

**MERIDIAN HEALTH SYSTEM, INC. (System placówek medycznych MERIDIAM)  
ZASADY**

**ZASADY DOTYCZĄCE UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ, OPIEKI  
RATUNKOWEJ ORAZ OGRANICZEŃ W NALICZANIU OPŁAT OBOWIĄZUJĄCE  
W OKREŚLONYCH SZPITALACH SYSTEMU.**

Obowiązują od:	1 lipca 2012	Numer dokumentu określającego zasady:	MH-PACOMP-0080
Data wprowadzenia zmian:	30 czerwca 2016	Zatwierdzone przez:	Wiceprezydent d/s usług finansowych dla pacjentów
Data następnej analizy:	30 września 2016	Odnosnik:	MH-PACOMP-0081

## **I. CEL**

Zapewnienie, że Meridian Health System, Inc. ("**Meridian Health**") i określone, licencjonowane obiekty szpitalne, będące własnością jednostek z nim stowarzyszonych (zbiorowo określane tu jako „**System**” oraz każda jednostka stowarzyszona, nazywana tu „**Jednostką Systemu**”), działają w zgodzie z odpowiednimi prawami stanowymi i federalnym, które regulują udzielanie medycznej pomocy raunkowej, pomocy finansowej oraz limity na opłaty pobierane od pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej. “Zasady” obowiązują następujące licencjonowane obiekty szpitalne należące do “Systemu” (W innych obiektach szpitalnych „Systemu” obowiązują oddzielne zasady):

- Bayshore Community Hospital (Holmdel)
- Jersey Shore University Medical Center (Neptune)
- K. Hovnanian Children’s Hospital (Neptune)
- Ocean Medical Center (Brick)
- Raritan Bay Medical Center (Old Bridge and Perth Amboy)
- Riverview Medical Center (Red Bank)
- Southern Ocean Medical Center (Manahawkin)

W „Zasadach” termin “pacjent” oznacza osobę, która otrzymuje pomoc medyczną lub jej gwaranta.

## **II. POMOC RATUNKOWA**

Zasady obowiązują w “Systemie” i jego obiektach i dotyczą także wszystkich lekarzy uprawnionych do przyjmowania do szpitali - włącznie z oddziałami ratunkowymi (ER), centrami urazowymi, radiologią, patologią i anestezjologią – oraz wszelkich usługodawców udzielających pomocy medycznie koniecznej. Wymagają one przestrzegania standardów ustalonych federalnym „Aktom o medycznej opiece ratunkowej i aktywnym działaniu” z r. 1986

(„EMTALA”) i innymi uregulowaniami, w procesie wykonywania badań medycznych i każdego dalszego leczenia, jakie może być konieczne do ustabilizowania stanu medycznego wymagającego działań ratunkowych, dla jakiegokolwiek osoby, która pojawiła się szukając pomocy medycznej, niezależnie od sytuacji medycznej lub psychicznej, rasy, religii, wieku, płci, koloru skóry, narodowości, statusu imigracyjnego, preferencji seksualnych, inwalidztwa czy wypłacalności takiej osoby. Meridian Health zabrania działań mających na celu zniechęcenie osób do prób uzyskania pomocy medycznej, (takich jak (I) wymaganie zapłaty przed uzyskaniem pomocy na oddziale ratunkowym lub (II) czynności mających na celu odzyskanie długu, które przeszkodzą w udzieleniu ratunkowej pomocy medycznej.

### III. POMOC FINANSOWA

“System”, jego obiekty i wszyscy lekarze zatrudnieni lub zakontraktowani w celu udzielania pacjentom pomocy klinicznej (włącznie z oddziałem ratunkowym, centrum urazowym, radiologią, patologią, anestezjologią, lekarzami szpitalnymi i reanimatologami) muszą przestrzegać norm postępowania zawartych w „Zasadach”. “Załącznik A” zawiera całą listę szpitalnych oddziałów, które uczestniczą w programie.

“System” zapewni pacjentom pomoc finansową w różnych formach, także zgodnie z określonymi programami federalnymi i stanowymi, programem „New Jersey pomoc w opłaceniu opieki szpitalnej” (Medyczna opieka charytatywna – *Charity Care*) i ustanowionymi przez „System” zniżkami dla nieubezpieczonych.

Medyczna opieka charytatywna jest dostępna dla tych, którzy nie kwalifikują się do programów stanowych lub federalnych. Zgodnie z Kodeksem Administracyjnym stanu New Jersey (NJAC, rozdział 10:52, podrozdziały 11, 12, 13) pacjenci, których dochody nie przekraczają 300% federalnego poziomu ubóstwa (FLP) kwalifikują się do programu stanu New Jersey „Charytatywna opieka medyczna”. Wnioski osób, które obejmuje program NJ „Charytatywna opieka medyczna” są rozpatrywane poprzez subwencjonowany fundusz zapomogowy na opiekę medyczną stanu New Jersey. Rachunki za medyczną opiekę charytatywną zgłaszane są stanowi New Jersey jako opłaty brutto w celu określenia kwoty zapomogi.

Limity opłat dla osób nieubezpieczonych ustalono zgodnie z prawem publicznym New Jersey, L.P.2008, rozdział 60. Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do stanowych lub federalnych programów ubezpieczeń lub do medycznej opieki charytatywnej New Jersey, przy wycenie usług mogą otrzymać zniżkę przysługującą osobom nieubezpieczonym.

“Jednostki Systemu” muszą zapewnić, aby żaden pacjent, któremu zgodnie z zasadami przysługuje medyczna opieka charytatywna lub zniżka dla nieubezpieczonych, nie otrzymał rachunku wyższego niż kwota zwykle naliczana (AGB) osobom, które mają ubezpieczenie pokrywające taki rodzaj opieki. W przypadku pacjentów, którym przysługuje medyczna opieka charytatywna, kwota AGB będzie ustalona potencjalnie na podstawie stawek *Medicaid* obowiązujących w tym czasie. W przypadku pacjentów kwalifikujących się do zniżek dla nieubezpieczonych kwota AGB będzie ustalona potencjalnie przy zastosowaniu stawek *Medicare* obowiązujących w tym czasie za taką usługę. Rachunek będzie zawierał kwotę brutto jako punkt wyjściowy dla odliczeń, zniżek i potrąceń.

Zanim zostanie im przyznana medyczna opieka charytatywna wszyscy pacjenci nieubezpieczeni będą sprawdzani przez doradcę finansowego korporacji *Meridian Health* pod kątem spełniania przez nich kryteriów ubezpieczenia. Proces sprawdzania nie nastąpi, dopóki stan pacjenta nie zostanie oceniony i ustabilizowany przez lekarza. “Jednostka Systemu” może

też wystąpić o raport kredytowy dla pacjentów, którzy zgłaszają brak dochodów lub są samozatrudnieni. Poniżej lista różnych programów, pod kątem których pacjenci będą sprawdzani:

- **Health Insurance Marketplace:(Rynek ubezpieczeń zdrowotnych) Działając zgodnie z “Aktem o przystępnej opiece medycznej”** certyfikowani doradcy d/s podań korporacji *Meridian Health* będą sprawdzali, czy pacjenci mogą kupić ubezpieczenie przez *Health Insurance Marketplace* i/lub otrzymać subwencję z rządu federalnego jako pomoc przy zakupie.
- **Medicaid: (Ubezpieczenie medyczne dla osób z niskimi dochodami)** Doradcy finansowi korporacji *Meridian Health* pomogą w procesie składania wniosków pacjentom, którzy spełniają kryteria kwalifikujące. Przez Wydział Zdrowia stanu New Jersey dostępne są różne formy pomocy Medicaid: pomożemy ustalić, jaki program jest najlepszy dla warunków, w jakich znajduje się pacjent.
- **SSI-Medicaid: (Medicaid dla osób pobierających zasiłek uzupełniający)** *Wspomaga świadczenia Medicaid* miesięcznymi stypendiami, które mogą pomóc w zaspokojeniu najpilniejszych potrzeb. Dla pacjentów pobytowych spełniających kryteria i określonych pacjentów ambulatoryjnych dostępna jest na miejscu pomoc w procesie składania wniosku.
- **NJ Family Care (NJFC) (Opieka rodzinna):** Program ubezpieczenia przewidziany dla dorosłych i dzieci z dochodem do 138% federalnego progu ubóstwa. Doradcy finansowi korporacji *Meridian Health* pomogą w wypełnieniu podania *online*.
- **Domniemane spełnianie kryteriów Medicaid:** Tymczasowe, raz do roku ubezpieczenie dla osób, które spełniają niektóre podstawowe warunki, aby można było pokryć koszty opieki medycznej w sytuacji, gdy ustalane są ich kwalifikacje do programu stanu New Jersey „Opieka rodzinna”. Doradcy finansowi korporacji *Meridian Health* pomogą w procesie wypełniania podania.
- **Charity Care (Medyczna opieka charytatywna) – program stanu New Jersey dotyczący pomocy w opłacie opieki szpitalnej:** Zapewnia pomoc tylko w pokrywaniu kosztów usług szpitalnych. Pacjent musi przedstawić pismo z odmową z programu opieki rodzinnej New Jersey, w którym musi być stwierdzone, że pacjent otrzymał odmowę ze względu na zbyt wysokie zarobki lub nie spełnia warunków rezydencji bądź innych, ustalonych regulaminem programu „Opieka rodzinna”. Odmowa z powodu niespełniania kryteriów programu „Opieka rodzinna” stanu New Jersey nie jest wystarczająca do zakwalifikowania do medycznej opieki charytatywnej. Pacjenci proszeni są o udokumentowanie dochodów, wielkości rodziny i posiadanego majątku, zgodnie z przepisami Kodeksu Administracyjnego New Jersey, rozdział 10:52, podrozdziały 11,12, 13. Pacjenci zgłaszający potrzebę pomocy finansowej są kierowani do doradcy finansowego w danym miejscu w celu rozpatrzenia ich wniosku.
- **Stawki dla osób nieubezpieczonych – patrz niżej.**

#### IV. KRYTERIA WYMAGANE DO PROGRAMU „MEDYCZNA OPIEKA CHARYTATYWNA”

Program pomocy w pokrywaniu kosztów opieki szpitalnej stanu New Jersey (pomoc w formie medycznej opieki charytatywnej) to opieka za darmo lub po obniżonej cenie dla pacjentów, którzy otrzymają pomoc w czasie pobytu w szpitalach lub przychodniach przyszpitalnych zapewniających doraźną opiekę medyczną na terenie stanu New Jersey. Medyczna opieka charytatywna jest dostępna w przypadku otrzymania szpitalnej pomocy ratunkowej i medycznie koniecznej. Zgodnie z przepisami Kodeksu Administracyjnego stanu New Jersey 10:49-5.1, stan medycznej konieczności u pacjenta jest stwierdzany przez lekarza przyjmującego lub innego, zgodnie ze standardami powszechnie uznanymi przez profesjonalistów i ogłoszonymi przez program Medicaid stanu New Jersey. Koszty recept dla pacjentów ambulatoryjnych i innych czynności związanych z kontynuowaniem opieki są wyodrębnione z opłat za opiekę szpitalną i nie kwalifikują się do zniżki w ramach programu „Medyczna opieka charytatywna”. Potrzeba pomocy finansowej stwierdzana jest na podstawie przepisów Kodeksu Administracyjnego New Jersey 10:52, podrozdziały 11, 12, 13: Zastosowanie medycznej opieki charytatywnej, zatwierdzenie, wystawienie rachunku i przetworzenie.

Pomoc w ramach medycznej opieki charytatywnej dostępna jest dla mieszkańców New Jersey którzy:

1. Nie mają ubezpieczenia zdrowotnego lub mają takie, które zapłaci tylko część rachunku,
2. Nie kwalifikują się do żadnych ubezpieczeń prywatnych lub sponsorowanych przez rząd (takich jak np. Medicaid),
3. Spełniają kryteria dochodu i własności podane poniżej.

Medyczna opieka charytatywna jest dostępna także dla osób niemieszkających w New Jersey, dotyczy tylko dnia otrzymania pomocy medycznej, muszą być spełnione specyficzne warunki i nie jest ważna przez dłuższy okres czasu

**A. Kryteria dochodowe** Na dochód gospodarstwa domowego składają się pensje, wynagrodzenie godzinowe i przychód z inwestycji, który podlega opodatkowaniu. Członkowie rodziny to osoba składająca wniosek, małżonek, każde małoletnie dziecko na utrzymaniu i każda osoba dorosła, za którą osoba składająca wniosek jest prawnie odpowiedzialna. Następujący link do [Medicaid.gov](https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html) zawiera informacje dotyczące federalnego poziomu ubóstwa. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>

Dochód jako procent Wytyczne departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (HHS) dotyczące dochodów na poziomie ubóstwa	Procent stawki <i>Medicaid</i> Płatne przez pacjenta
mniejszy lub równy 200%	0% stawki <i>Medicaid</i>
większy niż 200%, ale mniejszy lub równy 225%	20% stawki <i>Medicaid</i>
większy niż 225% ale mniejszy lub równy 250%	40% stawki <i>Medicaid</i>

większy niż 250% ale mniejszy lub równy 275%	60% stawki <i>Medicaid</i>
większy niż 275% ale mniejszy lub równy 300%	80% stawki <i>Medicaid</i>
większy niż 300%	Stawka obniżona dla osób nieubezpieczonych

Pacjenci na ruchomej skali płatności między 20 a 80%, których pozostała płatność (np. kwota płatna przez pacjenta) przekracza 30% ich rocznego zarobku brutto nie będą mieli obowiązku płacenia. Kwoty przekraczające próg 30% będą w całości umorzone.

## **B. Kryteria posiadanego majątku**

Majątek indywidualny nie może przekroczyć 7 500 USD, majątek całej rodziny nie może przekroczyć 15 000 USD. Do majątku zaliczane są przedmioty, które łatwo mogą być zamienione na gotówkę. Obejmuje to, między innymi: gotówkę, konta oszczędnościowe i czekowe, certyfikaty depozytowe, bony skarbowe, przenoszalne dokumenty, akcje i obligacje korporacji, konta emerytalne (IRA), fundusze powiernicze, udziały własne w nieruchomościach innych niż mieszkanie (jeżeli dotyczy) osoby składającej wniosek lub jej rodziny. Jeżeli majątek osoby składającej wniosek przekracza te limity, on/ona mogą wydać część majątku do poziomu kwalifikującego się limitu poprzez wpłacenie nadmiaru na poczet rachunku w szpitalu i innych, dozwolonych wydatków medycznych płatnych z własnej kieszeni.

## **C. Metody określenia kwot zwykle naliczanych (AGB) za ratunkową lub konieczną medycznie pomoc medyczną**

Koszty medycznej opieki charytatywnej dla pacjentów pobytowych i ambulatoryjnych w „Systemie” są oparte na cenniku programu *Medicaid* stanu New Jersey i zasadach ustalonych dla pacjentów pobytowych i ambulatoryjnych na podstawie Kodeksu Administracyjnego New Jersey 10:52-1.6 - Usługi pokrywane (usługi dla pacjentów pobytowych i ambulatoryjnych), oraz Kodeksu Administracyjnego New Jersey 10:52-4 - Podstawy płatności. Dla celów opodatkowania federalnego kwota AGB za takie usługi zostanie ustalona na bazie potencjalnej z zastosowaniem obowiązujących wtedy, właściwych stawek *Medicaid*. Pacjenci niekwalifikujący się do całkowitego umorzenia będą obciążeni na poziomie procentowym w stosunku do właściwych stawek *Medicaid*, wszyscy pacjenci otrzymujący medyczną opiekę charytatywną będą obciążeni kwotą mniejszą niż AGB.

Rachunki wystawiane dla pacjentów otrzymujących medyczną opiekę charytatywną będą opiewały na sumę brutto jako punkt początkowy dla odliczeń, obniżek i potrąceń.

## **V. SPOSÓB SKŁADANIA WNIOSKU O MEDYCZNĄ OPIEKĘ CHARYTATYWNĄ**

“System” przestrzega wymagań dotyczących informowania pacjentów, nakładanych przez programy pomocy finansowej, dostępne dla pacjentów kwalifikujących się do programów pomocowych. Wymagania te są oparte na przepisach ustanowionych Kodeksem Administracyjnym New Jersey 10:52, podrozdziały 11, 12, 13.

Złożenie wniosku o medyczną opiekę charytatywną i ustalenie potrzeb finansowych może nastąpić w każdym momencie, zaczynając od chwili, kiedy pacjent uzna potrzebę wizyty medycznej - nawet do dwóch lat po dacie usługi. Prawo to przysługuje pacjentowi od dnia

otrzymania usługi medycznej, a okres trwania zależy od rodzaju usługi, jaką w ramach pomocy charytatywnej otrzymał – patrz niżej.

- Tylko pomoc charytatywna ratunkowa – dla pacjentów pobytowych szpitala, przyjętych przez oddział ratunkowy, ważna tylko na ten pobyt w szpitalu.
- Opieka charytatywna na 3 miesiące – dla pacjentów ambulatoryjnych/w celu obserwacji – pacjenci, którzy kwalifikują się do programu opieki rodzinnej stanu New Jersey. Ten rodzaj opieki charytatywnej obejmuje dodatkowe usługi szpitalne, których pacjenci mogą potrzebować w ciągu następnych 3 miesięcy w okresie, kiedy czekają na przyznanie opieki rodzinnej.
- Najwyżej do jednego roku, ale nie przekraczając daty otwarcia następnego okresu zapisów na ubezpieczenie zdrowotne przez *Healthcare Exchange* – dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do programu opieki rodzinnej (np. mają ubezpieczenie podstawowe, ale nie mają uzupełniającego, nie mają odpowiednich dokumentów, mają *Medicare*, ale nie mają ubezpieczenia uzupełniającego, kwalifikują się na ubezpieczenie przez *Healthcare Exchange*, ale zapisy nie są otwarte).

Wnioski o medyczną opiekę charytatywną i informacje kontaktowe oddziałów znajdują się w każdym obiekcie Jednostki Systemu, *online* pod adresem <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>, informacje te mają też pracownicy szpitali. Jednostki Systemu utrzymują biura pomocy finansowej w nast. ośrodkach: Jersey Shore University Medical Center, Neptune, NJ, Ocean Medical Center, Brick, NJ, Riverview Medical Center, Red Bank, NJ, Southern Ocean Medical Center, Manahawkin, NJ, Bayshore Community Hospital, Holmdel, NJ, Meridian Family Health Center (centrum medycyny rodzinnej), Neptune, NJ, Jane H Booker Family Health Center (centrum medycyny rodzinnej), Neptune, NJ, Booker Behavioral Health Center (centrum zdrowia psychicznego), Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioral Health Center (centrum zdrowia psychicznego), Neptune, NJ, oraz Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. Doradcy finansowi są do dyspozycji na miejscu w wyżej wymienionych szpitalach, przeprowadzają wywiady i odpowiadają na pytania oraz udzielają pomocy w wypełnianiu wniosków. Żeby zapisać się na rozmowę, osoby składające wnioski powinny zadzwonić na nr 732-212-6505. Osoby składające wnioski muszą złożyć w odpowiedniej Jednostce Systemu wypełniony wniosek o medyczną opiekę charytatywną. Wymagane jest okazanie dokumentu identyfikującego, dowodu na zamieszkiwanie w stanie New Jersey od momentu otrzymania pomocy i zamiar pozostania w New Jersey, dowód na zarobek z miesiąca poprzedzającego datę otrzymania pomocy, wyciągi z kont bankowych, w których znajduje się stan kont na dzień otrzymania pomocy, oraz podpisany wniosek potwierdzający dostarczone informacje. Wypełnione wnioski mogą być wysłane zwykłą pocztą, pocztą elektroniczną, dostarczone osobiście lub transkrybowane przez telefon (z dostarczeniem oryginalnego podpisu później) do jakiegokolwiek obiektu Jednostki Systemu.

Po złożeniu całej wymaganej dokumentacji wniosków będzie w odpowiednim czasie rozpatrzony i osoba składająca wniosek zostanie poinformowana o jego statusie nie później niż 10 dni od daty złożenia. Jeżeli wniosek nie zawiera dostatecznej dokumentacji, żeby możliwe było podjęcie decyzji, składający wniosek w ciągu 10 dni roboczych zostanie poinformowany na piśmie, co należy zrobić w celu uzupełnienia dokumentacji. Wszyscy składający wnioski otrzymają decyzję na piśmie. Jeżeli zostanie stwierdzone, że pacjentowi przysługuje zniżkowa,

lecz nie bezpłatna pomoc medyczna, zostanie mu przedstawiony rachunek ze wskazaniem kwoty, którą on/ona powinien/a zapłacić i z wyjaśnieniem, w jaki sposób została ona ustalona.

Składający wniosek lub osoba za niego odpowiedzialna może złożyć wypełniony wniosek o medyczną opiekę charytatywną w każdym terminie w ciągu 24 miesięcy od daty otrzymania usługi medycznej jako pacjent dochodzący lub od daty wypisania ze szpitala.

Jednostka Systemu może przyznać opiekę charytatywną na podstawie dowodów innych niż opisane w procesie udzielania pomocy finansowej i opieki charytatywnej, może też być przyznana na podstawie podpisanego oświadczenia nawet wtedy, gdy proces uzyskiwania pomocy finansowej lub wniosek o opiekę charytatywną tego nie opisuje. Dana osoba może dostarczyć informacji na piśmie lub ustnie (lub na oba sposoby razem). Jednostka Systemu może przyznać pomoc na podstawie informacji przekazanych przez daną osobę przy poprzednich wnioskach o opiekę charytatywną, jeżeli te informacje można odnieść do aktualnie składanego wniosku. Jednostka Systemu może użyć informacji z biur ocen zdolności kredytowych lub innych źródeł zewnętrznych.

Pacjenci, którzy kwalifikują się do programu medycznej opieki charytatywnej ze zniżkowymi stawkami, ale nie bezpłatnie, nie będą obciążani całą kwotą pozostałą do zapłacenia. Pacjent będzie obciążony kwotą w wys. 20%, 60% lub 80% stawki, jaką zwraca *Medicaid*, zależnie od jego/jej sytuacji finansowej.

Osoby, którym odmówiono medycznej opieki charytatywnej, zostaną poinformowane na piśmie o powodach takiej decyzji oraz o możliwości zastosowania zniżki dla nieubezpieczonych

## **VI. CENY DLA NIEUBEZPIECZONYCH WG. OBNIŻONYCH STAWEK**

Jednostki Systemu będą utrzymywały cennik dla pacjentów nieubezpieczonych i płacących z własnej kieszeni, którzy nie kwalifikują się do programu medycznej opieki charytatywnej. Podczas gdy honoraria lekarzy mogą kwalifikować się do zniżki z tytułu medycznej opieki charytatywnej, nie przysługuje na nie zniżka dla nieubezpieczonego i płacącego z własnej kieszeni. Usługi szpitalne znajdujące się w cenniku dla osób nieubezpieczonych i płacących z własnej kieszeni to operacja z pobytem w szpitalu, operacja bez pobytu w szpitalu, położnictwo, powtarzające się usługi medyczne, zabiegi dla pacjentów ambulatoryjnych, pobyt na oddziale ratunkowym, testy diagnostyczne i laboratoryjne dla pacjentów ambulatoryjnych. Nie należą do nich usługi kosmetyczne lub inne, nie zaliczane do koniecznych medycznie. Cennik dla płacących z własnej kieszeni będzie nadzorowany przez komitet, w skład którego wchodzi reprezentanci komórki usług finansowych dla pacjentów, organizacji dostępności, księgowości pacjentów i kierownictwa.

Cennik dla pacjentów nieubezpieczonych, którzy nie kwalifikują się do programu medycznej opieki charytatywnej będzie oparty na stawkach, jakie stosuje *Medicare* przy zwrotach za opłatę usług. Kwota AGB za pomoc w przypadkach nagłych i za udzielenie pomocy medycznie koniecznej dla pacjentów nieubezpieczonych będzie ustalona potencjalnie w oparciu o odpowiednie stawki opłat za usługi obowiązujące w tym czasie w *Medicare* (biorąc pod uwagę całą kwotę, jaką zapłaci *Medicare* i pacjent, jeżeli pacjent jest beneficjentem *Medicare*). Żaden pacjent nie będzie obciążony kwotą większą niż AGB.

Rachunki przedstawiane pacjentom otrzymującym zniżkę dla nieubezpieczonych będą zawierały kwotę brutto jako punkt wyjściowy dla odliczeń, zniżek i potrąceń.

Lista standardowych opłat jest przeznaczona tylko dla pacjentów, którzy nie mają ubezpieczenia. Każdy pacjent, który nie jest ubezpieczony, w momencie ustalania daty zwykłej wizyty, rejestracji wstępnej lub rejestracji w szpitalu będzie:

- a. Poinformowany o stawce *Medicare* przyjętej jako podstawa opłata za otrzymanie przyszłej usługi i poproszony o zapłatę z góry przy pomocy karty kredytowej, gotówki lub czeku.
- b. Jeżeli nie będzie mógł zapłacić z góry, otrzyma zalecenie, żeby umówić się na rozmowę z doradcą finansowym korporacji *Meridian Health* w celu ustalenia, czy kwalifikuje się on/ona do programu opieki rodzinnej New Jersey lub medycznej opieki charytatywnej. Takie osoby mogą być poproszone o zmianę daty wizyt dopóki proces sprawdzania/ rozpatrywania wniosku nie zostanie zakończony.

Każdy, kto uiszczy z góry szacunkową opłatę za operację dla pacjenta ambulatoryjnego, pacjenta pobytowego, wizytę na położnictwie lub usługę powtarzającą się, będzie poinformowany, że ta zapłata z góry uważana jest za opłatę szacunkową. Aktualne opłaty i obciążenia mogą się zmieniać w zależności od sytuacji indywidualnej i wyników klinicznych. Rachunek będzie sprawdzony przez księgowość pacjentów, a dodatkowa kwota do zapłacenia będzie ustalona na bazie stawek za usługę obowiązujących w *Medicare*.

## **VII. DZIAŁANIA PODEJMOWANE W CELU SZEROKIEGO ROZPROPAGOWANIA W SPOŁECZEŃSTWIE ZASAD UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ**

Chcąc zapewnić, że środowisko obsługiwane przez System jest poinformowane o programach pomocy finansowej/ opieki charytatywnej, na wszystkich rachunkach i listach z prośbą o zapłatę umieszczona jest widoczna informacja o tychże programach (włącznie z numerem telefonu, gdzie można zasięgnąć informacji o programie pomocy finansowej i procesie składania wniosku oraz adresem strony internetowej, gdzie znajdują się kopie programów pomocy finansowej, wnioski i tekst skrótu” Zasad” w języku uproszczonym).

Ogłoszenia o pomocy finansowej umieszczone są w oddziałach ratunkowych, centrach przypadków nagłych, oddziałach przyjęć i rejestracji oraz w biurach usług finansowych dla pacjentów, które znajdują się w każdym ośrodku. Kopie papierowe tych „Zasad”, skrót w języku uproszczonym (Patrz załącznik B.), oraz wnioski o pomoc finansową są dostępne we wszystkich tych miejscach. Wymienione wyżej materiały (także zasady fakturowania i ściągania zadłużeń) dostępne są w jęz. angielskim i we wszystkich innych językach, gdzie liczba osób nim mówiących osiągnęła próg na poziomie 1000 osób lub 5% populacji (przyjmując mniejszą z tych dwu liczb) środowiska obsługiwane przez każdy szpital należący do Systemu. Jednostki Systemu oferują usługi tłumaczy ustnych i pisemnych oraz zapewniają informacje pacjentom z problemami wzroku, mowy, słuchu lub upośledzeniem umysłowym w sposób spełniający ich potrzeby. Doradcy finansowi będą brali udział w programach dotarcia do środowiska, chcąc zapewnić, że możliwość otrzymania pomocy finansowej zgodnie z zasadami tu sprecyzowanymi jest szeroko znana w tych grupach populacji, w których istnieje największe prawdopodobieństwo potrzeby takiej pomocy finansowej. Skrót w języku uproszczonym jest dostępny i umieszczany w centrach środowiskowych, kościołach, miejscach zebrań publicznych i w czasie imprez środowiskowych.

Te “Zasady” (z włączeniem skrótu w języku uproszczonym), wniosek o pomoc finansową i zasady fakturowania oraz ściągania zadłużeń umieszczone są na stronie internetowej *Meridian Health* pod adresem: <http://www.meridianhealth.com/about->



[meridian/your-bill/index.aspx](http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx) i są dostępne za darmo na żądanie. Przewodnik zawiera informacje o wszystkich programach *Medicaid*, *SSI Medicaid*, opiece rodzinnej, o domniemanym spełnianiu kryteriów i medycznej opiece charytatywnej ze stanu New Jersey.

#### **VIII. ODDZIELNE, PISEMNE RACHUNKI I ZASADY ŚCIGAŃIA ZALEGŁYCH PŁATNOŚCI**

W przypadku niezapłaconej należności pacjent może być poddany różnym działaniom windykacyjnym, w tym środkom nadzwyczajnym, z zaangażowaniem prawa i procesu sądowego (jak np. wyroki sądowe, zajęcia sądowe i zajmowanie poborów). Więcej informacji znajduje się w publikacji *System's Policy on Extraordinary Collection Actions* (Polityka Systemu w sprawie nadzwyczajnych działań windykacyjnych). Kopia znajduje się pod adresem <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>.

#### **IX. URZĄD LUB ORGAN AUTORYTATYWNY DO WPROWADZANIA I PRZESTRZEGANIA ZASAD**

Rada powiernicza korporacji *Meridian Health* upoważniła wiceprezydenta ds. finansów i usług finansowych dla pacjentów do działania jako organ autorytatywny szpitala w kwestii wprowadzania i przestrzegania zasad i procedur.