

UMass Memorial Medical Center

Financial Assistance and Credit and Collection Policy

December 13, 2017

(Albanian)

Asistenca financiare dhe politika e mbledhjes dhe kreditit

13 dhjetor 2017

Miratuar nga:

Emri: Therese Day

Titulli: Drejtoreshë e Financës- Qendra Mjekësore

Data: 7.12.2017

Miratimi i bordit:

Data: 13.12.2017

Kontakt:

James W. Graves

Drejtor i Lartë i Shërbimeve Financiare për Pacientët

Numri i telefonit: 508-334-1501

Email: James.Graves@umassmemorial.org

PASQYRA E LËNDËS

Politika	3
Procedura të përgjithshme	3
Ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor	3-5
I. Shërbimet e kujdesit urgjent dhe të emergjencës	3-4
II. Shërbime mjekësore të nevojshme (“opsionale”) joemergjente, jourgjente	5
III. Raste të raportueshme	4
Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët	5-6
I. Pacientët me mbulim sigurimi	5
II. Pacientët pa mbulim sigurimi	6
Asistenca financiare	6-12
I. Health Safety Net	7-10
II. Procesi i aplikimit	10
III. Përjashtimet nga mbulimi shtetëror	10
IV. Verifikimi i të ardhurave	11
V. Vështirësitë mjekësore	9-11
VI. Programi i asistencës financiare të sistemit “UMass Memorial Health Care”	12-16
VII. Mbulim shtesë dhe kujdes shëndetësor me zbritje i ofruar nga “UMMMC” për pacientët	16
Procedurat e faturimit dhe mbledhjes	16-21
I. Faturimi i palëve të treta paguese	16
II. Procesi i mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim	17-18
III. Shërbimi i klientit	18
IV. Planet e pagesave	18
V. Interesat	18
VI. Kërkesat për depozitë	18-19
VII. Barrësimi	19
VIII. Aksidentet automobilistike	19
IX. Falimentimi	19
X. Të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientit	19-20
XI. Përjashtimi nga masa e mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim	20-21

UMass Memorial Medical Center

Politika

1130 Asistenca financiare dhe politika e mbledhjes dhe kreditit	
Hartuar nga: James Graves, Drejtor i Lartë i Shërbimeve Financiare për Pacientët	Data e hyrjes në fuqi: 13.12.2017 Miraturar nga: Therese Day, CFO (Drejtoreshë e Financës)
Zbatueshmëria: Të gjithë anëtarët e forcës punëtore që punojnë me operacionet e ciklit të të ardhurave	Shfuqizimi: Zëvendëson politikën e datës: 8.4.2016
Fjalë kyçe: Mbledhja e kreditit, borxhi i keq, asistenca financiare dhe “Health Safety Net”	

Politika:

Politika e mbledhjes dhe kreditit përcakton standardet përmes të cilave “UMass Memorial Medical Center, Inc.” do të administrojë mbledhjen e informacionit financiar/të sigurimit nga pacientët, përcaktimin e kualifikueshmërisë për asistencë financiare dhe proceset e faturimit dhe të mbledhjes, në përputhje me (1) rregulloret 101 CMR 613.00 për shërbimet e kualifikueshmërisë në “Health Safety Net” të Zyrës Ekzekutive të Shërbimeve Shëndetësore dhe Njerëzore (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) (2) kërkesat për borxhin e keq të “Medicare” (42CFR 413.89) të qendrave për shërbimet “Medicare” dhe “Medicaid”, manualin e rimbursimit të ofruesve “Medicare” 13J (pjesa 1, kapitulli 3) dhe (3) paragrafin 501(R) të Kodit të të Ardhurave të Brendshme, siç kërkohet sipas paragrafit 9007 (a) të Ligjit federal për mbrojtjen e pacientëve dhe kujdesin e përballeshëm (Ligji publik nr. 111-148) dhe siç përcaktohet në shpjegimin e IRS të datës 29 dhjetor 2015 për raportimin e këtij informacioni në formularin spitalor IRS 990. Asistenca financiare dhe politika e mbledhjes dhe kreditit do të depozitohet në rrugë elektronike të “Health Safety Net”, në përputhje me kërkesat e rregullores.

“UMass Memorial Medical Center, Inc.” nuk bën diskriminime në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, kombësisë, shtetësisë së huaj, fesë, besimit, gjinisë, orientimit seksual, identitetit gjinor, moshës apo aftësisë së kufizuar në asnjë prej politikave të saj që kanë lidhje me marrjen dhe verifikimin e informacionit financiar, depozitat e parapranimit ose paratrajtimin, planet e pagesës, pranimet e vonuara apo të refuzuara, ose statusin e pacientit me të ardhura të ulëta.

I. Ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor:

- A. Për t'u siguruar që të gjithë pacientët që paraqiten në “UMass Memorial Medical Center (UMMMC)” për të kërkuar ekzaminim ose trajtim për një gjendje shëndetësore emergjente të përfitojnë një ekzaminim mjekësor depistues të përshtatshëm, stabilizim dhe, nëse është e nevojshme, transferim në përputhje me ligjin për punën dhe trajtimin mjekësor emergjent (EMTALA).

“UMMMC” nuk do të përfshihet në veprimtari që dekurajojnë individët nga kërkesat për kujdes mjekësor emergjent. Kjo përfshin vonesën në ofrimin e një ekzaminimi depistues të përshtatshëm ose ekzaminime të mëtejshme mjekësore dhe trajtime për stabilizimin e gjendjes mjekësore në mënyrë që të pyetet për mënyrën si do të paguajë individi, statusin e sigurimit ose që të sigurohen nënshkrimet për përgjegjësinë financiare ose formularin e njoftimit paraprak të përfituesit. “UMMMC” nuk do të lejojë veprimtari për mbledhjen e borxheve në repartin e emergjencës ose zona të tjera të spitalit, ku aktivitete të tilla mund të ndikojnë në ofrimin e kujdesit emergjent. Kërkesa për pagesa të përbashkëta të sigurimit nuk mund të bëhet para një ekzaminimi depistues dhe stabilizimi.

1. Shërbimet e nivelit të emergjencës përfshijnë:
Shërbimet mjekësore të nevojshme të ofruara pas shfaqjes së një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, prania e së cilës vihet re nëpërmjet simptomave me rëndësi të konsiderueshme, duke përfshirë dhimbje të rëndë, për të cilat një person i arsyeshëm joprofesionist, me njohuri mesatare shëndetësore dhe mjekësore, beson se mungesa e kujdesit të menjëhershëm mjekësor mund të vërë në rrezik serioz shëndetin e personit ose të dikujt tjetër, të dëmtojë rëndë funksionet trupore ose të shkaktojë mosfunksionimin e rëndë të ndonjë organi ose pjese të trupit, ose në rastin e një gruaje shtatzënë, ashtu si përcaktohet më tej në paragrafin 1867(e) (1) (B) të ligjit për sigurimet shoqërore, 42 U.S.C. paragrafi 1295dd(e)(1)(B). Një ekzaminim mjekësor depistues dhe çdo trajtim vijues për një gjendje mjekësore ekzistuese emergjente ose çdo shërbim tjetër të ofruar në masën që kërkohet sipas “EMTALA” federale (42 USC 1395(dd)) kualifikohet si një shërbim i nivelit të emergjencës.
2. Shërbimet e kujdesit urgjent përfshijnë:
Shërbime mjekësore të domosdoshme të ofruara pas shfaqjes së papritur të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike ose mendore, prania e së cilës vihet re nëpërmjet simptomave akute me rëndësi të konsiderueshme (duke përfshirë dhimbje të rëndë) për të cilat një person i arsyeshëm joprofesionist beson se mungesa e kujdesit mjekësor brenda 24 orëve mund të vërë në rrezik shëndetin e pacientit, të dëmtojë funksionet trupore ose të shkaktojë mosfunksionimin e ndonjë organi ose pjese të trupit. Shërbimet e kujdesit urgjent ofrohen për gjendje që nuk përbëjnë rrezik për jetën dhe nuk përbëjnë rrezik të lartë për dëmtim serioz të shëndetit të individit, por për të cilat shërbimet e menjëhershme mjekësore janë të nevojshme.

Shënim për sa i përket “EMTALA”:

Në përputhje me kërkesat federale, “EMTALA” përdoret për këdo që vjen në spital për të kërkuar ekzaminim ose trajtim të një shërbimi të nivelit të emergjencës (gjendje shëndetësore emergjente) apo që hyn në repartin e emergjencës për të kërkuar ekzaminim ose trajtim për një gjendje mjekësore. Më zakonisht, persona të paplanifikuar paraqiten vetë te reparti i emergjencës. Megjithatë, personat e paplanifikuar që kërkojnë shërbime për një gjendje mjekësore emergjente në një njësi tjetër të pacientëve të shtruar, në klinikë ose zona ndihmëse, mund t’i nënshtrohen një ekzaminimi depistues emergjent në përputhje me “EMTALA”. Ekzaminimi dhe trajtimi për gjendje mjekësore emergjente ose shërbime të tjera të tilla të ofruara në masën që kërkohet sipas “EMTALA” do t’i ofrohen pacientit dhe do të kualifikohen si kujdes emergjent. Vendimi nëse kemi të bëjmë me një gjendje mjekësore emergjente merret nga një mjek ekzaminues ose anëtar tjetër i kualifikuar i stafit mjekësor të spitalit siç dokumentohet në kartelën mjekësore. Vendimi nëse kemi të bëjmë me një gjendje mjekësore parësore ose urgjente merret gjithashtu nga një mjek ekzaminues ose anëtar i kualifikuar i stafit mjekësor të spitalit siç dokumentohet në kartelë mjekësore.

- B. Shërbime mjekësore të nevojshme (“opsionale”) joemergjente, jourgjente -**
Për pacientët që ose (1) vijnë në spital për të kërkuar kujdes shëndetësor joemergjent apo jourgjent ose (2) kërkojnë kujdes shëndetësor shtesë pas stabilizimit të një gjendje mjekësore emergjente, “UMMMC” do të kërkojë informacion financiar nga pacienti, do të asistojë pacientin me marrjen/verifikimin e mbulimit për shërbimet dhe/ose do të bëjë marrëveshje të tjera financiare të përshkruara këtu.

Shërbimet opsionale: Shërbimet mjekësore të nevojshme që nuk përputhen me përkufizimin e “Emergjence” ose “Urgjent” më sipër. Zakonisht, këto shërbime janë ose shërbime të specializuara/kujdesit shëndetësor parësor ose procedura mjekësore të përcaktuara paraprakisht nga pacienti ose ofruesi i kujdesit shëndetësor.

- C. Raste serioze të raportueshme - “UMMMC”** vepron në përputhje me kërkesat e zbatueshme të faturimit, siç janë kërkesat e Departamentit të Shëndetit Publik (Department of Public Health) për mospagimin e disa rasteve serioze të raportueshme. “UMMMC” nuk do të faturojë asnjë pacient, duke përfshirë pacientët me të ardhura të ulëta, për pretendime që lidhen me rastet serioze të raportueshme.

II. Mbledhja e informacionit financiar nga pacientët

“UMMMC” do të bëjë përpjekje të arsyeshme për të marrë nga pacientët të gjithë informacionin përkatës financiar, demografik, të sigurimit dhe të përgjegjësisë së palëve të treta para ofrimit të shërbimeve opsionale siç përshkruhet më poshtë. Ky informacion do të merret nga pacientët që kërkojnë kujdes emergjent/urgjent sa më shpejt të jetë e mundur, por vetëm kur lejohet në përputhje me “EMTALA”.

- A. Pacientët me mbulim nga sigurimi -** Për pacientët me sigurime shëndetësore ose për pacientët e mbuluar nga një Kompensim i Punëtorëve, Sigurim i Automjetit, ose çdo palë të tretë përgjegjëse për pagesën e shërbimeve të ofruara, “UMMMC” do të bëjë përpjekjet më të mira për të marrë të gjithë informacionin e nevojshëm për të dorëzuar një pretendim të kompania e sigurimit për shërbimet e ofruara.
- 1. Verifikimi i sigurimit -** Kurdo që është e mundur, “UMMMC” do të verifikojë kualifikimin e sigurimit të pacientit nëpërmjet mjeteve elektronike ose telefonike, po ashtu edhe përmes Sistemit të Verifikimit të Kualifikimit (EVS) të “MassHealth” për verifikimin e kualifikimit në një program asistence publike, para se pacienti të vijë në datën e ofrimit të shërbimit. Kur nuk është e mundur kjo, kualifikimi do të verifikohet pas arritjes së pacientit, ose sa më shpejt të jetë e mundur, nëpërmjet mjeteve elektronike/telefonike dhe/ose do të shqyrtohet karta e sigurimit të pacientit.
 - 2. Kërkesat e referimit dhe autorizimit -** “UMMMC” do të përpiqet të sigurojë dhe/ose të verifikojë të gjitha referimet dhe autorizimet e kërkuara nga kompania e sigurimit të pacientit para se të ofrohet shërbimi.
 - 3. Shërbimet me pagesa të përbashkëta/me sigurim të përbashkët/me zbritje/jo-të mbuluara -** Kur një pacient i siguruar është përgjegjës për një pjesë të faturës, “UMMMC” do të përpiqet, kur është e arsyeshme, ta mbledhë atë shumë, ose të bëjë marrëveshje pagese para se të ofrohet shërbimi. Nëse nuk është e mundur të paguhet shuma para ofrimit të shërbimit, “UMMMC” do ta ndjekë nëpërmjet faturimit dhe procesit të mbledhjes.

4. **Formularët e nevojshëm** - Të gjithë pacientët e siguruar pritet të nënshkruajnë një formular për transferimin e përfitimeve (AOB) dhe çdo formular tjetër që kërkohet nga kompania e sigurimit ose nga rregulloret në mënyrë që të faturojë ose mbledhë shumën nga siguruesi i palës së tretë. Nëse “UMMMC” nuk arrin të marrë një AOB të nënshkruar, pacienti do të jetë përgjegjës për të gjitha tarifat.

B. Pacientët pa mbulim nga sigurimi - “UMMMC” do të përpiqet të asistojë të gjithë pacientët e regjistruar si “Me vetë-pagesë” me mbulim të identifikuar dhe të siguruar, dhe/ose të vendosë një plan pagese për shumat e përcaktuara si përgjegjësi e pacientit.

1. Shenjat do të afishohen në anglisht, spanjisht, portugalisht, shqip, arabisht dhe vietnamisht për të informuar pacientët për disponueshmërinë e asistencës financiare dhe kë të kontaktojnë për aplikim për asistencë. Këto shenja do të jenë të afishuara dukshëm në zona me shumë pacientë si më poshtë:
 - a. Zyrat e pranimit dhe sallat e pritjes
 - b. Regjistrimi i pacientëve dhe sallat e pritjes
 - c. Regjistrimi i emergjencave dhe sallat e pritjes
 - d. Zyrat e këshillimit financiar që gjenden në “UMMMC”
 - e. Zyra e shërbimit të klientit për shërbimet financiare për pacientin
2. Fletëpalosje individuale ku njoftohen pacientët se asistencë financiare për pacientët e kualifikuar është e disponueshme në të gjitha zyrat e pranimit, regjistrimit dhe këshillimit financiar.
3. Të gjithë pacientët e klinikës ambulatorie dhe pacientët që janë planifikuar për një procedurë opsionale, të regjistruar si me vetëpagim, do të referohen te një këshilltar i certifikuar aplikimi. Të gjithë pacientët e shtruar të regjistruar si me vetëpagim do të vizitohen nga një këshilltar i certifikuar aplikimi gjatë pranimit të tyre në spital ose do të kontaktohen pas daljes nga spitali.
4. Faturat fillestare të pacientit dhe të gjitha deklaratat që vijnë do të përfshijnë një njoftim për të lajmëruar pacientët për disponueshmërinë e asistencës financiare dhe një numër telefoni ku mund të telefonojnë.

III. Programet e asistencës financiare të Konfederatës së Massachusetts

“UMMMC” ofron asistencë financiare të gjerë për pacientët bazuar në nivelin e të ardhurave të familjes dhe kritere të tjera të përshkruara më poshtë. “UMMMC” ka kontraktuar me Zyrën Ekzekutive të Shërbimeve Shëndetësore dhe Njerëzore (MassHealth) dhe Autoritetin Ndërlidhës të Sigurimeve Shëndetësore të Konfederatës (Ndërlidhësi) dhe konsiderohet një organizatë me këshilltarë të certifikuar aplikimi. “UMMMC” punëson një numër të madh këshilltarësh të certifikuar aplikimi (CAC) që janë të disponueshëm nëpërmjet “UMMMC” për të asistuar individë që kërkojnë ndihmë për aplikimin për asistencë financiare.

Për të asistuar pacientët me mbulimin e përshtatshëm të asistencës financiare, CAC-t do:

- Të ofrojnë informacion për të gjitha programet e disponueshme.
- T'u ofrojnë pacientëve aplikimin(et) e duhura për programin “MassHealth”, “Health Safety Net” dhe “Children’s Medical Security”, programet “Premium Assistance Payment” të operuara nga Ndërlidhësi Shëndetësor, asistencë për vështirësi mjekësore dhe lloje të tjera të asistencës financiare që mund të mbulojnë të gjitha ose disa fatura mjekësore të papaguara.

- Të asistojnë pacientët gjatë procesit të aplikimit dhe të rinovimit.
- Të punojnë me pacientët për të marrë çdo dokument të nevojshëm.
- Të bëjnë përpjekje të arsyeshme të palodhura për të ndjekur statusin e aplikimit deri në vendimin përfundimtar.
- Të ndihmojnë pacientët të regjistrohen në planin e sigurimeve shëndetësore.
- Të ofrojnë dhe sigurojnë asistencë regjistrimi për votuesin.

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 të ardhurave bruto të rregulluara të “MassHealth” (MAGI) të dokumentuara ose të ardhurave të llogaritura për familje për vështirësi mjekësore të barabarta ose më të ulëta se 300% të Udhëzuesit të nivelit federal të varfërisë (FPIG).

Nuk kualifikohen për “Health Safety Net” individët që

- Janë cilësuar si të pakualifikueshëm për “MassHealth” ose një program asistence premium të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor, duke përfshirë programin e asistencës premium, dhe që nuk kanë arritur të regjistrohen ose iu ka mbaruar mbulimi për shkak të mospagesës së primeve.
- Kanë qasje në mbulimin e sigurimeve shëndetësore të sponsorizuara nga punëdhënësi, të cilat konsiderohen të lejueshme, me përjashtim të periudhës së pritjes.

1. **Health Safety Net -Parësor** - Pacientët e pasiguruar, me të ardhura shtëpiake MAGI të verifikuara të “MassHealth”, ose të ardhura të llogaritura për familje në vështirësi mjekësore nga 0-300% të FPIG-së, mund të përcaktohen si pacientë me të ardhura të ulëta, bazuar në udhëzimet e EOHHS, dhe kualifikohen për shërbimet që përfitohen nga “Health Safety Net”, në varësi të kushteve të mëposhtme.

- a. Pacientët me të ardhura të ulëta që kualifikohen për regjistrim në një program pagese asistence premium të drejtuar Ndërlidhësi Shëndetësor janë të kualifikuar për një periudhë 100-ditore, duke filluar nga data e mbulimit mjekësor të pacientit.
- b. Studentët që janë subjekt i kërkesave të programit shëndetësor për studentë nuk kualifikohen për “Health Safety Net - Parësor”.

2. **Health Safety Net - Dytësor.** Pacientët me sigurime të tjera shëndetësore parësore, duke përfshirë studentët e regjistruar në një plan shëndetësor të kualifikuar për studentë dhe me të ardhura familjare MassHealth MAGI të verifikuara, ose të ardhura për familje për vështirësi mjekësore nga 0-300% të udhëzimeve federale për të ardhurat e varfërisë (FPIG), mund të kualifikohen si pacient me të ardhura të ulëta dhe të kualifikohet për “Health Safety Net – Dytësor”, në varësi të përjashtimeve të mëposhtme.

- a. “Health Safety Net – Dytësor” do të mbulojë vetëm shërbimet dentare për individët e regjistruar dhe që nuk mbulohen nga një program asistence

premium i drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor, që hyn në fuqi në ditën e 101-të nga data e mbulimit mjekësor.

- b. “Health Safety Net – Dytësor” do të mbulojë vetëm shërbimet dentare për të rritur të ofruara nga qendrat shëndetësore komunitare, qendrat shëndetësore spitalore të licencuara, ose një klinikë satelit për individë të regjistruar në MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus dhe Family Assistance, me përjashtim të MassHealth Family Assistance-Children.

3. **Health Safety Net -I pjesshëm** - Një pacient me të ardhura të ulëta, i kualifikuar goftë për “Health Safety Net Parësor” ose “Health Safety Net Dytësor”, me të ardhura familjare MassHealth MAGI të verifikuara, ose të ardhura të llogaritura familjare për vështirësi mjekësore ndërmjet 150% dhe 300% të FPIG-së, mund të kualifikohen për “Health Safety Net - I pjesshëm” me një zbritje vjetore familjare. Zbritja vjetore do të aplikohet vetëm atëherë kur të ardhurat e të gjithë anëtarëve të grupit familjar të faturimit premium (PBFG) janë më të larta se 150% e FPL-së. Nëse përcaktohet e pranueshme, zbritja vjetore është e barabartë me më të madhen e

1. 40% të diferencës ndërmjet vlerës më të vogël ose të të ardhurave familjare MassHealth MAGI ose të të ardhurave të llogaritura familjare për vështirësi mjekësore në PBFG-në e aplikantit, dhe 200% të FPL.
2. Programit të asistencës premium me koston më të ulët të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor për madhësinë e familjes dhe nivelin e të ardhurave në fillim të vitit kalendarik.

Nëse ndonjë nga anëtarët e PBFG-së, ka të ardhura që janë nën 200% të FPIG-së, nuk ka zbritje për asnjë anëtar të PBFG-së. Shpenzimet mbi këtë vlerë të zbritur do të përjashtohen nga faturimi dhe aktiviteti i mbledhjes.

Këshilltarët e certifikuar të aplikimit të UMMMC do të gjurmojnë shpenzimet e lejuara të rimbursueshme derisa pacienti të arrijë shumën e vet të zbritshme. Nëse pacienti ka marrë shërbime nga më shumë se një ofruar kujdesi shëndetësor, është përgjegjësi e pacientit të gjurmojë vlerën e zbritshme dhe të njoftojë UMMMC-në kur arrihet kjo vlerë. Pagesat e përbashkëta dhe shpenzimet në farmaci nuk aplikohen në zbritje.

Stafi i mbledhjes i UMMMC-së gjurmon pagesat e zbritshme. Nëse një pacient/familje nuk paguan në kohë përgjegjësitë e veta të zbritshme, UMMMC-ja do të ndjekë procedurat e faturimit dhe mbledhjes për llogaritë të vetëpagimit, siç përshkruhet në seksionin e llogarive të vetëpagimit 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 – Parësor”.

4. **Health Safety Net- Kualifikim i supozuar** - herë pas here një pacient mund të kualifikohet në “Health Safety Net” dhe të mos jetë në gjendje të bëjë një aplikim të plotë në datën e shërbimit. UMMMC-ja mund të përcaktojë që individit të jetë një pacient me të ardhura të ulëta sipas udhëzimeve të “Health Safety Net” për të ardhurat, për një periudhë të kufizuar kohore. Përcaktimi do të bazohet në informacion të vetë deklaruar, të siguruar nga pacienti në formularin e specifikuar nga zyra e “Health Safety Net”. Periudha e kualifikimit do të fillojë në datën kur UMMMC-ja bën përcaktimin dhe do të vazhdojë deri në ditën e fundit të muajit

pasardhës ose individi dorëzon një aplikim të plotë dhe merr një përcaktim nga “MassHealth“ ose Ndërlidhësi Shëndetësor.

- B. Vështirësi mjekësore** - Një banor i Massachusetts me çfarëdo niveli të ardhurash të llogaritshme mund të aplikojë për vështirësi mjekësore, nëse kostot mjekësore pakësojnë të ardhurat e familjes aq sa ai ose ajo nuk është në gjendje të paguajë për shërbimet e kualifikueshme. Shpenzimet mjekësore të lejueshme të aplikantit, siç përcaktohet më poshtë, duhet të kalojnë një përqindje të specifikuar të të ardhurave të llogaritshme 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 e “Health Safety Net” do të sigurojë aplikimin dhe përpunimin e përcaktimeve të vështirësisë mjekësore bazuar në dokumentacionin e paraqitur nga UMMMC-ja dhe pacienti. UMMMC-ja do të dorëzojë aplikimin për vështirësi mjekësore brenda 5 ditëve punë nga marrja e të gjithë dokumentacionit të kërkuar të siguruar nga pacienti. Zyra e “Health Safety Net” do të shqyrtojë dhe përpunojë një aplikim për vështirësi mjekësore nëse shpenzimet e lejueshme mjekësore të aplikantit tejkalojnë përqindjen e të ardhurave të llogaritshme të renditura më lart. Zyra e “Health Safety Net” nuk do të përpunojë një aplikim për vështirësi mjekësore për këdo që ka të ardhura më të ulëta se 405% të FPIG-së, përveçse kur vetë individi paraqet një aplikim në agjencinë MassHealth dhe merr një përcaktim. Brenda një periudhe 12 mujore, mund të dorëzohen dy aplikime për vështirësi mjekësore.

1. Shpenzimet mjekësore të lejueshme- Totali i faturave mjekësore familjare për vështirësi mjekësore nga cilido ofrues i kujdesit shëndetësor që, nëse paguhen, do të kualifikoheshin si shpenzime mjekësore të zbritshme për qëllime federale të tatimit mbi të ardhurat. Këtu mund të përfshihen faturat e paguara dhe të papaguara, për të cilat është përgjegjës pacienti dhe që kanë ndodhur deri në dymbëdhjetë muaj para datës së aplikimit. Kjo nuk përfshin faturat e lëshuara ndërkohë që një aplikant në datën e shërbimit është një pacient me të ardhura të ulëta, përveçse kur ai është pacient me të ardhura të ulëta vetëm dentare. Nëse një pacient nuk ka marrë faturë prej më shumë se 9 muaj nga data e shërbimit, ai mund të lejohet nëse aplikimi për vështirësi mjekësore dorëzohet brenda 90 ditëve nga faturimi fillestar. Faturat e papaguara të përfshira në përcaktimin e vështirësisë mjekësore nuk do të përfshihen në një aplikim për vështirësi mjekësore pasues. Kjo nuk përfshin faturat për shërbime të përdorura nga pacientët gjatë regjistrimit të tyre në “MassHealth” ose një program pagese të asistencës premium të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor.
2. Kontributi i aplikantit- përqindja e specifikuar e të ardhurave të llogaritshme siç renditet më lart. Ka një kontribut për vështirësi mjekësore për çdo përcaktim të vështirësisë mjekësore.
3. Njoftimi i përcaktimit- zyra e “Health Safety Net” do të njoftojë aplikantët për përcaktimin. Këtu do të përfshihen:

- Datat për të cilat mund të përfshihen shpenzimet mjekësore të lejueshme.
 - Vlera e kontributit për vështirësi mjekësore të aplikantit.
 - Shërbimet, të cilat nuk kualifikohen si shërbime të pranueshme.
 - Emri dhe numri i personit të kontaktit për informacione të mëtejshme.
 - Njoftimi i mospranimit do të shpjegojë arsyen e mospranimit.
4. Njoftimi i ofruesit të kujdesit shëndetësor- “Health Safety Net” do të njoftojë ofruesin për sa më poshtë:
- Përcaktimi me faturat e përfshira në shpenzimet mjekësore të lejueshme të aplikantit.
 - Kontributi i aplikantit për çdo ofrues të “Health Safety Net”, bazuar në tarifat bruto dhe datat e shërbimit të dhënë familjes së aplikantit.
5. UMMC-ja do të paraqesë pretendimet për shërbimet e vështirësisë mjekësore që tejkalojnë kontributin e pacientit për vështirësi mjekësore.
6. UMMC-ja do të faturojë aplikantin për kontributin për vështirësi mjekësore, përveçse kur ata kanë një status për pacient me të ardhura të ulëta ose janë të kualifikuar për MassHealth.
7. UMMC-ja do të ndërpresë çdo përpjekje të mbledhjes për një pretendim urgjent për borxh të keq, të miratuar për vështirësi mjekësore në kuadër të programit të “Health Safety Net”.
8. UMMC-ja do të ndërpresë përpjekjet për mbledhje për faturat e renditura në përcaktimin e vështirësisë mjekësore dhe që do të jenë të pranueshme për pagesë vështirësie mjekësore, nëse për çfarëdo arsye, aplikimi nuk është depozituar brenda 5 ditëve pune.

C. Përjashtimet nga mbulimi shtetëror të renditura më poshtë janë situata ku mbulimi nuk do të ofrohet nga “Health Safety Net”. Shënim: Disa nga këto shërbime janë të mbuluara nga “Mbulimet shtesë dhe kujdesi me zbritje” të UMMC-së, të përshkruara në seksionin VI).

1. Shërbime të nevojshme jomjekësore.
2. MassHealth, kujdesi shëndetësor nga Ndërlidhësi dhe pagesat e përbashkëta të sigurimeve private.
3. Pretendime të refuzuara për gabime administrative ose të faturimit.
4. Shërbimet e ofruara për një pacient me sigurime shëndetësore private, të cilat konsiderohen jashtë rrjetit të ofruesve të sigurimeve shëndetësore.

D. Procesi i aplikimit - Pacientëve që kërkojnë asistencë financiare do t'u kërkohej të aplikojnë për mbulim për “MassHealth”, program asistence premium të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor, “Health Safety Net” dhe programin “Children's Medical Security”.

Pacientët duhet të plotësojnë dhe dorëzojnë, me ndihmën e CAC-së, një aplikim nëpërmjet shkëmbimit të sigurimeve shëndetësore (Health Insurance Exchange) të gjendur në faqen zyrtare të Ndërlidhësit Shëndetësor, një aplikim me shkrim të ofruar nga “MassHealth” ose një aplikim me telefon me përfaqësuesin e shërbimit të klientit të “MassHealth” ose të Ndërlidhësit. Agjencia “MassHealth” ose Ndërlidhësi Shëndetësor do të përpunojë të gjitha aplikimet dhe të njoftojë individët mbi përcaktimin e kualifikimit të tyre për “MassHealth” ose kualifikimin për një program asistence premium të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor ose për statusin e pacientit me të ardhura të ulëta (Health Safety Net).

Në rrethana të veçanta, UMMC-ja mund të aplikojë për pacientin duke përdorur një formular specifik të hartuar nga zyra e “Health Safety Net” për individë që kërkojnë mbulim për asistencë financiare, për shkak të statusit të të burgosurit, të qenit viktimë të abuzimit nga bashkëshorti/ja, i/e vdekur, shërbime konfidenciale ndaj të miturve, pacientë me të ardhura të ulëta të supozuara, ose të aplikuar për shkak të vështirësisë mjekësore.

E. Verifikimi i të ardhurave - Të ardhurat shtëpiake mund të verifikohen ose nëpërmjet përputhjes së të dhënave elektronike ose verifikimeve me shkrim. MassHealth përdor burime të dhënash federale dhe shtetërore për të arritur një përputhje të të ardhurave të deklaruara në aplikim. Të ardhurat do të konsiderohen të verifikuara nëse të dhënat shtetërore janë mjaftueshëm të pajtueshme me të dhënat e deklaruara. Nëse MassHealth nuk është në gjendje të verifikojë të ardhurat nëpërmjet një përputhjeje të të dhënave elektronike, ato duhen verifikuar nëpërmjet:

1. Të ardhurat e fituara:

- Fletëpagesat më të fundit të pagës
- Një deklaratë e firmosur nga punëdhënësi
- Vërtetimin më të fundit të taksave federale
- Burime të tjera të krahasueshme

2. Të ardhura nga aksione

- Një kopje të çekut ose fletëpagesës më të fundit nga burimi i të ardhurave
- Një vërtetim nga burimi i të ardhurave kur përputhshmëria nuk është e disponueshme
- Vërtetimin më të fundit të taksave federale
- Burime të tjera të krahasueshme

F. Verifikimi i identitetit - Aplikantët duhet të sigurojnë vërtetimin e identitetit të tyre, por pa u kufizuar në dokumente që përmbajnë një fotografi ose informacion tjetër identifikues, siç janë, emri, mosha, gjinia, raca, gjatësia, pësha, ngjyra e syve dhe adresa. Dokumentet e pranueshme janë:

- Leja për drejtim automjeti e lëshuar nga një shtet ose territor
- Kartë identifikimi e lëshuar nga një shkollë, ushtri, qeveri federale, shtetërore ose lokale, një kartë nëpunësi ushtarak ose anëtar i U.S. Coast Guard Merchant Marine
- Kartelë klinike, mjeku, spitali ose shkolle për fëmijë nën moshën 19 vjeç

- Dy dokumente që sigurojnë informacion që është në linjë me identitetin e aplikantit, të tillë si, por jo të kufizuar në, diplomë të shkollës së mesme ose kolegjit, certifikatë martesë ose divorci, akt pronësie, marrëveshje qiraje
- Një gjetje e identitetit nga një agjenci federale ose shtetërore, nëse agjencia ka verifikuar identitetin
- Një dëshmi nën betim, 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 ekziston ndonjë dokument tjetër

IV. Programi i asistencës financiare i “UMass Memorial Health Care”

Politika e sistemit të “UMass Memorial Health Care” konsiston në ofrimin e kujdesit shëndetësor me zbritje për pacientët e kualifikuar në përputhje me pjesën 501 (r) të IRS. Për ata që përcaktohen si të kualifikuar, sistemi i “UMass Memorial Health Care” nuk do të faturojë mbi shumën që u faturohet përgjithësisht pacientëve që kanë mbulim nga sigurimi për shërbime mjekësore të nevojshme, urgjente dhe të emergjencës. Departamenti i Këshillimit Financiar të Pacientit do të jetë pika e kontaktit për t'u dhënë pacientëve kopjen e politikës me shkrim, një përmbledhje të kësaj politike, formularin e aplikimit dhe ndihmë për procesin e aplikimit.

A. Procesi i aplikimit

Një aplikant që aplikon për asistencë financiare duhet të dorëzojë aplikimin e plotësuar dhe të nënshkruar për asistencë financiare të “UMass Memorial Health Care”. Aplikimi duhet të jetë i shoqëruar nga të gjitha verifikimet e kërkuara të të ardhurave.

Është i mjaftueshëm një aplikim i vetëm për të gjithë anëtarët e familjes që janë listuar në atë aplikim.

B. Kualifikimi

Në mënyrë që të përcaktohet me të drejtë kualifikimi për Programin e asistencës financiare të “UMass Memorial Health Care”, aplikanti duhet të përmbushë kriteret e mëposhtme:

- Të ardhurat dhe madhësia e familjes duhet të jetë nga 0-600% të Udhëzuesit të nivelit federal të varfërisë.
- Të plotësojë dhe nënshkruajë një aplikim për asistencë financiare.
- Të japë verifikimet e të ardhurave për të gjithë anëtarët përkatës të familjes.
- Të aplikojë për çdo program asistence mjekësore, shtetëror apo qeveritar, për të cilat mund të kualifikohet.
- Të fillojë procesin e aplikimit 240 ditë nga data e faturës/deklaratës së parë.

C. Aplikimi i plotësuar

Një aplikim për asistencë financiare do të quhet si “aplikim i plotësuar” kur të jenë përmbushur kriteret e mëposhtme:

- Aplikimi të jetë marrë nga Departamenti i Këshillimit Financiar të Pacientit.
- Pacienti/garanti apo një përfaqësues i autorizuar të ketë firmosur aplikimin.
- Të kenë marrë përgjigje të gjitha pyetjet e aplikimit.

- Të jetë dhënë verifikim të ardhurash, i cili mjafton për të përcaktuar kualifikimin.

Aplikimi i plotësuar do të vlerësohet nga Këshilltari Financiar për të përcaktuar kualifikimin. Të gjitha aplikimet do të rishikohen nga një Përgjegjës Këshillimi Financiar të Pacientit për miratim përfundimtar.

1. Nëse plotësohen të gjitha kriteret e kualifikimit, aplikantit/garantit do t'i dërgohet letra e miratimit që tregon periudhën e kualifikimit dhe përqindjen e zbritjes së përfutur.
2. Nëse kriteret e kualifikimit nuk plotësohen, aplikantit/garantit do t'i dërgohet një letër refuzimi.
3. Aplikimet që janë pranuar dhe përpunuar do të mbahen në një dosje të përgjithshme në Zyrën Qendrore të Biznesit.

D. Aplikimi i paplotë

Nëse aplikimi për asistencë financiare është i paplotë, Këshilltari Financiar do t'i dërgojë një letër pacientit për ta çuar aplikimin deri në fund. Kjo letër do të përshkruajë informacionin që është i nevojshëm për përpunimin e aplikimit.

Aplikanti/garanti duhet të dorëzojë dokumentacionin e kërkuar brenda 30 ditëve nga marrja e letrës. Nëse informacioni nuk merret brenda këtij afati, aplikimi do të refuzohet. Aplikantit do t'i dërgohet një letër me arsyen e refuzimit të aplikimit.

Aplikantit/garantit do t'i lejohet një periudhë pritjeje 30-ditore që nga data që i është refuzuar aplikimi, në mënyrë që aplikuesi të japë informacionin shtesë. Pas përfundimit të periudhës së pritjes 30-ditore, duhet plotësuar një aplikim i ri.

E. Verifikimet e të ardhurave

Aplikanti/garanti duhet të paraqesë verifikimin e të ardhurave.

Verifikimet e pranueshme të të ardhurave janë si më poshtë:

- 2 fletëpagesat më të fundit të pagës.
- Një kopje e çekut ose deklaratës së përfitimeve nga pensioni, sigurimet shoqërore, papunësimi ose të ardhurave të tjera.
- Për personat e vetëpunësuar kërkohet pasqyra e fitimit dhe humbjes për 3 muajt e fundit.
- Një kopje e deklaratës tatimore më të fundit, për sa kohë që nuk kanë kaluar më shumë se 6 muaj nga data e lëshimit.
- Një deklaratë nga punëdhënësi, në të cilën pasqyrohen të ardhurat bruto javore.

- Për pensionin ushqimor/mbështetjen e fëmijëve, një kopje e vendimit të gjykatës apo një pasqyrë e pagesave të marra.
- Një deklaratë e firmosur për mbështetjen e aplikantit/anëtarit të familjes që nuk ka asnjë burim të ardhurash.

F. Periudha e kualifikimit

Kualifikimi për asistencë financiare do të fillojë nga data kur merret aplikimi i plotësuar dhe i firmosur pranë Departamentit të Këshillimit Financiar të Pacientit. Vlefshmëria do të jetë deri në një vit nga data e miratimit. Aplikimi do të konsiderohet si i plotësuar kur të jenë përmbushur të gjitha kriteret e kualifikimit.

Periudha e kualifikimit do të mbulojë gjithashtu periudhën e 12 muajve të shkuar, llogaritur që nga data e miratimit. E njëjta periudhë kualifikimi do të jetë e vlefshme për të gjithë anëtarët përkatës të familjes të renditur në aplikim.

Asistenca financiare do të përfundojë nëse në çdo kohë kriteret për kualifikimin ndryshojnë deri në atë masë që aplikanti nuk ka më të drejtë kualifikimi. Kjo mund të ndodhë nga ndryshimet në të ardhura, numrin e anëtarëve të familjes apo kualifikimin për programe asistence mjekësore të ofruara nga shteti apo qeveria. Në këto raste, aplikanti do të njoftohet nëpërmjet një letre të ndërprerjes së asistencës. Do të shpjegohen arsyet e ndërprerjes së asistencës.

G. Shërbimet për personat e kualifikuar

Zbritjet e asistencës financiare që janë miratuar për Programin e asistencës financiare të “UMass Memorial Health Care” do të aplikohen vetëm në rastet kur kërkohet kujdes shëndetësor i nevojshëm, urgjent dhe emergjent. Kjo përfshin, por nuk kufizohet me, shërbimet për pacientët e shtruar, kontrollët, pacientët jo të shtruar dhe transportin me ambulancë në rrugë tokësore. Vetëm kujdesi i nevojshëm emergjent ose kujdes tjetër mjekësor i ofruar nga institucionet spitalore brenda vetë strukturave spitalore është i mbuluar. Ai aplikohet vetëm për kujdes të tillë të ofruar nga të punësuarit e institucioneve spitalore dhe kostot e tjera faturohen direkt nga institucioni spitalor.

H. Shërbimet për personat që nuk kualifikohen

Shërbimet jo të nevojshme nga ana mjekësore nuk do të kualifikohen për zbritje në përputhje me asistencën financiare. Këto shërbime përfshijnë, por nuk kufizohen me, ndërhyrjet kirurgjikale kozmetike, ndërhyrjet për sterilizim, aparatet e dëgjimit, shërbimet shoqërore dhe profesionale. Shërbimet jo të nevojshme nga ana mjekësore do të faturohen të plota.

UMass Memorial Medical Center (“Institucioni spitalor”) nuk punëson mjekët e vetë institucionit. Çdo mjek ose ofrues i tretë i kujdesit shëndetësor, nëse ka, faturon për shërbimet e veta dhe ndjek procedurat e veta të asistencës financiare dhe të faturimit dhe mbledhjes. Sipas kësaj, shërbimet e ofruara nga mjekët ose palë të tjera ofruese, nuk

mbulohen nga asistenca financiare dhe politika e kreditit dhe mbledhjes e “UMass Memorial Medical Center”.

Sipas deklaratës së mësipërme, shërbimet e dhëna nga mjekë ose klinikistë të tjerë në fushat e specialiteteve të identifikuara më poshtë, nuk mbulohen nga asistenca financiare dhe politika e kreditit dhe mbledhjes e UMass Memorial Medical Center.

Alergji & Imunologji	Sëmundjet e brendshme
Ambulancë (me ajër/me tokë)	Laborator (Kërkim)
Anestizilogji	Nefrologji
Audiologji	Neurologji
Shëndeti i sjelljes	Obstetrikë dhe gjinekologji
Kardiologji	Mjekësi okupacionale
Sëmundje kardiovaskulare	Ortopedi
Terapi intensive	Patologji (anatomike dhe klinike)
Stomatologji	Pediatri
Dermatologji Pajisjet mjekësore shtëpiake	Mjekësi fizike & Rehabilituese
Pajisje mjekësore shtëpiake	Psikiatri
Vesh, hundë, fyt	Sëmundjet e mushkërive
Mjekësia e urgjencës	Radiologji
Endokrinologji	Barna për veshkat
Mjekësi familje/kujdes parësor	Mjekësi sportive
Gastroenterologji	Kirurgji
Geriatrici, kujdesi paliativ dhe pas gjendjeve akute	Telemedicinë
Hematologji/Onkologji	Shikimi
Sëmundje infektive	

I. Baza për të llogaritur shumën e faturuar

“UMassMemorial” do të përdorë metodën e pagesave të mëparshme për të përcaktuar shumën që u faturohet në përgjithësi pacientëve sipas Politikës së asistencës financiare. Një kombinim i faturimeve dhe pagesave të një viti më parë për produkte të sigurimit shëndetësor Medicare dhe produkte tregtare përdoret për të përcaktuar raportin e mbledhjes efektive neto, të vërejtur nga organizata. Aktualisht, vlera që i faturohet pacientëve të cilët konsiderohen të kualifikuar për të përfituar nga programi i asistencës financiare është 25% e faturimeve. Pacientët të cilët kualifikohen për programin e asistencës financiare dhe të cilët kanë mbulim sigurimesh, do të kenë detyrimet e tyre financiare (të tilla si pagesa të përbashkëta dhe zbritje) pas pagesave nga sigurimet, të mbuluara deri në 25% të faturimeve totale. Të gjitha pretendimet për sigurim, pagesat apo rregullimet do të kryhen përpara se të aplikohet zbritja sipas asistencës financiare.

J. Për publikun e gjerë

Departamenti i Këshillimit Financiar të Pacientit do të jetë pika e kontaktit ku pacientët do të kërkojnë dhe marrin falas një kopje të politikës, një përmbledhje të politikës në gjuhë të thjeshtë dhe aplikimin. Të trija këto mund të kërkohen nëpërmjet telefonit, personalisht apo me email si vijon:

Informacioni i kontaktit i Departamentit të Këshillimit Financiar të Pacientit të “UMass Memorial”:

- Telefon: 508-334-9300
- Emaili i brendshëm: Këshillimi financiar

- Emaili i jashtëm: needinsurance@umassmemorial.org
- Adresa: Patient Financial Counseling
306 Belmont St.
Worcester, MA 01604

Politikën e asistencës financiare, kreditit dhe mbledhjes, përmbledhjen në gjuhë të thjeshtë dhe aplikimin mund t'i gjeni duke përdorur faqen e internetit të Kujdesit shëndetësor të “UMass Memorial”: www.umassmemorialhealthcare.org, në seksionin “Patients and Visitors (Pacientët dhe vizitorët)”, “Financial Counseling (Këshillimi Financiar)”.

V. Mbulimi shtesë dhe kujdesi me zbritje i ofruar nga UMMMC-ja për pacientët

- A. **Vazhdimi i mbulimit** - Megjithëse të pambuluar nga zyra e “Health Safety Net”, UMMMC-ja do të vazhdojë të zgjasë mbulimin për kujdes falas për shërbime mjekësore të nevojshme, për pacientë të Massachusetts me të ardhura të ulëta të miratuara, për shërbime me ambulancë të UMMMC-së.
- B. **Zbritje për pagesë të menjëhershme** - UMMMC-ja mund të japë një ulje për pacientë me çfarëdo niveli të ardhurash, të cilët paguajnë ose sigurojnë me kartë krediti, pjesën e tyre të vetë-pagesës para ose menjëherë pas marrjes së shërbimit. Ulja reflekton vlerën në kohë të parasë, shmangien e kostove të faturimit dhe mbledhjes dhe shmangien e riskut të kreditit. Ulja standarde do të jetë 20% e detyrimit neto të pacientit. Nuk mund të ofrohen ulje më të mëdha, përveçse kur bazohen në rrethana unike dhe të miratuara nga drejtori i lartë i shërbimeve financiare të pacientit.

VI. Procedurat e faturimit dhe mbledhjes

UMMMC-ja duhet të administrojë proceset e faturimit dhe mbledhjes të cilat janë efikase dhe efektive për vlera të siguruar nga UMMMC-ja, me qëllim përmbushjen e detyrimeve tona financiare dhe për të vazhduar misionin tonë për ti ofruar kujdes shëndetësor të shkëlqyer pacientëve dhe komuniteteve të cilëve u shërbejmë. Ne jemi të përkushtuar për të realizuar praktikat tona të faturimit dhe mbledhjes në një mënyrë të ndershme, të respektueshme ndaj pacientëve tanë dhe familjeve të tyre, sikurse përvijohet më poshtë. Përfaqësuesit e shërbimeve financiare të pacientit janë të disponueshme përmes telefonit për të mbështetur pacientët në zgjidhjen e faturimeve të tyre mjekësore.

- A. **Faturimi i palëve të treta paguese** - UMMMC-ja do t'i dorëzojë kërkesat për të gjitha shërbimet e mbuluara te siguruesit e shëndetit të pacientit ose te pagesat të tjerë përgjegjës, nëse pacienti ka siguruar një informacion të tillë të saktë dhe në kohë. Këto kërkesa do të dorëzohen sa më parë të jetë e mundur pas datës së shërbimit apo daljes nga spitali. Pacientët mbeten përgjegjës financiarisht për çdo shërbim të pambuluar, pagesa të përbashkëta, vlera të pasiguruara, zbritje dhe/ose vlera të tjera që i detyrohen sipas termave të planeve të tyre të përfitimeve, siç përcaktohen nga siguruesi i shëndetit. Pacientët janë përgjegjës për të kuptuar dhe për të përmbushur shtesat, autorizimet dhe kërkesat e tjera të mbulimit të siguruesit të tyre. Pacientët janë gjithashtu përgjegjës për pagesat e çdo shërbimi tjetër të refuzuar nga siguruesi i tyre, në masën e lejuar në kontratë dhe rregullore.

Departamenti i llogarisë së pacientit i UMMMC-së do të bëjë të gjitha përpjekjet e arsyeshme për të zgjidhur llogaritë me palë të treta paguese, përfshi apelimin e kërkesave të mohuara. Raportet e llogarive të pambyllura do të gjenerohen rutinë, duke u shqyrtuar nga stafi dhe menaxhimi i llogarisë së pacientit dhe do të ndiqet me paguesit. Nëse, pavarësisht përpjekjeve të tilla, UMMMC-ja nuk ka marrë pagesë ose zgjidhje tjetër të duhur nga një pagues i pa kontraktuar, brenda një afati kohor të arsyeshëm, mund t'i dërgohet një letër pacientit duke e informuar atë se paguesi ka dështuar në zgjidhjen e kërkesës. Nëse llogaria mbetet e papaguar nga një pagues i pakontraktuar, pacienti mund të jetë subjekt i procesit standard të mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim, deri në masën e lejuar me ligj. UMMMC-ja do të bëjë përpjekje të ngjashme për të mbledhur vlerën për kujdes emergjent për pacientë të pasiguruar, ashtu siç bën për të mbledhur llogari për kujdes joemergjent, subjekt të termave të kësaj rregulloreje dhe ligji të aplikueshëm.

B. Procesi i mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim

1. Pacientët me përgjegjësi për vetëpagim do të marrin një faturë fillestare, e cila përcakton qartë shërbimet për të cilat ata janë përgjegjës.
2. Për çdo përgjegjësi me vetëpagim e cila mbetet e papaguar pas faturimit fillestar, pacienti do të marrë një seri deklaratash mujore për të paktën 3 muaj ose derisa vlera e mbetur të paguhet. Deklarata e fundit do të përmendë se ai është njoftimi final. Një njoftim final me postë të certifikuar do t'i dërgohet pacientit për balanca mbi \$1,000 për kujdes emergjent.
3. Kur një deklaratë pacienti kthehet për shkak të një adrese të pasaktë, UMMMC-ja do të përpiqet të telefonojë pacientin për një adresë të saktë për të gjitha balancat mbi \$1,000. Të gjitha balancat i dërgohen një ofruesi për të ekzaminuar dhe për të lokalizuar një adresë të saktë, duke përdorur baza të dhënash si NCOA (Shoqata Kombëtare e Ndryshimit të Adresave).
4. Staf i ose përgjegjësi të llogarive të pacientit do të telefonojnë çdo pacient me balanca vetëpagimi prej \$1,000 e lart gjatë procesit normal të mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim.
5. Njoftime shtesë dhe/ose letra do i dërgohen pacientëve debitorë gjatë procesit të faturimit dhe mbledhjes, me qëllim për të zgjidhur balancat e papaguara.
6. Të gjitha përpjekjet e tilla për të mbledhur balancat, si dhe çdo kërkesë e filluar nga pacienti, do të dokumentohen në sistemin e faturimit të kompjuterizuar dhe do të jenë të disponueshme për shqyrtimin e menaxhimit.
7. Nëse pas të gjitha veprimeve të lartpërmendura, dhe nëse departamentet e kontabilitetit dhe shlyerjes financiare të ofruesit kanë shteruar të gjitha përpjekjet për të përcaktuar nëse një person përmbush kriteret e kualifikimit për të marrë pjesë në programin e asistencës financiare të "UMass Memorial Medical Center", do të ndërmerret një nga masat e mëposhtme.
8. Llogaritë që mbeten të pazgjidhura pas 120 ditëve dhe përpjekjeve për mbledhje të përshkruara më lart, do të rishqyrtohen për tu përshkruar si borxhe të këqija, si më poshtë:

<u>Balanca</u>	<u>Niveli i shqyrtimit</u>
\$0-\$999	Mbledhësi
\$1,000-\$10,000	Mbikëqyrësi
\$10,001-\$50,000	Menaxheri
\$50,000 dhe më shumë	Drejtori i lartë

9. UMMC-ja do të kontrollojë Sistemin e Verifikimit të Kualifikimit (EVS) të “MassHealth” për mbulim para se të dorëzojë kërkesat në Zyrën e “Health Safety Net” për mbulim të kujdesit emergjent të pakompensuar të një shërbimi kujdesi emergjence ose urgjent.
10. Agjencitë e jashtme të faturimit/mbledhjes - UMMC-ja do të përdorë agjenci të jashtme faturimi dhe mbledhjeje për të përforcuar përpjekjet për të zgjidhur pagesat e prapambetura, dhe/ose të transferojë llogaritë e borxhit të keq në agjenci të jashtme mbledhëse për ndjekje të mëtejshme.
 - UMMC-ja nuk do të “shesë” pacientin debitor tek ndonjë agjenci tjetër si palë e tretë.
 - Të gjitha agjencitë e mbledhjes së faturimeve, që punojnë në emër të UMMC-së, do të angazhohen me shkrim që të respektojnë praktikën e mbledhjes dhe standardet e aprovuara nga UMMC-ja dhe ligji në fuqi.
 - UMMC-ja, me miratimin e Këshillit Administrativ dhe një njoftim me shkrim 30-ditor të dhënë pacientit, mund të raportojë te një shërbim për vlerësim krediti borxhin që ka mbetur i papaguar pasi janë shteruar të gjitha përpjekjet e arsyeshme për të identifikuar mbulimin në dispozicion të kujdesit shëndetësor, për të aksesuar programet e zbritjes dhe/ose plane pagese të vendosura sikurse përshkruhet në këtë rregullore. Në asnjë rrethanë, pacientët të cilët përmbushin kriterin e shtetit për pacientë me të ardhura të ulëta, nuk do të konsiderohen për referim në një shërbim për vlerësim krediti.
11. Sigurimi i përbashkët, pagesat e përbashkëta dhe zbritjet e “Medicare” që konsiderohen si borxh i keq do të administrohen në përputhje me procesin e mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim, siç specifikohet më lart, në varësi të ligjit në fuqi. Agjencitë e jashtme të mbledhjes do të ndjekin përpjekje të mëtejshme për mbledhje, për një periudhë jo më shkurtër se 60 ditë, para se të kthejnë këto llogari në UMMC-ë si të pambledhshme.

- C. Shërbimi i klientit** - UMMC-ja punëson një staf ose përfaqësues të shërbimeve financiare të pacientit, për të adresuar shqetësimet e pacientëve dhe pyetjet në lidhje me faturimet e tyre. Stafit është i disponueshëm në telefon dhe direkt nga e hëna në të premte, nga ora 9:00 AM deri në 4:30 PM.
- D. Planet e pagesës** - Një individ me një balancë prej \$1,000 ose më pak, do t'i ofrohet të paktën një plan pagese një-vjeçare pa interesa. Një patienti që ka një balancë prej më shumë se \$1,000, pas një depozite fillestare, do t'i ofrohet të paktën një plan pagese dy vjeçar pa interesa. Pacientët që shfaqin vështirësi në përmbushjen e detyrimeve të tyre financiare (pasi janë shteruar të gjitha opsionet e mbulimit) do t'i ofrohet një plan pagese me buxhet mujor, me një minimum pagese mujore jo më shumë se \$25. Plane më të gjata pagesash mund të jepen me miratimin e menaxherit. Pacientë që ndërpresin kryerjen e pagesave me buxhete mujore pa përcaktuar një metodë alternative do të jenë subjekt të proceseve normale të mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim, duke përfshirë referimin në një agjenci të jashtme mbledhjeje.
- E. Interesi** - UMMC nuk vendos interes për balancat e vetë pagesës.
- F. Kërkesat për depozitë** - UMMC-ja nuk kërkon depozita paraprani dhe/ose paratrajtimi për pacientë që kërkojnë shërbime kujdesi emergjence ose urgjent ose të cilët janë përcaktuar si pacientë të “Health Safety Net”/me të ardhura të ulëta. UMMC-ja rezervon të drejtën për të kërkuar depozita paraprakisht në rastet e mëposhtme:

1. Pacientëve që marrin shërbime opsionale kozmetike ose jo të nevojshme nga ana mjekësore mund t'u kërkohej të paguajnë një vlerë deri në 100% të tarifave të pritshme para shërbimit.
2. Pacientëve që nuk kanë mbulim sigurimi të verifikueshëm dhe që nuk kualifikohen për statusin e pacientit të Health Safety Net/me të ardhura të ulëta mund t'u kërkohej të paguajnë një depozitë paraprake, nëse shërbimi që do kryhet është i një natyre opsionale. Mospërmbushja e kërkesës për depozitë mund të rezultojë në shtyrjen ose ngadalësimin e shërbimit me miratimin e mjekut ndjekës.
3. Pacientëve që udhëtojnë nga vende të huaja drejt UMMC për trajtim opsional mund t'u kërkohej të paguajnë paraprakisht vlerën e plotë të faturës.
4. Pacientëve të “Health Safety Net - I pjesshëm”, mund t'ju kërkohej të paguajnë deri në 20% të vlerës së zbritur prej \$500.00 për shërbime jo emergjente.
5. Pacientët me vështirësi mjekësore mund t'ju kërkohej të paguajnë deri në 20% të vlerës së zbritur prej \$1,000.00 për shërbime joemergjente.
6. Pacientëve të siguruar me sigurim të përbashkët, zbritje të pagesës së përbashkët ose me përgjegjësi detyrimesh të anëtarëve të tjerë, sipas modelit të planit të përfitimeve, mund t'ju kërkohej të paguajnë shumën të tilla, ose t'i sigurojnë ato përmes një karte krediti, përpara shërbimit.

G. Barrësimi - Si një praktikë rutinë biznesi, UMMC-ja do të kërkojë garanci për të siguruar interesin e UMMC-së për zgjidhjet e palëve të treta ose siç kërkohej ndryshe për të siguruar interesat e UMMC-së gjatë procedurave ligjore. Nuk do niset asnjë procedurë barrësimi ndaj vendbanimit parësor ose mjetit motorik të pacientit pa miratimin paraprak me shkrim nga Këshilli Administrativ i UMMC-së. Të gjitha miratimet e Këshillit Administrativ do të bëhen në bazë rastesh individuale dhe një njoftim 30-ditor me shkrim do t'i jepet pacientit.

H. Aksidentet automobilistike/Detyrimi i palëve të treta - UMMC-ja do të dorëzojë një kërkesë pranë zyrës së “Health Safety Net” (HSNO) për një pacient me të ardhura të ulëta të lënduar në një aksident automobilistik vetëm pasi të hetojë nëse pacienti, shoferi dhe/ose pronari i automjetit ka një policë sigurimi për automjetin. UMMC-ja do të bëjë përpjekje të arsyeshme për të përfutur ndonjë informacion për palë të treta sigurimi nga pacienti dhe të ruajë evidenca të përpjekjeve të tilla, duke përfshirë dokumentacion nga telefonata dhe letra drejtuar pacientit. UMMC-ja do të rimburojë zyrën e “Health Safety Net” për çdo pagesë të marrë, nëse identifikohen burime nga palë të treta dhe UMMC-ja merr pagesa.

I. Falimentimi - Pacientët që paraqesin falimentim do të ndërpresin të gjitha aktivitetet e faturimit dhe mbledhjes pas marrjes së një njoftimi për falimentim.

J. Të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientit - UMMC-ja do të këshillojë pacientë të caktuar për të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre në çdo pikë ku pacienti ndërvepron me personelin e regjistrimit, sikurse shënohet më poshtë.

1. UMMC-ja do të këshillojë pacientin që kanë të drejtë:
 - a. Të aplikojë për MassHealth, një program pagese të asistencës premium, të drejtuar nga Ndërlidhësi Shëndetësor, një plan shëndetësor i kualifikuar, vështirësi mjekësore dhe përcaktim të “Health Safety Net”.
 - b. Një plan pagese, sikurse përvijohet në procesin tonë të mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim.
2. Pacientët që marrin shërbime të lejueshme të “Health Safety Net”, duhet:

- a. Të sigurojnë të gjithë dokumentacionin e kërkuar.
- b. Të informojnë MassHealth ose UMMMC-në për çdo ndryshim të të ardhurave familjare/shtëpiake, sigurimeve shëndetësore dhe statusin e detyrimeve të palës së tretë.
- c. Të gjurmojnë zbritjet vjetore familjare siç përcaktohet për pacientë me të ardhura ndërmjet 150% dhe 300% të udhëzimeve federale për të ardhurat e varfërisë dhe të sigurojë dokumentacion për UMMMC-në nëse zbritjet janë arritur kur më shumë se një anëtar i PBFG-së është përcaktuar si i pranueshëm ose nëse pacienti ose anëtari i familjes merr shërbime të “Health Safety Net” nga më shumë se një ofruar.
- d. Të njoftojë me shkrim zyrën e “Health Safety Net” ose MassHealth brenda 10 ditëve nga paraqitja e ndonjë padie ose pretendim sigurimi, që do të mbulojë koston e shërbimeve të ofruara nga spitali. Më tej, një pacienti mund t'i kërkojë të transferojë të drejtat për një pagesë nga palë të treta për agjencinë MassHealth, e cila do të mbulojë kostot e shërbimeve të paguara nga zyra e Health Safety Net ose MassHealth dhe të paraqesë një kërkesë për kompensim.
- e. Të ripaguajë zyrën e “Health Safety Net” çdo shumë të marrë nga një palë e tretë në lidhje me një aksident ose incident për shërbim mjekësor të paguar nga zyra e “Health Safety Net”.
- f. Zyra e “Health Safety Net” do të marrë direkt nga pacienti, vetëm kur pacienti ka marrë pagesë nga një palë e tretë për shërbime mjekësore të paguara nga zyra e “Health Safety Net”.
- g. Zyra e “Health Safety Net” mund të kërkojë që departamenti i burimit të të ardhurave të ndërpresë çdo pagesë ndaj pacientit për shërbime të ofruara për një kërkesë të dorëzuar dhe të paguar nga “Health Safety Net” për borxh të keq emergjent.

K. Përrjashtimi nga masa e mbledhjes dhe faturimit me vetëpagim - UMMMC-ja nuk do të ndërmarrë masa për mbledhje dhe faturim me vetëpagim në rastet e mëposhtme:

1. Pas provës së mjaftueshme që një pacient është marrës i ndihmës së emergjencës për të moshuar, person me aftësi të kufizuar dhe fëmijë (EAEDC), ose i regjistruar në “MassHealth”, në “Health Safety Net”, “Children’s Medical Security Plan”, të ardhurat familjare të të cilëve janë të barabarta ose më pak se 300% të FPL-së ose përcaktimi i pacientit me të ardhura të ulëta, përveç për pacientët me të ardhura të ulëta vetëm dentare, siç përcaktohet nga zyra e “Medicaid”, me përjashtim të bashkë pagesave dhe zbritjeve të kërkuara në programin e asistencës.
2. Spitali ka vendosur llogarinë në statusin e mbajtjes ligjore ose administrative dhe/ose marrëveshje specifike për pagesë janë bërë me pacientin ose garantuesin.
3. Faturime për vështirësi mjekësore që tejkalojnë kontributin për vështirësi mjekësore.
4. Kontributet për vështirësi mjekësore që janë të prapambetura gjatë një periudhe të kualifikimit të një pacienti me të ardhura të ulëta ose si pacient i MassHealth.
5. Përveçse në rastet kur UMMMC-ja ka kontrolluar sistemin EVS për të përcaktuar nëse pacienti ka depozituar një aplikim për MassHealth.
6. Për pacientë që përfitojnë pjesërisht nga “Health Safety Net”, me përjashtim të ndonjë zbritje të kërkuar.

7. UMMC-ja mund të faturojë pacientë që kualifikohen për “Health Safety Net” dhe vështirësi mjekësore për shërbime jo të nevojshme nga ana mjekësore, të ofruara me kërkesë të pacientit dhe për të cilat pacienti ka rënë dakord përmes një miratimi me shkrim.
8. UMMC-ja mund të faturojë një pacient me të ardhura të ulëta me kërkesë të tij, për të lejuar pacientin të përmbushë vlerën e zbritshme për një rast të vetëm sipas Konfederatës.