

**CAPITAL HEALTH SYSTEM
PROGRAM PRZESTRZEGANIA PRZEPISÓW
ZASADY I PROCEDURY**

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TYTUŁ: Zasady ściągania opłat za usługi szpitalne szpitalne oraz wsparcia finansowego | | NR: CCP-FI-006 |
| ŹRÓDŁO POCHODZENIA: Dział przestrzegania przepisów | | DATA WEJŚCIA W ŻYCIE: 1 stycznia 2018 r. |
| ZATWIERDZENIA ZARZĄDU: _____ Dr Al Maghazehe, Prezes i Dyrektor Naczelny CHE _____ Stephen A. Miller, JD Główny specjalista ds. przestrzegania przepisów _____ Shane Fleming Starszy Wiceprezes i Dyrektor Finansowy | PERSONEL: Finanse Dostęp pacjenta Rozliczenia pacjentów | ZASTĘPUJE: CCP-FI-006 z 1 stycznia 2016 r. Strona: 1 z 14 |
| | ROZDZIELNIK: Capital Link – przestrzegania przepisów | |
| | | ZATWIERDZENIA KOMISJI: Komisja sterująca Zarządu ds. przestrzegania przepisów ZATWIERDZENIA PRZEZ ZARZĄD Rada Nadzorcza |

I. PRZEZNACZENIE

Ustanawianie standardów dotyczących uczciwego i sprawiedliwego rozliczania, egzekwowania oraz udzielania pomocy finansowej, odzwierciedlających status Capital Health Medical Center - Hopewell oraz Capital Health Regional Medical Center (razem „Capital Health”) jako organizacji pożytku publicznego, które świadczą opiekę zdrowotną realizując misję udostępniania wysokiej jakości opieki zdrowotnej mieszkańcom strefy swojego działania, niezależnie od możliwości finansowych.

II. FORMULARZE I ZAŁĄCZNIK

Poufny arkusz finansowy Capital Health

Lista usługodawców Capital Health

III. WYPOSAŻENIE I DOSTAWY

Brak

IV. ZASADY

W związku ze swoją Deklaracją celów, Capital Health oraz wszystkie istotnie powiązane podmioty zgodnie z definicją Urzędu Podatkowego USA, dbają o stosowanie uczciwych i sprawiedliwych metod rozliczania, które pozwalają traktować wszystkich pacjentów z godnością, szacunkiem i współczuciem. Capital Health zapewnia pomoc z zakresu medycyny ratunkowej, jak też zaspokaja inne niezbędne potrzeby zdrowotne wszystkich osób, niezależnie od ich możliwości finansowych, zgodnie ze swoimi zasadami medycyny ratunkowej (Zasady nr CCP-PC-002) oraz ustawy o pomocy ratunkowej i pracy najemnej (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA). Capital Health pomaga pacjentom, którzy nie są w stanie zapłacić za część lub całość otrzymanej pomocy medycznej, i czyni to w sposób zgodny z misją oraz wartościami Capital Health, biorąc przy tym pod uwagę możliwości finansowe wszystkich pacjentów.

Prosimy zapoznać się z Załącznikiem B, gdzie znajduje się lista wszystkich usługodawców z zakresu medycyny ratunkowej oraz innych niezbędnych medycznych świadczeń służby zdrowia w Capital Health Medical Center - Hopewell i Capital Health Regional Medical Center oraz sprawdzić, czy są oni objęci Zasadami pomocy finansowej („FAP”). Lista będzie sprawdzana i aktualizowana co kwartał.

V. SZEROKA DOSTĘPNOŚĆ

FAP, poufny arkusz finansowy Capital Health („Wniosek”) oraz Podsumowanie w prostym i zrozumiałym języku („PLS”) są dostępne w języku angielskim oraz w języku ojczystym populacji o ograniczonej znajomości języka angielskiego, która stanowi nie mniej niż 1000 osób lub 5 % społeczności w obrębie głównego obszaru świadczenia usług przez każdy ze

szpitali. Dołożone zostaną wszelkie starania na rzecz zapewnienia zrozumiałej dokumentacji FAP wszystkim pacjentom, których język ojczysty nie został uwzględniony w tłumaczeniach. PLS informuje o oferowanej przez szpital pomocy finansowej i o zasadach jej udzielania zawartych w FAP w jasnym, zwięzłym i łatwym do zrozumienia języku.

Capital Health stara się w miarę możliwości informować pacjentów o dostępności pomocy finansowej. W odpowiedzi na pytanie pacjenta o pomoc finansową personel poinformuje go, że pomoc jest dostępna pod warunkiem spełnienia wymogów określonych w niniejszych Zasadach i że aby uzyskać więcej informacji, pacjent lub lekarz powinni skontaktować się z Kierownikiem ds. kredytów i ściągania należności w Dziale rozliczeń pacjentów.

FAP, Wniosek i PLS będą wyraźnie udostępniane w następujący sposób:

- A. FAP, Wniosek oraz PLS są powszechnie dostępne w witrynie internetowej Capital Health: www.capitalhealth.org;
- B. FAP, Wniosek i PLS dostępne są na życzenie bezpłatnie w postaci drukowanej pocztą oraz są dostępne w miejscach publicznych w obrębie wszystkich szpitali (co najmniej na oddziałach ratunkowych oraz w izbach przyjęć), pod następującymi adresami:

Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, NJ 08638

- C. Informowanie i powiadamianie członków społeczności obsługiwanej przez każdy ze szpitali o FAP, w sposób umożliwiający dotarcie do tych członków społeczności, którzy pomocy finansowej najczęściej potrzebują;
- D. Powiadamianie i informowanie o FAP członków społeczności, którzy otrzymują opiekę medyczną w szpitalach poprzez:
 - 1. Proponowanie drukowanego egzemplarz PLS pacjentom podczas procedury przyjmowania;
 - 2. Dołączanie do wszystkich rachunków wyraźnego, pisemnego powiadomienia o dostępności pomocy finansowej;
 - 3. Umieszczenie w miejscach publicznych na terenie wszystkich szpitali widocznych informacji o dostępności pomocy finansowej dla pacjentów.

VI. PROGRAMY POMOCY FINANSOWEJ ORAZ KRYTERIA KWALIFIKACJI

A. Pacjenci nieubezpieczeni:

Pacjentem nieubezpieczonym jest osoba, która nie posiada ubezpieczenia pokrywającego niezbędne usługi medyczne i nie jest zakwalifikowana do żadnego z programów stanowych, federalnych ani lokalnych. Jeśli sytuacja pacjenta odpowiada definicji oraz kryteriom określonym poniżej w punktach „a” i „b”, pacjent kwalifikuje się do ulgi dla osoby nieubezpieczonej, co oznacza, że jego zobowiązanie nie przekroczy 115% refundacji przez Medicare (*NJ Public Law 2008, c.60*).

Ulga obliczana jest w następujący sposób:

1. Za leczenie szpitalne przyjmuje się 115% kwoty Medicare DRG; oraz
2. Za usługi w przychodni przyjmuje się 115% kwoty Medicare.

Pacjent nieubezpieczony musi spełniać następujące kryteria:

- a. Mieszkaniec New Jersey, kwalifikujący się do uzyskania pomocy zarówno w przypadkach nagłych, jak i w pozostałych.
- b. Obywatel Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, niezamieszkujący New Jersey kwalifikujący się wyłącznie do usług z zakresu w przypadkach nagłych.

Pacjent, który wypełnił Wniosek i zgodnie z niniejszymi zasadami kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej nie zostanie obciążony kosztami przekraczającymi ulgę dla osoby nieubezpieczonej lub kwotami naliczonymi za taką opiekę ogółem (patrz rozdział VII).

B. Program pomocy w opłatach za opiekę szpitalną w New Jersey („Opieka charytatywna”):

Opieka charytatywna jest bezpłatna lub ulgowa dla pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych we wszystkich szpitalach z oddziałami intensywnej terapii w stanie New Jersey.

Opieka charytatywna jest programem stanowym dostępnym dla mieszkańców New Jersey, którzy:

1. Nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, bądź ich ubezpieczenie pokrywa jedynie część rachunku;
2. Nie kwalifikują się do żadnego ubezpieczenia prywatnego ani publicznego; oraz
3. Spełniają stanowe kryteria zarówno dochodowe, jak i majątkowe.

Kryteria kwalifikacji dochodowej - pacjenci, których dochód rodzinny brutto jest mniejszy lub równy 200% wytycznych federalnych dot. ubóstwa („FPG”) kwalifikują się do 100% refundacji w ramach opieki charytatywnej. Pacjenci, których dochód rodzinny brutto przekracza 200%, lecz jest mniejszy bądź równy 300% FPG kwalifikują się do ulgi w ramach programu opieki charytatywnej. Kryteria kwalifikacji dochodowej oparte są na dochodzie bezpośrednio poprzedzającym datę świadczenia.

Kryteria kwalifikacji majątkowej - w celu zakwalifikowania majątek osobisty pacjenta nie może przekraczać 7500 USD, a majątek rodzinny nie może przekraczać 15000 USD w dniu otrzymania świadczenia. Na potrzeby niniejszego rozdziału, wszyscy członkowie rodziny, których majątek należy wziąć pod uwagę są osobami prawnie odpowiedzialnymi, jak określono w N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Uprawnienia do opieki bezpłatnej lub ulgowej zostaną określone przez Departament Zdrowia New Jersey w oparciu o kryteria dochodowe osób nieubezpieczonych.

C. Ulgi dla osób nieubezpieczonych:

Capital Health zapewnia ulgi dla wszystkich uprawnionych, nieubezpieczonych pacjentów, których nie stać na opłacenie całości lub części ich szpitalnego rachunku. Ulga ta jest dostępna dla pacjentów nieubezpieczonych spełniających poniższe kryteria dochodowe.

Kryteria kwalifikacji dochodowej - pacjenci, których dochód rodzinny brutto jest mniejszy lub równy 400% wytycznych federalnych dot. ubóstwa („FPG”) kwalifikują się do 100% refundacji. Pacjenci, których dochód rodzinny brutto przekracza 400%, lecz jest mniejszy bądź równy 600% FPG kwalifikują się do ulgi.

Bezpłatna opieka lub opłaty ulgowe zostaną obliczone przez podwojenie (2x) kwot ujętych w Kryteriach dochodowych osób nieubezpieczonych Departamentu Zdrowia New Jersey.

VII. KWOTY ZWYKLE NALICZANE („AGB”)

Zgodnie z Kodeksem podatkowym §501 (R) (5), w przypadku świadczeń ratunkowych bądź innej niezbędnej opieki medycznej, pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej w ramach FAP nie zostaną obciążeni kosztami wyższymi, niż osoba, która posiada ubezpieczenie obejmujące taką opiekę.

Capital Health oblicza należność za świadczenie na podstawie opłaty Medicare plus prywatnych ubezpieczycieli jako procent AGB (metoda „retrospektywna”) dla każdej ze swoich jednostek szpitalnych. Procent AGB obliczany jest corocznie na podstawie wszelkich roszczeń dopuszczonych przez Medicare i prywatnych ubezpieczycieli za opłatą w ciągu 12 miesięcy, podzielony przez sumę opłat brutto dla tych roszczeń. Obowiązujący procent AGB będzie stosowany do opłat brutto w celu określenia AGB.

Uzyskane procenty AGB przedstawiają się w następujący sposób:

Capital Health Regional Medical Center

- Usługi szpitalne – 9,57 %
- Usługi ambulatoryjne – 10,60 %

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Usługi szpitalne – 8,00 %
- Usługi ambulatoryjne – 13,29 %

Każdy pacjent upoważniony do uzyskania pomocy finansowej zostanie obciążony niższym AGB, lub zostanie przyznana ulga dostępna w ramach FAP.

VIII.SKŁADANIE WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ

- A. Osoby nieubezpieczone zostaną objęte ulgą, jak opisano w Części VI (A). Aby uzyskać ulgę, trzeba złożyć wniosek. Osoby nieubezpieczone mogą starać się o pomoc finansową, jak opisano w Części VIII (C).
- B. Pacjenci, którym przysługuje opieka charytatywna na podstawie ich dochodów, aby móc skorzystać ze wsparcia muszą złożyć wypełniony Wniosek o udział w programie pomocy opłat za leczenie szpitalne w stanie New Jersey (*New Jersey Hospital Assistance Program Application for Participation*).

Wniosek ten obejmuje dokumentację wymaganą przez rozdział na temat opieki charytatywnej Podręcznika usług szpitalnych N.J.A.C. 10:52. Do oceny uprawnień wymagane są następujące dokumenty:

1. Dowody tożsamości pacjenta oraz członków jego rodziny
Są to np.: prawo jazdy, karta ubezpieczenia społecznego, karta rejestracji cudzoziemca, akt urodzenia, paszport, wiza, dowód potwierdzający tożsamość wydany przez stan, itd.
2. Potwierdzenie zamieszkiwania w New Jersey w dniu uzyskania świadczenia Są to np. prawo jazdy, karta identyfikacyjna planu opieki społecznej, rachunek za dostawy komunalne, federalne lub stanowe zeznanie podatkowe lub zaświadczenie o pobieraniu zasiłku dla bezrobotnych (uwaga: pomoc w nagłych wypadkach nie wymaga stałego zamieszkania).
3. Potwierdzenie dochodu brutto
Mogą to być odcinki wypłat wynagrodzenia, W-2, zaświadczenie o pobieraniu zasiłku dla bezrobotnych, itd.

4. Oświadczenie dot. majątku na dzień świadczenia. Są to:
rzeczy łatwo wymienne na gotówkę, w tym: wyciągi z kont bankowych i inwestycyjnych, itp

Niekiedy może być wymagana dodatkowa dokumentacja w zależności od indywidualnych okoliczności dotyczących wnioskującego. Można się ubiegać o opiekę charytatywną w ciągu dwóch lat (730 dni) od daty świadczenia.

- C. Pacjenci uprawnieni do ulgi dla osoby nieubezpieczonej muszą złożyć wypełniony poufny arkusz finansowy Capital Health. W przypadku tego wniosku nie są wymagane żadne dodatkowe dokumenty.

Zazwyczaj pacjenci potrzebujący pomocy finansowej najpierw składają poufny arkusz finansowy. W oparciu o podane w nim informacje Dział kredytów i ściągania należności Capital Health poinformuje pacjenta o tym, czy jest uprawniony do uzyskania pomocy finansowej.

Po złożeniu wypełnionego wniosku członek personelu zajmującego się kredytami i ściąganiem należności sprawdzi wniosek w celu określenia, czy dana osoba kwalifikuje się do uzyskania pomocy. Pacjent lub osoba odpowiedzialna finansowo zostanie na piśmie poinformowana o wszelkich postanowieniach.

Jeśli Capital Health otrzyma niekompletny wniosek, do pacjenta lub osoby odpowiedzialnej finansowo skierowane zostanie pisemne zawiadomienie wyszczególniające dodatkowe informacje i dokumenty potrzebne do ustalenia uprawnień zgodnie z FAP. Pacjenci lub osoby odpowiedzialne finansowo będą miały okres pozostały do końca okresu składania wniosku (dwa lata lub 730 dni od daty świadczenia), lecz nie mniej niż 30 dni na to, aby złożyć wypełniony wniosek zawierający wszystkie dodatkowe informacje wymagane przez Capital Health. Dodatkowo, pacjenci otrzymają PLS.

Patrz Rozdział V, aby dowiedzieć się, gdzie na żądanie można bezpłatnie otrzymać wniosek.

IX. NALICZANIE I ŚCIAGANIE NALEŻNOŚCI

- A. Wszystkie osoby, na których spoczywa umowne zobowiązanie finansowe nałożone przez ubezpieczyciela, bądź które nie posiadają polis od odpowiedzialności cywilnej uważa się za pacjentów pokrywających pełną należność. Takim pacjentom zostaną zaoferowane informacje dotyczące pomocy finansowej w momencie rejestracji.
- B. Pacjenci pokrywający pełną należność otrzymają drogą pocztową serię cztery formularze zapłaty i jedno ponaglenie w ciągu 135 dni od daty pierwszego rachunku za opiekę. Ponaglenie musi zostać wysłane do pacjentów w okresie zapewniającym

minimum 30 dni na pokrycie zaległości zanim zostanie one przekazane firmie windykacyjnej. Powiadomienie to:

- będzie informować, że pomoc finansowa dostępna jest dla pacjentów, którzy zostali do niej zakwalifikowani;
- będzie zawierało numer telefonu, pod którym osoby te mogą uzyskać informacje na temat FAP oraz pomoc w procesie składania wniosku;
- będzie zawierało adres witryny internetowej organizacji, gdzie można uzyskać kopie FAP, Wniosku oraz PLS;
- będzie określać Nadzwyczajne środki ściągania należności („ECA”), z których osoba trzecia skorzysta w celu wszczęcia windykacji należności za opiekę;
- określi termin, po którym ECA wdroży swoje procedury (termin ten nie może być krótszy niż 30 dni od dnia dostarczenia powiadomienia); oraz
- dołączona zostanie kopia PLS.

Capital Health dołoży wszelkich starań, aby osoby te zostały ustnie powiadomione o FAP, a także o tym, w jaki sposób można uzyskać pomoc w procesie składania wniosku.

- C. Poza wysyłaniem formularzami zapłaty i ponaglenia, jeśli należna kwota przekracza 750,00 USD dział rozliczeń będzie dzwonił do takich osób w celu ściągnięcia zaległej należności.
- D. Jeśli spłata należności nie nastąpi w ciągu 135 dni, konto zostanie sklasyfikowane jako należność nieściągalna, a sprawa przekazana jednej z dwóch głównych, zewnętrznych firm windykacyjnych w zależności od nazwiska pacjenta (kolejność alfabetyczna).
- E. Główna firma windykacyjna ma 270 dni na obsługę. Pod koniec 270-dniowego okresu, jeśli należność nadal nie zostanie uregulowana, dłużnik zostanie przekazany firmie windykacyjnej drugiego wyboru. Wykorzystywana jest tylko jedna firma windykacyjna drugiego wyboru.
- F. Płatnik ma dwa lata (730 dni) od dnia świadczenia na złożenie wniosku o skorzystanie z pomocy finansowej.
- G. W przypadku złożenia kompletnego wniosku, Capital Health zadba o:
 - Zawieszenie działań ECA przeciwko pacjentowi;

- Określenie i udokumentowanie uprawnień w odpowiednim czasie;
 - Capital Health powiadomi pacjenta na piśmie o wyniku ustaleń oraz na jakiej podstawie ich dokonano, a także o sposobie określenia kwoty, jak również odnośnym oprocentowaniu AGB;
 - Ewentualnie dostarczony zostanie zaktualizowany wyciąg, na którym wskazana zostanie kwota zadłużenia pacjenta uprawnionego do FAP; oraz
 - Wszystkie wpłacone kwoty, które przekraczają wysokość zadłużenia pacjenta uprawnionego do FAP zostaną zwrócone (ewentualnie, o ile przekraczają kwotę 5 USD).
- H. W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku, Capital Health powiadomi pacjenta na piśmie wskazując, jakie dodatkowe informacje i dokumenty są potrzebne do dokonania oceny uprawnień do FAP. Strony trzecie zawieszają wszelkie czynności windykacyjne zmierzające do uzyskania zapłaty za opiekę do chwili określenia przez Capital Health uprawnień do FAP.
- I. Firma windykacyjna drugiego wyboru jest jedyną firmą upoważnioną do korzystania ze środków prawnych w stosunku do rachunku sklasyfikowanego jako dług nieściągalny. Oprócz rachunków, względem których ta firma windykacyjna podjęła czynności prawne, firma ta ma również 270 dni na obsługę.
- J. Na koniec 270-dniowego okresu, w ramach którego działała firma windykacyjna, rachunek zostaje automatycznie zwrócony przez system księgowania pacjentów i zostanie mu przypisany kod „TB”.
- K. Rachunek posiadający kod agencji TB gwarantuje obecność w cyklu ściągania należności od 135 dni za pośrednictwem głównej firmy windykacyjnej w ciągu 270 dni oraz firmy windykacyjnej drugiego wyboru przez kolejne 270 dni.
- L. Wszystkie rachunki traktowane są w ten sam sposób niezależnie od płatnika.
- Gdy pacjent oznajmi, iż nie jest w stanie, bądź ma trudności w zaspokojeniu zobowiązań finansowych względem Capital Health dotyczących opieki, Capital Health wraz z takim pacjentem ustali, czy dostępna jest pomoc finansowa, która pokryje zobowiązania pacjenta. Pomoc finansowa może obejmować:
- A. Ustalenie rozsądnego planu spłaty, który nie będzie przekraczał pozostałego okresu cyklu płatności przed przekazaniem sprawy głównej firmie windykacyjnej;

- B. Określenie pomocy finansowej dostępnej dzięki programom takim, jak Medicaid, Opieka Charytatywna bądź innym organizacjom charytatywnym stron trzecich;
- C. Częściowa ulga lub całkowite zwolnienie z opłat za opiekę nad pacjentem, zgodnie z postanowieniami i warunkami niniejszych zasad.

Capital Health wymaga od firm windykacyjnych przestrzegania tych zasad. Aby ułatwić przestrzeganie tych zasad, Capital Health dokonała ustaleń z firmami windykacyjnymi, od których wymaga:

- A. Powstrzymania się od wszelkich czynności, które naruszają Ustawę o uczciwych praktykach dot. ściągania należności (15 U.S.C. rozdział 1692 i nast.).
- B. Potwierdzenie ze strony firmy windykacyjnej dotyczące działalności i misji pożytku publicznego Capital Health oraz zgoda na powstrzymywanie się od praktyk w zakresie ściągania należności, które są sprzeczne z tym statusem bądź naruszają niniejsze zasady.

Capital Health podejmuje kroki prawne wyłącznie w celu zaspokojenia zobowiązań finansowych pacjenta, gdy istnieje uzasadnione przypuszczenie, że dochody i majątek pacjenta bądź osoby odpowiedzialnej pozwoli bez nadmiernych trudności uregulować należność. Capital Health nie dąży do sprzedaży ani egzekucji podstawowego miejsca zamieszkania pacjenta w celu zaspokojenia jego zobowiązań finansowych.

X. ŹRÓDŁA

Amerykański Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej, Biuro Inspektora Gneralnego, Wytyczne przestrzegania przepisów dla Szpitali, marzec 1998 r.
Oświadczenie Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali oraz Stowarzyszenia Szpitali w New Jersey w sprawie zasad i wytycznych związanych z naliczaniem i ściąganiem należności
Projekt ustawy Zgromadzenia stanu New Jersey nr A 2609

ZAŁĄCZNIK A

**CAPITAL HEALTH
POUFNY ARKUSZ FINANSOWY**

DATA USŁUGI _____

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

ADRES: _____

TELEFON: _____

OSOBA ODPOWIEDZIALNA _____

ADRES: _____

MIEJSCE ZATRUDNIENIA

PACJENT: _____

RODZIC/MALŻONEK: _____

RODZIC/MALŻONEK: _____

WIELKOŚĆ RODZINY

LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM: _____

INNE OSOBY NA UTRZYMANIU: _____

DOCHÓD MIESIĘCZNY (TYLKO W DNIU USŁUGI)

DOCHÓD PACJENTA _____

DOCHÓD MAŁŻONKA/MALŻONKI _____

DOCHÓD OJCA (JEŚLI PT JEST NIELETNI) _____

DOCHÓD MATKI (JEŚLI PT JEST NIELETNI) _____

ALIMENTY _____

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE _____

EMERYTURA _____

SSI/NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ _____

KARTKI ŻYWNOŚCIOWE _____

INNY DOCHÓD

() TAK _____

() NIE _____

CAŁKOWITY DOCHÓD MIESIĘCZNY _____

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i dokładne oraz że niniejszy wniosek składam w celu umożliwienia Capital Health ocenę moich uprawnień do obniżonych kosztów leczenia z powodu braku środków finansowych na ich pokrycie. Jeśli którakolwiek z podanych przeze mnie informacji okaże się nieprawdziwa, rozumiem, że Capital Health może dokonać ponownej oceny mojego statusu finansowego i podjąć działania niezbędne do ściągnięcia należności na moim koncie.

PACJENT, RODZIC LUB OPIEKUN PRAWNY:

(Imię i nazwisko czytelnie)

(Podpis)

(Data)

Załącznik B

Lista usługodawców Capital Health

Poniższe grupy nie są objęte Zasadami pomocy finansowej Capital Health:

Grupa Medyczna Capital Health Grupa Capital Health Wielu Specjalności

Wymienione poniżej zakresy usług rozliczane przez pracowników służby zdrowia nie są objęte Zasadami pomocy finansowej Capital Health:

Profesjonalne usługi anestezyjologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu torakochirurgii oraz chirurgii naczyniowej
Profesjonalne usługi z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego
Profesjonalne usługi z zakresu intensywnej terapii
Profesjonalne usługi stomatologiczne
Profesjonalne usługi dermatologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu medycyny ratunkowej
Profesjonalne usługi endokrynologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu medycyny rodzinnej
Profesjonalne usługi gastroenterologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu chirurgii ogólnej
Profesjonalne usługi z zakresu hematologii/onkologii
Profesjonalne usługi hepatologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu chorób zakaźnych
Profesjonalne usługi z zakresu medycyny wewnętrznej
Profesjonalne usługi nefrologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu neurochirurgii
Profesjonalne usługi neurologiczne
Profesjonalne usługi położnicze i ginekologiczne
Profesjonalne usługi okulistyczne
Profesjonalne usługi z zakresu chirurgii twarzowo-szczękowej
Profesjonalne usługi ortopedyczne
Profesjonalne usługi otolaryngologiczne
Profesjonalne usługi z zakresu patologii
Profesjonalne usługi z zakresu chirurgii dziecięcej
Profesjonalne usługi z zakresu pediatrii
Profesjonalne usługi z zakresu chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej
Profesjonalne usługi z zakresu pediatrii
Profesjonalne usługi z zakresu psychiatrii
Profesjonalne usługi z zakresu psychologii
Profesjonalne usługi z zakresu pulmonologii
Profesjonalne usługi z zakresu radioterapii
Profesjonalne usługi z zakresu radiologii
Profesjonalne usługi z zakresu rehabilitacji medycznej
Profesjonalne usługi z zakresu reumatologii
Profesjonalne usługi dotyczące klatki piersiowej
Profesjonalne usługi z zakresu urologii
Profesjonalne usługi dotyczące chorób naczyniowych