

Status

W toku

Stat ID

19438919



capitalhealth

Ostatnie
zatwierdzenie

Nd.

Obowiązuje

Data

Zatwierdzenie

Ostatnia aktualizacja

Grudzień 2025

Następna aktualizacja

Za 3 lata

zatwierdzenie

Właściciel Layne Gambol:

Szanowny Pacjencie
KontaZakres Korporacja
Polityka
zgodności

Odniesienie CCP-FI-006

Polityka ściągania należności szpitalnych i pomocy finansowej

I. CEL

Ustanowienie standardów uczciwych i sprawiedliwych praktyk w zakresie rozliczeń, windykacji należności i pomocy finansowej, które odzwierciedlają status firmy Capital Health Medical Center– Hopewell i Capital Health Regional Medical Center (zwanymi łącznie „Capital Health”) jako niekomercyjnego usługodawcy w zakresie opieki zdrowotnej oraz promują jej misję zapewniania dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej mieszkańcom obszaru, na którym świadczy usługi, niezależnie od ich zdolności płatniczej.

II. FORMULARZE/ZAŁĄCZNIK

Poufny arkusz finansowy Capital Health

Wykaz świadczeniodawców Capital Health

III. SPRZĘT/MATERIAŁY

Brak

IV. POLITYKA

Zgodnie ze swoją misją firma Capital Health oraz każdy podmiot powiązany w istotny sposób, zgodnie z definicją wewnętrznych przychodów, stosuje uczciwe i sprawiedliwe praktyki rozliczeniowe, traktując wszystkich pacjentów z godnością, szacunkiem i współczuciem. Firma Capital Health zaspokaja potrzeby wszystkich w zakresie opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach oraz inne niezbędne potrzeby medyczne, niezależnie od możliwości finansowych, zgodnie z polityką Capital Health dotyczącą opieki doraźnej (nr polisy CCP-PC-002) oraz ustawą o ratownictwie i położnictwie (EMTALA). Firma Capital Health ułatwia świadczenie pomocy pacjentom, którzy nie są w stanie pokryć części lub całości kosztów opieki, jaką otrzymują, w sposób zgodny z misją i wartościami Capital Health, a także biorąc pod uwagę zdolność każdej osoby do pokrycia kosztów swojej opieki.

Należy zapoznać się z listą wszystkich świadczeniodawców świadczących usługi opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach lub inne usługi opieki zdrowotnej niezbędne ze względów medycznych w Capital Health Medical Center- Hopewell i Capital Health Regional Medical Center, a także sprawdzić, czy są oni objęci Polityką pomocy finansowej („FAP”). Niniejsza lista będzie przeglądana kwartalnie i w razie potrzeby aktualizowana.

V. SZEROKA PUBLIKACJA

FAP, poufny arkusz finansowy Capital Health („Wniosek”) oraz podsumowanie w prostym języku („PLS”) są dostępne w języku angielskim oraz w podstawowym języku populacji o ograniczonej znajomości języka angielskiego, które stanowią mniejszą z następujących liczb: 1000 osób lub 5% społeczności obsługiwanej przez główny obszar świadczenia usług przez każdą placówkę szpitalną. Dołożymy wszelkich starań, aby zapewnić czytelną komunikację dokumentów FAP z pacjentami, których język ojczysty nie znajduje się wśród dostępnych tłumaczeń. PLS to pisemne oświadczenie informujące osobę zainteresowaną o tym, że szpital oferuje pomoc finansową. Oświadczenie to zawiera również informacje dotyczące FAP w języku przejrzystym, zwięzłym i łatwym do zrozumienia.

Firma Capital Health podejmuje wszelkie możliwe działania, aby informować pacjentów o potencjalnej dostępności pomocy finansowej. Gdy pacjent zapyta o pomoc finansową, personel poinformuje go, że pomoc finansowa może być dostępna, ale tylko na podstawie kryteriów określonych w niniejszej polityce oraz że w celu uzyskania dalszych informacji pacjent lub lekarz powinien skontaktować się z Kierownikiem Działu Kredytów i Windykacji w Dziale Rozliczeń Pacjentów.

FAP, Wniosek i PLS będą publikowane w następujący sposób:

- A. FAP, Wniosek i PLS są publicznie dostępne na stronie internetowej Capital Health:
www.capitalhealth.org;
- B. Kopie papierowe FAP, Wniosku i PLS są dostępne na żądanie bezpłatnie, pocztą oraz w punktach publicznych każdej placówki szpitalnej (co najmniej na izbie przyjęć i w izbie 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. Należy informować i zawiadamiać członków społeczności korzystających z usług poszczególnych placówek szpitalnych o programie FAP w sposób, który dotrze do tych członków społeczności, którzy najprawdopodobniej będą potrzebować pomocy finansowej;
- D. Powiadomić i poinformować członków korzystających z opieki szpitalnej o FAP poprzez:
 1. Oferowanie pacjentom hospitalizowanym papierowej kopii PLS w ramach procesu przyjęcia;
 2. W tym zapewnienie widocznej pisemnej informacji na wszystkich rachunkach informujących pacjentów o dostępności pomocy finansowej;
 3. Umieszczenie w widocznych miejscach publicznych w każdym szpitalu znaków informujących pacjentów o dostępności pomocy finansowej.

VI. PROGRAMY POMOCY FINANSOWEJ I KRYTERIA KWALIFIKACJI

A. Pacjenci nieubezpieczeni:

Pacjent nieubezpieczony to taki, który nie posiada ubezpieczenia obejmującego niezbędne usługi medyczne i nie kwalifikuje się do żadnych programów stanowych, federalnych ani lokalnych. Jeżeli pacjent spełnia tę definicję i kryteria określone w punktach „a” i „b” poniżej, będzie uprawniony do oferowanej przez państwo zniżki dla osób nieubezpieczonych, która dostosuje jego odpowiedzialność do kwoty nie większej niż 115% zwrotu kosztów przez Medicare (*Prawo publiczne stanu New Jersey z 2008 r., rozdz. 60*). Aby skorzystać ze zniżki nie trzeba składać wniosku.

Zniżka ta obliczana jest w następujący sposób:

1. W przypadku wszystkich usług stacjonarnych należy wykorzystać 115% kwoty DRG Medicare;
2. W przypadku wszystkich usług niestacjonarnych należy wykorzystać 115% kwoty Medicare;

Capital Health zastrzega sobie prawo do stosowania zniżek na zasadzie równości, w zależności od indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta.

B. Program pomocy w opłacaniu kosztów opieki szpitalnej w New Jersey („Opieka charytatywna”):

Opieka charytatywna to bezpłatna lub objęta obniżoną opłatą opieka dostępna dla pacjentów, którzy otrzymują świadczenia szpitalne i ambulatoryjne w szpitalach opieki doraźnej w całym stanie New Jersey.

Opieka charytatywna to program stanowy dostępny dla mieszkańców New Jersey, którzy:

1. Nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego lub posiadają ubezpieczenie pokrywające tylko część rachunku;
2. Nie kwalifikują się do żadnego ubezpieczenia prywatnego lub sponsorowanego przez rząd oraz
3. Spełniają kryteria kwalifikowalności dotyczące dochodów i majątku ustalone przez Stan.

Kryteria kwalifikowalności dochodowej – Pacjenci, których dochód brutto rodziny jest niższy lub równy 200% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa („FPG”), kwalifikują się do 100% pokrycia kosztów opieki charytatywnej. Pacjenci, których dochód rodzinny brutto wynosi ponad 200%, ale nie więcej niż 300% FPG, kwalifikują się do opieki ze zniżką w ramach programu opieki charytatywnej. Kryteria kwalifikowalności do świadczeń opierają się na dochodzie bezpośrednio poprzedzającym datę świadczenia.

Kryteria kwalifikowalności majątkowej – Majątek pacjenta nie może przekraczać kwoty 7500 USD, a majątek jego rodziny nie może przekraczać kwoty 15 000 USD w dniu udzielenia świadczenia, aby kwalifikować się do świadczenia.

Na potrzeby niniejszej części członkowie rodziny, których majątek należy wziąć pod uwagę, są osobami prawnie odpowiedzialnymi zgodnie z definicją zawartą w NJAC 10:52-11.8(a).

Bezpłatna opieka lub częściowe pokrycie kosztów zostaną określone na podstawie kryteriów dotyczących dochodów nieubezpieczonych ustalonych przez Departament Opieki Zdrowotnej stanu New Jersey.

C. Zniżka dla zbyt nisko ubezpieczonych:

Capital Health oferuje zniżki wszystkim uprawnionym pacjentom o niewystarczającym ubezpieczeniu, których nie stać na pokrycie całości lub części rachunku szpitalnego. Ta zniżka przysługuje pacjentom posiadającym niedostateczne ubezpieczenie i spełniającym następujące kryteria dochodowe.

Kryteria kwalifikowalności dochodowej - Pacjenci, których dochód brutto rodziny jest niższy lub równy 400% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa („FPG”), kwalifikują się do 100% pokrycia kosztów. Pacjenci, których dochód rodzinny brutto wynosi ponad 400%, ale nie więcej niż 600% FPG, kwalifikują się do opieki ze zniżką.

Bezpłatna opieka lub częściowe pokrycie kosztów zostaną określone poprzez podwojenie (2x) kwot uwzględnionych w kryteriach dochodu nieubezpieczonego ustalonych przez Departament Opieki Zdrowotnej stanu New Jersey.

VII. KWOTY OGÓLNIE FAKTUROWANE („AGB”)

Zgodnie z paragrafem 501(r)(5) Kodeksu przychodów wewnętrznych, w przypadku nagłej potrzeby lub innej opieki medycznej niezbędnej pacjentowi kwalifikującemu się do pomocy finansowej w ramach niniejszego FAP nie będą obciążani większymi opłatami niż osoba posiadająca ubezpieczenie obejmujące taką opiekę.

Firma Capital Health wykorzystała metodę retrospektywną, opłatę za usługę Medicare i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych, aby obliczyć procent AGB dla każdej ze swoich placówek szpitalnych. Procent AGB oblicza się corocznie na podstawie wszystkich roszczeń rozpatrzonych w ramach opłat za usługi Medicare i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych w okresie poprzednich 12 miesięcy, podzielonych przez sumę powiązanych opłat brutto za te roszczenia. W celu ustalenia stawki AGB do opłat brutto zostanie zastosowana obowiązująca stawka AGB.

Wynikowe procenty AGB przedstawiają się następująco:

Capital Health Regional Medical Center

- Świadczenia szpitalne – 6,25%
- Świadczenia ambulatoryjne – 9,72%

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Świadczenia szpitalne – 5,95%
- Świadczenia ambulatoryjne – 7,91%

Każdy pacjent kwalifikujący się do pomocy finansowej będzie zawsze obciążany stawką AGB lub dowolną stawką rabatową dostępną w ramach niniejszej Umowy o pomocy finansowej, w zależności od tego, która kwota jest niższa.

VIII. METODA UBIEGANIA SIĘ O POMOC FINANSOWĄ – OPIEKA CHARYTATYWNA I OSOBY NIEDOSTATECZNIE UBEZPIECZONE

OSOBY NIEDOSTATECZNIE UBEZPIECZONE

- A. Pacjenci spełniający kryteria kwalifikowalności do opieki charytatywnej muszą złożyć wypełniony Wniosek o udział w Programie Pomocy Szpitalnej New Jersey.

Niniejszy wniosek obejmuje określoną dokumentację wymaganą zgodnie z częścią dotyczącą opieki charytatywnej w podręczniku usług szpitalnych NJAC 10:52. Do rozpatrzenia kwalifikacji wymagany jest następujący dokument:

1. Prawidłowe dokumenty tożsamości pacjenta i rodziny:
Akceptowane są: prawo jazdy, karta ubezpieczenia społecznego, karta rejestru cudzoziemców, akt urodzenia, paszport, wiza, wydany przez państwo dokument tożsamości itp.
2. Dowód zamieszkania w stanie New Jersey w dniu świadczenia usługi: Może to być dowolny z następujących dokumentów: prawo jazdy, karta identyfikacyjna programu opieki społecznej, rachunek za media, federalne zeznanie podatkowe, stanowe zeznanie podatkowe lub oświadczenie o zasiłku dla bezrobotnych (uwaga: opieka doraźna stanowi wyjątek od wymogu zamieszkania).
3. Dowód dochodu brutto:
Mogą to być m.in. odcinki wypłat, formularze W-2, wyciągi z zasiłku dla bezrobotnych itp.
4. Dowód majątku na dzień świadczenia usługi:
Są to informacje, które można łatwo przeliczyć na gotówkę. Należą do nich wyciągi bankowe, sprawozdania inwestycyjne itp.

Czasami, w zależności od okoliczności konkretnego wnioskodawcy, może być wymagana dodatkowa dokumentacja. Osoba może ubiegać się o opiekę charytatywną w ciągu dwóch lat (730 dni) od daty skorzystania z usługi.

- B. Pacjenci spełniający kryteria kwalifikowalności do zniżki dla osób niedostatecznie ubezpieczonych muszą przesłać wypełniony poufny arkusz finansowy Capital Health, aby rozpatrzyć ich wniosek o zniżkę. Nie są wymagane żadne dodatkowe dokumenty wraz z tym zgłoszeniem.

Zazwyczaj pacjenci potrzebujący pomocy finansowej składają poufny arkusz finansowy. Na podstawie podanych informacji Dział Kredytowy i Windykacji Capital Health poinformuje pacjenta, czy może on kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej.

Po złożeniu kompletnego Wniosku, pracownik Działu Kredytowego i Windykacji dokona jego przeglądu w celu ustalenia kwalifikowalności finansowej. Pacjenci lub osoby odpowiedzialne finansowo zostaną powiadomieni pisemnie o wszystkich ustaleniach. Capital Health zastrzega sobie prawo do stosowania zniżek na zasadzie równości, w zależności od indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta.

Jeżeli firma Capital Health otrzyma niekompletny Wniosek, pacjent lub osoba odpowiedzialna finansowo zostanie powiadomiona na piśmie, w którym podane zostaną dodatkowe informacje i/lub

dokumenty niezbędne do ustalenia kwalifikowalności do FAP. Pacjenci lub osoby odpowiedzialne finansowo będą mieli 30 dni lub liczbę dni pozostałych w Okresie składania wniosków (dwa lata lub 730 dni od daty świadczenia usługi), w zależności od tego, która z tych wartości jest większa, na złożenie kompletnego Wniosku, w tym wszelkich dodatkowych informacji wymaganych przez Capital Health. Ponadto pacjenci otrzymają PLS.

Informacje na temat tego, gdzie Wniosek jest dostępny bezpłatnie i na żądanie, można znaleźć w Części V.

IX. PRAKTYKI DOTYCZĄCE ROZLICZEŃ I WINDYKACJI

- A. Wszyscy pacjenci, na których ciąży umowna odpowiedzialność finansowa wobec ubezpieczyciela lub którzy nie mają ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobom trzecim, są uważani za pacjentów płacących z własnych środków. Pacjentom tym zostaną przedstawione informacje na temat pomocy finansowej w momencie rejestracji.
- B. Pacjenci płacący z własnych środków otrzymują serię czterech przesyłek z danymi i jedno pilne powiadomienie w ciągu 135 dni od daty pierwszego rachunku za opiekę. Niniejsze pilne powiadomienie musi zostać wysłane do pacjentów, podając im co najmniej 30 dni na uregulowanie zaległej należności, zanim dług zostanie przekazany agencji windykacyjnej. Powiadomienie będzie:
- wskazywać, że kwalifikującym się pacjentom przysługuje pomoc finansowa;
 - zawierać numer telefonu, pod którym osoby mogą uzyskać informacje na temat FAP i pomoc w procesie składania wniosku;
 - zawierać adres strony internetowej organizacji, na której można uzyskać kopie FAP, wniosku i PLS;
 - określać Nadzwyczajne Działania Windykacyjne („ECA”), które instytucja trzecia zamierza podjąć w celu uzyskania płatności za opiekę;
 - określać termin, po upływie którego takie działania windykacyjne mogą zostać wszczęte (termin ten nie może przypadać wcześniej niż 30 dni od daty przekazania zawiadomienia) oraz
 - zawierać kopię PLS.

Capital Health dołoży wszelkich starań, aby ustnie powiadomić osoby o FAP i o tym, w jaki sposób dana osoba może uzyskać pomoc w procesie składania wniosku.

- C. Oprócz rozsyłania danych pocztą i pilnych powiadomień, dział rozliczeń pacjentów kontaktuje się telefonicznie z klientami, których saldo przekracza 750,00 USD, aby spróbować uregulować zaległe należności. W przypadku wystąpienia nieprzewidzianych okoliczności, dołożymy wszelkich starań, aby nawiązać połączenie telefoniczne, jednak nie możemy tego zagwarantować. Przykłady takich okoliczności to przerwa w dostawie energii lub pandemia.
- D. Jeżeli zobowiązanie z tytułu samodzielnej zapłaty nie zostanie uregulowane w ciągu 135 dni, konto zostaje uznane za nieściągalne i przekazane do jednej z dwóch zewnętrznych głównych agencji windykacyjnych, zależnie od nazwiska pacjenta (podział alfabetyczny).
- E. Główna agencja windykacyjna ma 270 dni na rozpatrzenie sprawy. Jeśli po upływie 270 dni nadal występuje niezapłacona kwota, konto jest automatycznie przejmowane i przekazywane do innej agencji windykacyjnej. Korzystamy tylko z usług jednej dodatkowej agencji windykacyjnej.

- F. Osoba ma dwa lata (730 dni) od daty świadczenia usług na złożenie wniosku o pomoc finansową.
- G. W przypadku otrzymania kompletnego wniosku Capital Health zapewni, że zostaną wykonane następujące czynności:
- Postępowania egzekucyjne przeciwko pacjentowi zostaną zawieszone;
 - Decyzja o kwalifikowalności zostanie podjęta i udokumentowana w odpowiednim czasie;
 - Capital Health powiadomi pacjenta na piśmie o ustaleniu i podstawie ustalenia, sposobie ustalenia kwoty oraz mającym zastosowanie procencie AGB;
 - Zostanie wystawione zaktualizowane zestawienie rachunków, które będzie wskazywać kwotę należną od pacjenta kwalifikującego się do programu FAP (jeśli ma to zastosowanie) oraz
 - Wszelkie nadwyżki kwot należnych od pacjenta uprawnionego do programu FAP zostaną zwrócone w odpowiedniej wysokości (jeśli ma to zastosowanie i przekraczają kwotę 5 USD).
- H. W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku Capital Health prześle pacjentowi pisemne powiadomienie zawierające opis dodatkowych informacji lub dokumentacji wymaganej do ustalenia kwalifikowalności do programu FAP. Instytucje trzecie wstrzymają wszelkie działania windykacyjne mające na celu uzyskanie płatności za opiekę do momentu, aż Capital Health ustali kwalifikowalność do FAP.
- I. Agencja windykacyjna jest jedyną agencją uprawnioną do dochodzenia roszczeń na drodze prawnej w przypadku konta objętego należnościami nieściągalną. Oprócz wszelkich kont, których windykacja jest prowadzona na drodze prawnej przez agencję windykacyjną, agencja windykacyjna ma również 270 dni na rozpatrzenie sprawy.
- J. Po upływie 270 dni od daty rozliczenia z agencją dodatkową konto jest automatycznie przejmowane przez system rozliczeń pacjentów i przypisywany jest mu kod agencji „TB” (Take back).
- K. Konto z kodem agencji TB ma gwarancję, że znajdowało się w cyklu windykacji należności przez 135 dni, w głównej agencji windykacyjnej przez 270 dni i w dodatkowej agencji windykacyjnej przez kolejne 270 dni.
- L. Wszystkie konta traktowane są tak samo, niezależnie od płatnika.

Gdy pacjent wykaże brak możliwości lub trudność w wywiązaniu się ze zobowiązań finansowych wobec Capital Health związanych z opieką, Capital Health będzie współpracować z pacjentem w celu ustalenia, czy istnieje możliwość uzyskania pomocy finansowej na wywiązanie się ze zobowiązań pacjenta. Pomoc finansowa może obejmować:

- A. Ustalenie rozsądnego planu płatności, nieprzekraczającego liczby dni pozostałych w cyklu rozliczeniowym przed skierowaniem sprawy do głównej agencji windykacyjnej;
- B. Identyfikacja pomocy finansowej dostępnej w ramach programów takich jak Medicaid, Charity Care lub innej organizacji charytatywnej;
- C. Częściowa zniżka lub całkowite zwolnienie z opłat związanych z opieką nad pacjentem zgodnie z warunkami niniejszej polisy.

Capital Health wymaga od swoich agencji windykacyjnych przestrzegania tej polityki. Aby ułatwić przestrzeganie niniejszej polityki, Capital Health uwzględni w swoich ustaleniach z agencjami windykacyjnymi:

- A. Wymagania, zgodnie z którymi agencja windykacyjna powinna powstrzymać się od wszelkich działań naruszających ustawę o uczciwych praktykach windykacyjnych (15 USC, sekcja 1692 i następne).

- B. Agencja windykacyjna potwierdza, że Capital Health jest organizacją non-profit i realizuje swoją misję, a także zobowiązuje się do powstrzymania się od praktyk windykacyjnych, które są sprzeczne z tym statusem lub naruszają niniejszą politykę.

Capital Health podejmuje kroki prawne w celu uzyskania zaspokojenia zobowiązań finansowych pacjenta wyłącznie wtedy, gdy istnieją uzasadnione podstawy, by sądzić, że pacjent lub strona odpowiedzialna ma dochody i/lub aktywa wystarczające do zaspokojenia zobowiązania bez nadmiernych trudności. Capital Health nie dąży do sprzedaży ani zajęcia głównego miejsca zamieszkania pacjenta w celu uregulowania jego zobowiązań finansowych.

X. DOKUMENTY ODNIESIENIA

United States Department of Health and Human Service, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, March 1998

American Hospital Association and New Jersey Hospital Association Statement of Principles and Guidelines for Hospital Billing and Collection Practices

New Jersey Assembly Bill, A 2609

Podpisy

Etap	Zatwierdzający	Data
Zatwierdzenie przez Dyrektora Finansowego	Shane Fleming: Dyrektor Finansowy	W toku
Zatwierdzenie przez Dyrektora ds. zgodności	Laura McGuire: Dyrektora ds. zgodności	Grudzień 2025
Właściciel polityki	Layne Gambol: Dyrektor ds. kont pacjentów	Grudzień 2025

Normy

Z niniejszym dokumentem nie są powiązane żadne normy