

**UMass Memorial HealthAlliance – Clinton Hospital, Inc.**

**Financial Assistance and Credit and Collection Policy**

**November 17, 2017**

**(Albanian)**

**Politika e Asistencës Financiare, Kredisë dhe  
Arkëtimit 17 nëntor 2017**

## TABELA E PËRMBAJTJES

<b>Qëllimi</b> -----	3
<b>Deklarimi i Misionit</b> -----	3
<b>Ofrimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor</b> -----	4
I. Shërbime të Emergjencës dhe Urgjencës-----	4
II. Shërbimet e domosdoshme mjekësore jo-emergjente, jo-urgjente (“të zgjedhshme”)---	5
<b>Ngjarje Serioze të Raportuara</b> -----	5
<b>Mbledhja e Informacioneve Financiare nga Pacientët</b> -----	5
I. Pacientët me Mbulim Sigurimesh-----	6
II. Pacientët pa Mbulim Sigurimesh-----	6
<b>Programet e Asistencës Financiare</b> -----	7
I. Përmbledhje dhe Mundësi-----	7
II. Procesi i Aplikimit-----	9
III. Përjashtimet e Mbulimit të Shtetit-----	10
IV. Vërtetim të Ardhurash-----	10
V. Verifikim i Identitetit-----	10
VI. Komplikim Shëndetësor-----	11
VII. Mbulimi Shtesë dhe Kujdesi me Zbritje i Siguruar nga HealthAlliance – Clinton-----	12
VIII. Ofruesit e Pa-Aplikueshëm të HealthAlliance-----	15
<b>Procedurat e Faturimit dhe Grumbullimit</b> -----	15
I. Faturimi i Paguesve të Palës së Tretë-----	16
II. Faturimi me Vetë-Pagim dhe Procesi i Arkëtimit-----	16
III. Shërbimi për Klientë-----	18
IV. Planet e Pagesës-----	18
V. Interesi-----	18
VI. Zbritje e Pagesës së Menjëhershme-----	18
VII. Kërkesat e Depozitës-----	19
VIII. Pengjet-----	19
IX. Falimentimi-----	19
X. Aksidente Automjetesh Motorike-----	19
XI. Të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Pacientëve-----	20
XII. Përjashtimi nga Vetë-Faturimi dhe Veprimi Arkëtues-----	20

## **Politika:**

Politika e Asistencës Financiare, Kredisë dhe Arkëtimit përcakton standardet mbi të cilat UMass Memorial HealthAlliance – Clinton Hospital, Inc. do të administrojë mbledhjen e informacioneve të sigurimit/financiar nga pacientët, përcaktimin e pranueshmërisë për Asistencë Financiare, dhe proceset e faturimit dhe arkëtimit, në përputhje me rregulloren e Zyrës Ekzekutive të Shëndetit dhe të Shërbimeve Njerëzore (EOHHS) 101 CMR 613.00 Shërbimeve të Pranueshme Health Safety Net <sup>(2)</sup> qendrat për shërbimet Medicare dhe Medicaid Kërkesat për Kreditë e Këqija Medicare (42CFR 413.89), 13J Manuali i Rimbursimit të Ofruesve Medicare (Pjesa 1, kapitulli 3), dhe (3) Seksioni i Kodit të të Ardhurave të Brendshme 501 (R) siç kërkohet në seksionin 9007 (a) të Aktit Federal të Mbrojtjes së Pacientëve dhe Kujdesit të Përballeshëm (Pub. L. Nr. 111-148) dhe siç është sqaruar së fundmi më 29 dhjetor 2015, sqarimi i IRS për raportimin e informacionit të tillë në formularin IRS 990 të spitalit. Politika e Asistencës Financiare, Kredisë dhe Grumbullimit do të paraqitet në formë elektronike me Zyrën e Health Safety Net në përputhje me kërkesat e rregullores.

HealthAlliance – Clinton, një anëtar i UMMHC, nuk diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, shtetësisë, të qenit i huaj, fesë, besimit, seksit, orientimit seksual, identitetit gjinor, moshës apo paaftësisë në cilëndo nga politikat e saj në lidhje me marrjen dhe verifikimin e informacioneve financiare, depozitat e pranimit apo trajtimit paraprak, planet e pagesave, pranimet e ngadalta apo të refuzuara, ose statusin e Pacientit me të Ardhura të Ulëta.

UMass Memorial Health Care System është zotuar të sigurojë kujdes të nevojshëm urgjent, emergjent dhe mjekësor dhe për të gjithë pacientët, pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar. Për të përmbushur nevojat e pacientëve që mund të kenë nevojë për asistencë financiare, kjo politikë përcakton kriteret e pranueshmërisë, metodat për të aplikuar dhe bazat për llogaritjen e shumës së tarifuar për pacientët e pranueshëm.

Është politika e HealthAlliance – Clinton për të ofruar kujdes me zbritje për pacientët që kualifikohen sipas Seksionit IRS 501 (r). Për ata që janë përcaktuar të pranueshëm, UMass Memorial Health Care System nuk do të faturojë më shumë sesa shuma që i faturohet përgjithësisht një pacienti që ka mbulim sigurimi për shërbime urgjente, emergjente dhe mjekësore të nevojshme. Departamenti i Patient Financial Counseling do të jetë pika e kontaktit për t'u siguruar pacientëve politikën e shkruar, një përmbledhje të politikës, formularin e aplikimit dhe asistencë rreth procesit të aplikimit.

Kjo Politikë është e zbatueshme për të gjitha emergjencat dhe çdo kujdes tjetër të nevojshëm mjekësor të ofruar nga HealthAlliance – Clinton Hospital.

## **Deklarimi i Misionit:**

Misioni i HealthAlliance – Clinton, një anëtar i UMMHC, është të ofrojë përsosmëri klinike dhe përsosmëri në shërbime për individët në komunitetet e ndryshme gjatë secilës fazë të jetës së tyre.

## **Ofrimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor:**

Shërbimet e Kujdesit Urgjent dhe Emergjent - Çdo pacient që paraqitet në Spital(et) ose Klinikë(at) Satelitore Spitalore do të vlerësohet për të përcaktuar nëse ka nevojë për shërbime të kujdesit emergjent apo urgjent, pa marrë parasysh identifikimin e pacientit, mbulimin e sigurimit ose aftësinë për të paguar. Vlerësimi i shërbimeve emergjente ose shërbimeve të kujdesit urgjent siç përcaktohet më poshtë përdoret më tej nga HealthAlliance – Clinton për qëllime të përcaktimit të emergjencës dhe të mbulimit urgjent të borxhit të keq sipas Fondit Health and Safety Net. HealthAlliance – Clinton nuk do të përfshihet në aktivitete që i shkurojnë individët të kërkojnë kujdes mjekësor emergjent. Kjo përfshin vonesën në sigurimin e një ekzaminimi të duhur mjekësor ose në ekzaminimin dhe trajtimin e mëtejshëm mjekësor për të stabilizuar gjendjen mjekësore në mënyrë që të pyetet mënyra e pagesës së individit, statusi i sigurimit, ose të sigurohet nënshkrimi në një formular financiar ose formular të avancuar të njoftimit të përfitimit. HealthAlliance – Clinton nuk do të lejojë aktivitete të mbledhjes së borxheve në departamentin e emergjencës ose në ambiente të tjera të kompleksit spitalor, kur aktivitete të tilla mund të pengojnë ofrimin e kujdesit emergjent. Kërkesa për shumat e tarifave apo shumat e bashkë-sigurimit nuk duhet të bëhet para shfaqjes së një ekzaminimi dhe stabilizimi mjekësor.

### I.

#### a. Shërbimet e Nivelit Emergjent përfshijnë:

Shërbime të domosdoshme mjekësore të ofruara pas fillimit të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, duke u shfaqur nga simptoma të ashpra mjaftueshëm duke përfshirë dhimbje të forta, për të cilat mungesa e vëmendjes së shpejtë mjekësore mund të pritet në mënyrë të arsyeshme nga një *njeri i matur që zotëron njohuri mesatare lidhur me shëndetin dhe mjekësinë* duke rezultuar në vendosjen e shëndetit të personit ose të një personi tjetër në rrezik serioz, në dëmtim serioz të funksionit të trupit ose mosfunksionim serioz të ndonjë organi ose pjese tjetër të trupit, ose në lidhje me gruan shtatzënë, siç përcaktohet më tej në nenin 1867(e) (1) (B) të Aktit të Sigurisë Sociale, 42 U.S.C. § 1295dd(e) (1) (B). Një ekzaminim mjekësor dhe çdo trajtim pasues për një gjendje mjekësore urgjente, ekzistuese, apo ndonjë shërbim tjetër të dhënë në masën që kërkohet në përputhje me EMTALA 42 USC 1395(d) caktohet si një Shërbim i Nivelit Emergjent.

#### b. Shërbimet e Kujdesit Urgjent përfshijnë:

Shërbime të domosdoshme mjekësore të ofruara pas fillimit të papritur të një gjendjeje shëndetësore, qoftë fizike apo mendore, që shoqërohen me simptoma akute të ashpra mjaftueshëm (përfshirë dhimbje të forta) që një *njeri i matur do të besonte se mungesa e kujdesit mjekësor brenda 24 orësh* mund të rezultojë në: vënie e shëndetit të pacientit në rrezik, dëmtimin e funksionit trupor, ose mosfunksionim të ndonjë organi ose pjese të trupit. Shërbimet e Kujdesit Urgjent ofrohen për situata që nuk janë kërcënuese për jetën dhe që nuk paraqesin rrezik të madh për dëmtim serioz të shëndetit të një individi, por për të cilat nevojiten shërbime të shpejta mjekësore.

Shënime në lidhje me EMTALA:

Në përputhje me kërkesat federale, EMTALA është krijuar për këdo që paraqitet në pronën e spitalit duke kërkuar ekzaminimin ose trajtimin e një shërbimi të nivelit emergjent (gjendje mjekësore emergjente), ose që hyn në departamentin e emergjencës duke kërkuar ekzaminim ose trajtim për një problem shëndetësor. Zakonisht në departamentin e emergjencës paraqiten persona të paplanifikuar. Sidoqoftë, personat e paplanifikuar që kërkojnë shërbime për një problem emergjent mjekësor gjatë paraqitjes në një njësi tjetër spitalore, klinikë, ose zonë tjetër ndihmëse, mund t'i nënshtrohen gjithashtu një ekzaminimi mjekësor emergjent në përputhje me EMTALA. Ekzaminimi dhe trajtimi për gjendje mjekësore emergjente ose ndonjë shërbim tjetër të kryera sipas hapësirës së kërkuar nga EMTALA, do t'i ofrohet pacientit dhe do të kualifikohet si kujdes emergjent. Përcaktimi se ekziston një gjendje emergjente mjekësore bëhet nga mjeku ekzaminues ose personeli tjetër mjekësor i kualifikuar i spitalit siç është dokumentuar në procesverbalin mjekësor. Përcaktimi nëse ekziston apo jo një gjendje emergjente mjekësore bëhet gjithashtu nga mjeku ekzaminues ose personeli tjetër mjekësor i kualifikuar i spitalit siç është dokumentuar në procesverbalin mjekësor.

- II. Shërbimet e domosdoshme mjekësore jo-emergjente, jo-urgjente (“të zgjedhshme”) - Për pacientët që ose (1) vijnë në spital duke kërkuar kujdes në nivel jo-emergjent ose jo-urgjent, ose (2) kërkojnë kujdes shtesë pas stabilizimit të një gjendjeje emergjente shëndetësore, HealthAlliance – Clinton do të mbledhë informacion financiar nga pacienti, do të ndihmojë pacientin në marrjen/verifikimin e mbulimit për shërbime dhe/ose do të bëjë rregullimet e tjera financiare të përshkruara këtu.

Shërbime të zgjedhshme: Shërbime të nevojshme mjekësore që nuk plotësojnë përcaktimin e Emergjencës ose Urgjencës si më lart. Zakonisht, këto shërbime janë ose të kujdesit primar/shërbim specializimi ose procedura mjekësore të planifikuara paraprakisht nga pacienti ose nga ofruesi i kujdesit shëndetësor (spitali, zyra e mjekut, tjetër).

### **Ngjarje Serioze të Raportuara**

HealthAlliance – Clinton u përmbahet kërkesave që zbatohen lidhur me faturimin, të tilla si kërkesat e Departamentit të Shëndetit Publik për mospagimin e disa shërbimeve specifike ose ripranimet që spitali përcakton se kanë qenë rezultat i një Ngjarjeje Serioze të Raportuar, si edhe mban të gjitha informacionet në përputhje me ligjet federale dhe shtetërore në fuqi për privatësi dhe ligjeve të sigurisë. HealthAlliance – Clinton nuk do të faturojë asnjë pacient, duke përfshirë Pacientët me të Ardhura të Ulëta për pretendime që lidhen me ngjarje Serioze të Raportuara. Spitali gjithashtu nuk do të kërkojë pagesa nga një pacient me të ardhura të ulëta i përcaktuar si i pranueshëm për programin Health Safety Net kërkesat e të cilit fillimisht janë mohuar nga një program i sigurimeve sipas zyrtarëve ose një gabimi në faturë nga spitali.

### **Mbledhja e Informacioneve Financiare nga Pacientët**

HealthAlliance – Clinton do të bëjë përpjekje dhe tentativa të arsyeshme për të marrë të gjithë informacionin përkatës demografik dhe informacionin e sigurimeve nga pacientët para se të bëhen shërbimet fakultative dhe para mbërritjes të kompleksi. Ky informacion do të mbledhet nga pacientët që kërkojnë kujdes emergjent/urgjent sa më shpejt të jetë e mundur në përputhje me dispozitat e EMTALA.

- I. **Pacientët me Mbulim Sigurimesh-** Për pacientët me sigurime shëndetësore ose për

pacientët e mbuluar nga Kompensimi i Punëtorëve apo Siguruesi i Automjeteve, HealthAlliance – Clinton do të mbledhë gjithë informacionin e duhur për të paraqitur një kërkesë të mbajtësi i sigurimeve për shërbimet mjekësore të paraqitura.

1. **Verifikimi i Sigurimeve-** Kurdo që të jetë e mundur, HealthAlliance – Clinton do të verifikojë pranueshmërinë e sigurimit të një pacienti me mjete elektronike ose telefonike por edhe nëpërmjet Verifikimit të Kualifikimit MassHealth (EVS) Sistem për verifikimin e kualifikimit në një program të ndihmës publike, para mbërritjes së pacientit. Kur kjo nuk ndodh, kualifikimi do të verifikohet në mbërritje, ose sa më shpejt që të jetë e mundur, me mjete elektronike/telefonike dhe/ose rishikim të kartës së sigurimit të pacientit.
  2. **Kërkesa për Referim dhe Autorizim-** HealthAlliance – Clinton do të përpiqet të sigurojë dhe/ose verifikojë të gjitha referimet dhe autorizimet e kërkuara nga mbajtësi i sigurimeve të një pacienti para se të ofrohen shërbimet.
  3. **Tarifat/Bashkë-Sigurimet/Shumat e Zbritshme/Shërbimet e Pa Mbuluara-** Kur një pacient i siguruar është përgjegjës për një pjesë të faturës, HealthAlliance – Clinton do të përpiqet të inkasojë atë shumë, ose ta sigurojë atë me anë të një karte krediti, qoftë përpara kryerjes së shërbimeve ose pas përfundimit të shërbimit. Pacienti do të kontaktohet në shtëpi për të diskutuar pagesën e shumës së zbritshme. Nëse nuk do të jetë në gjendje të arkëtojë shumën para apo gjatë përfundimit të shërbimit, HealthAlliance – Clinton do të ndjekë shumat e duhura me anë të procesit të faturimit dhe grumbullimit.
  4. **Formularët e Kërkuar-** Të gjithë pacientëve të siguruar do t'u kërkohet të firmosin një formular të Detyrave të Përfitimeve (AOB), njoftimin HIPPA dhe çdo formular tjetër që do të kërkohet nga ofruesi i sigurimeve ose nga rregullorja që të faturohet dhe mblihet siç duhet nga siguruesi i palës së tretë. Nëse HealthAlliance – Clinton nuk arrin të marrë një EOB të firmosur, pacienti do të mbajë përgjegjësi për të gjitha faturimet.
  5. **Pacientët pa Mbulim Sigurimesh-** HealthAlliance – Clinton do të përpiqet të ndihmojë pacientët e regjistruar si “Vetë pagim” duke identifikuar dhe siguruar mbulim për kujdesin shëndetësor. Kur një pacient është i vendosur të jetë përgjegjës për të gjitha ose për një pjesë të faturës HealthAlliance – Clinton do të përpiqet të mbledhë shumën para shërbimit. HealthAlliance – Clinton do ta ndjekë nëpërmjet procesit të faturimit dhe grumbullimit.
- II. **Pacientët pa Mbulim Sigurimesh-** HealthAlliance – Clinton do të përpiqet të ndihmojë pacientët e regjistruar si “Vetë pagim” duke identifikuar dhe siguruar mbulim për kujdesin shëndetësor.
1. Do të postohen tabela në gjuhën angleze, portugeze dhe spanjolle duke i informuar pacientët për disponueshmërinë e Asistencës Financiare, dhe se me cilin të kontaktojnë për asistencë gjatë aplikimit. Tabelat do të jenë shumë të qarta dhe të lexueshme dhe do të vendosen në zonat ku ka numër të lartë pacientësh duke përfshirë:
    - Të Gjitha Zyrat e Pranimit dhe Zonat e Pritjes
    - Të Gjitha Regjistrimet e Pacientëve të Jashtëm dhe Zonat e Pritjes
    - Të Gjitha Zonat e Regjistrimit Emergjent dhe Zonat e Pritjes
    - Të Gjitha Zyrat e Këshilltarëve të Certifikuar për Aplikime

2. Fletushkat individuale që njoftojnë pacientët se Asistenca Financiare është në dispozicion për pacientët e kualifikuar do të jetë në dispozicion në të gjitha vendet e Pranimit, Regjistrimit dhe Këshillimit Financiar.
3. Pacientët e planifikuar për një procedurë fakultative do t'i referohen një Këshilltari të Çertifikuar për Aplikime për ta ndihmuar pacientin në aplikimin për asistencë mjekësore. Të gjithë pacientët e spitalit të regjistruar si Vetë pagim do të vizitohen nga një Këshilltar i Certifikuar për Aplikime gjatë pranimit të tyre, ose do të kontaktohen pas largimit.
4. Faturat e fillimit të pacientit dhe të gjitha deklaratimet pasuese do të përfshijnë një njoftim që pacientët të mësojnë për disponueshmërinë e Asistencës Financiare dhe një numër telefoni për të kontaktuar me Këshilltarin e Certifikuar për Aplikime.

### **Programet e Asistencës Financiare:**

- I. **Përmbledhje dhe Mundësi:** Commonwealth of Massachusetts dhe HealthAlliance – Clinton ofrojnë asistencë financiare për pacientët bazuar në të ardhurat e familjes dhe kritere të tjera të përshkruara më poshtë HealthAlliance – Clinton punëson një staf me Këshilltarë të Certifikuar për Aplikime që janë të disponueshëm me telefon ose me takime që të ndihmojnë pacientët në aplikimin për asistencë financiare dhe të zgjidhin faturat e tyre mjekësore. HealthAlliance – Clinton ka kontratë me Zyrën Ekzekutive të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (MassHealth) dhe me Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector) dhe është konsideruar si Organizatë me Këshilltarë të Certifikuar për Aplikime. Këshilltarët e Certifikuar për Aplikime sigurojnë pacientë potencialisht të pranueshëm me aplikimin e duhur për MassHealth dhe/ose Health Safety Net, dhe i ndihmojnë pacientët në procesin e aplikimit.

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

1. sigurojë informacion në të gjitha programet e mundshme.
2. sigurojë pacientët me aplikimin e duhur për MassHealth, Health Safety Net, dhe Children's Medical Security Program, Premium Assistance Payment Programs drejtuar nga Health Connector, Vështirësi Mjekësore dhe lloje të tjera asistencash financiare që mund të mbulojnë të gjithën ose pak nga faturat e tyre mjekësore të pa paguara.
3. ndihmojë pacientët në procesin e aplikimit dhe rinovimit.
4. punojë me pacientët për të marrë çdo dokumentacion të kërkuar.
5. bëjë të gjitha përpjekjet për të ndjekur statusin e aplikimit përmes përcaktimit përfundimtar.
6. ndihmojë pacientët të regjistrohen në një Plan të Sigurimeve Shëndetësore.
7. ofrojë dhe sigurojë asistencë për regjistrimin e votuesve.

Përfaqësuesit e Shërbimit të Klientit dhe Mbledhësit e Garantuesve janë në dispozicion me telefon për të mbështetur pacientët në zgjidhjen e çështjeve me faturat e tyre mjekësore.

Ligji i **Health Safety Net**-Massachusetts parasheh dispozitën e Health Safety Net për pacientët e pranueshëm bazuar në vendbanimin e Massachusetts, verifikimin e identitetit, MassHealth dhe të Ardhurat e Ndryshuara Bruto (MAGI) të barabartë ose më pak se 300% të Nivelit të Varfërisë Federale. (FPIG)

- i. Për tu caktuar i pranueshëm për MassHealth apo një Program i Pagesës së Asistencës Prim i drejtuar nga Health Connector, përfshin Programin për Asistencën e Tarifës që nuk ka arritur të regjistrohet ose mbulimi është përfunduar për shkak të mos pagimit të tarifës.
- ii. Qasja në mbulimin e sigurimeve të shëndetit që konsiderohet i përballueshëm me përjashtim të periudhës së pritjes të planeve të sponsorizuara nga punëdhënësi.

**Health Safety Net - Parësor** - Pacientët e pa siguruar me të ardhura familjare të vërtetuara (MAGI) apo të Ardhura të Numërueshme Familjare të Komplikimeve Shëndetësore nga 0-300% të Udhëzuesve për të Ardhurat e Varfërisë Federale (FPIG) mund të përcaktohen të jenë Pacientë me të Ardhura të Ulëta bazuar në Udhëzimet EOHHS dhe të pranueshëm për Shërbimet e Rimbursueshme Health Safety Net, që vijon si më poshtë.

- i. Pacientët me të Ardhura të Ulëta të pranueshëm për regjistrimin në Premium Assistance Payment Program drejtuar nga Health Connector janë të pranueshëm për një periudhë prej 100 ditësh duke filluar nga Data e Mbulimit Mjekësor të pacientit.
- ii. Për studentët që u nënshtrohen kërkesave të Programit të Shëndetit Studentor, kërkesat nuk janë të pranueshme për Health Safety Net - Parësor.

**Health Safety Net - Dytësor.** Pacientët me sigurime të tjera parësore për shëndetin, përfshirë studentët e regjistruar në një Plan për Kualifikimin e Shëndetit të Studentit me vërtetim nga MassHealth MAGI me të ardhura familjare apo të ardhura të Familjes me Komplikime Shëndetësore 0-300% të FPIG mund të klasifikohen si Pacientë me të Ardhura të Ulëta dhe të pranohen për Health Safety Net – Dytësor, që vijon si më poshtë.

- i. Health Safety Net – Dytësor do të mbulojë vetëm shërbimet dentare për individët e regjistruar dhe të pambuluar nga Programi i Pagesës Prim drejtuar nga Health Connector e vlefshme deri në ditën e 101 nga Data e Mbulimit mjekësor.
- ii. Health Safety Net – Dytësor do të mbulojë vetëm shërbime dentare për të rriturit të siguruara nga qendrat komunitare të shëndetit, qendrat e licensuara spitalore të shëndetit, ose një klinikë satelit për individët e regjistruar në MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus and Family Assistance, duke përjashtuar MassHealth Family Assistance-Children.

**Health Safety Net -I Pjesshëm** - Një Pacient me të Ardhura të Ulëta i pranueshëm për Health Safety Net Parësor apo Health Safety Net Dytësor të vërtetuar me MassHealth MAGI të ardhurat e familjes ose Të Ardhurat e Numërueshme Familjare të Komplikimeve Shëndetësore ndërmjet 150.1% dhe 300% të FPIG mund të jenë të pranueshëm për Health Safety Net-të pjesshëm me një shumë të zbritshme vjetore nga familja. Shuma e zbritshme vjetore do të aplikohet vetëm nëse të ardhurat e të gjithë anëtarëve të Grupit të Familjes për Faturimin Prim (PBF) do të jenë më të larta se 105.01% të FPL. Nëse përcaktohet i pranueshëm, përgjegjësia e familjes (shuma e zbritshme vjetore) është e barabartë me

- i. 40% të diferencës midis të ardhurave më të ulëta të familjes MassHealth MAGI ose Të Ardhurave të Numërueshme Familjare të Komplikimit Shëndetësor dhe Grupit të Familjes për Faturimin Prim të aplikantit (PBF) dhe 200% të FPIG.
- ii. Kostoja më e ulët e primit për Connector Care për madhësinë e famijes dhe nivelin e të



ardhurave, në fillim të vitit kalendarik.

Nëse ndonjë anëtar i PBFG ka të ardhura që janë poshtë 200% të FPIG nuk do të ketë shumë të zbritshme për asnjë anëtar të PBFG. Shpenzimet mbi këtë shumë të zbritshme do të përjashtohen nga veprimtaria e faturimit dhe e arkëtimit.

Stafi i grumbullimit të HealthAlliance – Clinton gjurmon derisa pacienti të ketë përmbushur pagesat e shumës së zbritshme. Nëse pacienti ka marrë shërbime nga më shumë se një sigurues, është përgjegjësia e pacientit të gjurmojë shumën e zbritshme dhe të njoftojë HealthAlliance – Clinton kur të jetë përmbushur shumata e zbritshme. Bashkëpagesat nuk do të aplikohen për shumën e zbritshme.

**Health Safety Net – Kualifikimi i Supozuar-** ndonjëherë një pacient mund të kualifikohet për Health Safety Net dhe të mos jetë në gjendje të përfundojë një aplikim të plotë në datën e shërbimit. HealthAlliance – Clinton mund ta përcaktojë individin nëse është pacient me të ardhura të ulëta sipas të ardhurave të Health Safety Net dhe udhëzimeve nga familja, për një periudhë të kufizuar. Përcaktimi do të bazohet në informacionin e vetë-dëshmuar të siguruar nga pacienti në një formular të specifikuar nga zyra e Health Safety Net. Periudha e kualifikimit do të fillojë në datën që HealthAlliance – Clinton merr vendimin dhe do të vazhdojë deri në ditën e fundit të muajit që vijon ose individi paraqet një aplikim të plotë dhe merr një vendim nga MassHealth ose Health Connector.

**II. Procesi i Aplikimit** – Pacientët duhet të plotësojnë dhe paraqesin, me asistencën e një CAC një aplikim përmes Shkëmbimit të Sigurimeve Shëndetësore të gjendur në faqen e internetit të Shteteve Health Connector, një letër aplikimi e siguruar nga MassHealth ose nëpërmjet telefonit me përfaqësues të shërbimit ndaj klientit të vendosur nga MassHealth ose Connector. Agjencia e MassHealth ose Health Connector do të përpunojë të gjitha aplikimet dhe do të njoftojë për vendimin e pranueshmërisë së tij ose të saj për MassHealth ose pranim për një Premium Assistance Payment Plan drejtuar nga Health Connector ose nga statusi i Pacientit me të Ardhura të Ulëta (Health Safety Net).

Në rrethana të veçanta, HealthAlliance – Clinton mund të aplikojë për pacientin duke përdorur një formë specifike të caktuar nga zyra e Health Safety Net për individët që kërkojnë mbulim asistence financiare për shkak se kanë qenë në burg, kanë qenë të abuzuar në martesë, kanë vdekur, ose për shërbime konfidenciale, status të supozuar të pacientit me të ardhura të ulëta ose aplikim për shkak të një komplikimi shëndetësor.

**III. Përjashtimet e Mbulimit të Shtetit (Shënim: Disa nga këto shërbime janë të mbuluara përmes Mbulimit shtesë dhe Kujdesit të Zbritur të HealthAlliance – Clinton përshkruar në seksionin VII).**

- i. Shërbime të nevojshme jo-mjekësore
- ii. MassHealth, Connector Care dhe tarifa private të sigurimeve
- iii. Kërkesa të mohuara për ndonjë gabim administrativ ose në faturim, jashtë shërbimeve të rrjetit
- iv. Shërbimet e ofruara për një pacient me sigurim shëndetësor privat që konsiderohen jashtë rrjetit të ofruesit të sigurimit shëndetësor.

**IV. Vërtetim të Ardhurash-**Të ardhurat e një familjeje mund të vërtetohen nëpërmjet lidhjeve elektronike të të dhënave, ose vërtetimeve në letër. MassHealth përdor burime të të dhënave

federale dhe shtetërore në përpjekje për të përputhur të ardhurat e deklaruara në aplikim. Të ardhurat do të konsiderohen të vërtetuara nëse të dhënat shtetërore përputhen në mënyrë të arsyeshme me të ardhurat e deklaruara Nëse MassHealth nuk është në gjendje të vërtetojë të ardhurat përmes një lidhjeje elektronike të të dhënave, atëherë duhet të vërtetohet nga një ose më shumë mënyrat që vijojnë:

Të Ardhurat e Fituara:

- i. Pagesat e fundit
- ii. Një deklaratë e nënshkruar nga punëdhënësi
- iii. Rimbursimi më i fundit i Tatimeve në Sh.B.A
- iv. Burim Tjetër i Krahasueshëm i të ardhurave

Të Ardhura të Pafituara:

- i. Një kopje e një çeku të fundit apo pagese nga burimi i të ardhurave;
- ii. Një deklaratë nga burimi i të ardhurave ku korrespondimi nuk është i disponueshëm;
- iii. Rimbursimi më i fundit i tatimeve Federale; ose
- iv. Burim Tjetër i Krahasueshëm i të ardhurave

**V. Verifikim i Identitetit-** Aplikantët duhet të sigurojnë prova për identitetin e tyre, por jo të kufizuara në dokumente që përmbajnë një fotografi ose informacion tjetër identifikues, siç janë emri, moshë, gjinia, raca, gjatësia, përkrahja, ngjyra e syve dhe adresa. Dokumente të pranueshme janë:

- i. Patentë shoferi lëshuar nga një shtet ose territor.
- ii. Karta e identitetit lëshuar nga një shkollë, ushtri, qeveri federale, shtetërore ose lokale, një kartë e varur nga ushtria ose Ushtria Bregdetare Tregtare e Ruajtjes SHBA.
- iii. Klinikë, mjek, spital ose dokument shkollë për fëmijët nën moshën 19 vjeç.
- iv. Dy dokumente që sigurojnë informacione që janë në përputhje me identitetin e aplikantit, siç janë, por nuk kufizohen vetëm në to, diploma e shkollës së mesme dhe universitetit, dokument martesë ose divorci, akt pronësie, kontratë qiraje.
- v. Një gjetje e identitetit nga një agjenci federale ose shtetërore, nëse agjencia e ka verifikuar identitetin.
- vi. Një pohim i nënshkruar, nën dënim për dëshmi të rreme, nga një person tjetër i cili mund të dëshmojë në mënyrë të arsyeshme për identitetin e një personi, nëse nuk ka dokumentacion tjetër në dispozicion.

**VI. Komplikimi Shëndetësor-** Një banor i Massachusetts në çfarëdo niveli të numërueshëm të të ardhurave mund të aplikojë për Komplikim Shëndetësor nëse kostot mjekësore kanë ulur ndjeshëm të ardhurat e familjes aq sa ai ose ajo nuk është në gjendje të paguajë për shërbime të pranueshme. Shpenzimet e Lejueshme Mjekësore të Aplikantit duhet të tejkalojnë një përqindje të specifikuar të të ardhurave Bruto të aplikantit si më poshtë:

Niveli i të Ardhurave	Përqindja e të Ardhurave Bruto
0 - 205% FPL	10%
205.1 - 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

Zyra Health Safety Net do të sigurojë aplikimin dhe do të procesojë përcaktimet e Komplikimit Shëndetësor bazuar mbi dokumentacionin e paraqitur nga HealthAlliance – Clinton dhe nga pacienti. HealthAlliance – Clinton do të paraqesë aplikimin për Komplikim Shëndetësor brenda 5 ditësh pune që nga pranimi i të gjithë dokumentacionit të kërkuar të siguruar nga pacienti. Zyra Health Safety Net do të rishikojë dhe procesojë një aplikim për Komplikim Shëndetësor nëse shpenzimet e lejueshme mjekësore të aplikantit tejkalojnë përqindjen e të ardhurave të numërueshme të renditura më sipër. Zyra Health Safety Net nuk do të procesojë një aplikim për Komplikim Shëndetësor për këdo me të ardhura me më pak se 405% përveç rastit kur individit së pari paraqet një kërkesë në agjencinë MassHealth dhe merr një përcaktim në një periudhë 12-mujore mund të paraqiten dy aplikime për Vështirësi Mjekësore.

- i. Shpenzimet e Lejueshme Mjekësore- Totali i faturave mjekësore të familjes për Komplikim Shëndetësor nga cilido ofruer i kujdesit shëndetësor që nëse paguhet, do të kualifikohej si shpenzime mjekësore të zbritshme për qëllime tatimi federal mbi të ardhurat. Kjo mund të përfshijë fatura të paguara dhe të papaguara për të cilat pacienti është akoma përgjegjës dhe të marra deri në dymbëdhjetë muaj para datës së aplikimit. Kjo nuk përfshin faturat e marra ndërkohë që një aplikant është Pacient me të Ardhura të Ulëta përveç nëse janë të ardhura të Ulëta Vetëm-Dentare në datën e shërbimit. Nëse një pacient nuk e ka marrë një faturë për më shumë se 9 muaj nga data e shërbimit, ajo ende mund të lejohet nëse kërkesa për Komplikim Shëndetësor paraqitet brenda 90 ditëve nga faturimi fillestar. Faturat e papaguara të përfshira në një përcaktim për Komplikim Shëndetësor nuk do të përfshihen në një aplikim të mëvonshëm për Komplikim Shëndetësor. Kjo nuk do të përfshijë faturat e shërbimeve që merren nga pacientët gjatë regjistrimit në MassHealth ose në një Premium Assistance Payment Program drejtuar nga Health Connector.
- ii. Kontributi i Aplikuesit është përqindja e specifikuar e të ardhurave të numërueshme siç janë shënuar më sipër. Ekziston një kontribut për Familje për Vështirësi Mjekësore për përcaktimin e tij.
- iii. Njoftimi për Përcaktimin - Zyra Health Safety Net do t'i njoftojë aplikantët rreth përcaktimit. Kjo do të përfshijë si në vijim:
  1. Datat për të cilat Shpenzimet e lejueshme Mjekësore mund të përfshihen.
  2. Shuma e kontributit të aplikantëve për Komplikim Shëndetësor.
  3. Shërbimet që nuk kualifikohen si shërbime të pranueshme.
  4. Njoftimi për refuzimin do të shpjegojë arsyen e refuzimit.
  5. Emri dhe numri i një personi kontaktues për më shumë informacion.
- iv. Njoftimi i Ofruerit- Health Safety Net do të njoftojë ofruerit për:
  1. Përcaktimin nga faturat e përfshira në Shpenzimet e Lejueshme Mjekësore të aplikantit.

2. Kontributi i aplikantit për çdo Ofruer Health Safety Net bazuar në tarifat Bruto dhe datat e shërbimeve të ofruara ndaj familjes së aplikantit.
- v. HealthAlliance – Clinton do të paraqesë kërkesa për Shërbime të Komplikimit Shëndetësor që tejkalojnë kontributin e pacientit për Komplikim Shëndetësor.
- vi. HealthAlliance – Clinton do të faturojë aplikantin për kontribute të Komplikimit Shëndetësor, përveç nëse ata kanë status të Pacientit me të Ardhura të Ulëta ose të pranueshëm për MassHealth.
- vii. HealthAlliance – Clinton do të ndalojë çdo përpjekje të arkëtimit kundër një pretendimi të borxhit të keq emergjent që është aprovuar për Komplikim Shëndetësor nën programin Health Safety Net.
- viii. HealthAlliance – Clinton do të ndërpresë përpjekjet për arkëtimin e faturave që janë të renditura në përcaktimin për Komplikim Shëndetësor dhe do të ishin të pranueshme për pagesa për Komplikim Shëndetësor nëse për ndonjë arsye aplikimi nuk është paraqitur brenda 5 ditësh pune.

**VII. Mbulimi Shtesë dhe Kujdesi me Zbritje i Siguruar nga HealthAlliance – Clinton për Pacientët e HealthAlliance – Clinton: Programit të Asistencës Financiare –** Është politika e HealthAlliance – Clinton t'u ofrojë shërbim me zbritje atyre që kualifikohen për kujdes mjekësor të nevojshëm, urgjent apo emergjent. Programi i Asistencës Financiare vlen për pacientët pavarësisht ku ata banojnë. Për ata që janë përcaktuar të pranueshëm, pacientët nuk do të faturohen më shumë sesa shuma që i faturohet përgjithësisht një pacienti që ka mbulim sigurimi.

- i. Pranueshmëria - për t'u përcaktuar i pranueshëm, një aplikant duhet të plotësojë kriteret e mëposhtme:
  - Të ardhurat në shtëpi duhet të jenë më pak ose të barabarta me 600% të udhëzimeve për të Ardhurat nga Varfëria Federale.
  - Të plotësojë dhe të nënshkruajë një kërkesë për asistencë financiare.
  - Të sigurojë verifikimin e të ardhurave për të gjithë anëtarët e aplikueshëm të familjes.
  - Të aplikojë për asistencë mjekësore nga shteti ose qeveria për të cilën ata mund të jenë të pranueshëm.
  - Të fillojë procesin e aplikimit **240 ditë** nga data e faturës/deklaratës së parë.
- ii. Verifikimi i të ardhurave - verifikimi i pranueshëm i të ardhurave është si më poshtë:
  - 2 pagesat më të fundit.
  - Një kopje e deklaratës ose çekut më të fundit të pensionit, sigurimeve shoqërore, papunësisë ose përfitimeve të tjera.
  - Për të vetëpunësuarit pasqyrën e fitimit dhe humbjes të 3 muajve të fundit.
  - Një kopje e deklaratës më të fundit të rimbursimit të tatimeve për sa kohë që nuk është më e vjetër se 6 muaj.
  - Një deklaratë nga një punëdhënës që tregon të ardhurat Bruto javore.
  - Për ndihmë/mbështetje të fëmijëve një kopje e një dekreti gjyqësor ose një çek të pagesave të pranuar.

- Një deklaratë e nënshkruar për mbështetje për një aplikant/anëtar të familjes që nuk ka të ardhura.
- iii. Periudha e pranueshmërisë - Pranueshmëria për asistencë financiare do të fillojë në datën kur të merret aplikimi i përfunduar i nënshkruar në Departamentin Patient Financial Counseling. Pranueshmëria do të jetë në fuqi për një vit nga data e miratimit. Një aplikim do të konsiderohet i plotë kur të jenë përmbushur të gjitha kriteret e pranueshmërisë.

Periudha e pranueshmërisë do të përfshijë gjithashtu një periudhë 12 mujore retroaktive nga data e miratimit. E njëjta periudhë e pranueshmërisë do t'u takojë të gjithë anëtarëve të pranueshëm të familjes të renditur në aplikim.

Asistenca Financiare do të përfundojë nëse kurdoqoftë kriteret e pranueshmërisë kanë ndryshuar në atë masë sa që aplikanti nuk do të jetë më i pranueshëm. Kjo mund të konsistojë në ndryshime të të ardhurave, të numrit të anëtarëve të familjes ose në pranueshmërinë e programeve të asistencës mjekësore të shtetit ose qeverisë. Në raste të tilla, aplikanti do të njoftohet me një letër për çdo ndërprerje të asistencës. Arsyeja e ndërprerjes do të tregohet.

- iv. Shërbime të pranueshme - Zbritjet për Asistencën Financiare që janë aprovuar për Programin e Asistencës Financiare HealthAlliance – Clinton do të zbatohen vetëm për kujdes të nevojshëm urgjent, emergjent dhe mjekësor. Kjo do të përfshijë, por jo vetëm, shërbimet spitalore, vëzhguese dhe ambulatorore.
- v. Shërbime të papranueshme - Shërbimet jo-mjekësore të nevojshme nuk do të jenë të pranueshme për zbritje në Asistencën Financiare. Këto shërbime përfshijnë, por jo vetëm, operacionin kozmetik, shërbimet e infertilitetit, aparatet e dëgjimit dhe shërbimet sociale dhe të profesionit. Shërbimet jo-mjekësore të nevojshme do të faturohen me tarifa të plota.
- vi. Aplikimi i plotë - Një aplikim për Asistencë Financiare do të konsiderohet “aplikim i plotë” kur të ketë përmbushur kriteret e mëposhtme:
- Aplikimi është marrë nga Departamenti i Patient Financial Counseling.
  - Pacienti/garantuesi ose një përfaqësues i autorizuar ka nënshkruar aplikimin.
  - Të gjitha pyetjeve në lidhje me aplikimin u është dhënë përgjigje.
  - Verifikimi i të ardhurave nëse janë të mjaftueshme për të dhënë një përcaktim mbi pranueshmërinë është siguruar.

Një aplikim i plotë do të vlerësohet nga një Këshilltar i Certifikuar i Aplikimit për të përcaktuar pranueshmërinë. Të gjitha aplikimet do të shqyrtohen nga një Mbikëqyrës i Patient Financial Counseling për miratimin përfundimtar.

1. Të ardhurat do të llogariten dhe do të bashkëngjiten në mënyrë të qartë në aplikim.
2. Madhësia e familjes së aplikantit do të përcaktohet.
3. Një formular vetëm për Përdorimin e Objektivit do të plotësohet dhe do t'i bashkëngjitet aplikimit.
4. Aplikimi do t'i jepet mbikëqyrësit për shqyrtim dhe miratim.
5. Mbikëqyrësi do ta shqyrtojë, nënshkruajë dhe kthejë aplikimin tek avokati/këshilltari për përpunim përfundimtar.
6. Nëse janë përmbushur të gjitha kriteret e pranueshmërisë, një letër

miratimi do t'i dërgohet aplikantit/garantuesit që do të tregojë periudhën e pranueshmërisë dhe përqindjen e zbritjes.

7. Nëse nuk janë përmbushur të gjitha kriteret e pranueshmërisë, një letër mohimi do t'i dërgohet aplikantit/garantuesit.
  8. Aplikimet që janë miratuar dhe përpunuar do të mbahen në një dosje qendrore në Zyrën Qendrore të Biznesit.
- vii. Aplikim i Papërfunduar - Nëse aplikimi për asistencë financiare nuk është i plotë, një Këshilltar i Certifikuar për Aplikime do të dërgojë një letër shoqëruese te pacienti. Kjo letër do të tregojë informacionin që është i nevojshëm për procesin e aplikimit. Aplikanti/garantuesi duhet të sigurojë dokumentacionin e kërkuar brenda 30 ditëve nga marrja e letrës shoqëruese. Nëse informacioni nuk merret brenda këtij afati kohor, aplikimi do të refuzohet. Një letër me arsyen e refuzimit do t'i dërgohet aplikantit. Do të lejohet një periudhë 30-ditore e hirshme nga data e mohimit që aplikanti/garantuesi të sigurojë informacione shtesë. Në fund të periudhës së hirshme 30-ditore duhet të plotësohet një aplikim i ri.
- viii. Baza për llogaritje - HealthAlliance – Clinton do të përdorë metodën e të parit mbrapa që të përcaktojë përqindjen e shumës së përgjithshme të faturuar pacientëve siç aplikohet në Politikën e Asistencës Financiare. Një kombinim i tarifave dhe pagesave të vitit të kaluar për produktet e sigurimeve Medicare dhe tregtare janë përdorur për të përcaktuar normën efektive të mbledhjes neto nga organizata. Aktualisht, shuma që u është tarifuar pacientëve që janë konsideruar të pranueshëm për të përfituar sipas programit të asistencës financiare është me zbritje tarifore 25%.
- ix. Pacientët që kualifikohen për Programin e Asistencës Financiare dhe kanë mbulim të sigurimeve do të kenë detyrimet e tyre financiare (të tilla si bashkë-pagesat dhe shumat e zbritshme) pas pagesave nga sigurimet, të mbuluara jo më shumë se 25% e tarifave të tyre totale, bruto.
- x. Si të aplikoni - Departamenti i Patient Financial Counseling do të jetë pika e kontaktit për pacientët që të kërkojnë dhe marrin, të lirë nga pagesat, një kopje në letër të politikës, një përmbledhje të thjeshtë të gjuhës së politikës dhe të aplikimit. Të trija mund të kërkojnë me anë të telefonit, nga afër ose me email siç është shënuar më poshtë:

HealthAlliance Patient Financial Counseling Informacion për Kontakt:

- Telefon: +1-978-466-2329
- Email i jashtëm: [financialcounsel@healthalliance.com](mailto:financialcounsel@healthalliance.com)
- Adresa: Patient Financial Counseling, 60 Hospital Road, Leominster, MA 01453
- Hollësitë për Kreditim, Arkëtim dhe të Politikës së Asistencës Financiare, si dhe një përmbledhje e thjeshtë e gjuhës dhe aplikimi mund të gjenden duke përdorur faqen e internetit UMassMemorial Health Care: <http://www.umassmemorialhealthcare.org/healthalliance-hospital>, poshtë seksionit Patient & Visitors, zgjidh Financial Counseling - Këshillimi Financiar.

**VIII. Ofruesit e Pa-Aplikueshëm të HealthAlliance – Clinton** nuk punësojnë vetë mjekët e tyre. Çdo mjek apo ofrues i palës së tretë nëse ka, faturon vetë për shërbimet e tyre dhe ndjek asistencën financiare dhe procedurat e faturimit dhe arkëtimit. Shërbimet e ofruara nga

mjekët apo nga ofrues të një pale të tretë nuk janë të mbuluara nga Krediti dhe Arkëtimi dhe Politika e Asistencës Financiare të HealthAlliance – Clinton's.

Në deklaratën e mësipërme, shërbimet e dhëna nga mjekët ose klinikistët në fushat e specializimit të identifikuar më poshtë, nuk janë të mbuluara nga Krediti dhe Arkëtimi dhe Politika e Asistencës Financiare të HealthAlliance – Clinton's:

Anestezia	Obstetrika & Gjinekologjia
Audiologjia	Mjekësia Profesionale
Kardiologjia	Ortopedia
Sëmundja Kardiovaskulare	Kujdesi Lehtësues
Mjekësia e Kujdesit Kritik	Patologjia (Anatomike dhe Klinike)
Pajisjet Mjekësore Dermatologjike të Forta	Pediatria
Pajisjet e Forta Mjekësore	Mjekësia Fizike & Rehabilitimi
Vesh, Hundë, Fyt	Mjekësia Pulmonare
Mjekësia Emergjente	Radiologjia
Hematologjia/Onkologjia	Mjekësia e Veshkave
Mjekësia e brendshme	Mjekësia Sportive
Laborator (Quest)	Kirurgjia
Neurologjia	Dhoma e trajtimit-procedurat minore

Vetëm kujdesi emergjent ose kujdesi i nevojshëm mjekësor, ofruar në një nga Objektet Spitalore mbulohet nga FAP – d.m.th, FAP aplikohet vetëm në emergjenca apo të tjera kujdesje të nevojshme mjekësore e ofruar nga punëdhënësit (psh, infermierët) të Objektivit Spitalor dhe kosto të tjera të kryera direkt nga objekti Spitalor në lidhje me dispozitat e këtij kujdesi.

### **Procedurat e Faturimit dhe Arkëtitimit:**

HealthAlliance – Clinton duhet të administrojë proceset e faturimit dhe grumbullimit që janë efikase dhe në fuqi me masat siguroese sipas HealthAlliance – Clinton, në mënyrë që të plotësojë obligimet tona financiare dhe të vazhdojmë misionin tonë të ofrimit kujdes shëndetësor të shkëlqyer për pacientët dhe komunitetet të cilëve u shërbejmë. Ne jemi të përkushtuar që të sjellim praktikën tona të faturimit dhe arkëtitimit në një mënyrë që është e drejtë dhe plot respekt për pacientët tanë dhe familjet e tyre, siç vijon më poshtë.

- I. Faturimi i Paguesve të Palës së Tretë-** HealthAlliance – Clinton do të paraqesë kërkesa për të gjitha shërbimet e mbuluara tek siguruesi shëndetësor i një pacienti ose te një pagues tjetër përgjegjës, nëse pacienti ka siguruar informacione të tilla në kohë dhe saktësi. Këto pretendime do të paraqiten sa më shpejt të jetë e mundur pas lëshimit ose datës së shërbimit. Pacientët mbeten përgjegjës financiarisht për çdo shërbim të pa mbuluar si shuma e bashkë-sigurimit dhe shuma të zbritshme siç përcaktohet nga siguruesi i tyre shëndetësor. Pacientët janë përgjegjës për të kuptuar dhe për të përmbushur referimet, autorizimet dhe kërkesat e tjera të mbulimit të siguruesit të tyre. Pacientët janc gjithashtu përgjegjës për pagimin e çdo shërbimi të mohuar nga siguruesi i tyre në masën e lejuar me kontratë dhe rregullore.

Departamenti i Ofrimit të Kontabilitetit HealthAlliance – Clinton do të bëjë të gjitha përpjekjet e arsyeshme për të zgjidhur llogaritë me paguesit e palëve të treta përfshirë

apelimin e kërkesave të refuzuara. Raportet dhe listat e punës të llogarive të papaguara, përfshirë pretendimet e refuzuara do të gjenerohen në mënyrë rutine, të rishikuara nga Stafi Ofrues i Kontabilitetit dhe Menaxhimit, në ndjekje me pagesit. Nëse edhe pas kësaj përpjekjeje, HealthAlliance – Clinton nuk ka marrë pagesën apo një zgjidhje tjetër të përshtatshme nga një pages pa kontratë, brenda një kohe të arsyeshme, garantuesi mund të kontaktohet duke u informuar se siguruesi nuk ka mundur të zgjidhë kërkesën. Nëse llogaria mbetet e papaguar nga një pages pa kontratë, garantuesi mund t'i nënshtrohet Procesit të Arkëtimit dhe Faturimit në standardin me vetë pagim në masën e lejuar me ligj. HealthAlliance – Clinton do të bëjë të njëjtën përpjekje për të mbledhur llogari për kujdesin emergjent për pacientët e pasiguruar, siç bën për të mbledhur llogari nga çdo klasifikim tjetër i pacientëve që u nënshtrohen kushteve të kësaj politike dhe ligjit në fuqi.

## **II. Faturimi me Vetë-Pagim dhe Procesi i Arkëtimit -**

1. Pacientët me përgjegjësi të vetë-pagimit do të marrin një faturë fillestare që përshkruan shërbimet dhe shumat e duhura për të cilat ata janë përgjegjës.
2. Për çdo përgjegjësi të vetë-pagimit që mbetet e papaguar pas faturës fillestare, pacienti do të marrë një seri deklarimesh mujore për të paktën 3 muaj ose derisa të jetë zgjidhur bilanci. Paraqitja e fundit do të tregojë se është një njoftim përfundimtar. Një njoftim përfundimtar me shërbim postar të garantuar do t'i dërgohet pacientit për balancat mbi \$1000,00 për kujdesin emergjent. Deklarata e katërt do të shënohet si një paralajmërim përfundimtar.
3. Stafi Ofrues i Kontabilitetit do të bëjë një telefonatë te çdo klient që ka një balancë vetë-pagimi të papaguar prej \$1,000 ose më shumë gjatë faturimit të zakonshëm me vetë pagim dhe gjatë procesit të arkëtimit.
4. HealthAlliance – Clinton do të dërgojë një njoftim të fundit me shërbim postar të garantuar për balancat mbi \$1,000 ku njoftimet nuk janë kthyer si “adresë e pasaktë” apo “e pa dorëzuar” për pacientët e kujdesit emergjent.
5. Njoftimet shtesë dhe/ose letrat mund t'u dërgohen pacientëve debitorë gjatë procesit të faturimit dhe arkëtimit si një përpjekje për të zgjidhur balancat e papaguara.
6. Email i kthyer dhe/ose email i pa dërguar do të kërkohet nga stafi i Ofruesit të Kontabilitetit për të marrë adresa të sakta. Do të shfrytëzohen të dhënat dhe informacionet rishikuese prioritare.
7. Të gjitha këto përpjekje për mbledhjen e balancave, si dhe çdo pyetje e kërkuar nga pacienti, do të dokumentohen në llogarinë e garantuesit dhe do të jenë në dispozicion për rishikim nga Menaxhuesit.
8. Nëse pas gjithë veprimeve të mësipërme dhe nëse siguruesi i llogaritjes dhe departamenti i hapësirës financiare kanë përdorur të gjitha përpjekjet për të përcaktuar nëse një pacient i përmbush kriteret e pranueshmërisë për të qënë pjesë e programit asistues financiar HealthAlliance – Clinton siç përshkruhet në faqet 11-14 të këtij dokumenti, do të ndërmerret ndonjë nga veprimet si më poshtë.



9. Nëse llogaritë që mbeten të pazgjdhura pas 120 ditësh dhe përpjekjet e grumbullimit të përshkruara më sipër janë përdorur, atëherë do të rishikohen gjatë kërkesës me shkrim si Borxhe të Këqija, si më poshtë:

<u>Balanca</u>	<u>Rishikim Niveli</u>
\$0-\$999	Grumbullim
\$1,000-\$10,000	Mbikëqyrës
\$10,001-\$25,000	Menaxher
\$25,000 dhe më shumë	Drejtor

10. Agjensitë e Jashtme të Arkëtimit - HealthAlliance – Clinton mund të transferojë Llogaritë e Borxheve të Këqija te agjensitë e jashtme të arkëtimit për ndjekje të mëtejshme.

- Të gjitha agjencitë e arkëtimit që punojnë në interes të HealthAlliance – Clinton do të angazhohen me shkrim që tu përmbahen praktikave të grumbullimit dhe standardeve të aprovuara nga HealthAlliance – Clinton
- HealthAlliance – Clinton me miratimin e Bordit të Besuar dhe me një njoftim me shkrim 30-ditor, mund të raportojë te borxhet e shërbimit të vlerësimit të kredisë që mbetet e papaguar pas gjithë përpjekjeve të arsyeshme për të identifikuar mbulimin e kujdesit shëndetësor në dispozicion, qasjen në programet e zbritura dhe/ose planet e vendosjes së pagesës siç janë përshkruar në politikën që është përdorur. Në asnjë rrethanë pacientët që kanë përmbushur kriteret e Shtetit si Pacientë me të Ardhura të Ulëta nuk do të konsiderohen për referim te shërbimi i vlerësimit të kredisë.
- HealthAlliance – Clinton nuk do të shesë borxhin e një pacienti te një agjensi e palës së tretë pa miratimin e bordit.

11. Llogaritë Medicare që janë konsideruar borxhe të këqija do të trajtohen në përputhje me faturimin me vetë-pagim dhe proces arkëtimi siç u specifikua më sipër. Agjensitë e jashtme të arkëtimit do të ndjekin më tej përpjekjet e arkëtimit për një periudhë jo më të gjatë se 60-ditore para se t'i kthejnë llogaritë te HealthAlliance – Clinton si të pa arkëtueshme.

12. HealthAlliance – Clinton do të paraqesë një kërkesë për Borxhe të Këqija Emergjente nëse një pacient i pa siguruar nuk është miratuar për statusin me të Ardhura të Ulëta dhe të gjitha procedurat e treguara më lart janë ndjekur dhe HA ka konfirmuar nëpërmjet REVS që pacienti nuk është i pranueshëm për statusin me të Ardhura të Ulëta.

**III. Shërbimi për Klientë - HealthAlliance – Clinton** punëson një staf me Përfaqësues të Shërbimit për Klientë për t'ju adresuar shqetësimeve të klientit dhe pyetjeve lidhur me faturat e tyre. Stafi është i disponueshëm me anë të telefonit dhe nga afër, E Hene - E Premte 8:00 AM deri 4:30 PM.

**IV. Planet e Pagesës** - Pacientët që shfaqin vështirësi në përmbushjen e detyrimeve të tyre financiare (pasi janë përdorur të gjitha mundësitë e mbulimit) do t'ju ofrohet çdo muaj një plan pagimi buxhetor pa interes me një pagesë minimale \$25.00 në muaj me një kohëzgjatje siç vijon më poshtë:

<u>Balanca</u>	<u>Kohëzgjatja e Planit të Pagesës *</u>
≤ \$1,000	≤ 1 Vit
≥ \$1,000	≥ 2 Vite

\*Planet më afatgjata të pagesave mund të jepen me miratimin e menaxhimit fiskal.

Ky plan pagese do t'ju ofrohet të gjithë pacientëve, përfshirë ata që janë caktuar të jenë Pacientë me të Ardhura të Ulëta ose që kualifikohen për Komplikim Shëndetësor Health Safety Net.

Pacientët të cilët ndalojnë së paguari pagesat mujore të buxhetuara pa vendosur një marrëveshje alternative do t'i nënshtrohen Procesit të Vetë-Faturimit dhe të Arkëtimit të Pagesave, përfshirë referimin në një agjenci të jashtme arkëtimi.

**V. Interesi** - HealthAlliance – Clinton nuk do të vlerësojë interesin e balancave me vetë-pagesë gjatë procesit normal të faturimit ose gjatë ecurisë së një plani pagese.

**VI. Zbritje e Pagesës së Menjëhershme**- HealthAlliance – Clinton mund të ofrojë një zbritje për pacientët e çdo niveli të ardhurash që paguajnë ose sigurojnë përmes kartës së kreditit, bilancin me vetë-pagesë të tyre para, ose menjëherë pas ofrimit të shërbimeve. Zbritja pasqyron vlerën kohore të parave, shmangien e kostos së faturimit dhe arkëtimit, dhe shmangien e rrezikut të kredisë. Pagesa me zbritje për dërgesë të menjëhershme duhet të merret jo më pas se 30 ditë nga data e deklaratës së parë. Zbritja standarte do të jetë 20% e detyrimit neto të pacientit. Nuk mund të ofrohet asnjë zbritje më e lartë përveç nëse bazohet në rrethana unike dhe të aprovohet nga Drejtori i Lartë i Sistemeve të të Ardhurave.

**VII. Kërkesat e Depozitës** - HealthAlliance – Clinton nuk do të kërkojë depozita para-pranimi dhe/ose para-trajtimi për pacientët që kërkojnë shërbime emergjente ose që janë të caktuar të jenë pacientë me të Ardhura të Ulëta. HealthAlliance – Clinton rezervon të drejtën të kërkojë depozita paradhënie në këto raste:

- Pacientët që do të marrin sipas zgjedhjes shërbime kozmetike ose jo-mjekësore të nevojshme, mund t'ju kërkohet të paguajnë një shumë të barabartë me 100% të tarifës së parashikuar përpara shërbimit.
- Pacientët të cilët nuk kanë mbulim të verifikueshëm të sigurimit dhe që nuk kualifikohen për Health Safety Net/Pacientë me Të Ardhura të Ulëta mund t'ju kërkohet të paguajnë një depozitë paradhënie nëse shërbimi që do të kryhet është i zgjedhshëm. Pamundësia për të plotësuar kërkesat për depozitë mund të rezultojë në shtyrjen ose pezullimin e shërbimit me miratimin e mjekut pjesëmarrës.
- Pacientëve që udhëtojnë nga vendet e huaja për në HealthAlliance – Clinton për trajtim mund t'ju kërkohet që të paguajnë faturën e plotë të vlerësuar paraprakisht.
- Pacientëve me të Ardhura të Ulëta të Pjesëshme mund t'ju kërkohet të paguajnë deri në 20% të shumës së zbritshme deri në \$500.00.
- Pacientëve të Komplikimit Shëndetësor mund t'ju kërkohet të paguajnë deri në 20% të

shumës së zbritshme, deri në \$1,000.00.

- Kujdesi me Zbritje pacientëve mund t'u kërkohe të paguajnë deri në 20% të shumës deri në \$5,000.00.
- Pacientët e siguruar me bashkë-sigurim dhe përgjegjësi të zbritshme mund t'u kërkohe të paguajnë shuma të tilla, ose t'i sigurojnë ato përmes një karte krediti, përpara shërbimit.

**VIII. Pengjet** - Si një ecuri rutinë e biznesit, HealthAlliance – Clinton vetëm do të kërkojë pengje për të siguruar interesin e HealthAlliance – Clinton në marrëveshjet me Palët e 3<sup>ta</sup> ose siç kërkohe ndryshe për të siguruar interesin e HealthAlliance – Clinton gjatë procedurave ligjore. Asnjë peng nuk do të iniciohe përkundrejt vendbanimit parësor të një pacienti ose pasurive të tjera personale pa miratimin paraprak me shkrim nga Bordi i Administratorëve të Besuar të HealthAlliance – Clinton. Të gjitha miratimet nga Bordi i Administratorëve të Besuar do të bëhen mbi një bazë individuale.

**IX. Falimentimi** - Pacientët të cilët shpallin Falimentimin do t'u ndërpriten të gjitha aktivitetet e faturimit dhe grumbullimit pas marrjes së një Njoftimi për Falimentim.

**X. Aksidente Automjetesh Motorike** - HealthAlliance – Clinton do të paraqesë një kërkesë për Zyrën Health Safety Net (HSNO) për një Pacient me të Ardhura të Ulëta të lënduar në një aksident automjeti motorik vetëm pasi të hetohet nëse pacienti, shoferi dhe/ose pronari i automjetit kishte një policë sigurimi për automjetin. HealthAlliance – Clinton do të bëjë përpjekje të arsyeshme për të marrë çdo informacion të sigurimit rreth pacientit nga palët e treta dhe të mbajë prova për keto përpjekje të tilla, duke përfshirë dokumentacionin e thirrjeve telefonike dhe letrave drejtuar pacientit. HealthAlliance – Clinton do t'i rimbursojë Zyrës së Health Safety Net çdo pagesë të marrë nga një burim palë e tretë që është identifikuar dhe HealthAlliance – Clinton do të marrë pagesën.

**XI. Të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Pacientëve** -

- a. HealthAlliance – Clinton do të këshillojë pacientë të caktuar për të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre në secilën pikë ku pacienti bashkëvepron me personelin e regjistrimit siç përmendet më poshtë:
  - i. Aplikimi për MassHealth, Premium Assistance Payment Program Drejtuar nga Health Connector, një Plan Shëndeti i Kualifikuar, Komplikim Shëndetësor dhe përcaktimi i Health Safety Net.
  - ii. Një plan pagese, siç përshkruhet në faturimin tonë me vetë-pagim dhe procesin e arkëtimit.
- b. HealthAlliance – Clinton do të këshillojë pacientët që kanë marrë shërbime të pranueshmërisë nga Health Safety Net për përgjegjësitë e tyre që:
  - i. Të sigurojnë gjithë dokumentacionin e nevojshëm.
  - ii. Të informojnë MassHealth ose HealthAlliance – Clinton për çdo ndryshim në të ardhurat e familjes ose statusin e pranueshmërisë të sigurimit TPL.
  - iii. Të gjurmojnë shumën e zbritshme Vjetore të familjes siç është përcaktuar për pacientët me të ardhura midis 150.1% dhe 300% të Udhëzimeve Federale të Varfërisë dhe të sigurojnë dokumentacionin për HealthAlliance – Clinton që shuma e zbritshme është arritur kur më shumë se një anëtar familjeje është përcaktuar të jetë Pacient me të Ardhura të Ulëta, ose nëse pacienti apo anëtari i familjes merr shërbime të pranueshmërisë të të Ardhurave të Ulëta nga më shumë se një ofrues.

- iv. Të dokumentojnë kërkesën TPL për aksidente, lëndime ose humbje dhe të njoftojë programin publik të Shtetit (psh. Zyrën e Medicaid dhe Health Safety Net), brenda 10 ditëve nga paraqitja e procedimit apo kërkesës për sigurim që do të mbulojë kostot e shërbimeve të ofruara nga spitali. Një pacienti i kërkohet të caktojë të drejtën e një pagese nga një palë e tretë që do të mbulojë kostot e shërbimit të paguar nga Zyra e Medicaid apo Health Safety Net dhe të paguajë ndarjen për paratë e marra për shërbimet e mbuluara nga Health Safety Net të lidhura specifikisht me aksidentin apo ndonjë humbje tjetër.
- v. T'i paguajnë çdo para të marrë nga një palë e tretë zyrës së Health Safety Net lidhur me një aksident apo incident për shërbim mjekësor të paguar nga Zyra e Health Safety Net.
- vi. Zyra e Health Safety Net do të rimarrë drejtpërdrejt nga pacienti, vetëm kur pacienti të ketë marrë pagesën nga pala e tretë për shërbimet mjekësore të paguara nga Zyra e Health Safety Net.
- vii. Zyra e Health Safety Net mund të kërkojë që Departmenti i Burimit të të Ardhurave të ndërpresë çdo pagesë ndaj një pacienti mbi shërbimet e ofruara për një kërkesë të paraqitur dhe të paguar nga Health Safety Net për Borxhet e Këqija Emergjente.

**XII. Përfundimi nga Vetë-Faturimi dhe Veprimi Arkëtues - HealthAlliance – Clinton nuk do të nisë një vetë-faturim apo aktivitet arkëtimi në rastet e mëposhtme:**

1. Pas dëshmive të mjaftueshme se një pacient është përfitues i Ndhmës Emergjente ndaj të moshuarve, invalidëve dhe fëmijëve (EAEDC), apo i regjistruar në MassHealth, Health Safety Net, Children's Medical Security Plan të ardhurat familjare të të cilëve janë të barabarta ose më pak se 300% FPL, apo përcaktimi i pacientëve me të ardhura të ulëta me përjashtim të të ardhurave të ulëta Vetëm-Dentare të përcaktuara nga zyra e Medicaid me përjashtim të bashkë-pagimit dhe shumës së zbritshme të kërkuara sipas Programit të Asistencës.
2. Spitali e ka vendosur llogarinë në gjendje pritjeje ligjore apo administrative dhe/ose janë bërë marrëveshje specifike pagesash me pacientin ose garantuesin.
3. Faturat për Komplikim Shëndetësor që tejkalojnë kontributin e komplikimit shëndetësor.
4. Kontributet e Komplikimit Shëndetësor që qëndrojnë të papaguara gjatë MassHealth të pacientit ose periudhës së pranueshmërisë të pacientit me të Ardhura të Ulëta.
5. Të gjithë pacientët e miratuar me të Ardhura të Ulëta për periudhën në të cilën ata kanë qënë të përcaktuar si pacientë me të ardhura të ulëta.
6. Vetëm nëse HealthAlliance – Clinton ka përcaktuar nëse pacienti ka paraqitur një aplikim për MassHealth.
7. Pacientë pjesërisht të pranueshëm të Health Safety Net, me përjashtim të çdo shume të zbritshme të kërkuar.
8. HealthAlliance – Clinton mund të faturojë për të pranueshmit e Health Safety Net dhe pacientët e Komplikimit Shëndetësor për shërbime të ofruara të panevojshme

mjekësore me kërkesë të pacientit dhe për të cilat pacienti është pajtuar me pëlqim me shkrim.

9. HealthAlliance – Clinton mund të faturojë një Pacient me të Ardhura të Ulëta me kërkesën e tyre në mënyrë që të lejojë pacientin të përmbushë shumën e zbritshme CommonHealth Një-Herë të kërkuar.