

Politika e asistencës financiare dhe kredisë dhe arkëtimit

Aprovuar nga: Emri: Brian Huggins
Titulli: SVP Finance/Corp
Comptroller Data:

Miratimi i Bordit: Harrington
Data: 4/30/2025

Miratimi i Bordit: Health Alliance/Clinton
Data: 3/28 /2025

Miratimi i Bordit: Marlborough
Data: 4/11/2025

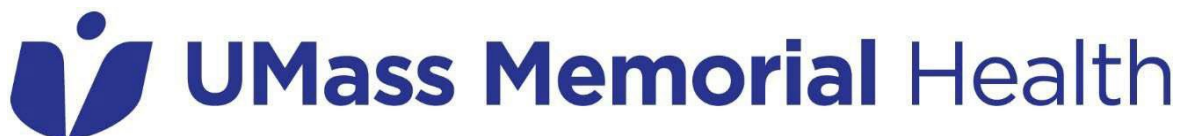
Miratimi i Bordit: Medical Center
Data 6/4/2025

Miratimi i Bordit: Milford
Data: 3/24/2025

Kontakt:
Angela Confoey, Zëvendës Presidente e Lartë, Zyrtare e Lartë e të
Ardhurave Telefon: 508- -340-7560
Email: angela.confoey@umassmemorial.org

Tabela e Përmbajtjes

I.	Politika.....	2
II.	Ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor.....	3
	a. EMTALA.....	3
	b. Shërbime të nevojshme mjekësore jo-urgjente, jo urgjente ("Me zgjedhje").....	4
	c. Ngjarje të rënda të raportueshme.....	4
III.	Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët.....	4
	a. Pacientët me mbulim sigurimi.....	4
	b. Pacientë pa mbulim sigurimi.....	5
IV.	Programet e Asistencës Financiare të Komonuelthit të Massachusetts.....	5
	a. Health Safety Net.....	6
	b. Vështirësi mjekësore.....	7
	c. Mbulimi Shtetëror/Përfjashtimet.....	9
	d. Procesi i aplikimit.....	9
	e. Verifikimi i të ardhurave.....	9
	f. Verifikimi i identitetit.....	10
V.	Programi i Ndhmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor UMass Memorial.....	10
	a. Procesi i aplikimit.....	10
	b. Pranueshmëria.....	10
	c. Aplikim i plotë.....	11
	d. Aplikim i paplotë.....	11
	e. Verifikimet e të ardhurave.....	11
	f. Periudha e kualifikimit.....	12
	g. Shërbimet që kualifikohen.....	12
	h. Shërbimet që nuk kualifikohen.....	12
	i. Baza për llogaritjen e shumës së ngarkuar.....	13
	j. Informacion dhe ndihmë.....	14
VI.	Mbulim shtesë dhe kujdes me zbritje të ofruar nga UMMH për pacientët.....	14
	a. Vazhdimi i mbulimit.....	14
	b. Zbritje e shpejtë për pagesën.....	14
VII.	Procedurat e faturimit dhe arkëtimit.....	14
	a. Faturimi i pagesve të palëve të treta.....	14
	b. Faturimi dhe arkëtimi i vetëpagesës.....	15
	c. Veprimet e jashtëzakonshme të arkëtimit (ECA).....	16
	d. Shërbimi i klientit.....	16
	e. Planet e pagesës.....	16
	f. Interesi.....	16
	g. Kërkesat e depozitës.....	16
	h. Barrat.....	17
	i. Aksident i automjetit motorik/Faturim i palës së tretë.....	17
	j. Falimentimi.....	17
	k. Të drejtat dhe përgjegjësia e pacientëve.....	17
	l. Përfjashtim nga veprimet e faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës.....	18
VIII.	Fjalorth.....	19



Politika

Ndihma financiare dhe krediti dhe Politika e arkëtimit

Data e hyrjes në fuqi: 7/11/2025

Pronari i politikës: Menaxhimi i ciklit të të ardhurave

Shfuqizimi: Zëvendëson politikat:

- Politika e Harringtonit: Ndihma Financiare dhe Krediti & Arkëtimi, datë 09/07/2023
- Politika e Health Alliance/Clinton: Ndihma Financiare dhe Krediti & Arkëtimi, datë 09/07/2023
- Politika e Marlborough: Ndihma Financiare dhe Krediti & Arkëtimi, datë 03/09/2021
- Politika e Qendrës Mjekësore 1130: Financiare Asistencë; Kredit dhe Arkëtim, datë 2/28/2024

Aprovuar nga: Angela Confoey Zëvendës Presidente,
Cikli i të ardhurave, UMass Memorial Health

Aprovuar nga: Eric Dickson MD, CEO
UMass Memorial Health

Zbatueshmëria: Kjo politikë zbatohet për sa më poshtë

Subjektet e UMass Memorial Health: UMass Memorial Health - Harrington Hospital, Inc., UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital, Inc, Marlborough Hospital, UMass Memorial Health-Milford Regional Medical Center, Inc., dhe UMass Memorial Medical Center, Inc. Kjo politikë nuk zbatohet për UMass Memorial Medical Group, Inc. ose Community Healthlink, Inc.

Fjalë kyçe: Arkëtimi i Kreditit, Borxhi i keq, Asistenca Financiare, Health Safety Net dhe EMTALA

Politika

- I. Politika e Ndihmës Financiare, Kredisë dhe Arkëtimit përcakton standardet nga të cilat UMass Memorial Health Hospitals, të cilat përfshijnë subjektet e mëposhtme: UMass Memorial Health - Harrington Hospital, Inc., UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital, Inc, Marlborough Hospital, UMass Memorial Health-Milford Regional Medical Center, Inc., dhe UMass Memorial Medical Center, Inc., më poshtë të referuara si UMass Memorial Health Hospitals, do të administrojnë mbledhjen e informacionit të sigurimit/financiar nga pacientët, përcaktimin e kualifikimit për Ndihmë Financiare, si dhe proceset e faturimit dhe arkëtimit, në përputhje me (1) rregulloret e The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) 101 CMR 613.00 Health Safety Net Eligible Services, (2) Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Bad Debt Requirements (42CFR 413.89), 1 3J Medicare Providers Reimbursement Manual (Part 1, Chapter 3), dhe (3) Internal Revenue Code Section 501 (r), siç kërkohet sipas seksionit 9007 (a) të Federal Patient Protection and Affordable Care Act (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 Health Safety Net në përputhje me kërkesat e rregullores.

UMass Memorial Health Hospitals 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 mbledhjen dhe verifikimin e informacionit financiar, depozitave para pranimit ose para-trajtimin, 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 Health Hospitals, 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 Trajtimin Mjekësor Urgjent dhe të Punës (EMTALA) . UMass Memorial Health Hospitals 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 me qëllim pyetjen 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 Health Hospitals 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 pritet 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 grua shtatzënë që ka kontraktme: 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** 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 pritet 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 ("Me zgjedhje")** - Për pacientët që ose (1) mbërrijnë në spital duke kërkuar kujdes të nivelit jourgjent ose jourgjent ose (2) kërkojnë kujdes shtesë pas stabilizimit të gjendjeje mjekësore urgjente, UMass Memorial Health Hospitals 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 Emergjencës 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 Health Hospitals 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 dhe ngjarjeve të padëshiruara të rënda nga mjekimet.

III. **Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët**

UMass Memorial Health Hospitals 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 mbledhet 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, siguruesi i automjeteve ose çdo palë tjetër e tretë përgjegjëse për pagesën e shërbimeve të ofruara, UMass Memorial Health Hospitals do të bëjë përpjekje të arsyeshme për të mbledhur të gjithë informacionin e kërkuar për të paraqitur një kërkesë tek ofruesi i sigurimit për shërbimet e kryera
 - i. Verifikimi i sigurimit – Kurdoherë që është e mundur, UMass Memorial Health Hospitals 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 mbërritjes së pacientit 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 Health Hospitals 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 siguruar është përgjegjës për një pjesë të faturës, UMass Memorial Health Hospitals do të përpiqet, kur është e arsyeshme, të arkëtojë atë shumë ose të krijojë marrëveshje pagese para ofrimit të shërbimeve. Nëse nuk është në gjendje të arkëtojë shumën e duhur përpara shërbimit, UMass Memorial Health Hospitals do ta ndjekë atë nëpërmjet procesit të faturimit dhe arkëtimit.

- iv. Formularët e kërkuar – Të gjithë pacientët e siguruar do të pritët të nënshkruajnë një

formular të caktimit të përfitimeve (AOB) dhe çdo formular tjetër të kërkuar nga ofruesi i tyre i sigurimit ose nga rregullorja në mënyrë që të faturonjë dhe të arkëtojnë nga siguruesi i tyre i palës së tretë. Nëse UMass Memorial Health

Hospitals nuk është në gjendje të marrë një AOB të nënshkruar, pacienti do të jetë përgjegjës për tarifat totale.

- b. **Pacientët pa Mbulim Sigurimi** - UMass Memorial Health Hospitals 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 të postuara në mënyrë të dukshme në zonat me trafik të lartë të pacientëve, duke përfshirë sa vijon:

1. Zyrat e Pranimi 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 Health Hospitals
5. Zyra e Shërbimit të Klientit të Shërbimeve Financiare të Pacientëve

- n. Fletëpalosje individuale që njoftojnë pacientët se Ndihma 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 ose pas daljes së kontaktit.

- 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 Health Hospitals ofron ndihmë të gjerë financiare për pacientët bazuar në nivelin e të ardhurave familjare dhe kriteret e tjera të përshkruara më poshtë. UMass Memorial Health Hospitals ka kontraktuar me Zyrën Ekzekutive të Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (EOHHS) (MassHealth) dhe Autoritetin Lidhës të Sigurimeve Shëndetësore të Commonwealth (Connector) dhe janë konsideruar si organizata të certifikuar të këshilltarit të aplikimit. UMass Memorial Health Hospitals punëson një staf të madh të Këshilltarëve të Certifikuar të Aplikimit (CAC) që janë të disponueshëm në të gjithë UMass Memorial Health Hospitals 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 aplikimin(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. Ndhimjoë 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. Ndhimjoë pacientët të regjistrohen në një plan sigurimi shëndetësor.
 - vii. Ofrojë dhe të japë ndihmë për regjistrimin e votuesve.
- a. **Health Safety Net** - Ligji i Massachusetts ofron mbulim për shërbimet e kujdesit shëndetësor nëpërmjet Health Safety Net 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 Health Safety Net 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.

1. **Health Safety Net Kryesore**- 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 e përballueshme përveç periudhës së pritjes së punëdhënësit.
11. **Health Safety Net Dytësore**-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 Health Safety Net Dytësore, 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 ditën e 101-të nga Data e Mbulimit Mjekësor.
 2. Health Safety Net Secondary do të mbulojë vetëm shërbimet dentare të tërriturve 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.

111. **Health Safety Net, I pjesshëm** -Një pacient me të ardhura të ulëta i cili është i përshtatshëm për Health Safety Net Primary ose Health Safety Net Secondary, me të ardhura familjare të verifikuara MassHealth MAGI ose të ardhura familjare të llogaritshme për Vështirësi Mjekësore ndërmjet 150.01% dhe 300% të FPL, mund të jetë i përshtatshëm për Health Safety Net-Partial 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 (PBFG) 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 PBFG të aplikuesit 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 PBFG në proporcion me standardet e të ardhurave të MassHealth FPL në fillim të vitit kalendarik.

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

UMass Memorial Health Hospitals Certified Application Counselors do të ndjekin shpenzimet e rimbursueshme të lejuara derisa pacienti të ketë përmbushur zbritjen e tij/saj. Nëse pacienti ka marrë shërbime nga ofrues të tjerë përveç UMass Memorial Health Hospitals, është përgjegjësi e pacientit të ndjekë shumën e zbritjes dhe të njoftojë UMass Memorial Health Hospitals kur zbritja të jetë përmbushur. Bashkëpagesat dhe shpenzimet e Farmacisë nuk do të aplikohen në zbritjen.

Stafi i arkëtimit i UMass Memorial Health Hospitals ndjek pagesat e zbritjes. Nëse një pacient/familje dështon në përgjegjësinë e tyre të zbritshme, UMass Memorial Health Hospitals do të ndjekë më pas procedurat e faturimit dhe arkëtimit 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.

- 1v. **Pranueshmëria e supozuar e Health Safety Net** – nganjëherë një pacient mund të kualifikohet për Health Safety Net dhe të mos jetë në gjendje të plotësojë një aplikim të plotë në datën e shërbimit. UMass Memorial Health Hospitals mund të përcaktojë që individi të jetë një pacient me të ardhura të ulëta sipas të ardhurave neto të sigurisë 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 Health Safety Net Office. Periudha e pranueshmërisë do të fillojë në datën që UMass Memorial Health Hospitals 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 MassHealth ose Health Connector.

- 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 aplikuesit, siç përcaktohen më poshtë, duhet të kalojnë një përqindje të caktuar të të ardhurave të llogaritshme të aplikuesit si më poshtë:

Niveli i të ardhurave të llogaritshme	Shpenzime mjekësore të lejuara si përqindje e të ardhurave të llogaritshme:
0–205% FPL	10%
205.1 - 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

Health Safety Net Office do të ofrojë aplikimin dhe do të përpunojë përcaktimet e Vështirësisë Mjekësore bazuar në dokumentacionin e dorëzuar nga UMass Memorial Health Hospitals dhe pacienti. UMass Memorial Health Hospitals do të dorëzojë aplikimin për vështirësi mjekësore brenda 5 ditëve të punës nga marrja e të gjithë dokumentacionit të kërkuar të ofruar nga pacienti. Health Safety Net Office do të shqyrtojë dhe përpunojë një aplikim për Vështirësi Mjekësore nëse Shpenzimet e Lejueshme Mjekësore të aplikuesit tejkalojnë përqindjen e të Ardhurave të Numërueshme të listuara më sipër. Health Safety Net Office 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.

- Shpenzimet mjekësore të lejueshme - Totali i faturave mjekësore familjare të vështirësive mjekësore nga çdo ofrues 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 aplikues 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 aplikimi 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 Health Connector.
- Kontributi i aplikuesit - 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.
- Njoftimi i përcaktimit - Health Safety Net Office do të njoftojë aplikuesit për përcaktimin. Kjo do të përfshijë sa vijon:
 - Datat për të cilat mund të përfshihen shpenzimet e lejuara mjekësore.
 - Shuma e kontributit të aplikuesit për vështirësitë mjekësore.
 - Shërbimet që nuk kualifikohen si shërbime të pranueshme.
 - Emri dhe numri i një personi kontaktues për më shumë informacion.
 - Njoftimi i refuzimit do të shpjegojë arsyen e refuzimit.

- Njoftimi i ofruesit - Health Safety Net do të njoftojë ofruesin për sa vijon:

**Nëse linqet në këtë politikë nuk funksionojnë, njoftoni PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

1. Përcaktimi me faturat e përfshira në Shpenzimet e Lejuara Mjekësore të aplikuesit.
 2. Kontributi i aplikuesit për secilin Ofrues të Health Safety Net, bazuar në tarifatat bruto dhe datat e shërbimeve të ofruara familjes së aplikuesit.
- v. UMass Memorial Health Hospitals do të paraqesë pretendime në Health Safety Net Office për Shërbimet e Vështirësisë Mjekësore që tejkalojnë kontributin e pacientit për Vështirësitë Mjekësore.
- v1. UMass Memorial Health Hospitals do ta faturojë aplikuesin për kontributin e Vështirësive Mjekësore, përveç nëse ata kanë statusin e pacientit me të ardhura të ulëta ose nuk kanë të drejtë për MassHealth.
- v11. UMass Memorial Health Hospitals do të ndërpresë çdo përpjekje për arkëtimin kundër një pretendimi urgjent për borxhin e keq që është miratuar për Vështirësitë Mjekësore sipas programit të Health Safety Net.
- v111. UMass Memorial Health Hospitals do të ndërpresë përpjekjet për arkëtimin 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. **Përjashtimet 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 "Mbulimit Shtesë dhe Kujdesit me Zbritje" të UMass Memorial Health Hospitals të përshkruar në Seksionin VI).
1. Shërbime jo të nevojshme mjekësore.
 11. MassHealth, Connector Care dhe sigurimet private bashkë-paguan. Pretendimet e refuzuara për ndonjë gabim administrativ ose faturimi.
 111. 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 aplikim letrë 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 Health Hospitals 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 (Health Safety Net).
- Në rrethana të veçanta, UMass Memorial Health Hospitals mund të aplikojë për pacientin duke përdorur një formular specifik të caktuar nga Health Safety Net Office për individët që kërkojnë mbulim të ndihmës financiare për shkak të burgosjes, viktimat e 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 aplikim. 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:

1. **Të ardhurat e 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

11. **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**- Aplikuesit 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, mosha, gjinia, raca, gjatësia, pesha, ngjyra e syve dhe adresë. Dokumentet e pranueshme janë:

1. Patentë shoferi e lëshuar nga një shtet ose territor

11. 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

- u1 Shtetet e Bashkuara dhe pasaportat e huaja

- 1v. Dokumentet e klinikës, mjekut, spitalit ose shkollës për fëmijët nën 19 vjeç Dy dokumente që ofrojnë informacione që përputhen me identitetin e aplikuesit, 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

- v1. 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 Health Hospitals 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 Health Hospitals nuk do të tarifojë më shumë se shuma 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 aplikues 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 aplikim.

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

- i. Të ardhurat dhe madhësia e familjes duhet të jenë ndërmjet 0-600% të nivelit federal të varfërisë.

11. Plotësoni dhe nënshkruani një aplikim për ndihmë financiare.

n1. Siguroni verifikimin e të ardhurave për të gjithë anëtarët e aplikueshëm të familjes.

1v. 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. **Aplikimi i plotë** Një aplikim për Asistencë Financiare do të konsiderohet si një "aplikim i plotë" kur janë plotësuar kriteret e mëposhtme:

1. Aplikimi është marrë në Departamentin e Këshillimit Financiar të Pacientëve.

11. Pacienti/garantuesi ose një përfaqësues i autorizuar ka nënshkruar aplikimin.

m. Të gjitha pyetjet në aplikim janë përgjigjur.

1v. 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 aplikimet do të shqyrtohen nga një Mbikëqyrës i Këshillimit Financiar të Pacientëve për miratim përfundimtar.

1. Nëse të gjitha kriteret e përshtatshmërisë janë përmbushur, një letër miratimi do t'i dërgohet aplikuesit/garantuesit që do të tregojë periudhën e pranueshmërisë dhe përqindjen e zbritjes.

11. Nëse të gjitha kriteret e përshtatshmërisë nuk janë përmbushur, një letër refuzimi do t'i dërgohet aplikuesit/garantuesit.

m. Aplikimet që janë miratuar dhe përpunuar do të ruhen në një dosje qendrore në Zyrën Qendrore të Biznesit.

- d. **Aplikimi i paplotë** 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 aplikimin.

Aplikuesi/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 aplikuesit.

Një periudhë mospagimi 30-ditore do t'i lejohet aplikuesit/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** Aplikuesi/garantuesi duhet të sigurojë verifikimin e të ardhurave.

Verifikimet e pranueshme të të ardhurave janë si më poshtë:

i. 2 fletëpagesat më të fundit.

11. Një kopje e deklaratës ose çekut më të fundit të pensionit, sigurimeve shoqërore, papunësisë ose përfitimeve të tjera të të ardhurave.

m. Për të vetëpunësuarit pasqyra e fitimit dhe humbjes së 3 muajve të fundit.

1v. Një kopje e deklaratave tatimore më të fundit për sa kohë që nuk është mbi 6 muaj e vjetër.

v. Një deklaratë nga një punëdhënësi 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.

vn. Një deklaratë e nënshkruar e mbështetjes për një aplikues/pjesëtar të familjes që nuk ka të ardhura.

- f. **Periudha e kualifikimit** Kualifikimi për ndihmë 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 aplikim.

Ndihma financiare do të ndërpritet nëse në çdo kohë kriteret për pranueshmëri kanë ndryshuar deri në masën që aplikuesi 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, aplikuesi do të njoftohet nëpërmjet një letre për çdo ndërprerje të ndihmës. Arsyeja e ndërprerjes do të tregohet.

- g. **Shërbimet që kualifikohen** 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 Health Hospitals nga vetë UMass Memorial Health Hospitals. Zbritjet e Asistencës Financiare zbatohen vetëm për një kujdes të tillë të ofruar nga punonjësit e UMass Memorial Health Hospitals dhe kosto të tjera të bëra drejtpërdrejt nga UMass Memorial Health Hospitals.

- h. **Shërbimet që nuk kualifikohen** 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 Health Hospitals 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 arkëtimit. Për rrjedhojë, shërbimet e ofruara nga mjekët ose ofrues të tjerë të palëve të treta nuk mbulohen nga Politika e Ndihmës Financiare dhe e Kreditimit dhe Arkëtimit e UMass Memorial Health Hospitals.

Sipas deklaratës së mësipërme, shërbimet e ofruara nga mjekët ose klinikistë të tjerë në fushat e specializuara të identifikuar më poshtë nuk mbulohen nga Politika e Ndihmës Financiare dhe e

Kreditimit dhe Arkëtimit e UMass Memorial Health Hospitals.

Shërbimet e mjekut dhe klinikistit sipas specialitetit	
Alergji & Imunologji	Neurologjia
Ambulanca (ajër/tokë)	Mjekësia e obezitetit
Anesteziologjia	Obstetrikë dhe Gjinekologji (Ob/Gjin)
Audiologjia	Mjekësia e punës
Shëndeti i sjelljes	Onkologji
Kardiologjia	Oftalmologji (shikimi)
Sëmundje kardiovaskulare	Ortopedia
Mjekësia e Kujdesit Kritik	Otolaringologji (vesh, hundë dhe fyt)
Stomatologji	Mjekësia e dhimbjes
Dermatologjia	Patologjia (anatomike dhe klinike)
Dermatopatologji	Pediatri
Pajisje mjekësore të qëndrueshme	Mjekësi fizike dhe rehabilitim
Mjekësia e urgjencës	Podiatri
Endokrinologjia	Psikiatria
Praktika familjare	Mjekësia pulmonare
Gastroenterologjia	Onkologjia e rrezatimit
Gjenetikë	Radiologjia
Geriatria, kujdesi paliativ dhe post-akut	Reumatologji
Hematologji	Mjekësia për gjumin
Spitalist	Mjekësi Sportive
Sëmundje Infektive	Kirurgjia
Mjekësi të brendshme	Tele mjeksi
Laboratori (Kërkimi)	Hepatologji transplantimi
Nefrologjia (sëmundja e veshkave)	Urologji

1. **Baza për llogaritjen e shumës së faturuar** UMass Memorial Health Hospitals do të përdorë metodën e rishikimit për të përcaktuar përqindjen e shumës së faturuar përgjithësisht për pacientët, siç zbatohet për Politikën e Ndihmës 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 Health Hospitals. Aktualisht, shumat që u ngarkohen pacientëve që konsiderohen të kualifikuar për të përfituar sipas Programit të Ndihmës Financiare të Kujdesit Shëndetësor Memorial UMass është 27% e tarifave bruto.

Në përputhje me sa më sipër, UMass Memorial Health Hospitals nuk u faturon pacientëve që kualifikohen për të përfituar sipas Programit të Ndihmës 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 27% 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 dhe asistencë Informacioni në lidhje me Politikën e Asistencës Financiare të UMMH, Përmbledhjen e Gjuhës së thjeshtë dhe Aplikimin 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: Email i jashtëm për Këshillim
Financiar: needinsurance@umassmemorial.org

Politika e Kredisë dhe Arkëtimit dhe e Asistencës Financiare e UMass Memorial Health Hospitals, përmbledhja në gjuhës të thjeshtë dhe aplikimi mund të aksesohen gjithashtu në shumë gjuhë në faqen e internetit UMass Memorial Health: <https://www.ummhealth.org/patients-visitors/financial-counselin> nën seksionin Politika e Ndhmës Financiare, Udhëzime dhe Aplikime.

VI. Mbulim shtesë dhe kujdes me zbritje të ofruar nga UMass Memorial Health Hospitals për Pacientët

- a. **Vazhdimësia e Mbulimit** - Megjithëse nuk mbulohen përmes Health Safety Net Office, UMass Memorial Medical Center do të vazhdojë të ofrojë mbulim Free Care për shërbimet e ambulancës tokësore të nevojshme nga ana mjekësore për pacientët me të ardhura të ulëta të miratuar, të transportuar nga UMass Memorial EMS/Worcester EMS.
- b. **Zbritje e menjëhershme e pagesës** – UMass Memorial Health Hospitals 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 parësë, shmangien e kostove të faturimit dhe arkëtimit dhe shmangien e rrezikut të kredisë. Zbritja standarde do të jetë 20% e detyrimit neto të pacientit. Nuk mund të ofrohet asnjë zbritje më e lartë, përveç rasteve kur parashikohet në një seksion tjetër të kësaj politike, ose kur bazohet në rrethana të veçanta dhe miratohet nga Associate Vice President (AVP) of Hospital Billing.

VII. Faturimi dhe Arkëtimi Procedurat

UMass Memorial Health Hospitals duhet të administrojë proceset e faturimit dhe arkëtimit që janë efikase dhe efektive në sigurimin e shumave që i detyrohen UMass Memorial Health Hospitals për të përmbushur detyrimet tona financiare dhe për të vazhduar misionin tonë për të ofruar kujdes të shkëlqyer shëndetësor për pacientët dhe komunitetet të cilave u 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 paguesve të palëve të treta** – UMass Memorial Health Hospitals do të paraqesë pretendime për të gjitha shërbimet e mbuluara te siguruesi shëndetësor i pacientit ose një pagues tjetër përgjegjës nëse pacienti e ka dhënë këtë informacion në kohë dhe me saktësi. Këto kërkesa do të paraqiten sa më shpejt të jetë e mundur pas daljes nga spitali 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 Health Hospitals do të bëjë të gjitha përpjekjet e arsyeshme për të zgjidhur llogaritë me paguesit 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 paguesit. Nëse, pavarësisht përpjekjeve të tilla, UMass Memorial Health Hospitals nuk ka marrë pagesën ose zgjidhje tjetër të përshtatshme nga një pagues 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 pagues i pakontraktuar, pacienti mund t'i nënshtrohet procesit standard të faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës në masën e lejuar me ligj. UMass Memorial Health Hospitals do të bëjë të njëjtat përpjekje për të arkëtuar llogaritë për kujdesin urgjent për pacientët e pasiguruar, siç bën për të arkëtuar llogaritë për kujdesin jourgjent, në varësi të kushteve të kësaj Politike dhe ligjit në fuqi.

b. **Procesi i faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës**

1. Pacientët me përgjegjësi Vetëpagesë do të marrin një faturë fillestare që përcakton qartë shërbimet për të cilat ata janë përgjegjës.
11. 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.
111. Kur një deklaratë pacienti kthehet për një adresë të padorëzuar, UMass Memorial Health Hospitals do të përpiqet të thërrasë pacientin për një adresë të saktë për të gjitha gjendjet mbi \$1,000. Të gjitha bilanci 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).
- 1v. Stafi 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 arkëtimit të 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.

- v1. Të gjitha këto përpjekje për të arkëtuar bilanci, si dhe çdo pyetje e iniciuar nga pacientët,

**Nëse linqet në këtë politikë nuk funksionojnë, njoftoni PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

do të dokumentohen në sistemin e kompjuterizuar të faturimit dhe do të jenë të disponueshme për rishikim nga Menaxhmenti.

- v11. 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 .

- v111. 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 kryejë kontroll
\$ 3,001-\$ 10,000	Mbikëqyrës
\$ 10,001-\$ 50,000	Menaxher
\$ 50,000 e lart	Drejtor

- Ix. UMass Memorial Health Hospitals do të kontrollojë Sistemin e Verifikimit të Përshtatshmërisë së MassHealth (EVS) për mbulim përpara se të paraqesë pretendime në Health Safety Net Office për mbulimin e borxhit të keq emergjent të një shërbimi urgjent ose të kujdesit urgjent.

- x. Agjencitë e jashtme të faturimit/arkëtimit - UMass Memorial Health Hospitals 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 arkëtimit të faturimit që punojnë në emër të UMass Memorial Health Hospitals do të angazhohen me shkrim për t'iu përmbajtur praktikave dhe standardeve të arkëtimit të miratuara nga UMass Memorial Health Hospitals dhe ligjit në fuqi.

- x1. Bashkësigurimi i Medicare, bashkëpagesat dhe zbritjet që konsiderohen si borxh i keq do të trajtohen në përputhje me procesin e faturimit dhe arkëtimit të vetëpagimit, siç specifikohet më sipër, duke iu nënshtuar 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 Health Hospitals si të pambledhshme.

c. Veprimet e Jashtëzakonshme të Arkëtimit (ECA)

1. UMass Memorial Health Hospitals nuk do ta “shesë” borxhin e pacientëve tek asnjë agjenci e palës së tretë, përveç rasteve kur një palë e tillë e tretë pranon të falë të gjithë borxhin e pacientit dhe të mos angazhohet në asnjë lloj përpjekjeje arkëtimi në lidhje me borxhin e shitur nga UMass.

- It. UMass Memorial Health Hospitals nuk do të ndërmarrë Veprime të Jashtëzakonshme të Arkëtimit.

- d. **Shërbimi i klientit** - UMass Memorial Health Hospitals 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 premten 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 njëvjeçarë 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 Health Hospitals nuk vlerëson interesin për bilancet e Vetëpagimit.

g. **Kërkesat e depozitës** - UMass Memorial Health Hospitals nuk do të kërkojnë depozita para pranimit dhe/ose para trajtimit për pacientët që kanë nevojë për shërbime emergjente ose urgjente, ose që përcaktohen si Health Safety Net/Pacientë me të Ardhura të Ulëta. UMass Memorial Health Hospitals rezervon të drejtën të kërkojë paradhënie depozita në rastet e mëposhtme:

1. 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.

11. Pacientëve të cilët nuk kanë mbulim sigurimi të verifikueshëm dhe nuk kualifikohen për statusin e pacientit për Health Safety Net/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.

111. Pacientëve që udhëtojnë nga vendet e huaja në UMass Memorial Health Hospitals për trajtim zgjedhor, mund t'u kërkohej të paguajnë paraprakisht faturën e plotë të vlerësuar.

1v. Pacientëve të Health Safety Net i Pjesshëm 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.

v1. 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. **Barra** - Si pjesë e praktikës së zakonshme të veprimtarisë, UMass Memorial Health Hospitals do të zbatojë barra vetëm për të siguruar interesin e UMass Memorial Health Hospitals në Marrëveshjet me palë të treta ose, sipas rastit, siç kërkohej për të mbrojtur interesat e UMass Memorial Health Hospitals gjatë procedurave ligjore. Asnjë interes nuk do të inicohet kundër vendbanimit primar të pacientit ose mjetit motorik pa miratimin paraprak me shkrim nga Bordi i Trusteve të UMass Memorial Health Hospitals. 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.

1. **Aksidentet e automjeteve motorike/Përgjegjësia e palës së tretë** - UMass Memorial Health Hospitals do të paraqesë një kërkesë në Health Safety Net Office (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 Health Hospitals 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 Health Hospitals do t'i rimbursojë Health Safety Net Office çdo pagesë të marrë nëse është identifikuar

ndonjë burim i palës së tretë dhe UMass Memorial Health Hospitals 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 Health Hospitals 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 Health Hospitals 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 përcaktimin për Health Safety Net.
2. Një plan pagese, siç përshkruhet në procesin tonë të faturimit dhe arkëtimit të vetëpagesës.

11. Pacientët që marrin Shërbime të Përshtatshme të Health Safety Net duhet:

1. Siguroni të gjithë dokumentacionin e kërkuar.
2. Informoni MassHealth ose UMass Memorial Health Hospitals 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 Health Hospitals që zbritja është arritur kur më shumë se një anëtar i PBFG përcaktohet i përshtatshëm ose nëse pacienti ose anëtari i familjes merr shërbime të Health Safety Net nga më shumë se një ofrues.
4. Njoftoni me shkrim Health Safety Net Office 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 Health Safety Net Office çdo para të marrë nga një palë e tretë në lidhje me një aksident ose incident për shërbimin mjekësor të paguar nga Health Safety Net Office.
6. Health Safety Net Office do të rikuperohet 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. Health Safety Net Office mund të kërkojë që Department of Revenue të përgjojë çdo pagesë ndaj një pacienti për shërbimet e ofruara për një kërkesë të paraqitur dhe paguar nga Health Safety Net për Borxhin e Keq Emergjent

1. Përrjashtimi 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:

1. 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 përrjashtim 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. Pacientët me të ardhura të ulëta, përveç pacientëve me të ardhura të ulëta vetëm për shërbime dentare, me të ardhura familjare MassHealth MAGI ose të ardhura familjare të llogaritshme për Vështirësi Mjekësore, siç përshkruhet në 101 CMR 613.04(2), më të larta se 150% dhe më të ulëta ose të barabarta me 300% të FPL, përjashtohen nga Veprimet e Arkëtitimit për pjesën e faturës së Ofruesit që tejkalon zbritjen dhe mund të faturohen për zbritjet sipas përcaktimeve të 101 CMR 613.04(8)(b).

11. Spitali e ka vendosur llogarinë në statusin e mbajtjes ligjore ose administrative dhe/ose janë bërë marrëveshje specifike pagese me pacientin ose garantuesin.
- m. Faturat e vështirësive mjekësore që tej kalojnë kontributin e vështirësive mjekësore.
- lv. Kontributet e Vështirësive Mjekësore që mbeten të pazgjdhura gjatë periudhës së përshtatshmërisë së pacientit për MassHealth ose për pacientët me të ardhura të ulëta.
- v. Përveç nëse UMass Memorial Health Hospitals ka kontrolluar sistemin EVS për të përcaktuar nëse pacienti ka paraqitur një aplikim për MassHealth.
- vl. Për Pacientët e Pjesshëm të Sigurisë Shëndetësore, me përjashtim të çdo zbritjeje të kërkuar.

UMass Memorial Health Hospitals do të iniciojë aktivitetin e faturimit dhe arkëtitimit të vetëpagesës për pacientët e kualifikuar të Health Safety Net dhe pacientët me vështirësi mjekësore me kërkesën e tyre për:

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

Asnjë ndryshim në këtë politikë nuk mund të bëhet në mënyrë të izoluar ose të pavarur.

Përkufizime

VID. Fjalor

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 arkëtitimit 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.

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 Arkëtitimit

Çdo aktivitet me të cilin një ofrues ose agent 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-trajtitimit, deklaratat e faturimit, letrat vijuese të arkëtitimit, kontaktet telefonike, kontaktet personale dhe aktivitetet e agjencive të grumbullimit dhe

avokatëve.

Shërbimet e pranueshme

Shërbimet e pranueshme për pagesën e Health Safety Net 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 Financimi i Health Safety Net.

Gjendja mjekësore emergjente

Një gjendje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, që manifestohet me simptoma me ashpërsi të mjaftueshme, përfshirë dhimbje të forta, e tillë që mungesa e kujdesit mjekësor të menjëhershëm mund të pritet në mënyrë të arsyeshme, sipas vlerësimit të një personi të zakonshëm që ka njohuri mesatare mbi shëndetin dhe mjekësinë, të rezultojë në vënien në rrezik serioz të shëndetit të personit ose të një personi tjetër, në dëmtim serioz të funksioneve trupore, ose në mosfunksionim serioz të 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 Trajtitimit Mjekësor të Urgjencës dhe Punës Aktive sipas 42 U.S.C. § 1395dd

Veprime të Jashtëzakonshme të Arkëtimit (ECAs)

Veprime arkëtimi që përfshijnë shitjen e borxhit të një pacienti një pale tjetër (përveç rasteve kur përmbushen kërkesat e veçanta të përcaktuara), raportimin te agjencitë e raportimit të kreditit ose byrotë e kreditit, shtyrjen, refuzimin ose kërkimin e një pagese përpara ofrimit të kujdesit mjekësor të nevojshëm për shkak të mospagesës së një ose më shumë faturave për kujdes të mbuluar më parë sipas politikës së ndihmës financiare të spitalit, si dhe veprime që kërkojnë proces ligjor ose gjyqësor, si vendosja e një barre mbi pronën e pacientit, konfiskimi i pasurisë së paluajtshme, bllokimi ose sekuestrimi i një llogarie bankare ose i çdo pasurie tjetër personale, fillimi i një padie civile kundër pacientit, shkaktimi i arrestimit të pacientit, bërja e pacientit subjekt i një urdhri ndalimi trupor; si dhe bllokimi i pagave të pacientit.

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 individi 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 ambulatorë) 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.

Health Safety Net

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

Health Safety Net Office

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

Health Safety Net - I pjesshëm

Një pacient me të ardhura të ulëta që kualifikohet për Health Safety Net - Kryesore ose Health Safety Net - Dytësore, 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 Health Safety Net - I pjesshëm 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

The Executive Office of Health and Human Services, në përputhje me dispozitat e M.G.L. c. 118E.

Vështirësi mjekësore

Lloji i përshtatshmërisë së Health Safety Net 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 ambulatorie 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 kanë ardhur në Massachusetts me qëllim marrjen e kujdesit mjekësor në një mjedis tjetër përveç një institucioni infermieror dhe që ruajnë një vendbanim jashtë Massachusetts; persona vendndodhja e të cilëve është e panjohur; ose të burgosur të institucioneve penale, përveç në rrethanat vijuese: ata janë pacientë të shtruar në një institucion mjekësor; ose jetojnë jashtë institucionit penal, janë në lirim me kusht, në provë ose në lirim shtëpiak dhe nuk kthehen në institucion për qëndrime gjatë natës.

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.

UMass Memorial Health Hospitals

Për qëllimet e kësaj politike, përfshihen UMass Memorial -Harrington Hospital, Inc., UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital, Inc., Marlborough Hospital, UMass Memorial Health-Milford Regional Medical Center, Inc., dhe UMass Memorial Medical Center, Inc.

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 Health Safety Net, 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 vëmendjes mjekësore brenda 24 orëve mund të pritët 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.

Kriteret e kërkuara për procedurën

N/A

Procedurat specifike të njësisë/departamentit

N/A

Materiale plotësuese

N/A

Referenca

N/A