurojë verifikimin e të ardhurave.

Verifikimet e pranueshme të të ardhurave janë si më poshtë:

- i. 2 fletëpagesat më të fundit.
- ii. Një kopje e deklaratës ose çekut më të fundit të pensionit, sigurimeve shoqërore, papunësisë ose përfitimeve të tjera të të ardhurave.
- iii. Për të vetëpunësuarit pasqyra e fitimit dhe humbjes së 3 muajve të fundit.
- iv. Një kopje e deklaratave tatimore më të fundit për sa kohë që nuk është mbi 6 muaj e vjetër.
- v. Një deklaratë nga një punëdhënës që tregon të ardhurat bruto javore.

vi. Për alimentacionin/ mbështetjen e fëmijëve një kopje të një dekreti gjyqësor ose një çek të pagesave të marra.

vii. Një deklaratë e nënshkruar e mbështetjes për një aplikant/anëtar të familjes që nuk ka të ardhura.

f. Periudha e pranueshmërisë

Përshtatshmëria e ndihmës financiare do të fillojë në datën që aplikimi i nënshkruar i plotësuar të merret në Departamentin e Këshillimit Financiar të Pacientëve. Përshtatshmëria do të jetë në fuqi për një vit nga data e miratimit. Një aplikim do të konsiderohet i plotë kur të jenë plotësuar të gjitha kriteret e përshtatshmërisë.

Periudha e pranueshmërisë do të mbulojë gjithashtu një periudhë prej 12 muajsh retroaktive nga data e miratimit. E njëjta periudhë e pranueshmërisë do t'i përkasë të gjithë anëtarëve të familjes që kualifikohen të listuar në aplikacion.

Ndihma financiare do të ndërpritet nëse në çdo kohë kriteret për pranueshmëri kanë ndryshuar deri në masën që aplikanti nuk do të ishte më i përshtatshëm. Kjo mund të përbëhet nga ndryshime në të ardhurat, numri i anëtarëve të familjes ose përshtatshmëria e programeve të ndihmës mjekësore shtetërore ose qeveritare. Në raste të tilla, aplikanti do të njoftohet nëpërmjet një letre për çdo ndërprerje të ndihmës. Arsyeja e ndërprerjes do të tregohet.

g. Shërbimet e pranueshme

Zbritjet e Asistencës Financiare që janë miratuar për Programin e Ndihmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor Memorial UMass do të zbatohen vetëm për kujdesin urgjent, emergjent dhe të nevojshëm mjekësor. Kjo do të përfshijë, por pa u kufizuar në shërbime spitalore, vëzhguese, ambulatorie dhe transport me ambulancë tokësore. Vetëm kujdesi urgjent ose kujdesi tjetër i nevojshëm mjekësor i ofruar brenda UMass Memorial Medical Center, Inc. nga vetë UMass Memorial Medical Center, Inc. Zbritjet e Asistencës Financiare zbatohen vetëm për një kujdes të tillë të ofruar nga punonjësit e UMass Memorial Medical Center, Inc. dhe kosto të tjera të bëra drejtpërdrejt nga UMass Memorial Medical Center, Inc..

h. Shërbime të pakualifikuara

Shërbimet jo të nevojshme mjekësore nuk do të kualifikohen për zbritjen e Asistencës Financiare. Këto shërbime përfshijnë, por nuk kufizohen në, kirurgjinë estetike, shërbimet e infertilitetit, aparatet e dëgjimit dhe shërbimet sociale dhe profesionale. Shërbimet jo të nevojshme mjekësore do të faturohen me tarifa të plota.

UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk punëson mjekët e vet. Çdo mjek ose ofrues tjetër i palës së tretë, nëse ka, faturon për shërbimet e veta dhe ndjek asistencën e tij financiare dhe procedurat e faturimit dhe mbledhjes. Prandaj, shërbimet e ofruara nga mjekët ose ofruesit e tjerë të palëve të treta, nuk mbulohen nga UMass Memorial Medical Center, Inc. Ndihma Financiare dhe Politika e Kredisë dhe Mbledhjes.

Sipas deklaratës së mësipërme, shërbimet e ofruara nga mjekë ose klinikistë të tjerë në fushat e specializuara të identifikuar më poshtë nuk mbulohen nga UMass Memorial Medical Center, Inc. Ndihma Financiare dhe Politika e Kredisë dhe Mbledhjes.

| | | |
|----|---|------------------------------------|
| | Alergji & Imunologji | Sëmundje Infektive |
| i. | Ambulanca (Ajrore/Tokësore) | Mjekësi të brendshme |
| | Anesteziologjia | Laboratori (Kërkimi) |
| | Audiologjia | Nefrologjia |
| | Shëndeti i sjelljes | Neurologjia |
| | Kardiologjia | Mjekësi profesionale |
| | Sëmundje kardiovaskulare | Patologjia (anatomike dhe klinike) |
| | Mjekësia e Kujdesit Kritik | Mjekësi Fizike dhe Rehabilitim |
| | Stomatologji | Psikiatria |
| | Dermatologjia | Mjekësia pulmonare |
| | Pajisje mjekësore të qëndrueshme | Radiologjia |
| | Veshi, hunda, fyti | Renal Mjekësi |
| | Mjekësia e urgjencës | Mjekësi Sportive |
| | Gastroenterologjia | Kirurgjia |
| | Geriatria, Kujdesi Paliativ dhe Post-Akut | Telemjeksi |
| | Spitalist | Vizioni |

tjen e shumës së ngarkuar

UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përdorë metodën e rishikimit për të përcaktuar përqindjen e shumës së faturuar përgjithësisht për pacientët, siç zbatohet për Politikën e Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor të UMass Memorial. Një kombinim i tarifave dhe pagesave të vitit të kaluar për produktet komerciale dhe të sigurimit Medicare përdoren për të përcaktuar shkallën efektive neto të arkëtimit të vëzhguar nga UMass Memorial Medical Center, Inc.. Aktualisht, shumë që u ngarkohet pacientëve që konsiderohen të kualifikuar për të përfituar sipas Programit të Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor Memorial UMass është 30% e tarifave bruto.

Në përputhje me sa më sipër, UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk u faturon pacientëve që kualifikohen për të përfituar sipas Programit të Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial për shumën e tarifave të tyre bruto.

Pacientët që kualifikohen për Programin e Asistencës Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial dhe që kanë mbulim sigurimi do të kenë detyrimet e tyre financiare (të tilla si bashkëpagesat dhe zbritjet) pas pagesave nga sigurimi të kufizuara në jo më shumë se 30% të totalit të tarifave bruto.

Të gjitha pretendimet, pagesat dhe rregullimet e sigurimit do të bëhen dhe do të merren përpara se të aplikohet ndonjë zbritje e ndihmës financiare.

j. Informacion & Asistencë

Informacioni në lidhje me Politikën e Asistencës Financiare të UMMH, Përmbledhjen e Gjuhës së thjeshtë dhe Aplikacionin e Asistencës Financiare është i disponueshëm, pa pagesë, në faqen e internetit të UMMH dhe postohet në vendndodhjet e spitaleve dhe klinikave.

Ju gjithashtu mund të merrni informacion shtesë në lidhje me përqindjen dhe llogaritjen e AGB-së (Shuma e Faturuar përgjithësisht) me shkrim, si dhe ndihmë për të aplikuar për programet tona të Asistencës Financiare pa pagesë. Ju lutem kontaktoni:

Këshillimi financiar i pacientëve të UMMH
67 Millbrook Street, Worcester, MA 01606
Telefoni: 508-334-9300

Email i brendshëm i UMMH: Këshillim Financiar
Email i jashtëm: needinsurance@umassmemorial.org

Politika e UMass Memorial Medical Center, Inc. Politika e Kredisë dhe Mbledhjes dhe e Asistencës Financiare, përmbledhja e gjuhës së thjeshtë dhe aplikacioni mund të aksesohen gjithashtu në shumë gjuhë në faqen e internetit UMass Memorial Health Care: www.umassmemorialhealthcare.org, nën seksionin Pacientët dhe Vizitorët, Këshillimi Financiar.

VI. Mbulim shtesë dhe kujdes me zbritje të ofruar nga UMass Memorial Medical Center, Inc. për pacientët

- a. **Vazhdimi i mbulimit** – Edhe pse nuk mbulohet nga Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të vazhdojë të zgjasë mbulimin e Kujdesit Falas për shërbimet e nevojshme mjekësore për pacientët e miratuar nga Massachusetts me të ardhura të ulëta për EMS Worcester vetëm për UMMMC shërbimet e ambulancës tokësore.
- b. Zbritje e menjëhershme e pagesës – UMass Memorial Medical Center, Inc. mund t'u japë një zbritje pacientëve të çdo niveli të ardhurash, të cilët paguajnë ose sigurojnë nëpërmjet kartës së kreditit bilancin e tyre të vetëpagesës përpara ose menjëherë pas kryerjes së shërbimeve. Zbritja pasqyron vlerën në kohë të parasë, shmangien e kostove të faturimit dhe arkëtimit dhe shmangien e rrezikut të kredisë. Zbritja standarde do të jetë 20% e detyrimit neto të pacientit. Asnjë zbritje më e lartë nuk mund të ofrohet përveç nëse bazohet në rrethana unike dhe miratohet nga Zëvendës Presidenti i Asociuar (AVP) i Faturimit Spitalor.

VII. Procedurat e faturimit dhe arkëtimit

UMass Memorial Medical Center, Inc. duhet të administrojë proceset e faturimit dhe mbledhjes që janë efikase dhe efektive në sigurimin e shumave që i detyrohen UMass Memorial Medical Center, Inc., për të përmbushur detyrimet tona financiare dhe për të vazhduar misionin tonë për të ofruar kujdes të shkëlqyer shëndetësor për pacientët dhe komunitetet në shërbejmë. Ne jemi të përkushtuar të kryejmë praktikatat tona të faturimit dhe arkëtimit në një mënyrë që është e drejtë dhe e respektueshme për pacientët tanë dhe familjet e tyre, siç përshkruhet më poshtë.

Përfaqësuesit e Shërbimeve Financiare të Pacientëve janë në dispozicion përmes telefonit për të mbështetur pacientët në zgjidhjen e faturave të tyre mjekësore.

- a. **Faturimi i pagesve të palëve të treta** – UMass Memorial Medical Center, Inc. do të paraqesë pretendime për të gjitha shërbimet e mbuluara të siguruesi shëndetësor i pacientit ose një pages tjetër përgjegjës nëse pacienti e ka dhënë këtë informacion në kohë dhe me saktësi. Këto

pretendime do të dorëzohen sa më shpejt që të jetë e mundur pas shkarkimit ose datës së shërbimit. Pacientët mbeten financiarisht përgjegjës për çdo shërbim të pambuluar, bashkëpagesë, shuma bashkësigurimi, zbritje dhe/ose shuma të tjera që i detyrohen sipas kushteve të planit të tyre të përfitimeve të përcaktuara nga siguruesi i tyre shëndetësor. Pacientët janë përgjegjës për të kuptuar dhe respektuar kërkesat e referimit, autorizimit dhe mbulimit të tjera të siguruesit të tyre. Pacientët janë gjithashtu përgjegjës për pagesën e çdo shërbimi të refuzuar nga siguruesi i tyre në masën e lejuar nga kontrata dhe rregullorja.

Departamenti i Faturimit i UMass Memorial Medical Center, Inc. do të bëjë të gjitha përpjekjet e arsyeshme për të zgjidhur llogaritë me pagesit e palëve të treta, duke përfshirë apelimin e pretendimeve të mohuara. Raportet e llogarive të papaguara do të gjenerohen në mënyrë rutinore, do të rishikohen nga stafi dhe menaxhmenti i faturimit të spitalit dhe do të ndiqen me pagesit. Nëse, pavarësisht përpjekjeve të tilla, UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk ka marrë pagesën ose zgjidhje tjetër të përshtatshme nga një pages i pakontraktuar, brenda një kohe të arsyeshme, pacientit mund t'i dërgohet një letër duke i informuar ata se siguruesi ka dështuar. për të zgjidhur kërkesën. Nëse llogaria mbetet e papaguar nga një pages i pakontraktuar, pacienti mund t'i nënshtrohet procesit standard të faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës në masën e lejuar me ligj. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të bëjë të njëjtat përpjekje për të mbledhur llogaritë për kujdesin urgjent për pacientët e pasiguruar, siç bën për të mbledhur llogaritë për kujdesin jourgjent, në varësi të kushteve të kësaj Politike dhe ligjit në fuqi.

b. Procesi i faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës

- i.** Pacientët me përgjegjësi Vetëpagesë do të marrin një faturë fillestare që përcakton qartë shërbimet për të cilat ata janë përgjegjës.
- ii.** Për çdo përgjegjësi të Vetëpagesës që mbetet e papaguar pas faturës fillestare, pacienti do të marrë një sërë deklaratash mujore për të paktën 3 muaj ose derisa të zgjidhet bilanci. Deklarata e fundit do të tregojë se është një njoftim përfundimtar. Një njoftim përfundimtar me postë të certifikuar do t'i dërgohet pacientit për bilanc mbi 1000 dollarë për kujdesin urgjent.
- iii.** Kur një deklaratë pacienti kthehet për një adresë të padorëzuar, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përpiqet të thërrasë pacientin për një adresë të saktë për të gjitha gjendjet mbi 1000 dollarë. Të gjitha bilancet i dërgohen një shitësi për të pastruar dhe për të gjetur një adresë të saktë duke përdorur bazat e të dhënave të tilla si NCOA (National Change of Address Association).
- iv.** Staf i Shërbimeve Financiare të Pacientëve ose të emëruarit do të bëjnë një telefonatë me çdo pacient me një bilanc të papaguar të Vetë-Pay prej \$1,000 ose më shumë gjatë procesit normal të faturimit dhe mbledhjes së Vetë-Pay.
- v.** Njoftime dhe/ose letra shtesë mund t'u dërgohen pacientëve debitorë gjatë procesit të faturimit dhe arkëtimit për të zgjidhur balancat e papaguara.
- vi.** Të gjitha këto përpjekje për të mbledhur bilancet, si dhe çdo pyetje e iniciuar nga pacientët, do të dokumentohen në sistemin e kompjuterizuar të faturimit dhe do të jenë të disponueshme për rishikim nga Menaxhmenti.

- vii. Nëse pas të gjitha veprimeve të mësipërme, dhe nëse departamentet e Shërbimeve Financiare të Pacientëve dhe Pastrimi Financiar kanë shterur të gjitha përpjekjet për të përcaktuar nëse një pacient i plotëson kriteret e përshtatshmërisë për të marrë pjesë në programet e Asistencës Financiare të përshkruara në këtë politikë, a do të ndërmerret ndonjë nga veprimet e mëposhtme .
- viii. Llogaritë që mbeten të pazgjidhura pas 120 ditësh dhe përpjekjet e arkëtimit të përshkruara më sipër do të rishikohen për shlyerje si borxhe të këqija, si më poshtë:

| <u>Balanca</u> | <u>Niveli i rishikimit</u> |
|-----------------------|---------------------------------------|
| \$0-\$3000 | Mbikëqyrësi do të kontrollojë në vend |
| \$3,001-\$10,000 | Mbikëqyrësi |
| \$10,001-\$50,000 | Menaxheri |
| \$50,000 dhe më tepër | Drejtori |

- ix. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të kontrollojë Sistemin e Verifikimit të Përshtatshmërisë së MassHealth (EVS) për mbulim përpara se të paraqesë pretendime në Zyrën e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore për mbulimin e borxhit të keq emergjent të një shërbimi urgjent ose të kujdesit urgjent.
 - x. Agjencitë e jashtme të faturimit/arkëtimit - UMass Memorial Medical Center, Inc. mund të përdorë agjenci të jashtme të faturimit dhe arkëtimit për të shtuar përpjekjet për të zgjidhur të arkëtueshmet e papaguara dhe/ose transferuar Llogaritë e Borxhit të Keq tek agjencitë e jashtme të grumbullimit për ndjekje të mëtejshme. Të gjitha agjencitë e mbledhjes së faturimit që punojnë në emër të UMass Memorial Medical Center, Inc. do të angazhohen me shkrim për t'iu përmbajtur praktikave dhe standardeve të arkëtimit të miratuara nga UMass Memorial Medical Center, Inc. dhe ligjit në fuqi.
 - xi. Bashkësigurimi i Medicare, bashkëpagesat dhe zbritjet që konsiderohen si borxh i keq do të trajtohen në përputhje me procesin e faturimit dhe mbledhjes së vetëpagimit, siç specifikohet më sipër, duke iu nënshtruar ligjit në fuqi. Agjencitë e jashtme të grumbullimit do të ndjekin përpjekje të mëtejshme grumbullimi për një periudhë jo më pak se 60 ditë përpara se t'i kthejnë llogaritë në UMass Memorial Medical Center, Inc. si të pambledhshme.
- c. Veprimet e Jashtëzakonshme të Mbledhjes (ECA)**
- i. UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do t'i "shes" borxhin e pacientit asnjë agjencie të palës së tretë.
 - ii. UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të ndërmarrë asnjë "veprim të jashtëzakonshëm grumbullimi" deri në momentin kur ka bërë përpjekje të arsyeshme dhe ka ndjekur një rishikim të arsyeshëm të gjendjes financiare të pacientit dhe informacione të tjera të nevojshme për të përcaktuar përshtatshmërinë për ndihmë financiare, i cili do të përcaktojë se një pacienti ka të drejtë për ndihmë financiare ose përjashtim nga çdo aktivitet grumbullimi ose faturimi sipas kësaj politike kredie dhe arkëtimi. UMass Memorial Medical Center, Inc., me miratimin e Bordit të Administrimit dhe një njoftim me shkrim 30-ditor të

dhënë pacientit, mund t'i raportojë një borxhi shërbimi të vlerësimit të kreditit që mbetet i papaguar pas të gjitha përpjekjeve të arsyeshme për të identifikuar mbulimin e disponueshëm të kujdesit shëndetësor, zbritjen e aksesit programet dhe/ose vendosja e planeve të pagesave siç përshkruhet në këtë politikë janë ezauruar. Zyrtari Kryesor Financiar me miratimin e Bordit të Trusteve ka autoritetin përfundimtar për të përcaktuar se UMass Memorial Medical Center, Inc. ka bërë përpjekje të arsyeshme për të përcaktuar nëse një individ ka të drejtë për ndihmë financiare sipas Politikës së Asistencës Financiare të UMass Memorial Medical Center, Inc. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të mbajë të gjithë dokumentacionin që është përdorur në këtë përcaktim në përputhje me politikën e zbatueshme të ruajtjes së të dhënave të spitalit.

- iii. Në asnjë rrethanë pacientët që kanë plotësuar kriteret e shtetit si pacientë me të ardhura të ulëta nuk do të konsiderohen për referim në një shërbim të vlerësimit të kreditit.
- d. **Shërbimi i klientit** – UMass Memorial Medical Center, Inc. punëson një staf përfaqësuesish të shërbimeve financiare për pacientët për të adresuar shqetësimet dhe pyetjet e pacientëve në lidhje me faturat e tyre. Stafi është i disponueshëm me telefon dhe personalisht nga e hëna deri të premtën nga ora 9:00 deri në 16:30.
- e. **Planet e pagesave** – Individëve që shprehin vështirësi në përmbushjen e detyrimeve të tyre financiare (pasi të jenë ezauruar të gjitha opsionet e mbulimit) do t'u ofrohet një plan pagese me buxhet mujor. Individëve me një bilanc prej 1000 dollarësh ose më pak do t'u ofrohet të paktën një plan pagese njëvjeçare pa interes me një pagesë minimale mujore jo më shumë se 25 dollarë. Një individ që ka një bilanc prej më shumë se 1000 dollarë, pas depozitimit fillestar, do t'i ofrohet një plan pagese pa interes deri në dy vjet. Planet më të gjata të pagesave mund të jepen me miratimin e menaxherit. Pacientët që pushojnë së bërë pagesat mujore të buxhetuara pa vendosur një marrëveshje alternative do t'i nënshtrohen proceseve normale të faturimit dhe arkëtimit të vetëpagimit, duke përfshirë referimin në një agjenci të jashtme grumbullimi.
- f. **Interesi** – UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk vlerëson interesin për bilancet e Vetëpagimit.
- g. **Kërkesat e depozitave** - UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të kërkojë para pranimit dhe/ose depozita para trajtimit për pacientët që kërkojnë shërbime të kujdesit urgjent ose urgjent ose që janë përcaktuar se janë neto për sigurinë shëndetësore/të ardhura të ulëta Pacientët. UMass Memorial Medical Center, Inc. rezervon të drejtën të kërkojë paradhënie depozita në rastet e mëposhtme:
 - i. Pacientëve për të marrë shërbime kozmetike ose jo mjekësore të nevojshme mund t'u kërkohej të paguajnë një shumë deri në 100% të tarifave të pritshme përpara shërbimit.
 - ii. Pacientëve të cilët nuk kanë mbulim sigurimi të verifikueshëm dhe nuk kualifikohen për statusin e pacientit për rrjetin e sigurisë shëndetësore/të ardhura të ulëta, mund t'u kërkohej të paguajnë një paradhënie nëse shërbimi që do të kryhet është i një natyre zgjedhore. Dështimi për të përmbushur kërkesat e depozitës mund të rezultojë në shtyrje ose shtyrje të shërbimit me miratimin e mjekut që merr pjesë.

- iii. Pacientëve që udhëtojnë nga vendet e huaja në UMass Memorial Medical Center, Inc. për trajtim zgjedhor, mund t'u kërkohej të paguajnë paraprakisht faturën e plotë të vlerësuar.
 - iv. Pacientëve të Pjesshëm të Rrjetit të Sigurisë së Shëndetit mund t'u kërkohej të paguajnë deri në 20% ose 500 dollarë, cilado qoftë më pak, të shumës së zbritshme për shërbimet jo emergjente.
 - v. Pacientëve me vështirësi mjekësore mund t'u kërkohej të paguajnë deri në 20% ose 1000 dollarë, cilado qoftë më pak, të shumës së zbritshme për shërbimet jo emergjente.
 - vi. Pacientëve të siguruar me bashkësigurim, zbritje të bashkëpagesës ose përgjegjësi të tjera të detyrimeve të anëtarëve sipas planit të tyre të përfitimit mund t'u kërkohej të paguajnë shumën të tilla ose t'i sigurojnë ato nëpërmjet një karte krediti, përpara shërbimit.
- h. Interesa** – Si një kurs rutinë biznesi, UMass Memorial Medical Center, Inc. do të përdorë interesa vetëm për të siguruar interesin e UMass Memorial Medical Center, Inc. në Vendbanimet e Palëve të Treta ose siç kërkohej ndryshe për të siguruar interesat UMass Memorial Medical Center, Inc. gjatë procedurave ligjore. Asnjë interes nuk do të inicohej kundër vendbanimit primar të pacientit ose mjetit motorik pa miratimin paraprak me shkrim nga Bordi i Trusteve të UMass Memorial Medical Center, Inc. Të gjitha miratimet nga Bordi i Administrimit do të bëhen në baza individuale dhe pacientit do t'i jepet një njoftim me shkrim 30-ditor.
- i. Aksidentet e automjeteve motorike/Përgjegjësia e palës së tretë** – UMass Memorial Medical Center, Inc. do të paraqesë një kërkesë në Zyrën e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore (HSNO) për një pacient me të ardhura të ulëta të lënduar në një aksident me automjet vetëm pasi të hetojë nëse pacienti, shoferi dhe/ose pronari i mjetit motorik kishte një polic sigurimi të mjetit motorik. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të bëjë përpjekje të arsyeshme për të marrë çdo informacion sigurimi nga pacienti dhe do të mbajë dëshmi për përpjekje të tilla, duke përfshirë dokumentacionin e telefonatave dhe letrave drejtuar pacientit. UMass Memorial Medical Center, Inc. do t'i rimbursojë zyrës së rrjetit të sigurisë shëndetësore çdo pagesë të marrë nëse është identifikuar ndonjë burim i palës së tretë dhe UMass Memorial Medical Center, Inc. merr pagesën.
- j. Falimentimi** – Pacientëve që bëjnë kërkesë për falimentim do të ndërpritet i gjithë aktiviteti i faturimit dhe arkëtimit pas marrjes së një njoftimi falimentimi.
- k. Të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientëve** - UMass Memorial Medical Center, Inc. do të këshillojë disa pacientë për të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre në çdo pikë ku pacienti ndërvepron me personelin e regjistrimit, siç theksohet më poshtë.
- i. UMass Memorial Medical Center, Inc. do të këshillojë pacientët për të drejtën për:
 - 1. Aplikoni për MassHealth, një program pagese me asistencë premium i operuar nga Health Connector, një Plan Shëndetësor i Kualifikuar, Vështirësi Mjekësore dhe Përcaktim Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore.
 - 2. Një plan pagese, siç përshkruhet në procesin tonë të faturimit dhe mbledhjes së vetëpagesës.
 - ii. Pacientët që marrin Shërbime të Përshtatshme të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore duhet:

1. Siguroni të gjithë dokumentacionin e kërkuar.
2. Informoni MassHealth ose UMass Memorial Medical Center, Inc. për çdo ndryshim të të ardhurave të familjes/familjes, sigurimit shëndetësor dhe statusit të përgjegjësisë ndaj palëve të treta.
3. Ndiqni zbritjen vjetore të familjes siç përcaktohet për pacientët me të ardhura midis 150% dhe 300% të nivelit federal të varfërisë dhe siguroni dokumentacion UMass Memorial Medical Center, Inc. që zbritja është arritur kur më shumë se një anëtar i PBFQ përcaktohet i përshtatshëm ose nëse pacienti ose anëtar i familjes merr shërbime të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore nga më shumë se një ofrues.
4. Njoftoni me shkrim Zyrën e Sigurisë Shëndetësore ose MassHealth brenda 10 ditëve nga paraqitja e çdo padie ose pretendimi sigurimi që do të mbulojë koston e shërbimeve të ofruara nga spitali. Më tej, pacientit i kërkohet të caktojë të drejtat për një pagesë të palës së tretë në Agjencinë MassHealth që do të mbulojë kostot e shërbimeve të paguara nga Health Safety Net Office ose MassHealth dhe të paraqesë një kërkesë për kompensim.
5. Shlyeni zyrën e rrjetit të sigurisë shëndetësore çdo para të marrë nga një palë e tretë në lidhje me një aksident ose incident për shërbimin mjekësor të paguar nga Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore.
6. Health Safety Net Office do të shërohet drejtpërdrejt nga pacienti, vetëm kur pacienti ka marrë pagesën nga një palë e tretë për shërbimet mjekësore të paguara nga Health Safety Net Office
7. Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore mund të kërkojë që Departamenti i të Ardhurave të përgjojë çdo pagesë ndaj një pacienti për shërbimet e ofruara për një kërkesë të paraqitur dhe paguar nga Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore për Borxhin e Keq Emergjent

I. Përfundimi nga veprimi i faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës – UMass Memorial Medical Center, Inc. nuk do të nisë aktivitetin e faturimit dhe mbledhjes së vetëpagimit në rastet e mëposhtme:

- i. Me prova të mjaftueshme që një pacient është marrës i ndihmës urgjente për të moshuarit, me aftësi të kufizuara dhe fëmijët (EAEDC), ose është regjistruar në MassHealth, Health Safety Net, Plani i Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve, të ardhurat familjare të të cilit janë të barabarta ose më pak se 300% e FPL ose Përcaktimi i pacientit me të ardhura të ulëta, me përjashtim të pacientëve me të ardhura të ulëta vetëm dentare, siç përcaktohet nga zyra e Medicaid, me përjashtim të bashkëpagesave dhe zbritjeve të kërkuara sipas Programit të Asistencës.
- ii. Spitali e ka vendosur llogarinë në statusin e mbajtjes ligjore ose administrative dhe/ose janë bërë marrëveshje specifike pagese me pacientin ose garantuesin.
- iii. Faturat e vështirësive mjekësore që tejkalojnë kontributin e vështirësive mjekësore.
- iv. Kontributet e Vështirësive Mjekësore që mbeten të pazgjidhura gjatë periudhës së përshtatshmerisë së pacientit për MassHealth ose për pacientët me të ardhura të ulëta.
- v. Përveç nëse UMass Memorial Medical Center, Inc. ka kontrolluar sistemin EVS për të përcaktuar nëse pacienti ka paraqitur një aplikim për MassHealth.

- vi.** Për Pacientët e Pjesshëm të Sigurisë Shëndetësore, me përjashtim të çdo zbritjeje të kërkuar.

UMass Memorial Medical Center, Inc. do të iniciojë aktivitetin e faturimit dhe mbledhjes së vetëpagesës për pacientët e kualifikuar të rrjetit të sigurisë shëndetësore dhe pacientët me vështirësi mjekësore me kërkesën e tyre për:

- i.** Shërbimet jo të nevojshme mjekësore të ofruara për të cilat pacienti ka rënë dakord me pëlqimin me shkrim ose
- ii.** Për të lejuar pacientin të plotësojë zbritjen e kërkuar të Common-Health One Time.

Fjalorth

Borxhi i keq

Një llogari e arkëtueshme bazuar në shërbimet e ofruara për një Pacient që konsiderohet si e paarkëtueshme, pas përpjekjeve të arsyeshme të arkëtimit në përputhje me kërkesat në 101 CMR 613.06; ngarkuar si humbje kredie; jo detyrimi i një njësie qeveritare ose qeverisë federale ose ndonjë agjencie të saj; dhe jo një shërbim shëndetësor të rimbursueshëm.

Niveli Federal i Varfërisë (FPL)

Udhëzimet federale të të ardhurave nga varfëria lëshohen çdo vit në Regjistrin Federal.

Plani i Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve (CMSP)

Një program i shërbimeve të kujdesit shëndetësor pediatrik parësor dhe parandalues për fëmijët e kualifikuar, nga lindja deri në moshën 18 vjeç, i administruar nga Agjencia MassHealth në përputhje me M.G.L. c. 118E, § 10F.

Veprimi i Mbledhjes

Çdo aktivitet me të cilin një ofruer ose agjent i caktuar kërkon pagesë për shërbimet nga një pacient, garantuesi i pacientit ose një palë e tretë përgjegjëse për pagesën. Veprimet e grumbullimit përfshijnë aktivitete të tilla si depozitat e para-pranimit ose para-trajtimin, deklaratat e faturimit, letrat vijuese të mbledhjes, kontaktet telefonike, kontaktet personale dhe aktivitetet e agjencive të grumbullimit dhe avokatëve.

Shërbimet e pranueshme

Shërbimet e pranueshme për pagesën e rrjetit të sigurisë shëndetësore në përputhje me 101 CMR 613.03. Shërbimet e pranueshme përfshijnë shërbime shëndetësore të rimbursueshme për pacientët me të ardhura të ulëta; Vështirësi mjekësore; dhe Borxhi i keq siç specifikohet më tej në 101 CMR 613.00 dhe 614.00: *Pagesat dhe financimet neto të sigurisë shëndetësore.*

Gjendja mjekësore emergjente

Një gjendje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, që manifestohet me simptoma të ashpërsisë së mjaftueshme, duke përfshirë dhimbje të forta, që mungesa e kujdesit të menjëhershëm mjekësor mund të pritej në mënyrë të arsyeshme nga një person i kujdesshëm që zotëron një njohuri mesatare të shëndetit dhe mjekësisë për të rezultuar në vendosjen e shëndeti i personit ose një personi tjetër në rrezik serioz, dëmtim serioz i funksionit të trupit, ose mosfunksionim serioz i ndonjë organi ose pjese të trupit, ose, në lidhje me një grua shtatzënë, siç përcaktohet më tej në 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Shërbimet e urgjencës

Shërbimet e nevojshme mjekësore të ofruara për një individ me një gjendje mjekësore emergjente.

EMTALA

Ligji Federal i Trajtimin Mjekësor të Urgjencës dhe Punës Aktive sipas 42 U.S.C. § 1395dd

EVS

Sistemi i verifikimit të përshtatshmërisë së MassHealth.

Niveli Federal i Varfërisë (FPL)

Udhëzimet federale të të ardhurave nga varfëria lëshohen çdo vit në *Regjistrin Federal*.

Programet e asistencës financiare

Një program i asistencës financiare është ai që synon të ndihmojë pacientët me të ardhura të ulëta, të cilët përndryshe nuk kanë aftësinë të paguajnë për shërbimet e tyre të kujdesit shëndetësor. Një ndihmë e tillë duhet të marrë parasysh aftësinë e çdo individit për të kontribuar në koston e kujdesit të tij ose të saj, duke përfshirë një rishikim të të gjitha burimeve të të ardhurave familjare dhe statuseve të tjera të sigurimit. Gjithashtu, merren parasysh pacientët që kanë shteruar përfitimet e tyre të sigurimit dhe/ose që tejkalojnë kriteret e përshtatshmërisë financiare, por përballen me kosto të jashtëzakonshme mjekësore. Një program asistence financiare nuk është një zëvendësim për një program sigurimi të sponsorizuar nga punëdhënësi, një ndihmë financiare publike ose një program sigurimi të blerë individualisht.

Të ardhurat bruto

Totali i parave të fituara ose të pafituara, të tilla si pagat, mëditjet, qiratë, pensionet ose interesat, të marra nga çdo burim pa marrë parasysh zbritjet.

Garantues

Një person ose grup personash që marrin përsipër përgjegjësinë e pagesës për të gjithë ose një pjesë të tarifës së një Ofruesi për shërbimet.

Shërbimet e Kujdesit Shëndetësor

Shërbimet e nivelit spitalor (të ofruara në kushte spitalore ose ambulatorie) që në mënyrë të arsyeshme pritet të parandalojnë, diagnostikojnë, parandalojnë përkeqësimin, lehtësojnë, korrigjojnë ose kurojnë kushtet që rrezikojnë jetën, shkaktojnë vuajtje ose dhimbje, shkaktojnë deformim fizik ose mosfunksionim, kërcënojnë të shkaktojë ose të përkeqësojë një të metë, ose të rezultojë në sëmundje ose dobësi.

Lidhës shëndetësor

Commonwealth Health Insurance Connector Authority ose Health Connector i krijuar në bazë të M.G.L. c. 176Q, § 2.

Plani i sigurimit shëndetësor

Medicare, MassHealth, Programi i Pagesave të Asistencës Premium i operuar nga Health Connector, një Plan Shëndetësor i Kualifikuar, ose një kontratë individuale ose grupore ose plan tjetër që ofron mbulim të shërbimeve të kujdesit shëndetësor të lëshuara nga një kompani sigurimi shëndetësor, siç përcaktohet në M.G.L. c. 175, 176A, 176B, 176G ose 176I.

Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore

Programi i pagesave i krijuar dhe i administruar në përputhje me M.G.L. c. 118E, §§ 8A, dhe 64 deri në 69 dhe rregulloret e shpallura në bazë të tij, dhe legjislacioni tjetër në fuqi.

Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore

Zyra brenda Zyrës së Medicaid e themeluar nën M.G.L. c. 118E, § 65.

Rrjeti i sigurisë shëndetësore – i pjesshëm

Një pacient me të ardhura të ulëta që kualifikohet për rrjetin e sigurisë shëndetësore - Rrjet sigurie shëndetësore parësore ose sekondare, i cili dokumenton të ardhurat familjare të MassHealth MAGI ose

Të ardhurat e numërueshme të familjes nga vështirësitë mjekësore, siç përshkruhet në 101 CMR 613.04(1), midis 150.1% dhe 300% të FPL , konsiderohet Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore – I pjesëshëm siç përshkruhet në 101 CMR 613.04(4)(b)3.

Shërbimet Spitalore

Shërbimet e listuara në licencën e Spitalit Akut nga Departamenti i Shëndetit Publik. Kjo nuk përfshin shërbimet e ofruara në njësitë e kujdesit kalimtar; shërbimet e ofruara në ambiente të kualifikuara të infermierisë; dhe shërbimet shëndetësore në shtëpi, ose shërbimet e licencuara veçmas, duke përfshirë programet e trajtimit rezidencial dhe shërbimet e ambulancës.

Pacient me të ardhura të ulëta

Një individ që plotëson kriteret nën 101 CMR 613.04(1).

MassHealth

Programet e asistencës mjekësore dhe përfitimeve të administruara nga Agjencia MassHealth në përputhje me Titullin XIX të Aktit të Sigurimeve Shoqërore (42 U.S.C. 1396), Titullin XXI të Aktit të Sigurimeve Shoqërore (42 U.S.C. 1397), M.G.L. c. 118E, dhe ligje të tjera të zbatueshme dhe heqje dorë për të ofruar dhe paguar për shërbimet mjekësore anëtarëve të kualifikuar.

Agjencia MassHealth

Zyra Ekzekutive e Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore në përputhje me dispozitat e M.G.L. c. 118E.

Vështirësi mjekësore

Lloji i përshtatshmërisë së Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore i disponueshëm për banorët e Massachusetts në çdo nivel të të ardhurave të numërueshme, shpenzimet e lejueshme mjekësore të të cilit i kanë varfëruar aq shumë të ardhurat e tij/saj të llogaritshme, sa që ai ose ajo nuk është në gjendje të paguajë për Shërbimet e pranueshme siç përshkruhet në 101 CMR 613.05.

Shërbimi i nevojshëm mjekësor

Një shërbim që në mënyrë të arsyeshme pritët të parandalojë, diagnostikojë, parandalojë përkeqësimin, zbutjen, korrigjimin ose kurimin e kushteve që rrezikojnë jetën, shkaktojnë vuajtje ose dhimbje, shkaktojnë deformim fizik ose mosfunksionim, kërcënojnë të shkaktojnë ose të përkeqësojnë një paaftësi ose të rezultojnë në sëmundje ose dobësi. Shërbimet e nevojshme mjekësore përfshijnë shërbimet spitalore dhe ambulatorë siç autorizohen sipas Titullit XIX të Aktit të Sigurimeve Shoqërore.

Ofruesi

Një Spital Akut ose Qendër Shëndetësore Komunitare që ofron shërbime të pranueshme.

Banor

Një person që jeton në Komonuelthin e Masaçusetsit me qëllim që të mbetet siç përcaktohet nga 130 CMR 503.002 (A) deri në (D). Personat që nuk konsiderohen rezidentë janë individë që erdhën në Massachusetts me qëllim të marrjes së kujdesit mjekësor në një mjedis të ndryshëm nga një institucion infermieror, dhe që mbajnë një vendbanim jashtë Massachusetts; personat vendndodhja e të cilëve nuk dihet; ose

të burgosurit e institucioneve penale, përveç në rastet e mëposhtme: janë të shtruar në një institucion mjekësor; ose jetojnë jashtë institucionit penal, janë në lirim me kusht, me kusht ose në shtëpi dhe nuk kthehen në institucion për të natë.

Palë e tretë

Çdo individ, subjekt ose program që është ose mund të jetë përgjegjës për të paguar të gjithë ose një pjesë të kostos për shërbimet mjekësore.

Pacient i nënsiguruar

Një pacient, Plani i Sigurimit Shëndetësor ose plani i vetësigurimit të të cilit nuk paguan, tërësisht ose pjesërisht, për Shërbimet Shëndetësore që janë të pranueshme për pagesë nga Fondi i Mirëbesimit të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore, me kusht që pacienti të plotësojë standardet e përshtatshmërisë së të ardhurave të përcaktuara në 101 CMR 613.04.

Pacient i pasiguruar

Një pacient që është rezident i Commonwealth, i cili nuk mbulohet nga një plan sigurimi shëndetësor ose një plan vetë-sigurimi dhe që nuk ka të drejtë për një program të ndihmës mjekësore. Një pacient që ka një politikë sigurimi shëndetësor ose është anëtar i një programi sigurimesh shëndetësore ose përfitimesh që i kërkon pacientit të bëjë pagesën e zbritjeve ose bashkëpagesave ose nuk arrin të mbulojë disa shërbime ose procedura mjekësore nuk është i pasiguruar.

Shërbimet e Kujdesit Urgjent

Shërbimet e nevojshme mjekësore të ofruara në një spital akut ose në një qendër shëndetësore komunitare pas fillimit të papritur të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, e cila manifestohet me simptoma akute me ashpërsi të mjaftueshme (përfshirë dhimbjen e fortë) që një person i kujdesshëm do të besonte se mungesa e mjekësisë vëmendja brenda 24 orëve mund të pritet në mënyrë të arsyeshme të rezultojë në rrezikimin e shëndetit të pacientit, dëmtim të funksionit trupor ose mosfunksionim të ndonjë organi apo pjesësh trupore. Shërbimet e kujdesit urgjent ofrohen për kushte që nuk janë kërcënuese për jetën dhe nuk paraqesin rrezik të lartë për dëmtime serioze për shëndetin e një individi. Shërbimet e Kujdesit Urgjent nuk përfshijnë Kujdesin Parësor ose Zgjedhor.