Rozliczanie i windykacja należności za usługi szpitala Northern Light Health (8/28/2026)

DEFINICJE

Ogólnie fakturowana kwota (Amount Generally Billed, AGB): Ogólnie fakturowana kwota za opiekę w nagłych przypadkach lub inną opiekę medyczną niezbędną dla osób posiadających ubezpieczenie pokrywające taką opiekę. Northern Light Health corocznie oblicza AGB dla każdego ze szpitali będących członkiem organizacji. Northern Light Health może stosować metodę regresywną lub prospektywną do obliczania AGB, zgodnie z decyzją każdego szpitala będącego członkiem organizacji.

- Zgodnie z metodą regresywną Northern Light Health oblicza AGB, biorąc pod uwagę łączną kwotę płatności, jaką szpital będący członkiem organizacji otrzymał ze wszystkich planów komercyjnych i Medicare w poprzednim roku fiskalnym szpitala będącego członkiem organizacji, a następnie dzieląc tę kwotę przez całkowite opłaty szpitalne za usługi świadczone beneficjentom w ramach tych planów komercyjnych i Medicare w tym samym okresie.
- Zgodnie z metodą prospektywną Northern Light Health ustala AGB, szacując kwotę, jaką program Medicare fee-for-service (opłata za usługę) lub Medicaid przyznałby na opiekę w nagłych przypadkach lub inną medycznie niezbędną opiekę, stosując te same procesy kodowania i rozliczeń, jakie szpital zastosowałby, gdyby pacjent był beneficjentem programu Medicare lub Medicaid. Kwota AGB w przypadku tej metody obejmuje zarówno płatność ubezpieczyciela, jak i zobowiązania pacjenta do udziału w kosztach, takie jak kwoty odliczeń, współubezpieczenie i dopłaty.

Bezpłatny opis sposobu obliczania AGB przez Northern Light Health, a także obowiązującego AGB dla konkretnego szpitala będącego członkiem Northern Light Health, jest dostępny na żądanie lub na stronie internetowej http://northernlighthealth.org/billing-help

Okres składania wniosków: Okres, w którym szpital będący organizacją członkiem Northern Light Health musi przyjąć i przetworzyć wniosek o pomoc finansową zgodnie z Polityką pomocy finansowej (Financial Assistance Policy, FAP). Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu, w którym szpital będący członkiem Northern Light Health zapewni opiekę danej osobie i kończy się nie wcześniej niż 240 dni od daty wystawienia faktury za opiekę po wypisie ze szpitala lub:

- w przypadku osoby, co do której szpital będący członkiem Northern Light Health wstępnie ustalił, że kwalifikuje się ona do uzyskania pomocy w zakresie mniejszym niż najszerszy dostępny jej wymiar (zgodnie z opisem w Sekcji VIII(A)(1)(a)) – z upływem uzasadnionego terminu na dostarczenie przez tę osobę dodatkowych informacji w celu uzyskania pomocy w szerszym zakresie.
- w przypadku osoby, którą szpital będący członkiem Northern Light Health powiadomił o planowanym działaniu windykacyjne ECA (zgodnie z opisem w Sekcji VIII(A)(1)(b)(i) niniejszej Polityki) – w terminie wskazanym w pisemnym zawiadomieniu skierowanym do tej osoby.

Salda kredytowe: Kwota ujemna na rachunku należności, która może być nadpłatą (skutkującą zwrotem pieniędzy lub przeniesieniem otwartego salda pacjenta) bądź błędnie skorygowane saldo (skutkujące anulowaniem kodu korekty).

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

Opieka w nagłych przypadkach:

- Osoba zgłasza się na Oddział Ratunkowy i prosi o przeprowadzenie badania lub leczenie w związku z jakimś schorzeniem; lub
- Pacjent jest leczony w oddziale lub placówce medycznej, która jest publicznie prezentowana (za pomocą nazwy, tablic, reklamy lub innych środków) jako miejsce, w którym udzielana jest pomoc w nagłych przypadkach medycznych w trybie pilnym, bez konieczności umawiania się na wcześniejszą wizytę (np. w centrum opieki doraźnej, na oddziale położniczym poza kampusem itp.).

Nadzwyczajne działania windykacyjne (Extraordinary Collection Actions, ECA): Następujące działania podjęte wobec danej osoby lub jakiejkolwiek innej osoby, która przyjęła na siebie lub jest zobowiązana przyjąć odpowiedzialność za rachunek szpitalny tej osoby (wystawiony przez członka organizacji) za udzielone świadczenia, a które są związane z dochodzeniem zapłaty za świadczenia objęte programem FAP: (i) sprzedaż długu danej osoby innej stronie; (ii) zgłaszanie niekorzystnych informacji o danej osobie do agencji informacji kredytowej dla konsumentów lub biur informacji kredytowej; oraz (iii) działania wymagające postępowania prawnego lub sądowego (np. ustanowienie zastawu na majątku danej osoby, dokonanie zajęcia majątku danej osoby, zajęcie wynagrodzenia danej osoby).

ECA **nie obejmują** ustanawiania przez szpitale członkowskie prawa zastawu na majątku pacjenta w celu uzyskania środków z ugód, orzeczeń sądowych lub kompromisów wynikających z pozwu pacjenta przeciwko osobie trzeciej, która spowodowała obrażenia pacjenta.

ECA **nie obejmują** również sprzedaży długu osoby fizycznej przez szpital będący członkiem organizacji innej stronie, jeżeli przed sprzedażą szpital będący członkiem organizacji zawrze prawnie wiążącą pisemną umowę z nabywcą długu, zawierającą cztery warunki:

1. nabywca długu musi zgodzić się na niepodejmowanie żadnych działań windykacyjnych w celu uzyskania spłaty długu;
2. nabywca długu musi wyrazić zgodę na niepobieranie odsetek od długu przekraczających stawkę obowiązującą na mocy paragrafu 6621(a)(2) w momencie sprzedaży długu (lub inną stawkę odsetek ustaloną w zawiadomieniu lub innych wytycznych opublikowanych w Biuletynie podatkowym);
3. dług musi podlegać zwrotowi lub wycofaniu przez szpital będący członkiem organizacji po ustaleniu przez szpital będący członkiem organizacji lub nabywcę, że dana osoba kwalifikuje się do programu FAP; i
4. jeśli dana osoba zostanie uznana za uprawnioną do programu FAP, a dług nie zostanie zwrócony szpitalowi będącemu członkiem organizacji ani przez niego wycofany, nabywca musi przestrzegać procedur określonych w umowie, które gwarantują, że dana osoba nie zapłaci i nie będzie zobowiązana do zapłaty nabywcy i szpitalowi będącemu członkiem organizacji łącznie kwoty większej niż ta, którą jest osobiście zobowiązana zapłacić jako osoba uprawniona do programu FAP.

ECA **nie obejmuje** również zgłoszenia roszczenia w postępowaniu upadłościowym.

FAP: Polityka pomocy finansowej (Polityka systemowa 16-002 dotycząca pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health).

Osoby kwalifikujące się do programu FAP: Osoba uprawniona do pomocy finansowej w ramach FAP (bez względu na to, czy dana osoba ubiegała się o pomoc w ramach FAP).

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

Konieczna opieka medyczna: Usługi lub materiały medyczne, które:

- są zlecone przez lekarza lub innego świadczeniodawcę w zakresie jego/jej praktyki i są właściwe i konieczne w celu złagodzenia objawów, diagnozy lub leczenia schorzenia medycznego lub psychicznego;
- są świadczone w celu diagnozy lub bezpośredniej opieki i leczenia schorzeń medycznych lub psychicznych;
- spełniają standardy dobrej praktyki medycznej w środowisku medycznym i zdrowia psychicznego w zakresie danego obszaru świadczenia usług;
- nie służą przede wszystkim wygodzie pacjenta lub usługodawcy; i
- stanowią najbardziej odpowiedni poziom lub zakres świadczeń, jakie mogą być bezpiecznie udzielone, bądź też – w razie konieczności – poziom określony w wyniku weryfikacji procesu wykorzystania świadczeń.

Płatność własna: Osoba, która pokrywa z własnych środków koszty świadczenia zdrowotnego obejmującego wykonany zabieg medyczny lub chirurgiczny : (i) w przypadku brak ubezpieczenia , (ii) w ramach współpłacenia przewidzianego w planie ubezpieczeniowym lub (iii) w sytuacji, gdy osoba ta preferuje taką formę płatności zamiast korzystania z posiadanego ubezpieczenia.
Członek zespołu pracowników: Osoby świadczące usługi na rzecz organizacji lub w jej imieniu (np. pracownicy, wolontariusze, członkowie zarządu, personel medyczny, studenci, stażyści i kontrahenci).

CEL

Celem niniejszej Polityki jest ochrona aktywów i utrzymanie solidnej bazy finansowej dla działalności przy jednoczesnym zachowaniu równowagi między potrzebami naszej społeczności i pacjentów, którym służymy.

POLITYKA

Polityka ta zapewnia kadrze zarządzającej ogólne wytyczne dotyczące pozyskiwania i weryfikowania informacji oraz pobierania płatności od pacjentów, ich poręczycieli, zewnętrznych firm ubezpieczeniowych i innych podmiotów odpowiedzialnych finansowo za płatności za usługi opieki zdrowotnej. Niniejsza Polityka ma również na celu promowanie zgodności Northern Light Health z przepisami stanowymi i federalnymi w zakresie realizacji wszystkich tych funkcji.

- Szpitale należące do organizacji Northern Light Health nie wykluczają ani nie dyskryminują ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, przynależność etniczną, wiek, sprawność umysłową lub fizyczną lub niepełnosprawność, przynależność polityczną, religię, kulturę, status społeczno-ekonomiczny, informacje genetyczne, status weterana, płeć, w tym cechy płciowe, cechy interseksualne, ciążę lub powiązane schorzenia, orientację seksualną, płeć, tożsamość lub ekspresję płciową ani język w świadczeniu swoich usług.
- Szpitale będące członkami Northern Light Health zapewnią bezpłatną opiekę pacjentom nieubezpieczonym i niedostatecznie ubezpieczonym zgodnie z obowiązującymi przepisami Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej stanu Maine (Maine Department of Health and Human Services) oraz Polityki systemowej 16-00 dotyczącej pomocy

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health..

- Szpitale będące członkami Northern Light Health będą pomagać nieubezpieczonym pacjentom w ubieganiu się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym finansowanym ze środków federalnych, stanowych i/lub publicznych, jeśli będzie to uzasadnione.
- Niniejsza polityka zakłada, że dochodzone zaległe zobowiązanie obciąża pacjenta lub gwaranta.
- Szpitale będące członkami Northern Light Health będą stosować odpowiednie mechanizmy kontrolne oraz standaryzować procedury ręcznych korekt w przypadkach, gdy saldo zostanie uznane za nieściągalne zgodnie ze standardami określonymi przez dział ds. cyklu przychodów (Revenue Cycle) systemu.
- Szpitale będące członkami Northern Light Health będą stosować odpowiednie mechanizmy kontrolne oraz standaryzować praktyki ręcznego przetwarzania salda kredytowego zgodnie ze standardami określonymi przez dział ds. cyklu przychodów (Revenue Cycle) systemu. Informacje zawarte w niniejszej Polityce i do których się ona odwołuje, odnoszą się wyłącznie do usług świadczonych w szpitalach będących członkami organizacji, w tym do grup praktyk zatrudnionych w szpitalach będących członkami organizacji, nie obejmują jednak świadczeniodawców niezatrudnionych.

Szpitale będące członkami Northern Light Health dołożą wszelkich starań, aby:

1. Uzyskać i zweryfikować informacje dotyczące ubezpieczenia i dane demograficzne niezbędne do ustalenia odpowiedzialności pacjenta lub gwaranta za płatność w momencie planowania wizyty lub rejestracji.
2. Zbierać wszelkie stosowne informacje dotyczące odpowiedzialności pacjenta **w punkcie świadczenia usług.**
3. Pomagać w **zarządzaniu** leczeniem podczas pobytu w szpitalu będącym członkiem organizacji.
4. **Poinformować** pacjentów o dostępności pomocy finansowej zgodnie z Polityką systemową 16-002 dotyczącą pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.
5. Składać stosowne roszczenia do zewnętrznych płatników, zgodnie z upoważnieniem udzielonym przez pacjentów.
6. W stosownych przypadkach należy przedstawić pacjentom jasne i dokładne zestawienie kwot należności.
7. Informować o opcjach płatności i dostępności programów pomocy finansowej, w tym bezpłatnej opieki zdrowotnej.

Pacjent ma obowiązek dostarczyć szpitalowi będącemu członkiem organizacji wszelkich niezbędnych informacji finansowych i osobowych, które są wymagane w celu ustalenia prawa do stosownego ubezpieczenia zdrowotnego lub pomocy finansowej. Wszystkie informacje zebrane zgodnie z niniejszą Polityką będą traktowane poufnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami federalnymi i stanowymi dotyczącymi ochrony prywatności. Pacjent ponosi ostateczną odpowiedzialność za zrozumienie swoich konkretnych świadczeń i wymagań ubezpieczeniowych oraz za upewnienie się, że uzyskał odpowiednie wcześniejsze autoryzacje i skierowania**.**

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

PROCEDURA

I. PLANOWANIE I REJESTRACJA

A. W miarę możliwości pacjenci będą poddawani wstępnej rejestracji, podczas której uzyskiwane będą informacje dotyczące ubezpieczenia oraz dane demograficzne. Szpital będący członkiem organizacji dołoży wszelkich starań, aby zweryfikować dane pacjenta podczas planowania usług lub w czasie, gdy pacjent otrzymuje usługi. W przypadku występowania więcej niż jednego płatnika, szpital będący członkiem organizacji ustali kolejność płatnikó na podstawie zasad Medicare Secondary Payer (MSP) i wytycznych dotyczących koordynacji świadczeń w zakresie ubezpieczeń komercyjnych.

B. Wszystkie usługi ratunkowe będą świadczone zgodnie z Ustawą o leczeniu ratunkowym i aktywnym porodzie (EMTALA). Po wstępnym przesiewie, ocenie i stabilizacji szpital będący członkiem organizacji będzie starał się uzyskać od pacjenta, poręczyciela lub członka rodziny informacje demograficzne i dotyczące ubezpieczenia.

C. Pacjenci mogą zostać poproszeni o okazanie dokumentu tożsamości, np. prawa jazdy, aby zapewnić dokładność danych demograficznych, a także o przedstawienie dowodu ubezpieczenia w postaci ważnej karty ubezpieczeniowej.

D. Aby zostać uznanym za „ubezpieczonego”, pacjent musi podpisać formularz zgody na leczenie, gwarancji płatności, cesji świadczeń, formularz dotyczący chronionych informacji zdrowotnych w celu przekazania praw do świadczeń szpitalowi należącemu do organizacji.

II. WERYFIKACJA UBEZPIECZENIA

A. Szpital należący do organizacji zweryfikuje ubezpieczenie dla większości głównych płatników.

B. Szpital będący członkiem organizacji zweryfikuje, czy lekarz pierwszego kontaktu pacjenta uzyskał, o ile to możliwe, uprzednią autoryzację na leczenie. Szpital będący członkiem organizacji korzysta z takich narzędzi, jak portale internetowe płatników, aby ułatwić identyfikację i weryfikację informacji przekazanych przez pacjenta oraz potwierdzenie jego uprawnień.

C. Szpital będący członkiem organizacji zastrzega sobie prawo do zawierania umów z agencjami zewnętrznymi w celu uzyskania i weryfikacji informacji dotyczących rozliczeń oraz udzielenia pacjentom pomocy w ubieganiu się o pomoc federalną i stanową.

D. Będą badane przypadki wypadków samochodowych. Szczegóły dotyczące zdarzenia można znaleźć na stronie internetowej Maine Bureau of Motor Vehicles. Roszczenia o zapłatę należy składać do właściwego ubezpieczyciela samochodowego lub ubezpieczyciela medycznego, zgodnie ze wskazówkami płatnika, jeśli pacjent nie jest ubezpieczony. Zgodnie z postanowieniami niniejszej Polityki, w celu zabezpieczenia płatności za świadczone usługi zostaną złożone zastawy. Zastawy nie są ustanawiane na majątku osobistym danej osoby.

E. W przypadkach, gdy pacjent stwierdzi, że ubezpieczenie od wypadków przy pracy pokrywa koszty usługi, ale nazwa ubezpieczyciela jest nieznana, szpital będący członkiem organizacji spróbuje skontaktować się z pracodawcami (po podpisaniu wszystkich wymaganych zgód) lub z Komisją ds. odszkodowań pracowniczych (Workers' Compensation Board) w celu uzyskania informacji na temat ubezpieczenia od wypadków przy pracy.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

III. POBIERANIE OPŁAT W PUNKCIE ŚWIADCZENIA USŁUG

A. Pacjenci zostaną obciążeni kosztami wszelkich opłat własnych, dopłat, udziału własnego lub usług nieobjętych ubezpieczeniem w momencie ich świadczenia.
B. Szpital będący członkiem organizacji może zażądać ustalenia płatności lub pełnej zapłaty za niektóre planowe badania diagnostyczne, zabiegi lub procedury przed zaplanowaniem wizyty, jeśli takie usługi nie są uważane za pilne.
C. Pacjentom zostanie zaoferowana zniżka w punkcie świadczenia usług, jeśli szacowane wydatki zostaną w całości pokryte w momencie wypisu ze szpitala (dotyczy to dopłaty do ubezpieczenia, współubezpieczenia i/lub kwot udziału własnego).
D. Porady finansowe są dostępne zgodnie z informacjami podanymi w Sekcji VI niniejszej Polityki i Polityki systemowej 16-002 dotyczącej pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.

IV. ZARZĄDZANIE LECZENIEM, HOSPITLIZACJA I WYPIS

A. Szpital będący członkiem organizacji będzie współpracować z zewnętrznym zespołem zarządzającym leczeniem pacjenta, który może przeprowadzać równoległą ocenę kliniczną. Pacjenci zostaną powiadomieni o wszelkich zmianach w zakresie ubezpieczenia wynikających z konieczności medycznej, które spowodują, że usługi nie będą objęte ubezpieczeniem i będą wymagały zwiększenia związanych z tym wydatków.
B. Przed wypisaniem ze szpitala należy, o ile to możliwe, zweryfikować wszystkie ubezpieczenia, wypełnić formularze i uzyskać podpisy.

V. POWIADOMIENIE PACJENTA O DOSTĘPNOŚCI POMOCY

A. Oznakowanie i indywidualne ogłoszenia: Szpitale będące członkiem Northern Light Health powiadomią pacjentów o dostępności pomocy finansowej i bezpłatnej opieki zgodnie z Polityką systemową 16-002 dotyczącą pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.
B. Wymagane są dodatkowe kroki w zakresie powiadomienia przed rozpoczęciem przez szpital będący członkiem Northern Light Health działań w zakresie ECA, zgodnie z opisem w punkcie VIII poniżej.

VI. ROZLICZANIE I WINDYKACJA

A. **Postanowienia ogólne**
   1. Wszyscy pacjenci będą płacić tę samą kwotę za te same usługi, niezależnie od źródła płatności. Szacunkowe koszty zostaną przedstawione przed rozpoczęciem świadczenia usług, a szczegółowe rachunki będą dostępne na żądanie w dowolnym momencie.
   2. Rozmowy z pacjentami i członkami rodziny dotyczące ich kont będą dokumentowane w systemie rozliczeń z pacjentem.
   3. Wnioski finansowe oraz pisma potwierdzające decyzję są przechowywane w formie papierowej lub elektronicznej w systemie rozliczeń z pacjentem.
   4. Działania opisane w Części VI nie stanowią działań w ramach ECA i mogą być podejmowane w dowolnym czasie.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

B. **Fakturowanie płatności stron trzecich**

1. Podmiot trzeci finansujący świadczenia będzie:
   a. Przyjmować wnioski o świadczenia składane na standardowych, ujednoliconych formularzach rozliczeniowych (UB-04 i CMS 1500) zgodnie z wymaganiami płatnika.
   b. Otrzymywać zgłoszenia roszczeń przy użyciu standardowych kodów przychodów i kodów CPT/HCPCS. Roszczenia będą przesyłane elektronicznie, gdy będzie to możliwe.
   c. Otrzymywać roszczenia zgłoszone nawet pięć dni po wypisie ze szpitala.

2. Szpital będący członkiem organizacji będzie:
   a. Wystawiać rachunki ubezpieczycielom zgodnie z kolejnością priorytetów, opartą na wytycznych dotyczących koordynacji świadczeń, stanowiących standardowe zasady branżowe.
   b. Monitorować należności u płatników w odstępach czasu określonych w wytycznych szpitala będącego członkiem organizacji.
   c. Podejmować działania wobec płatników aż do wyczerpania wszelkich rozsądnych środków.
   d. W razie potrzeby przed rozpoczęciem świadczenia należy powiadomić pacjentów o braku ubezpieczenia.
3. Pacjenci będą:
   a. Obciążeni kosztami wszelkich opłat własnych, dopłat, udziału własnego lub usług nieobjętych ubezpieczeniem.
   b. Obciążeni kosztami za usługi nieobjęte ubezpieczeniem zgodnie z wymogami płatnika.
   c. Zobowiązani do pokrycia nieuregulowanych należności wynikających z rozliczeń z planami ubezpieczeniowymi nieobjętymi umową.

C. **Fakturowanie płatności ze środków własnych**

Jeżeli w dowolnym momencie procesu windykacji strona odpowiedzialna za windykację zasadnie zakwestionuje rachunek, czynności windykacyjne zostaną zawieszone do czasu rozwiązania sprawy i poinformowania pacjenta o wyniku.

1. Pierwsze zestawienie zostanie wygenerowane najwcześniej 5 dni po wypisaniu ze szpitala lub 2 dni po zmianie na płatność ze środków własnych.
2. Rabat za szybką płatność zostanie odnotowany na pierwszym wyciągu pacjenta i będzie dostępny do 30 dni od daty wystawienia wyciągu, zgodnie z zasadami określonymi w dokumencie System zniżek Northern Light Health, do którego odnośnik znajduje się powyżej niniejszej polityki w sekcji dokumentów powiązanych.
3. Dodatkowe rabaty mogą być oferowane pacjentom płacącym ze środków własnych, zgodnie z zasadami określonymi w dokumencie System zniżek w Northern Light Health, do którego odnośnik znajduje się powyżej niniejszej polityki w sekcji dokumentów powiązanych.
4. Pełna płatność jest wymagana po otrzymaniu pierwszego zestawienia. Płatności można dokonać pocztą, telefonicznie lub online (Strona internetowa pomocy w zakresie rozliczeń). Akceptowana jest większość głównych kart kredytowych.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

5. Kolejne zestawienia będą generowane co najmniej co 30 dni.
6. Wyciągom lub powiadomieniom o rachunkach mogą towarzyszyć rozmowy telefoniczne, listy windykacyjne, osobiste powiadomienia i wszelkie inne metody powiadamiania stanowiące autentyczną i rozsądną próbę skontaktowania się ze stroną odpowiedzialną za płatność. Tego typu rutynowe działania windykacyjne mogą się różnić w zależności od wieku konta i kwoty należności.
7. Szpitale będące członkami Northern Light Health nie będą naliczać odsetek od niezapłaconych sald.
8. Dodatkowe informacje znajdują się w Polityce systemowej 16-002 dotyczącej pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health .

D. **Plany płatności**

Szpital będący członkiem organizacji zdaje sobie sprawę, że mogą zdarzyć się przypadki, w których zapłata w całości nie będzie możliwa ze względów finansowych i może zaistnieć konieczność ustalenia odpowiedniego planu płatności lub budżetu. Poniżej przedstawiono dodatkowe wytyczne i kryteria dotyczące planów płatności.

1. Oczekuje się, że pacjenci lub osoby za nich odpowiedzialne pokryją pełną kwotę należności za świadczone usługi po otrzymaniu pierwszego rachunku lub zgodnie z wzajemnie uzgodnionym planem płatności ratalnych.
2. Doradcy finansowi omówią z pacjentem dostępne opcje planu płatności.
3. Konta z przeterminowanymi płatnościami zostaną przekazane agencji windykacyjnej zgodnie z postanowieniami Sekcji VIII.B niniejszej Polityki.

E. **Pacjenci nieubezpieczeni i niedostatecznie ubezpieczeni – bezpłatna opieka i pomoc finansowa**

Szpitale będące członkami Northern Light Health zapewniają bezpłatną opiekę zgodnie z wytycznymi dotyczącymi bezpłatnej opieki wydanymi przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (Department of Health and Human Services) (rozdział 150 10-144) i mogą zapewniać dodatkową bezpłatną opiekę na podstawie polityki Northern Light Health (Polityka systemowa 16-002 dotycząca pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.).

F. **Ubezpieczenie katastrofalne**

Jeżeli pacjent nie kwalifikuje się do bezpłatnej opieki, a odpowiedzialność szpitala wobec pacjenta stanowi nadmierne obciążenie finansowe, wiceprezes ds. finansów lub osoba wyznaczona może zaoferować zniżkę wykraczającą poza to, co jest zwykle dostępne w ramach pomocy finansowej lub standardową zniżkę dla osób płacących z własnej kieszeni.

VII. OGRANICZENIE KWOT FAKTUROWANYCH

W przypadku opieki w nagłych wypadkach lub innych świadczeń medycznie niezbędnych, polityka Northern Light Health zakłada ograniczenie kwoty obciążającej osobę uprawnioną do korzystania z programu FAP do wysokości kwoty odpowiadającej AGB. Więcej informacji można znaleźć w Polityce systemowej 16-002 dotyczącej pomoc finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

VIII. NADZWYCZAJNE DZIAŁANIA WINDYKACYJNE (ECA)

A. Wymagania ogólne przed rozpoczęciem ECA

Szpitale będące członkami Northern Light Health nie mogą wszczynać żadnych działań ECA przez co najmniej 120 dni od daty dostarczenia przez szpital zrzeszony z Northern Light Health pierwszego rachunku za opiekę po wypisie i do momentu powiadomienia pacjenta o FAP. Ponadto przed wszczęciem postępowania windykacyjnego przeciwko danej osobie szpitale będące członkami Northern Light Health muszą podjąć uzasadnione wysiłki w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w ramach FAP zgodnie z **Sekcją 1** poniżej. Działania nadzwyczajne nie mogą zostać podjęte, jeśli pacjent zawarł satysfakcjonującą umowę płatniczą ze szpitalem będącym członkiem organizacji. Na koniec, przed rozpoczęciem jakiejkolwiek akcji ECA, wiceprezes ds. finansów lub osoba wyznaczona musi ustalić, czy szpital będący członkiem organizacji podjął uzasadnione kroki w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do programu FAP, a także czy zastosował się do innych wymogów niniejszej Polityki. Żadne postępowanie egzekucyjne nie może zostać wszczęte przed podjęciem takiej decyzji przez wiceprezesa ds. finansów lub osobę wyznaczoną.

1. **Uzasadnione kroki**

   Szpital będący członkiem Northern Light Health będzie uznawany za podejmujący uzasadnione kroki w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej w ramach FAP, jeżeli szpital będący członkiem Northern Light Health: (i) ustali, że dana osoba spełnia wymagania dotyczące domniemanych uprawnień; lub (ii) w ciągu 15 dni od otrzymania wniosku powiadomi wnioskodawcę, aby jasno wyjaśnić, jakie dodatkowe informacje lub dokumentacja, jeśli takie istnieją, są niezbędne do uzupełnienia wniosku; lub (iii) w ciągu 45 dni od otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową powiadomi osobę o FAP i przetworzy każdy wniosek FAP złożony przez osobę (niezależnie od tego, czy wniosek jest kompletny, czy niekompletny) zgodnie z następującymi procedurami i Polityką systemową 16-002 dotyczącą pomocy finansowej dla usług szpitalnych Northern Light Health.

   a. Aby dokonać domniemanej oceny uprawnień, szpital będący członkiem organizacji musi ustalić, że dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej na podstawie informacji innych niż te podane przez samą osobę lub na podstawie wcześniejszej oceny uprawnień do FAP. Jeżeli wstępnie ustalono, że dana osoba kwalifikuje się do pomocy w zakresie mniejszym niż najszerszy zakres wsparcia dostępnego w ramach programu FAP, szpital będący członkiem organizacji musi:
      i. Poinformować daną osobę o podstawie ustalenia i sposobie ubiegania się o większą pomoc w ramach FAP;
      ii. Przyznać danej osobie rozsądny okres czasu na złożenie wniosku o większą pomoc przed wszczęciem postępowania windykacyjnego; oraz
      iii. Jeżeli pacjent składa kompletny wniosek FAP, ubiegając się o większą pomoc w Okresie składania wniosków, należy podjąć kroki opisane w **Sekcji 3** poniżej.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

b. Aby zapewnić pacjentowi odpowiednie powiadomienie o programie FAP, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą podjąć wszystkie poniższe działania:
   i.. Powiadomić osobę o FAP na **wszystkie** z następujących sposobów, co najmniej 30 dni przed wszczęciem jednego lub większej liczby działań windykacyjnych ECA:
      1. Dostarczyć zainteresowanej osobie pisemne powiadomienie wskazujące, że pomoc finansowa jest dostępna dla uprawnionych osób, identyfikujące działania windykacyjne ECA, które szpital będący członkiem Northern Light Health zamierza wykorzystać w celu uzyskania płatności, oraz określające termin, po upływie którego można rozpocząć działania windykacyjne ECA, przy czym termin ten nie może przypadać wcześniej niż 30 dni od daty dostarczenia pisemnego powiadomienia.
      2. Dołączyć do pisemnego zawiadomienia streszczenie na temat FAP sporządzone w zrozumiałym języku.
      3. Dołożyć wszelkich starań, aby ustnie powiadomić daną osobę o FAP i o tym, w jaki sposób może ona uzyskać pomoc w procesie FAP.
   ii. Jeżeli dana osoba złoży **niekompletny** wniosek FAP w Okresie składania wniosków, szpital będący członkiem Northern Light Health podejmie dodatkowe kroki opisane w **Sekcji 2** poniżej.
   iii. Jeżeli dana osoba złoży **kompletny** wniosek FAP w Okresie składania wniosków, szpital będący członkiem Northern Light Health podejmie następujące dodatkowe kroki opisane w **Sekcji 3** poniżej.

2. **Dodatkowe procedury w przypadku złożenia niekompletnego wniosku FAP**
   a. Oprócz spełnienia wymogów dotyczących powiadomień opisanych w **Sekcji 1** powyżej, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą w ciągu 15 dni od otrzymania niekompletnego wniosku FAP złożonego w Okresie składania wniosków powiadomić osobę zainteresowaną o sposobie uzupełnienia wniosku FAP i zapewnić jej rozsądną możliwość wykonania tej czynności w ciągu 30 dni. Aby spełnić te wymagania, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą wykonać wszystkie poniższe czynności:
      i. Nie inicjować ani nie podejmować dalszych działań w sprawie wcześniej zainicjowanych działań windykacyjnych ECA.
      ii. W ciągu 30 dni przesłać zainteresowanej osobie pisemne zawiadomienie zawierające następujące informacje:
         - Opis informacji i/lub dokumentacji dotyczących programu FAP lub formularza wniosku FAP, które muszą zostać złożone w celu uzupełnienia wniosku FAP.
         - Dane kontaktowe, w tym numer telefonu i lokalizacja fizyczna: (i) biura lub działu szpitala będącego członkiem organizacji, które mogą udzielić informacji na temat FAP; oraz (ii) (a) biura lub działu szpitala będącego członkiem organizacji, które mogą zapewnić pomoc w procesie składania wniosków FAP, lub (b) co najmniej jednej organizacji non-profit lub agencji rządowej, które szpital będący członkiem organizacji wskazał jako dostępne źródło pomocy w składaniu wniosków FAP.

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

b. Jeżeli dana osoba złoży kompletny wniosek FAP w Okresie składania wniosków, szpitale będące członkami organizacji Northern Light Health muszą postępować zgodnie z procedurami określonymi w **Sekcji 3** poniżej.

3. **Dodatkowe procedury w przypadku złożenia kompletnego wniosku FAP**
   a. Oprócz spełnienia wymogów dotyczących powiadomień opisanych w **Sekcji 1** powyżej, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą w ciągu 45 dni od otrzymania wniosku wykonać wszystkie poniższe czynności w odniesieniu do osoby, która złoży kompletny wniosek FAP w Okresie składania wniosków:
      i. Nie inicjować ani nie podejmować dalszych działań w sprawie wcześniej zainicjowanych działań windykacyjnych ECA.
      ii. W ciągu 45 dni należy ustalić, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w ramach FAP. Jeżeli dana osoba zostanie uznana za uprawnioną do otrzymania pomocy finansowej, szpital będący członkiem Northern Light Health musi również podjąć kroki wymienione w **punkcie 3.b.** poniżej.
      iii. W ciągu 45 dni należy powiadomić osobę pisemnie o ustaleniu uprawnień, podając jednocześnie informację o pomocy, do której dana osoba jest uprawniona (jeśli taka istnieje) oraz podstawę ustalenia uprawnień.
   b. Jeżeli dana osoba zostanie uznana za uprawnioną do otrzymania pomocy finansowej w ramach FAP, szpital będący członkiem Northern Light Health musi podjąć następujące dodatkowe kroki:
      i. Zwrócić wszelkie kwoty zapłacone za opiekę przekraczające kwotę, którą dana osoba jest zobowiązana zapłacić jako osoba kwalifikująca się do programu FAP, chyba że kwota zwrotu będzie mniejsza niż 5,00 USD. Zwroty kosztów dotyczą **wyłącznie** płatności za etapy opieki, których dotyczy wniosek osoby ubiegającej się o FAP.
      ii. Podjąć wszelkie uzasadnione kroki w celu cofnięcia wszelkich nakazów windykacyjnych podjętych wobec danej osoby w celu uzyskania zapłaty za opiekę (np. uchylenie wyroku, zwolnienie zastawu lub zniesienie zajęcia mienia oraz usunięcie niekorzystnych informacji z raportu kredytowego).
      iii. Jeżeli dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej innej niż bezpłatna opieka, należy przedstawić jej wyciąg z rachunku, który będzie zawierał: (i) kwotę, którą dana osoba jest winna za opiekę jako osoba kwalifikująca się do FAP; (ii) sposób ustalenia tej kwoty; oraz (iii) AGB za opiekę.

B. **Skierowanie długów do agencji windykacyjnych**

Oprócz konieczności przestrzegania ogólnych wymogów dotyczących ECA określonych w punkcie VIII.A. powyżej, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą przestrzegać następujących dodatkowych wymogów w przypadku kierowania sprawy do agencji windykacyjnej.

1. Szpitale zrzeszone w organizacji Northern Light Health wymagają od agencji windykacyjnych dostarczenia pisemnych zapewnień, że agencja przestrzega Ustawy o uczciwych praktykach windykacyjnych (Fair Debt Collection Practices Act) oraz

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.

Kodeksu etyki i odpowiedzialności zawodowej American Collections Association (ACA). Na podstawie powyższych kryteriów przeterminowania, konta zostaną umieszczone w raporcie wstępnym dotyczącym nieściągalnych długów, sprawdzone i zatwierdzone przez upoważnionego przedstawiciela szpitala będącego członkiem organizacji, a następnie przekazane do agencji windykacyjnej.

C. **Raportowanie do biur informacji kredytowej**

Oprócz konieczności stosowania się do ogólnych wymagań dotyczących ECA określonych w punkcie VIII.A. powyżej, szpitale będące członkami Northern Light Health muszą przestrzegać następujących dodatkowych wymagań podczas składania raportu do agencji informacji kredytowej (np. Transunion, Experian, Equifax).

1. Rachunki przekazane agencji windykacyjnej mogą zostać odnotowane w krajowej agencji informacji gospodarczej, jeśli odpowiedzialna strona nie dokonała pełnej płatności lub nie zawarła satysfakcjonującego porozumienia płatniczego z agencją windykacyjną.

ŹRÓDŁA

DHHS Rule 10-144 CMR. Rozdział 150, Wytyczne dotyczące bezpłatnej opieki
Artykuł 1322 Ustawy o ochronie pacjentów i niedrogiej opiece zdrowotnej (Patient Protection and Affordable Care Act)
Artykuł 501(c) Kodeksu podatkowego

ZAŁĄCZNIKI

System zniżek w Northern Light Health, do którego odnośnik znajduje się powyżej niniejszej polityki w sekcji dokumentów powiązanych.

Niniejszy dokument został zatwierdzony przez komitet(y) wymienione poniżej w podanych dniach:

Zarząd, 10/17/2012, 12/16/2015, 10/4/2017, 10/2/2019, 6/09/2021, 06/14/2023, 06/11/2025, 05/27/2026
Komitet ds. ładu korporacyjnego zarządu, 9/19/2012, 2015 odroczone, 9/12/2017, 9/18/2019, 05/09/2023
Komisja ds. finansów zarządu, 5/29/2012, 9/16/2015, 9/13/2017, 9/16/2019, 06/02/2021, 4/26/2023, 4/24/2025, 4/29/2026
Rada Liderów, 6/19/2012, 11/17/2015, 05/19/2021
Rada ds. Finansów, 9/8/2015, 8/8/2017, 4/19/2021, 1/27/2023, 3/25/2025, 4/24/2026

Wydrukowane kopie służą WYŁĄCZNIE celom informacyjnym. Aby zapoznać się z najnowszą wersją, prosimy o zapoznanie się z wersją elektroniczną.