Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Politika#:	08.26.001
Rishikuar/ Redaktuar:	4/2020, 11/2020, 6/2022, 3/2023, 2/2026
Seksioni:	Financa

Asistenca financiare për pacientët

Qëllimi:
Entitetet e Sistemit Shëndetësor BMC ("BMCHS"), Qendra Mjekësore e Bostonit, Qendra Mjekësore e Bostonit në Brighton dhe Qendra Mjekësore e Bostonit në Jug (të quajtura bashkërisht "Spitalet" ose "Spitalet BMCHS"), hartuan këtë politikë për të identifikuar dhe për të ndihmuar personat që kanë ardhura të ulëta, janë të pasiguruar dhe të nënsiguruar që kualifikohen, të regjistruar në planet e sigurimit shëndetësor ose në programet e ndihmës financiare, për të mbuluar shpenzimet e kujdesit shëndetësor dhe për të siguruar akses në kohë dhe në mënyrë të përshtatshme për kujdesin e nevojshëm mjekësor. Grupi Mjekësor i Universitetit të Bostonit (BUMG) dhe Mjekët e lidhur me Qendrën Mjekësore të Bostonit (BMCAP), si partnerë bashkëpunues të spitaleve, bien dakord që t'u përmbahen udhëzimeve të përcaktuara në Politikën e Ndihmës Financiare të spitaleve.

Deklaratë e politikës:
Politika e Spitaleve BMCHS, në partneritet me Qendrat Shëndetësore të Komunitetit të licencuara nga BMCHS, parashikon që ato të ofrojnë kujdes të nevojshëm mjekësor për të gjithë pacientët, pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar, dhe të ofrojnë ndihmë financiare për ata pacientë të cilët nuk janë të siguruar ose kanë sigurim të pamjaftueshëm dhe nuk mund të paguajnë. Të gjithë pacientëve që paraqiten në spitalet BMCHS dhe kërkojnë shërbime në rast emergjencash, urgjencash ose nevoje për kujdes tjetër mjekësor, do t'u ofrohen shërbimet mjekësore pavarësisht nga raca, ngjyra, feja, besimi, gjinia, origjina kombëtare, mosha, paaftësia, identiteti ose shprehja gjinore ose aftësia për të paguar.

Spitalet BMCHS ofrojnë ndihmë financiare për të gjithë pacientët të cilët kanë ardhura të ulëta, janë të pasiguruar ose kanë sigurim të pamjaftueshëm, të cilët demonstrojnë pamundësi për të paguar plotësisht ose pjesërisht tarifat e shërbimeve mjekësore që normalisht duhet të paguhen. Pacientët që nuk kanë të ardhura financiare për të paguar do të trajtohen sipas të drejtës së përfitimit të Medicaid ose të programeve të tjera shtetërore, Planeve Shëndetësore të Kualifikuara ose do të shqyrtohen sipas udhëzimeve të paracaktuara për përcaktimin e të drejtës së përfitimit, në përputhje me Programin e Kujdesit Bamirës të Spitaleve (CCP). Programi i Kujdesit Bamirës parashikon të gjitha rrethanat në të cilat pacientët mund të kualifikohen për të përfituar kujdes falas ose me zbritje. Zbritja përcaktohet në bazë të të ardhurave të familjes së individit, pasuritë, numri i anëtarëve të familjes dhe nevojat mjekësore, siç specifikohet në udhëzimet e përshtatshnërisë të CCP.

Informacioni për ofrimin e programeve të ndihmës financiare nga spitalet u vihet në dispozicion të gjithë pacientëve në kohë ne regjistrimit për shërbime dhe kur marrin një faturë. Çdo pacient mund të kërkojë ndihmë financiare në çdo kohë, gjatë ciklit të faturimit dhe kreditimit të të ardhurave. Një pacient i cili konsiderohet se përmbush kërkesat për të përfituar nga Programi i Kujdesit Bamirës ë Spitaleve BMCHS nuk do të ngarkohet kurrë me shpenzime më të mëdha se Shumat e Zakonshme të Faturimit për ofrimin e shërbimeve të nevojshme mjekësore, dhe Spitalet nuk do të miratojnë të drejtën e përfitimit të kujdesit falas ose të reduktuar, sipas Programit të Kujdesit Bamirës, për asnjë pacient me qëllim gjenerimin e biznesit të pagueshëm sipas një programi federal të kujdesit shëndetësor ose për të ndikuar në zgjepërdhjen e një përfituesi të një ofruesi, mjeku ose furnizuesi të caktuar.

Komiteti Financiar i Bordit të Administratorëve të Qendrës Mjekësore të Bostonit, Qendrës Mjekësore të Bostonit - Brighton dhe Qendrës Mjekësore të Bostonit - Jugor e shqyrtoi dhe e miratoi këtë politikë. Informacion rreth Politikës së Ndihmës Financiare dhe programit të ndihmës financiare, duke përfshirë Përmbledhjen në Gjuhë të Thjeshtë (Shtojca A), Formularin e Aplikimit për përfitim nga Programi

I Bamirësisë të Spitaleve BMCHS, ose kopje të kësaj politike dhe dokumenteve të Programit të Kujdesit Bamirës mund të merren:

- Në çdo sportel të regjistrimit të pacientëve brenda rrjetit që përfshin BMC, BMC Brighton, BMC South, BUMG ose BMCAP
- Duke telefonuar Departamentin e Këshillimit Financiar ose duke u paraqitur personalisht në zyrat e tyre, nga dita e hënë deri të premten, nga ora 08:00 deri në 17:00, në këto adresa:
  - BMC: 617-414-5155
    - BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Salla e katit 1N62 02118
  - BMC Brighton: 617-779-6406
    - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC South: 508-427-3538
    - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Vizitoni faqen në internet të spitalit në adresën https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance për të rishikaur ose për të shkakruar
- Duke paraqitur një kërkesë me shkrim në adresën e mëposhtme për të marrë kopje me email:
  - Qendra Mjekësore e Bostonit
    Drejtuar: Zyrës së Këshillimit Financiar
    BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Salla e katit 1N62
    Boston, MA 02118

Aplikimi:

Politika e Ndihmës Financiare zbatohet për Qendrën Mjekësore të Bostonit, Qendrën Mjekësore të Bostonit Brighton, Qendrën Mjekësore të Bostonit Jug, Grupin Mjekësor të Universitetit të Bostonit, Mjekët e Filialuar të Qendrës Mjekësore të Bostonit dhe Qendrat Shëndetësore Komunitare të lidhura si më poshtë që operojnë në përputhje me licencimin e Spitaleve:

- Codman Square Health Center (Qendra Mjekësore Codman Square), 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center (Qendra Mjekësore e Lagjes së Bostonit Lindor), 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center (Qendra Mjekësore e Komunitetit të Bostonit Jugor), 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

Përjashtime:

Pavarësisht se BMCHS është e përkushtuar të ndihmojë pacientët me të ardhura dhe burime të kufizuara që të aplikojnë për të përfituar nga programet e disponueshme për të mbuluar kostot e kujdesit mjekësor, Programi i Kujdesit Bamirës është i kufizuar në mbulimin e shhpenzimeve për Shërbimet e Emergjencave, Shërbimet e Urgjencës dhe kujdesit në raste të Shërbimeve të tjera të mjekësore të Nevojshme. Përgjithësisht shpenzimet përjashtohen nga ulja e parashikaur nga CCP dhe përfshijnë:

- Shërbimet e ofruara nga mjekë të kontraktuar të cilët faturojnë privatisht dhe jo përmes njërit prej grupeve të mjekëve të lidhur me Spitalet. (Shihni Shtojcën E për listën e Ofruesve të lidhur me BMCHS).
- Kërkesat për dëmshpërblim për automjete motorike, kërkesat për përgjegjësinë e palëve të treta, shërbimet me tarifë fikse, tarifat e kontraktuara dhe shërbime të tjera jo-mjekësore, të nevojshme ose shërbime të tjera ku zbritje të tjera janë aplikuar tashmë në tarifë.

Përkufizime:

Ligji i Kujdesit Shëndetësor të Përballueshëm, (ACA) – Ligji gjithëpërfshirës i reformës së kujdesit shëndetësor, i miratuar në mars të vitit 2010 (ndonjëherë i njohur edhe si ACA ose Obamacare) që shërben: për ta bërë kujdesin shëndetësor të përballueshëm të dhe të disponueshëm për më shumë persona përmes ofrimit të subvencioneve ("kredi tatimore premium") që ulin kostot për familjet me të ardhura në masën nga 100% deri 400% të kufirit federal të varfërisë; për të zgjeruar programet shtetërore Medicaid për të mbuluar të gjithë të rriturit me të ardhura 138% të nivelit federal të varfërisë; dhe për të mbështetur

metodat inovative që përdoren për ët ofruar kujdes mjekësor, të cilat janë hartuar për të ulur kostot e kujdesit shëndetësor në përgjithësi.

Shumat e Zakonshme të Faturuara (AGB) - Shuma me të cilën maten tarifat për pacientët e pasiguruar dhe të nënsiguruar. Pacientët e pasiguruar që kualifikohen për Ndihmë Financiare nuk do të faturohen asnjë shumë shtesë për Shërbimet e Emergjencës, Shërbimet Urgjente ose shërbime të tjera mjekësore të nevojshme krahasimisht me ato AGB për pacientët që kanë mbulim sigurimi. Për të përllogaritur AGB, BMCHS përdor metodën e prapaveprimit, e cila përdor të dhënat e pagesave të Medicaid, bazuar në vitin e mëparshëm fiskal 12-mujor, për të përcaktuar përqindjen e AGB që do të aplikohet në këto tarifa. Përqindja e AGB e përdorur nga BMCHS, dhe metoda me të cilën është përcaktuar është e disponueshme, pa pagesë, nga Këshillim Financiar i Pacientëve, (PFC) dhe Departamenti. Kërkesat mund të bëhen duke telefonuar PFC në numrin 617-414-5155 ose duke dërguar email në adresën DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Këshilltari i Certifikuar për Aplikimet (CAC) - Një individ (i lidhur me një organizatë të caktuar), I cili është i trajnuar dhe i aftë të ndihmojë konsumatorët, bizneset e vogla dhe punonjësit e tyre të shqyrtojnë alternativat e mbulimit shëndetësor në përputhje me ACA-n, të cilat ofrohen përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore, dhe të ndihmojë në përcaktimin e të drejtës për pjesëmarrje dhe plotësimin e formularëve të aplikimit.

Programi i Kujdesit Bamirës -Një program ndihme financiare që ofrohet nga Spitalet BMCHS për të mundësuar një zbritje përqindjeje në bilancin e llogarisë së pacientëve sipas aftësisë paguese të tyre dhe për të përcaktuar përshtatshmërinë për të përfituar nga programi, siç përcaktohet në Politikën e Ndihmës Financiare të spitalit.

Shërbimet me zgjedhje - Shërbime të nevojshme mjekësore që nuk kërkojnë kujdes ose trajtim nga një pavion urgjence ose spital të trajtimit të rasteve akute për stabilizim mjekësor, dhe për këtë arsye, nuk I përmbahen përkufizimit të shërbimeve të emergjente ose të urgjencave. Zakonisht por jo ekskluzivisht, pacienti planifikon paraprakisht shërbime të tilla.

Shërbimet e mergjencave - Shërbimet e nevojshme mjekësore të ofruara pas fillimit të një gjendjeje të caktuar të shëndetit fizik apo mendor, që shfaqet me simptoma të ashpërsisë së mjaftueshme, që përfshin dhimbje të forta, raste kur mosmarrja e kujdesit të menjëhershëm mjekësor pritet në mënyrë të arsyeshme të ndikojë negativisht në gjendjen ose shëndetin e personit, duke rezultuar në rrezik serioz, dëmtim ose mosfunksionim të ndonjë pjese ose organi të trupit, në lidhje me një seksion të mëtejshëm të një gruaje shtatzënë (78) (1) (B) i Aktit të Sigurimeve Shoqërore, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Shërbimet e Emergjencave që përfshijnë një ekzaminim mjekësor dhe trajtim për gjendje mjekësore në raste emergjente ose çdo shërbim tjetër të tillë që ofrohet në masën e kërkuar, në përputhje me sa parashikohet në **EMTALA** (42 USC 1395(dd) do të konsiderohet Kujdes në raste Emergjencash. Shërbimet e Emergjencave përfshijnë gjithashtu: shërbime të përcaktuara si urgjenca nga një profesionist mjekësor I licencuar; Kujdes mjekësor për pacientët e shtruar që shoqërohet me kujdes emergjent ambulator; dhe Transferim të pacientëve të shtruar nga një spital tjetër i kujdesit akut në një Spital BMCHS për ofrimin e kujdesit për pacientët e shtruar që nuk ofrohet në spitalin nga ku kryhet transferimi.

EMTALA - Ligji për Trajtimin Mjekësor Emergjent dhe Punën (EMTALA), një ligj i miratuar nga Kongresi në vitin 1986 për të garantuar të drejtën e publikut për tëmarrë shërbimet mjekësore në raste emergjencash pavarësisht nga aftësia e për të paguar. Seksioni 1867 i Ligjit të Sigurimeve Shoqërore vendos detyrime specifike mbi spitalet pjesëmarrëse në Medicare, të cilat ofrojnë shërbime mjekësore në raste emergjencashpërmes një ekzaminimi mjekësor kur bëhet një kërkesë për të tillë ose trajtim në rast të një gjendje mjekësore emergjente, duke përfshirë punën aktive, pavarësisht nga aftësia e individit për të paguar. Më pas spitalet duhet të ofrojnë trajtim stabilizues për pacientët me EMC. Nëse një spital nuk është në gjendje të stabilizojë një pacient brenda mundësive të tij, ose nëse pacienti e kërkon, ai duhet të transferohet në mënyrë të përshtatshme.

Veprimet Arkëtimit në raste të Jashtëzakonshme të (ECA) - Çdo veprim i ndërmarrë nga Spitalet BMCHS (ose ndonjë agjent i Spitaleve BMCHS, duke përfshirë një agjenci arkëtimi) ndaj një individi që lidhet me marrjen e pagesës së një fature që është subjekt i kësaj politik që kërkon një informacion ligjor ose gjyqësor të një pale tjetër, raportimin e një borxhi ndaj një individi, individi tek agjencitë e raportimit

të kredisë konsumatore ose zyrat e kreditit. Vendosja e një llogarie te një palë e tretë për arkëtim nuk përbën një ECA.

Udhëzimet Federale për Varfërinë (FPG) -Përcaktohen nga qeveria e Shteteve të Bashkuara dhe publikohen çdo vit në Regjistrin Federal. FPG-të bazohen në përbërjen e një familjeje dhe të ardhurat e saj, si dhe përdoren për të përcaktuar të drejtën e një pacienti për të përfituar ndihmë financiare sipas programeve shtetërore Medicaid dhe Politikës së Ndihmës Financiare të Spitaleve BMCHS.

Tarifat Bruto – Çmimi i plotë dhe i përcaktuar për kujdesin mjekësor në mënyrë që BMCHS ngarkon të gjithë pacientët përpara se të aplikohen pagesat kontraktuale, zbritjet ose zbritjet e tjera.

Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore (HSN) – Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore është një program ndihme financiare që paguan për disa shërbime të nevojshme mjekësore, të cilat u ofrohen pacientëve me të ardhura të ulëta në qendrat shëndetësore komunitare (CHC) dhe në spitalet e kujdesit akut të Massachusetts. HSN paguan edhe CHC-të dhe spitalet e kujdesit akut për shpenzimet e vështirësisë mjekësore (kur shpenzimet mjekësore tejkalojnë një përqindje të caktuar të të ardhurave të një familjeje) dhe për disa lloje të borxheve të këqija të spitalit. HSN u krijua për të shpërndarë në mënyrë më të drejtë koston e ofrimit të kujdesit të pakompensuar për banorët e Massachusetts me të ardhura të ulëta, nëpërmjet ofrimit të kujdesit falas ose me zbritje në spitalet akute shtetërore. Bashkimi i Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore të kujdesit të pakompensuar kryhet nëpërmjet një vlerësimi për secilin spital me qëllim të mbulohet kosto e kujdesit për pacientët e pasiguruar dhe të nënsiguruar me të ardhura nën 300% të nivelit federal të varfërisë. Politika e spitalit parashikon që të gjithë pacientët që marrin ndihmë financiare sipas politikës së ndihmës financiare të spitalit të përfshijnë shërbimet e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore si pjesë të kujdesit të pakompensuar që ofrohet për pacientët me të ardhura të ulëta.

Të sigurar- Statusi i një pacienti me sigurim ose që disponon mbulim nga një palë e tretë, e cila paguan plotësisht ose pjesërisht Tarifat Bruto të pacientit për shërbimet mjekësore. Kjo kategori përfshin pacientët që kanë mbulim për sigurim shëndetësor qeveritar siç janë Medicare, Medicaid, Champus dhe përfitimet e autorizuara të Veteranëve; si dhe privatë, siç janë Medicare Advantage, organizatat e kujdesit të menaxhuar Medicaid, kujdesi komercial ose i menaxhuar, kompensimi i automjeteve dhe kompensimi i punëtorëve.

Shërbimet e Nevojshme Mjekësore - Shërbimet që pritet në mënyrë të arsyeshme të parandalojnë, diagnostikojnë, parandalojnë përkeqësimin, lehtësojnë, korrigjojnë ose kurojnë gjendje që rrezikojnë jetën, shkaktojnë vuajtje ose dhimbje, shkaktojnë deformim fizik ose mosfunksionim, kërcënojnë të shkaktojnë ose përkeqësojnë një paaftësi ose rezultojnë në sëmundje ose dobësi. Shërbimet e Nevojshme Mjekësore përfshijnë shërbimet e spitalit, të shëndetit të sjelljes, kujdesin post-akut dhe shërbimet ndihmëse që i përmbahen standardeve të nevojshme mjekësore, siç autorizohen sipas Seksionit XIX të Ligjit të Sigurimeve Shoqërore. Megjithatë, një shërbim i klasifikuar si Shërbim i Nevojshëm Mjekësor nuk shkel dhe as nuk përfshin klasifikimin e Shërbimeve Emergjente ose ligjet EMTALA që lidhen me atë përcaktim.

Shërbime të tjera - Shërbime për të cilat domosdoshmëria mjekësore nuk i është demonstruar mjekut klinik ekzaminues ose kur pacienti konsiderohet se përfiton shërbimin mund të mos përmbushin përkufizimet e planit të përgjithshëm të sigurimit për përmbushjen e kritereve kryesore të domosdoshmërisë mjekësore për shërbimin. Shërbimet përfshijnë gjithashtu procedura ose trajtime, të cilat nuk konsiderohen të nevojshme nga ana mjekësore nga shumë plane sigurimi, ku përfshihen ndër të tjera: Kirurgjia Kozmetike, Fertilizimi In-Vitro (IVF) ose Terapi të tjera të Avancuara Riprodhuese (ART), Shërbimet e Bypass-it Gastrik (në mungesë të përcaktimit të domosdoshmërisë mjekësore nga një pagues) dhe Artikuj të Komoditetit të Pacientit, të tilla si tarifat që lidhen me shërbimet gjatë natës mbi dhe përtej atyre të nevojshme për kujdes mjekësor ose shërbimet gjatë natës të pacientit (të shtruar në spital ose të pjesshme) kur nuk ka një domosdoshmëri mjekësore të demonstruar qartë.

Shërbimet e Kujdesit Parësor - Shërbimet e kujdesit shëndetësor që ofrohen zakonisht nga mjekë të përgjithshëm, mjekë të familjes, mjekë internistë, pediatër të përgjithshëm dhe infermierë praktikues të kujdesit parësor ose asistentë mjekësh. Shërbimet e Kujdesit Parësor nuk kërkojnë burime të specializuara të një Spitali Akut apo të një Departamenti të Urgjencës dhe përjashtojnë Shërbimet Ndihmëse dhe ato të kujdesit maternal.

Plane të Kualifikuara Shëndetësore - Një plan sigurimi, i certifikuar nga Tregu i Sigurimeve Shëndetësore, që ofron përfitime thelbësore shëndetësore, ndjek kufijtë e përcaktuar për ndarjen e kostos (ku përfshihen zbritjet, kontributi i pagesave të ndara dhe shumat maksimale nga xhepi), si dhe përmbush kërkesat e tjera të parashikuara në Ligjin e Kujdesit të Përballueshëm.

Zbritja e vetëpagimit - Një zbritje në përqindjeje e bilancit të llogarisë së pacientit, e cila bazohet në faktin se pacienti nuk ka sigurim ose zgjedh të mos përdorë sigurimin për të paguar për shërbimet që do të marrë. Kjo zbritje vlen për pacientët e çdo niveli të të ardhurave pa përfitime financiare ose aplikim të kërkuar.

Të nënsiguruar - Statusi i pacientit që ka një formë sigurimi shëndetësor që nuk ofron mbrojtje të mjaftueshme financiare, gjë që rezulton në pamundësinë e pacientit për të mbuluar shpenzimet e kujdesit shëndetësor, të tilla si kontributin e pagesave të ndara, sigurimet e përbashkëta dhe zbritjet e përcaktuara nga ofruesi i sigurimit dhe që duhet të paguhen nga vetë pacienti për shërbimet mjekësore të marra.

Të nënsiguruar - Statusi i një pacienti që nuk ka asnjë lloj sigurimi shëndetësor të vlefshëm për një datë specifike të shërbimit ose kur mbulimi i tij shëndetësor nuk është efektiv për një shërbim specifik për arsye të të kufizimeve të rrjetit, shterimit të përfitimeve të sigurimit ose shërbimeve të tjera të pambuluara.

Shërbime të Kujdesit Urgjent - Shërbime të nevojshme mjekësore të ofruara pas fillimit të papritur të një gjendjeje mjekësore, qoftë fizike apo mendore, që manifestohet me simptoma akute me ashpërsi të mjaftueshme (përfshirë dhimbje të forta) që një person i kujdesshëm do të besonte se mungesa e vëmendjes mjekësore brenda 24 orëve mund të priste në mënyrë të arsyeshme të rezultojë në: vënien në rrezik të shëndetit të pacientit, dëmtim të funksionit trupor ose mosfunksionim të ndonjë organi ose pjese të trupit. Shërbimet urgjente ofrohen për gjendje që nuk janë kërcënuese për jetën dhe nuk paraqesin rrezik të lartë për dëmtime serioze të shëndetit të një individi. Shërbimet e Urgjencave nuk përfshijnë Kujdesin Parësor ose atë me Zgjedhje.

Procedurat

1. Mbulimi për shërbimet e kujdesit shëndetësor

Spitalet BMCHS ofrojnë kujdes për të gjithë pacientët që kanë nevojë për Shërbime Emergjente, Shërbime Urgjence, shërbime të tjera të Nevojshme Mjekësore dhe gratë shtatzëna në lindje aktive, pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar. Në përputhje me kërkesat e Ligjit Federal për Trajtimin Mjekësor Emergjent dhe Punën Aktive (EMTALA), Spitalet do të kryejnë një ekzaminim mjekësor për të gjithë pacientët që paraqiten në një vendndodhje të Spitalit BMCHS që kërkojnë Shërbime Emergjente për të përcaktuar nëse ekziston një gjendje mjekësore emergjente. Profesionisti mjekësor që trajton pacientin do të përcaktojë nëse nevojiten shërbime emergjente ose jo-emergjente, duke vlerësuar nivelin e kujdesit dhe trajtimit të nevojshëm për secilin pacient bazuar në simptomat klinike që ai paraqet dhe duke ndjekur standardet përkatëse të praktikës.

1.1. E drejta për kujdes shëndetësor falas ose me çmim të reduktuar sipas Programit të Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS vlen për shërbimet e kujdesit shëndetësor emergjent, urgjent dhe parësor. Përcaktimet e kualifikueshmërisë bëhen përgjithësisht pas ofrimit të shërbimit dhe bazohen në gjendjen financiare të pacientit, siç përcaktohet nga Udhëzimet Federale të Varfërisë (FPG), si dhe llojin dhe klasifikimin e kujdesit mjekësor të ofruar nga pacienti. (Shihni Shtojcën C për tabelën FPG). Në asnjë rast përcaktimi i kualifikueshmërisë së pacientit për FAP nuk ndërhyn në aksesin në kujdesin emergjent dhe që spitali do të ofrojë kujdes emergjent pavarësisht nga kualifikueshmëria e FAP.

1.2. Shërbimet e kujdesit parësor përfshijnë kujdesin mjekësor të nevojshëm për ruajtjen e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Këto shërbime zakonisht planifikohen paraprakisht ose mund të planifikohen në të njëjtën ditë nga pacienti ose ofruesi i kujdesit shëndetësor.

1.2.1. Kujdesi Parësor zakonisht ofrohet nga mjekë të përgjithshëm, mjekë të familjes, internistë të përgjithshëm, pediatër të përgjithshëm dhe praktikues infermierësh kujdesi ose asistentë mjekësh dhe kujdesi parësor nuk kërkon burimet e specializuara të një departamenti urgjence të Spitalit Akut dhe mund të përjashtojë Shërbimet Ndihmëse dhe shërbimet e kujdesit për maternitetin.

1.3. E drejta për Programin e Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS zbatohet në mënyrë të vazhdueshme për të gjitha Shërbimet e Emergjencës, Shërbimet Urgjente, Shërbimet e Kujdesit Parësor dhe kujdesin tjetër të Nevojshëm Mjekësor të ofruar nga Spitalet.

2. **Ndihma Financiare dhe Pranueshmëria e Programit**

2.1. Spitalet BMCHS ofrojnë ndihmë financiare përmes një Zbritjeje Vetëpagese për të gjithë pacientët e pasiguruar pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar. Megjithatë, nëse një pacient i pasiguruar nuk është në gjendje të paguajë bilancin e mbetur pasi të zbatohet Zbritja e Vetëpagesës, pacienti mund të kërkojë dhe të aplikojë për Programin e Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS.

2.1.1. Nëse një pacient i pasiguruar merr një Zbritje Vetëpagese dhe më pas ofron informacion të vlefshëm mbi mbulimin e sigurimit për datën e shërbimit të takimit, atëherë Zbritja Vetëpagese do të anulohet dhe Spitalet BMCHS do t'i faturojnë palës së tretë.

2.1.2. Nëse një pacient i pasiguruar merr një Zbritje Vetëpagese dhe më pas kualifikohet për ndihmë financiare sipas Programit të Kujdesit Bamirës, atëherë Zbritja Vetëpagese do të anulohet dhe zbritja e Programit të Kujdesit Bamirës do të zbatohet për të klasifikuar siç duhet rregullimin e llogarisë.

2.1.3. Shërbimet që përjashtohen nga Zbritja e Vetë-Pagesës për Pacientët:

2.1.3.1. Shërbimet e ofruara nga mjekë që janë kontraktorë të pavarur dhe faturojnë privatisht për kujdesin e ofruar në vend që të faturojnë përmes njërit prej grupeve të mjekëve të lidhur me BMCHS.

2.1.3.2. Bilancet e llogarisë pas përpunimit të sigurimit, duke përfshirë bashkëpagesat, bashkësigurimin dhe zbritjet e sigurimit.

2.1.3.3. Kërkesat për automjete motorike, kërkesat për përgjegjësi ndaj palëve të treta, shërbimet me tarifë fikse, tarifat e kontraktuara, shërbimet e tjera jo të nevojshme nga ana mjekësore dhe/ose shërbimet e tjera ku zbritje të tjera janë aplikuar tashmë për tarifat, zakonisht, por jo në mënyrë të qartë, përjashtohen nga Zbritja e Vetëpagesës, pasi mund të aplikohet Konsiderata Individuale.

2.2. Pacientët e pasiguruar ose të nënsiguruar që demonstrojnë nevojë financiare për kujdes mjekësor vlerësohen për përshtatshmëri dhe mbulim bazuar në udhëzime të qëndrueshme dhe të paracaktuara, të përcaktuara nga programet shtetërore Medicaid, Planet Shëndetësore të Kualifikuara dhe Programi i Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS.

2.3. Pacientët mund të kërkojnë ndihmë financiare në çdo kohë gjatë para-regjistrimit, regjistrimit, qëndrimit në spital, shërbimit ambulator ose gjatë gjithë ciklit të faturimit dhe mbledhjes së pagesave duke kërkuar dhe dorëzuar një aplikim të plotësuar për ndihmë financiare.

2.4. Një Këshilltar i Çertifikuar Aplikimi (KÇA) është i disponueshëm në Departamentin e Këshillimit Financiar të Spitaleve për të shqyrtuar pacientët për përshtatshmërinë e programit dhe për të ofruar ndihmë personale për regjistrimin sipas nevojës. Dokumentacioni i nevojshëm për të aplikuar për Programin e Kujdesit Bamirës:

2.4.1. Formulari i aplikimit i plotësuar me të dhënat e kërkuara, i nënshkruar nga pacienti dhe bashkëshorti/ja e pacientit nëse është i/e martuar, ose nga garantuesi (p.sh. prindi ose kujdestari).

2.4.2. Dokument që vërteton vendbanimin

2.4.3. Dokument identifikimi

2.4.4. Dokument që vërteton të ardhurat familjare

2.4.4.1. Të ardhurat e fituara

2.4.4.2. Të ardhura që nuk janë fituar

2.4.4.3. Të ardhura nga qiradhënia

2.4.5. Deklarata e ndihmës (nëse nuk janë raportuar të ardhura)

2.4.6. Të dhëna për asetet duhe të përfshijnë:

2.4.6.1. Deklarata bankare

2.5. Të gjithë pacientët që kërkojnë ndihmë financiare duhet së pari të vlerësohen për të qenë të kualifikuar për programet e ndihmës publike ose QHP specifike për shtetin e banimit të pacientit.

2.5.1. Në Massachusetts, programet përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, MassHealth, programin e pagesës së ndihmës premium të operuar nga Health Connector, Programin e Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve, Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore dhe Vështirësitë Mjekësore.

2.5.2. Pacientët që kualifikohen për një opsion mbulimi publik duhet të zbatojnë procesin e aplikimit për atë program dhe të marrin një refuzim përpara se të kërkojnë përfitime shtesë sipas Programit të Kujdesit Bamirës.

2.5.3. Procesi i shqyrtimit dhe aplikimit për sigurimin shëndetësor publik kryhet nga Këshilltarët e Çertifikuar të Aplikimit (KÇA) në Spitale. Aplikimet mund të plotësohen dhe të dorëzohen në letër, me faks ose në internet përmes sistemit Shtetëror të Shkëmbimit të Sigurimeve Shëndetësore (HIX).

2.6. CAC-të e Spitalit mund t'i ndihmojnë gjithashtu pacientët në aplikimin për Përshtatshmëri të Supozuar për t'u dhënë pacientëve në rrethana të veçanta akses të menjëhershëm në shërbimet e mbuluara përmes MassHealth ose Health Safety Net.

2.6.1. Procesi i pranueshmërisë së supozuar përfundohet nga një CAC, i cili, në bazë të vetë-deklarimit të informacionit financiar të pacientit, do të përcaktojë që pacienti përmbush përkufizimin e shtetit për Pacientin me të Ardhura të Ulëta dhe për këtë arsye do ta kualifikojë pacientin për mbulim sipas MassHealth ose HSN.

2.6.2. Një përcaktim i Përshtatshmërisë së Supozuar ofron një periudhë të kufizuar mbulimi të përshtatshëm, duke filluar nga data kur CAC i spitalit bën përcaktimin deri në fund të muajit pasardhës. Gjatë një periudhe të pranueshmërisë së supozuar, pacientët duhet të plotësojnë dhe të dorëzojnë një aplikim të plotë me dokumentet e kërkuara verifikuese për të siguruar mbulim të vazhdueshëm.

2.7. Nëse një pacient përcaktohet i papërshtatshëm për një program ndihme publike, QHP, HSN ose Vështirësi Mjekësore, atëherë pacienti do të vlerësohet për pranueshmërinë e programit sipas Programit të Kujdesit Bamirës të Spitaleve.

2.7.1. Përmes pjesëmarrjes në Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore të Massachusetts, pacientët me të ardhura të ulëta, të pasiguruar dhe të nënsiguruar që marrin shërbime në Spitalet BMCHS mund të jenë të kualifikuar për ndihmë financiare, duke përfshirë kujdes falas ose pjesërisht falas për shërbimet e pranueshme të HSN. Është politikë e Spitaleve që të gjithë pacientët që marrin ndihmë financiare sipas politikës së ndihmës financiare të spitalit të përfshijnë shërbimet e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore si pjesë të kujdesit të pakompensuar të ofruar për pacientët me të ardhura të ulëta.

2.7.1.1. *Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore - Parësor* -Banorët e pasiguruar të Massachusetts me të ardhura të verifikuara midis 0 dhe 300% të Nivelit Federal të Varfërisë mund të përcaktohen si të kualifikuar për Shërbimet e Përshtatshme të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore.

2.7.1.1.1. Periudha e kualifikimit dhe lloji i shërbimeve të mbuluara nga n|i1;t|o;HSN Primar n|i1;t|c; është i kufizuar për pacientët e kualifikuar për regjistrim në Programin e Pagesës së Ndihmës Premium të Massachusetts të operuar nga Health Connector.

2.7.1.1.2. Pacientët që i nënshtrohen kërkesave të Programit të Sigurimit Shëndetësor të Studentëve të Massachusetts nuk janë të kualifikuar për *HSN Primary*.

2.7.1.2. *Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore – Sekondar* - ;Pacientët që janë banorë të Massachusetts me sigurim shëndetësor parësor dhe të ardhura midis 0 dhe 300% të Nivelit Federal të Varfërisë mund të përcaktohen si të kualifikuar për Shërbimet e Përshtatshme të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore.

2.7.1.2.1. Periudha e kualifikimit dhe lloji i shërbimeve për *HSN-Sekondare* është e kufizuar për pacientët e kualifikuar për regjistrim në Programin e Pagesës së Ndihmës Premium të operuar nga Health Connector.

2.7.1.3. *Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore - Zbritjet e Pjesshme* - Pacientët që përfitojnë të drejtën për *HSN - Sekondar* me të ardhura midis 150.1% dhe 300% të Nivelit Federal të Varfërisë mund t'i nënshtrohen një zbritjeje vjetore nëse të gjithë anëtarët e Grupit Familjar të Faturimit Premium kanë të ardhura që janë mbi 150.1% të Nivelit Federal të Varfërisë. Nuk ka zbritje për asnjë anëtar të Grupit Familjar të Faturimit Premium nëse të ardhurat janë mbi 150.1% të Nivelit Federal të Varfërisë. Zbritja vjetore është e barabartë me më të madhen nga:

2.7.1.3.1. Programi i Pagesës së Ndihmës së Premiumit me koston më të ulët të operuar nga primi i Health Connector, i rregulluar për madhësinë e Grupit Familjar të Faturimit të Premiumit në mënyrë proporcionale me standardet e të ardhurave të Nivelit Federal të Varfërisë të MassHealth, që nga fillimi i vitit kalendarik; ose

2.7.1.3.2. 40% e diferencës midis të ardhurave bruto të rregulluara më të ulëta të modifikuara nga shëndeti masiv ose të ardhurave të numërueshme familjare nga vështirësitë mjekësore, siç përshkruhet në 101 CMR 613.04(1), në Grupin Familjar të Faturimit Premium të aplikantit dhe 200% të Nivelit Federal të Varfërisë.

2.7.1.4. *Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore - Vështirësitë mjekësore* Një banor i Massachusetts me çdo të ardhur mund të kualifikohet për Vështirësitë mjekësorepërmes Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore nëse shpenzimet e lejueshme mjekësore i kanë varfëruar aq shumë të ardhurat e tij/saj për shërbimet shëndetësore. Për t'u kualifikuar për *Vështirësi Mjekësore*, shpenzimet e lejuara mjekësore të aplikantit duhet të kalojnë një përqindje të caktuar të të ardhurave të aplikantit si më poshtë:

2.7.1.4.1. Niveli i përqindjes së të ardhurave të kontabilizueshme:

0 - 205%	Niveli federal i varfërisë 10%
205.1 - 305%	Niveli federal i varfërisë 15%
305.1 - 405%	Niveli federal i varfërisë 20%
405.1 - 605%	Niveli federal i varfërisë 30%
> 605.1%	Niveli federal i varfërisë 40%

2.7.1.4.2. Kontributi i kërkuar i aplikantit llogaritet si përqindja e specifikuar e të Ardhurave të Kontabilitetit bazuar në Nivelin Federal të Varfërisë së Familjes n|i1;t|o;*Vështirësi Mjekësore* n|i1;t|c;, shumëzuar me të Ardhurat aktuale të Kontabilitetit minus faturat që nuk janë të pranueshme për pagesën e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore, për të cilat aplikanti do të mbetet përgjegjës.

2.7.2. Individët që plotësojnë kërkesat e pranueshmërisë për t'u kualifikuar për ndihmë financiare sipas një programi të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore të përcaktuar në II.E. të FAP mund të kenë faturim ekzistues për shërbimet e ofruara para 10 ditëve që paraprijnë datën e aplikimit për mbulimin e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore. Sipas rregulloreve të Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore, disa shërbime parësore dhe zgjedhore nuk do të jenë të pranueshme për mbulim sipas Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore para periudhës 10-ditore dhe individi mbetet përgjegjës për shumat e tilla të faturave. Në kohën kur përcaktohet e drejta për t'u përfshirë në Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore, Spitalet BMCHS do të ofrojnë mbulim 100% të kujdesit bamirës për këto fatura për

shërbimet e ofruara para periudhës 10-ditore dhe nuk do të angazhohen në mbledhje të mëtejshme të këtyre faturave.

2.8. Pacientët e përcaktuar si të papërshtatshëm për një program ndihme publike, QHP, HSN ose Vështirësi Mjekësore do të vlerësohen për përshtatshmërinë e programit sipas Programit të Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS. Informacioni i mbledhur do të përdoret për të përcaktuar nëse jeni i/e kualifikuar për Programin e Kujdesit Bamirës.

2.8.1. Pacientët e pasiguruar të përcaktuar si të kualifikuar për Programin e Kujdesit Bamirës do të kualifikohen për një zbritje, të aplikuar në tarifat bruto që mund të mbulojnë të gjitha ose një pjesë të faturave të tyre mjekësore të papaguara. Një pacient i kualifikuar për Programin e Kujdesit Bamirës nuk do të ngarkohet kurrë më shumë se AGB. Kualifikimi i pacientëve dhe zbritja përkatëse përcaktohen duke përdorur tabelën në Shtojcën C.

2.8.2. Pacientët e nënsiguruar të përcaktuar si të kualifikuar për Programin e Kujdesit Bamirës kualifikohen për një zbritje të aplikuar në bilancet e llogarisë pas përpunimit të sigurimit. Kualifikimi i pacientëve dhe zbritja përkatëse përcaktohen duke përdorur tabelën në Shtojcën C.

2.8.3. Kualifikimi për kujdes falas ose të reduktuar, në të gjitha rastet e konsideruara për ndihmë financiare, përcaktohet duke përdorur Udhëzimet Federale të Varfërisë të publikuara së fundmi (Shih Shtojcën C).

2.8.3.1. Limitet e aseteve për kualifikimin nuk mund të kalojnë 3,000 dollarë për aplikantin dhe 3,000 dollarë për bashkëshortin/en e aplikantit nëse është e aplikueshme.

2.8.3.2. Përcaktimet e aseteve nuk do të përfshijnë kurrë vendbanimin kryesor ose automobilin kryesor të pacientit.

2.8.4. BMCHS ofron një Zbritje Vetëpagese për shumicën e shërbimeve për pacientët pa sigurim. Kjo zbritje vlen për pacientët e çdo niveli të të ardhurave pa përfitime financiare ose aplikim të kërkuar.

2.8.5. BMCHS nuk do t'u faturojë pacientëve të pasiguruar që kualifikohen për Ndihmë Financiare më shumë për Shërbime Emergjente, Shërbime Urgjente ose kujdes tjetër të Nevojshëm Mjekësor sesa AGB për pacientët që kanë mbulim sigurimi. Për të përllogaritur AGB, BMCHS përdor metodën e prapaveprimit, e cila përdor të dhënat e pagesave të Medicaid, bazuar në vitin e mëparshëm fiskal 12-mujor, për të përcaktuar përqindjen e AGB që do të aplikohet në këto tarifa. Përqindja e AGB e përdorur nga BMCHS, dhe metoda me të cilën është përcaktuar është e disponueshme, pa pagesë, nga Këshillim Financiar i Pacientëve, (PFC) dhe Departamenti. Kërkesat mund të bëhen duke telefonuar PFC në numrin 617-414-5155 ose duke dërguar email në adresën DG-FinancialCounseling@bmc.org.

2.8.6. BMCHS nuk faturon dhe nuk pret pagesën e tarifave bruto/totale nga asnjë individ që kualifikohet sipas FAP-së, ose që nuk ka sigurim shëndetësor, por nuk kualifikohet për ndihmë financiare.

2.9. Pacientëve që demonstrojnë situata financiare unike mund t'u jepet konsideratë individuale, dhe zbritjet mund të jepen rast pas rasti, në përputhje me Politikën e Kreditimit dhe Mbledhjes së BMCHS dhe përtej dispozitave të tjera të përcaktuara në FAP, për të njohur rastet unike të vështirësive financiare.

3. **Metoda e aplikimit për ndihmë financiare**

3.1. Pacientët mund të paraqesin kërkesa dhe të aplikojnë për ndihmë financiare:

3.1.1. Duke u paraqitur personalisht në një prej zyrave të Këshillimit Financiar të Pacientëve në adresën

- BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62 Boston, MA 02118
- BMC Brighton - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
- BMC South – 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

3.1.2. Duke telefonuar një Departament të Këshillimit Financiar për t'u kontrolluar në telefon ose për të caktuar një takim me Këshilltarin Financiar, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 deri në 17:00.

- BMC: 617-414-5155
- BMC Brighton: 617-779-6406
- BMC South: 508-427-3538

3.1.3. Duke dërguar me postë një kërkesë me shkrim për informacion mbi FAP-in, duke përfshirë kopje të Formularit të Shqyrtimit të Ndihmës Financiare dhe aplikacionin e Programit të Kujdesit Bamirës Spitalor BMCHS, të cilat duhet të plotësohen dhe të dorëzohen me postë për përpunim.

3.1.3.1. Aplikimet FAP dhe ato të Programit të Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS gjenden në adresën https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance, dhe mund të printohen, plotësohen dhe të dërgohen dorazi duke u paraqitur personalisht ose me postë për shqyrtim të mëtejshëm.

3.1.3.2. Nëse aplikimi do të dërgohet me postë, pacientët duhet të dorëzojnë Formularin e Monitorimit të Asistencës Financiare, Aplikimin dhe kopjet e dokumenteve të kërkuara në:

- Qendra Mjekësore e Bostonit
  Në vëmendje të: Shërbimi i këshillimit financiar për pacientët
  BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Salla e katit 1N62
  Boston, MA 02118

3.2 Përcaktimi i përshtatshmërisë së përfitimit

3.2.1 Departamenti i Këshillimit Financiar të Pacientëve në BMCHS është përgjegjës për përcaktimin e përshtatshmërisë bazuar në dokumentacionin e paraqitur nga pacienti për procesin e aplikimit. Për pyetje lidhur me kriteret e përfitimit, pacientët mund të kontaktojnë Departamentin e Ndihmës Financiare me në numrin (617) 414-5155.

3.2.2 Pasi të plotësohet aplikimi do të përpunohet, do të shqyrtohet për të përcaktuar përshtatshmërinë për përfitim dhe aplikanti do të njoftohet me shkrim për vendimin përkatës.

3.2.3 Njoftimi i Kërkesës për Informacion shtesë ose për refuzimin:

3.2.3.1 Asistenca financiare nuk do të refuzohet, duke u bazuar vetëm në një aplikim jo të plotë të dorëzuar fillimisht nga pacienti. Dokumentacioni i zakonshëm që kërkohet për të aplikuar përmendet në Seksionin II.D të kësaj politike dhe përshkruhet në dokumentin përmbledhës të BMCHS bashkëlidhur (Shtojca B).

3.2.3.2 Nëse nevojiten dokumente shtesë për të marrë një vendim, atëherë pacienti do të njoftohet me postë USPS përmes një kërkese për të dërguar dokumentet e verifikimit brenda 30 ditëve nga data e njoftimit.

3.2.3.3 Nëse pacienti nuk arrin të dërgojë dokumentet shtesë, atëherë aplikimi për ndihmë financiare mund të refuzohet dhe pacienti do të faturohet në përputhje me Politikën e Kredisë dhe Mbledhjes së Pagesave të BMCHS.

3.2.3.3.1 Pacientët e pasiguruar që nuk plotësojnë kriteret e përcaktuara për të përfituar nga programet e ndihmës financiare ose ata të cilëve u refuzohet kërkesa do të kenë

mundësi të përfitojnë zbritjen e vetëpagesës, sipas rastit.

3.2.3.3.2 Pacientët e nënsiguruar që nuk plotësojnë kriteret e përcaktuara për të përfituar nga programet e ndihmës financiare ose ata të cilëve u refuzohet kërkesa do të jenë përgjegjës për gjendjen e llogarisë që mbetet pas përfundimit të procedurave përkatëse të mbulimit nga siguracioni.

3.2.3.3.3 BMCHS do të ndërmarrë veprime të arsyeshme për të mbledhur pagesat e pashlyera të detyrimit financiar.

i. Pacienti do të marrë të paktën katër deklarata gjatë një periudhe prej 120 ditësh përpara se llogaria të konsiderohet si detyrim financiar (borxh) i pashlyer.

ii. Përpjekje të tjera për mbledhjen e pagesave përkatëse do të përfshijnë komunikim telefonik, komunikim me shkrim duke dërguar letra, njoftime për kontakt personalisht, njoftime elektronike ose çdo metodë tjetër njoftimi që përbën një përpjekje të vërtetë për të kontaktuar palën përgjegjëse për shlyerjen e shumës përkatëse të papaguar.

iii. Kontratat e BMHC me një agjenci të jashtme të mbedhjes sëdetyrimeve financiare (pagesave) të pashlyera do të asistojnë për disa pagesa, të cilat përfshijnë shumat që janë në ngarkim të pacientit dhe që nuk janë paguar pasi të lëshohet fatura e Spitaleve ose pas njoftimeve përfundimtare. Megjithatë, BMCHS nuk angazhohet në procedurat e Veprimit të Jashtëzakonshëm të Arkëtimit, (ECA), për të mbledhur pagesat e vonuara.

3.2.3.3.4 Politika e Kredive dhe Arkëtimit të BMCHS gjendet në faqen në internet të spitalit në adresën https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

3.2.4 Njoftimi i miratimit

3.2.4.1 Pacientët e miratuar, të pasiguruar ose të nënsiguruar do të përfitojnë një zbritje siç specifikohet në FAP, (Shihni Shtojcën C për përmbledhjen e kritereve të përfitimit dhe zbritjen e zbatueshme).

3.2.4.2 BMCHS do të kontaktojë pacientin me postë USPS për ta njoftuar atë për miratimin e përfitimit nga programi I ndihmës financiare. Në njoftim do të përshkruhen hapat që duhe të ndiqen nga pacienti për t'u informuar rreth përgjegjësisë së tij, nëse është e zbatueshme, si dhe informacione shtesë që konfirmojnë se shuma e detyrimit nuk është më e madhe se shumat standarde të faturuara.

3.2.4.3 Nëse një pacient ka tashmë një plan të pagesa ose ka kryer pagesa në llogarinë e tij dhe më pas i është miratuar kërkesa për të përfituar nga Programi i Bamirësisë të Spitaleve BMCHS, çdo pagesë e shumës së kontributit që është

subjekt i programit të bamirësisë ose do të aplikohet në llogari të tjera të papaguara ose do t'i rimbursohet pacientit në rast nuk ka detyrime të tjera të pashlyera.

3.2.5 Detyrimet e pacientit

3.2.5.1 Pacientët duhet të marrin pjesë në procesin e monitorimit të ndihmës financiare dhe të bien dakord që të aplikojnë për mbulimin e disponueshëm të sigurimit shëndetësor në rast se gjykohet se plotësojnë kriteret për të përfituar nga ndonjë prej programeve shtetërore, programeve të ndihmës publike ose programeve të Planeve Shëndetësore të Kualifikuara.

3.2.5.2 BMCHS rezervon të drejtën të kërkojë verifikimin e një aplikimi të refuzuar për një program aktiv të sigurimit shëndetësor të pacientit, përpara se pacienti të mund të konsiderohet si përfitues i ndihmës financiare të Programit të Bamirësisë të Spitaleve BMCHS.

3.2.5.3 Pacientët duhet të paraqesin formularin e aplikimit të plotësuar dhe të nënshkruar për Programin Bamirës të Spitaleve BMCHS dhe të paraqesin dokumentacionin përkatës për të verifikimin e të ardhurave, të pasurive dhe të statusit të vendbanimit të nevojshëm për t'u regjistruar në planin e sigurimit shëndetësor ose për të aplikuar për ndihmë në kuadër të Programit të Kujdesit Bamirës të Spitaleve BMCHS. (Shihni Shtojcën D të Aplikimit për Programin e Bamirësisë).

3.2.5.4 Pacientët duhet të deklarojnë çdo mbulim të kategorisë së Kompensimit të të Punësuarve, Automjeteve ose të Përgjegjësive të Palëve të Treta dhe të bashkëpunojnë për çdo kërkesë të nevojshme për identifikimin e kërkesave për shqyrtim nga paguesi.

3.2.5.5 Pacientët janë të detyruar të njoftojnë në mundësinë më të parë zyrën e Këshillimit Financiar të Spitaleve për çdo ndryshim të adresës së banimit, të punësimit ose të statusit të sigurimit, siç kërkohet nga programet e ndihmës financiare.

3.2.5.6 Pacientët duhet të bien dakord të paguajnë shumat e mbetura të llogarisë pas përpunimit të sigurimit, për të cilat nuk zbatohet zbritje sipas FAP, të tilla si pagesat, bashkësigurimet dhe zbritjet.

3.2.6 Detyrimet BMCHS

3.2.6.1 BMCHS do të përpiqet në të gjitha mënyrat e arsyeshme për të mbledhur informacionin e nevojshëm për statusin e sigurimit të pacientit dhe atë financiar, në mënyrë që të përcaktojë përgjegjësinë për pagesën e të gjitha shërbimeve të kujdesit shëndetësor spitalor ose ambulator gjatë regjistrimit paraprak të pacientit, në datën e shërbimit, gjatë kohës që pacienti është i shtruar në një spital, pas daljes nga spitali ose brenda një kohë të arsyeshme pas daljes nga spitali. Përpjekjet e arsyeshme përfshijnë:

3.2.6.1.1 Kërkesën për kartën e sigurimit të pacientit

3.2.6.1.2 Verifikimin e mbulimit në sistemin përkatës së Spitaleve

3.2.6.1.3 Kontrollin për mbulim përmes qasjes në bazën e të dhënave të siguracioneve shtetërore dhe private

3.2.6.1.4 Mbledhjen e informacionit të paguesit që vepron si palë e tretë.

3.2.6.2 BMCHS do të përpiqet të hetojë çdo pagues që vepron si palë e tretë, i cili mund të ketë detyrimin për të paguar për shërbimet e ofruara, duke përfshirë por pa u kufizuar në:

3.2.6.2.1 Automjete motorike ose politikën e përgjegjësisë si pronar banese

3.2.6.2.2 Politikat e aksidenteve të përgjithshme

3.2.6.2.3 Programet e kompensimit të të punësuarve

3.2.6.2.4 Politikat e sigurimit të studentëve

3.2.6.3 Nëse pacienti ose garantuesi/kujdestari nuk është në gjendje të japë informacionin e nevojshëm dhe pacienti jep pëlqimin e tij, atëherë BMCHS mund të përpiqet të kontaktojë të afërmit, miqtë, garantuesin/kujdestarin dhe/ose palë të tjera të përshtatshme për të marrë informacionin shtesë të nevojshëm.

4. Njoftimi i disponueshmërisë së Ndihmës Financiare

4.1. BMCHS përdor masat e mëposhtme për të publikuar Politikën e saj të Ndihmës Financiare:

4.1.1. Informon pacientin për Programin Bamirës të Spitaleve BMCHS dhe ofron kopje të Përmbledhjes në Gjuhë të thjeshtë, (PLS), në kohën e regjistrimit si pjesë e procesit standard të pranimeve.

4.1.2. Shenjat e postimeve për ofrimin e programeve të ndihmës financiare, si dhe mënyrën dhe vendin e aplikimit, janë postuar në vende të dukshme në zonat e qasjes së pacientëve në Spitalet BMCHS:

4.1.2.1. Në sportelet dhe/ose zonat e pritjes ku ofrohen shërbime spitalore, ambulatore, klinike dhe të emergjencave.

4.1.2.2. Në zyrat e këshillimit financiar të pacientëve

4.1.2.3. Në zonat qendrore të pranimit dhe regjistrimit të pacientëve

4.1.3. Ka vendosur në dispozicion kopjet e politikës, formularit të monitorimit, aplikimit dhe Përmbledhjes në gjuhë të thjeshtë:

4.1.3.1. Me kërkesë të pacientit, duek u paraqitur personalisht, përmes komunikimit telefonik ose dërgimit me postë.

4.1.3.2. Në faqet në internet të Spitaleve, për lexim ose shkarkim në adresënhttps://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

4.1.3.3. Në vendet e qasjes së pacientëve në BMCHS

4.1.4. Jep një njoftim të përgjithshëm për disponueshmërinë e programit të ndihmës financiare në pasqyrat e faturimit të pacientëve.

4.2. Të gjitha njoftimet e postuara dhe materialet e printuara që lidhen me FAP, duke përfshirë formularin e monitorimit, aplikimin, PLS dhe broshurat edukative, përkthehen nga anglishtja në gjuhë të ndryshme, nëse gjuha përkatëse flitet nga të paktën 5% e popullsisë që banon në zonat e shërbimit të Spitaleve BMCHS. Aktualisht, të gjitha shenjat dhe materialet e shkruara janë përkthyer në gjuhët e mëposhtme:

i. Anglisht
ii. Spanjisht
iii. Gjuhë ruse
iv. Gjuha kreole e Haitit
v. Portugalisht
vi. Vietnamisht

vii. Gjuhë e Kejp Verde
viii. Shqip
ix. Arabisht
x. Gjuhë kineze

5. Praktikat e spitaleve për faturimin dhe mbledhjen e pagesave

5.1. BMCHS ka një detyrë besimi për të kërkuar rimbursim për shërbimet e ofruara nga individë që mund të paguajnë, nga siguruesit e palëve të treta që mbulojnë koston e kujdesit shëndetësor dhe nga programe të tjera asistence për të cilat pacientit i lind e drejta për të përfituar.

5.2. Siç përshkruhet në Politikën e Kredisë dhe Arkëtimit, BMCHS ndjek procedura të arsyeshme të faturimit dhe të arkëtimit:

5.2.1. Çdo deklaratë faturimi e marrë nga një pacient përbën një përpjekje për të mbledhur një bilanc të caktuar. Çdo deklaratë do të përfshijë të dhëna për të informuar pacientin ose garantuesin për programet e ndihmës financiare, ku përshkruhet mënyra e paraqitjes së kërkesës dhe aplikimi për të përfituar ndihmë;

5.2.2. BMCHS do të dokumentojë aktivitetin e vazhdueshëm të mbledhjes që përfshin të paktën katër (4) deklarata të pacientit gjatë një periudhe prej 120 ditësh përpara se llogaria të konsiderohet si detyrim financiar (borxh) i pashlyer.

5.2.3. Në një njoftim përfundimtar, pacienti ose garantuesi do të informohet për referimin e llogarisë te një agjenci e jashtme e mbledhjes së pagesave, si dhe do të informohet për disponueshmërinë e programeve të ndihmës financiare.

5.2.4. BMCHS do të dokumentojë të gjitha përpjekjet alternative të bëra për të gjetur një palë përgjegjëse për gjendjen e llogarisë ose për të marrë një adresë të saktë në pasqyrat e faturimit të kthyera nga shërbimi postar me shënimin "adresë e pasaktë" ose "e padorëzuar".

5.2.5. BMCHS do të dokumentojë dhe do të mbajë të dhëna për veprimet e vazhdueshme të faturimit ose të veprimeve të ndërmarra për mbledhje të pagesave, me qëllim që të rishikohet auditimi nga një agjenci federale dhe/ose shtetërore për raportin e kostos së vitit fiskal ku raportohet fatura ose llogaria.

5.2.6. BMCHS nuk do të kryejë veprime të vazhdueshme faturimi ose arkëtimi për shumat e mbetura në llogarinë e shpenzimeve spitalore me vlerë më të vogël se 25,00 $, pasi është një kosto e ndaluar. Megjithatë, BUMG dhe BMCAP do të vazhdojnë përpjekjet e faturimit dhe arkëtimit për shumat e mbetura në llogarinë e shpenzimeve spitalore me vlerë mbi 5 $ dollarë për ofrimin e shërbimeve të mjekut.

5.3. Pacientët që përcaktohen si të papërshtatshëm për të përfituar nga programet e ndihmës financiare por që mund të hasin vështirësi financiare për shkak të rrethanave të pazakonta ose të paparashikuara, inkurajohen të sjellin në vëmendjen e Këshillimit Financiar të Pacientëve situatën që të shqyrtohet në mënyrë individuale. Në përputhje me politikën e saj të kredisë dhe arkëtimit dhe në gjykimin e saj, BMCHS mund të zgjerojë kuadrin e zbritjeve përtej dispozitave të tjera të parashikuara në Politikën e Ndihmës Financiare rast pas rasti për të identifikuar rastet unike që hasin vështirësi financiare.

5.4. Politika e Kredisë dhe Mbledhjes së BMCHS gjendet në faqen në internet të spitalit në adresën https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance.

Përgjësia:

Këshillimi Financiar për Pacientët

Shtojca / Pasqyra

Shtojca A - Përmbledhje e Gjuhës së Thjeshtë të BMCHS
Shtojca B - Përmbledhje e Dokumenteve të Verifikimit të Pranueshëm të FAP
Shtojca C - Udhëzime për Programin e Kujdesit Bamirës dhe Uljet
Shtojca D - Aplikimi për Programin e Kujdesit Bamirës të BMCHS
Shtojca E - Lista e Ofruesve të lidhur me BMCHS

Qendra Mjekësore e Bostonit
Politika dhe Udhëzuesi i procedurave

Politika të tjera përkatëse:
09.11.000 Trajtimi dhe transferimi i pacientëve të rasteve emergjente
08.26.000 Krediti dhe mbledhjae pagesave

Filluar nga:
Këshillimi Financiar për Pacientët

Pavionët që kontribuan:
Cikli i të Ardhurave
- Këshillimi Financiar për Pacientët
- Shërbimet e Qasjes së Pacientëve
- Strategjia e Shërbimeve Financiare të Pacientëve dhe Cikli i të Ardhurave
- Integriteti i të Ardhurave dhe Faturimi Profesional

Rimbursimet dhe Sistemet e Pagesave
Ligjore & Pajtueshmëria

Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Qendra Shëndetësore e Bostonit
Sistemi Shëndetësor

Politika e Ndihmës Financiare të BMCHS: **Përmbledhje në Gjuhë të Thjeshtë**

Sistemi Shëndetësor i Qendrës Mjekësore të Bostonit ofron kujdes të nevojshëm mjekësor për të gjithë pacientët, pavarësisht nga raca, ngjyra, feja, seksi, origjina kombëtare, mosha, aftësia e kufizuar, identiteti ose shprehja gjinore, ose aftësia për të paguar. BMCHS ofron ndihmë financiare për pacientët me të ardhura të ulëta, të pasiguruar ose të nënsiguruar, të cilët demonstrojnë nevojë dhe pamundësi për të paguar për kujdesin shëndetësor. BMCHS do të bashkëpunojë me pacientët për të përcaktuar përshtatshmërinë e tij për të përfituar ndihmë financiare dhe do ta ndihmojë pacientin të aplikojë për mbulim nga Medicaid ose nga programe të tjera shtetërore, plane shëndetësore të kualifikuara federale ose ndihmë sipas Programit të Kujdesit Bamirës të spitalit. Pacientët që kualifikohen për të përfituar ndihmë nga Programi i Kujdesit Bamirës nuk do të tarifohen më shumë se shumat stadarde të faturuara për urgjenca ose kujdes tjetër të nevojshëm mjekësor.

Kush përfiton?
Pacientët me të ardhura të ulëta, të pasiguruar dhe të nënsiguruar që kërkojnë kujdes të nevojshëm mjekësor dhe nuk janë në gjendje të paguajnë për shërbimet e nevojshme mund të aplikojnë për të përfituar ndihmë financiare nga programet përkatëse. Përshtatshmëria e programit bazohet në udhëzime të cilat përfshijnë të ardhurat familjare të një individi, përbërjen e familjes, nevojat mjekësore dhe shtetin e vendbanimit. Mënyra se si një pacient kualifikohet për ndihmë financiare do të përcaktojë llojin e programit për të cilin ai është i kualifikuar. Disa pacientë do të kualifikohen për programe që nuk kërkojnë që ata të paguajnë për shërbimet, ndërsa programe të tjera mund të kërkojnë që një pacient i kualifikuar të bëjë një pagesë të pjesshme. Gjithashtu, në Massachusetts, banorët mund të kenë të drejtë të përfitojnë për Vështirësitë Mjekësore, një program ky i cili ofrohet nëpërmjet Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore të shtetit. Pavarësisht nga madhësia e familjes dhe të ardhurat, një person mund të kualifikohet për Vështirësi Mjekësore nëse shpenzimet e tij të lejueshme mjekësore janë më të mëdha se një përqindje e përcaktuar e të ardhurave të familjes së tij. Pacientët që përcaktohen të papërshtatshëm për mbulim sipas programeve të ndihmës financiare shtetërore ose federale do të vlerësohen për përshtatshmërinë sipas Programit të Kujdesit Bamirës të spitalit.

Mënyra e aplikimit:
Informacioni në lidhje me Politikën e Ndihmës Financiare të BMCHS, Programin e Kujdesit Bamirës dhe aplikimin mund të merren si vijon:

- Kontaktoni shërbimin e Këshillimit Financiar për Pacientët në numrin (617) 414-5155 ose paraqituni personalisht në një prej zyrave përkatëse, nga e hëna deri të premten, nga ora 08:00 deri 17:00, në:
  - BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Vizitoni faqen në internet të spitalit në adresën https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance
- Dërgoni një kërkesë me shkrim për informacion mbi programin dhe udhëzime për aplikim me postë në adresën:

  Qendra Mjekësore e Bostonit
  Drejtuar: Zyrës së Këshillimit Financiar të Pacientëve
  850 Harrison Ave
  Boston, MA 02118

Informacioni është i disponueshëm për të gjithë pacientët në gjuhën angleze. Gjuhë spanjolle, kreole e haitit, ruse, portugeze, vjetnameze, e Kejp Verdes, arabe, shqipe e Shqipërisë dhe vendeve me popullsi shqiptare. Ndihma për të plotësuar aplikimin në gjuhë të tjera është e disponueshme përmes shërbimeve të interpretëve të MassHealth në numrin 1-800-841-2900 ose duke telefonuar shërbimin e Këshillimit Financiar të pacientëve në numrin 617-4 at 617-ose duke duke u paraqitur personalisht pranë një prej zyrave në adresat përkatëse.

Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Programi i Ndihmës Financiare për Sistemin Shëndetësor të Qendrës Mjekësore të Bostonit

BMCHS do të ndihmojë banorët e pasiguruar dhe të nënsiguruar të Massachusetts që të aplikojnë për mbulim shëndetësor përmes programeve të ndihmës publike (ku përfshihen MassHealth, programin e pagesës së ndihmës premium që kryhet përmes Health Connector, Programin e Sigurisë Mjekësore të Fëmijëve, Rrjeti i Sigurisë Shëndetësore dhe Vështirësitë Mjekësore) ose Programi i Kujdesit Bamirës të BMCHS. Aplikimi dhe udhëzimet e Politikës së Ndihmës Financiare dhe Kujdesit Bamirës të BMCHS janë të disponueshme për të gjithë pacientët në gjuhën anglisht, spanjolle, kreole të Haitit, ruse, portugeze. vjetnameze, të Kejp Verdes, arabe, shqipe dhe kineze. Ndihma për plotësimin e aplikacionit në gjuhë të tjera është e disponueshme përmes shërbimeve të interpretëve të MassHealth në numrin **1.800.841,2900** ose Zyrave të Këshillimit Financiar të BMCnë numrin **617.414.5155** ose duke u paraqitur personalisht në një prej zyrave të Këshillimit Financiar nga e dita e hënë deri të premten, nga ora 08:00 deri n ëorën 17:00 në

- BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
- BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 736 MA 02135
- BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton, MA 235 MA 02301

Personeli i spitalit do të bashkëpunojë me personat e interesuar për të aplikuar për programet e përshtatshme. Lista e dokumentacionit të miratuar gjendet në vijim:

- **Dokument që vërteton të ardhurat familjare -** Nevojitet për çdo person madhor të familjes që është në marrëdhënie pune. Dokumentet e vlefshme përfshijnë:
  - Dy fletëpagesat e fundit
  - Letra e regjistrimit të sigurimeve shoqërore
  - Deklarata e tatimit mbi të ardhurat dhe orari C (vetëm për personat që jnaë të vetëpunësuar)
  - Kompensim papunësie

- **Dokument identifikimi me fotografi -** Nevojitet për çdo person madhor të familjes. Dokumentet e identifikimit të vlefshme përfshijnë:
  - Leje e drejtimit të automjetit, dokument identifikimi me fotografi i lëshuar nga institucionet qeveritare.
  - Draft procesverbal ose kartë identifikimi si ushtarak
  - ID e studentit
  - Fotografi pasaporte

  (Pyesni për format e tjera të JD nëse nuk dispononi asnjë prej dokumenteve të lartpërmendur)

- **Verifikimi i shtetësisë -** I nevojshëm për të verifikuar shtetlsinë amerikane. Dokumentet që pranohen nga MassHealth përfshijnë:
  - Çertifikatë lindjeje
  - Pasaportë
  - Prosecverbal i vërtetuar i spitalit

- **Dëshmi e Statusit të Emigrantit -** Shtetasit jo amerikanë që aplikojnë për ndihmë mjekësore të ndryshme nga MassHealth Limited u kërkohet të paraqesin dokumentacion për të verifikuar statusin e emigrantit, si:
  - Karta e Qëndrimit të Përhershëm Ligjor
  - Çertifikatae Natyralizimit

- **Informacion për asetet -** Personat që kanë mbushur moshën 65 vjeç duhet të paraqesin dokumente për të verifikuar pasuritë e paluajtshme, duke përfshirë, por pa u kufizuar në sa vijon:
  - Deklarata bankare (Llogari rrjedhëse ose kursimi)
  - Siguracion të jetës
  - Vlerën e pasurisë së paluajtshme që kanë në pronësi
  - Vlerën e automjetit që kanë në pronësi

Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Udhëzimet federale të varfërisë dhe zbritjet e programit të kujdesit bamirës BMCHS

Udhëzimet Federale të Varfërisë (FPG) - Përcaktohen nga qeveria e Shteteve të Bashkuara dhe botohen çdo vit në Regjistrin Federal FPG, të cilat bazohen në nivelin e të ardhurave të familjeve dhe të të ardhurave familjare dhe përdoren për të përcaktuar përshtatshmërinë e pacientit për të përfituar ndihmë financiare dhe programe për ndihmë financiare të shtetërore Medicaid dhe Politika e Ndihmës Financiare të Spitaleve BMCHS. Këto standarde janë të zbatueshme për FY26 dhe mund të gjenden në adresën [httpa://www.mass.go-masshealth Yearly FPL]

Standardet e të ardhurave nga MassHealth 2026 dhe Udhëzimet Federale të Varfërisë, të hyra në fuqi në datën 01 mars 2026

Përbërja e familjes	Standardet e të Ardhurave MassHealth		100% Niveli Federal i Varfërisë		133% Niveli Federal i Varfërisë		150% Niveli Federal i Varfërisë		190% Niveli Federal i Varfërisë	
	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor
1	$522	$6,264	$1,330	$15,960	$1,769	$21,228	$1,995	$23,940	$2,527	$30,324
2	$650	$7,800	$1,804	$21,648	$2,399	$28,788	$2,705	$32,460	$3,427	$41,124
3	$775	$9,300	$2,277	$27,324	$3,028	$36,336	$3,415	$40,980		
4	$891	$10,692	$2,750	$33,000	$3,658	$43,896	$4,125	$49,500		
5	$1,016	$12,192	$3,224	$38,688	$4,288	$51,456	$4,835	$58,020		
6	$1,141	$13,692	$3,697	$44,364	$4,917	$59,004	$5,545	$66,540		
7	$1,266	$15,192	$4,170	$50,040	$5,547	$66,564	$6,255	$75,060		
8	$1,383	$16,596	$4,644	$55,728	$6,176	$74,112	$6,965	$83,580		
Për çdo person tjetër, shtoni	$133	$1,596	$474	$5,688	$630	$7,560	$710	$8,520		

Këto shifra janë të rrumbullakosura dhe mund të mos pasqyrojnë shifrat e përdorura në përcaktimin e programit. Të Ardhurat Institucionale Standard janë 72.80$.

Përbërja e familjes	200% Niveli Federal i Varfërisë		225% Niveli Federal i Varfërisë		250% Niveli Federal i Varfërisë		300% Niveli Federal i Varfërisë		400% Niveli Federal i Varfërisë	
	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor	Mujor	Vjetor
1	2,660 $	31,920 $	2,993 $	35,916 $	3,325 $	39,900 $	3,990 $	47,880 $	5,320 $	63,840 $
2	3,607 $	43,284 $	4,058 $	48,696 $	4,509 $	54,108 $	5,410 $	64,920 $	7,214 $	86,568 $
3	4,554 $	54,648 $			5,692 $	68,304 $	6,830 $	81,960 $	9,107 $	109,284 $
4	5,500 $	66,000 $			6,875 $	82,500 $	8,250 $	99,000 $	11,000 $	132,000 $
5	6,447 $	$77,364			$8,059	$96,708	$9,670	$116,040	$12,894	$154,728
6	$7,394	$88,728			$9,242	$110,904	$11,090	$133,080	$14,787	$177,444
7	$8,340	$100,080			$10,425	$125,100	$12,510	$150,120	$16,680	$200,160
8	$9,287	$111,444			$11,609	$139,308	$13,930	$167,160	$18,574	$222,888
Për çdo person tjetër, shtoni	$947	$11,364			$1,184	14,208 $	1,420 $	17,040 $	1,894 $	22,728 $

Këto shifra janë të rrumbullakosura dhe mund të mos pasqyrojnë shifrat e përdorura në përcaktimin e programit. Të Ardhurat Institucionale Standard janë 72.80$.
DG-FPL_2026-03

Programi i Kujdesit Bamirës -Një program ndihme financiare që ofrohet nga Spitalet BMCHS për të mundësuar një zbritje përqindjeje në bilancin e llogarisë së pacientëve sipas aftësisë së tyre për të paguar dhe për të përcaktuar përshtatshmërinë për të përfituar nga programi, siç përcaktohet në Politikën e Ndihmës Financiare të spitalit.

Programi i Kujdesit Bamirës - Udhëzime për të drejtën e përfitimit & Zbritje			
Kategoria e pacientit	**Kujdes i lirë 0 - 150% FPLG**	**Kujdes i reduktuar 151% - 300% FPLG**	**Zbritje me vetëpagesë > 300% FPG**
Pa sigurim	100% zbritje e shumës totale të faturuar	90% zbritje e shumës totale të faturuar	45% zbritje
I nënsiguruar	100% zbritje e shumës së mbetur pas sigurimit	90% zbritje e shumës së mbetur pas sigurimit	Nuk përfiton Pacienti është përgjegjës për të paguar shumën e mbetur pas siguracionit
• **Limiti i aseteve - nuk mund të tejkalojë vlerën 3,000 $ për aplikantin dhe 3,000 $ për çdo anëtar të HH** • **Përcaktimet e aseteve përfshijnë deklarata bankare (llogari rrjedhëse dhe kursimesh)**			

Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Aplikimi për Programin e Kujdesit Bamirës të Sistemit Shëndetësor të Qendrës Mjekësore të Bostonit

Emri i pacientit	Numri i sigurimeve shoqërore	Data e lindjes
Emri i prindit / kujdestarit (nëse pacienti është i mitur)	Numri i sigurimeve shoqërore	Data e lindjes

Adresa e banimit	**Adresa postare** ____**Përzgjidhni nëse kjo adresë është e njëjtë me adresën e banimit**
Rruga / Apartamenti ose Hyrja#	Rruga / Apartamenti ose Hyrja#
Qyteti / Shteti / Kodi postar	Qyteti / Shteti / Kodi postar

Gjendja civile: ☐ Beqar(e) ☐ I/E martuar ☐ I/E divorcuar ☐ I/E ve **A jeni të punësuar?** ☐ Jo ☐ Po **Nëse po, prej sa kohësh?** _____

Emri i punëdhënësit: _____ **A ofron punëdhënësi sigurim shëndetësor?** ☐ Jo ☐ Po

Plotësoni tabelën e mëposhtme me të dhënat e ANËTARËVE TË FAMILJES DHE TË ARDHURAT PËRKATËSE. Shkruani emrat dhe informacionin për të ardhurat për të gjithë personat që jetojnë në banes[n tuaj. Ju lutemi të përdorni kodet e të ardhurave për të identifikuar kategorinë përkatëse për secilin person.

ANËTARËT E FAMILJES DHE TË ARDHURAT E TYRE							
Kategoria e të ardhurave dhe Kodi përkatës							
Të ardhurat e fituara	EI	Të ardhura suplemetare nga sigurimet	SSI	Administrim i veteranit	VA	Ndihmë për fëmijën	CS
Të ardhura nga vetëpunësimi	SE	Të ardhura nga sigurimet shoqërore për shkak të paaftësisë në punë	SSDI	Kompensim i të punësuarit	WC	Ndihmë për bashkëshortin ose bashkëshorten	SS
Sigurime shoqërore për shkak të daljes në pension	SSR	Kompensim papunësie	UC	Pension ose Pension i përvitshëm	PA	Të ardhura nga qiradhënia	RI

ASETET -Të dhënat bankare

Emri	**Lidhja me aplikuesin**	**Data e lindjes**	**Mosha**	**Kategoria e të ardhurave sipas kodit**	**Shuma e të ardhurave (Në vit/muaj/javë)**
	Personale				$
					$
					$
					$
					$
					$

Nëse ju nevojitet më shumë hapësirë për të renditur të gjithë anëtarët e familjes, ju lutemi të përdorni faqen e pasme të formularit.

Llogaria rrjedhëse: ☐ Jo ☐ Po Emri i bankës: _____ Gjendja e llogarisë: _____

Llogari kursimesh: ☐ Jo ☐ Po Emri i bankës: _____ Gjendja e llogarisë: _____

Tregu monetar: ☐ Jo ☐ Po Emri i bankës: _____ Gjendja e llogarisë: _____

ASETET - Të dhëna të banesës dhe pasurive të paluajtshme

A jeni pronar të ndonjë banese tjetër? ☐ Jo ☐ Po Kredi hipotekare: _____$ /muaj Qira / Përdorim? ☐ Jo ☐ Po _____$ /muaj

A jeni pronar i ndonjë automjeti? ☐ Jo ☐ Po Vlera e përllogaritur: _____$ A jeni pronar i ndonjë automjeti? ☐ Jo ☐ Po Sa automjete? _____

Duke nënshkruar më poshtë, bie dakord për deklaratatat në vijim:

- Deklaroj, nën përgjegjësinë e parashikuar nga ligji për ndëshkim në rast të një deklarimi të rremë se përgjigjet që kam dhënë janë të vërteta dhe të sakta, për sa kam dijeni.
- Do të paraqes të gjitha dokumentet e verifikimit që kërkohen për të përcaktuar të drejtën time për të përfituar nga Programi i Bamirësisë BMCHS.
- E kuptoj plotësisht se nëse nuk kualifikohem për të përfituar nga Programi i Bamirësisë, do të jem personalisht përgjegjës për pagesën e tarifave që lidhen me shërbimet e ofruara nga BMCHS, ose mund ta apeloj vendimin e refuzimit me shkrim dhe me dokumentacion shtesë.

Nënshkrimi i pacientit (ose) Prindit / Kujdestarit: _____ Data: _____

Nënshkrimi i bashkëshortit / bashkëshortes së pacientit: _____ Data: _____

V.2 _5/2026

(Shtojca E - Lista e Ofruesve të lidhur me BMCHS).

Qendra Mjekësore e Bostonit
SISTEMI SHËNDETËSOR

Ofruesi i Sistemit Shëndetësor të Qendrës Mjekësore të Bostonit Lista e Filialeve

Spital	**Pavioni / Grupi / Qendra**	**Shënime**	**Ndjek Politikën e Ndihmës Financiare të Qendrës Mjekësore të Bostonit (FAP)**	**Është i Përshtatshëm për Rrjetin e Sigurisë Shëndetësore**
Qendra Mjekësore e Bostonit	Grupi Mjekësor i Universitetit të Bostonit (BUMG)	Përfshin linjate mëposhtme të pavionëve / shërbimeve: • Urgjencë • Anestezi • Kujdes i menjëhershëm • Mjekët e urgjencave akute • Patologët • Radiologji • Operacionet kirurgjikale • Specialitetet mjekësore • Obstetri-Gjinekologji • Njësi e Kujdesit Intensiv Neonatal (NICU) • Pediatri • Psikiatri	Po	Po
	Qendra Shëndetësore Codman Square		Po	Po
	Qendra Shëndetësore e Lagjes së Bostonit Lindor		Po	Po
	Qendra Shëndetësore e Lagjes së Bostonit Jugor		Po	Po
	Dathouse Health		Po	Po
Qendra Mjekësore e Bostonit - Brighton	Mjekët partnerë të Qendrës Mjekësore të Bostonit (BMCAP)	Përfshin pavionët / linjat e shërbimeve si më poshtë: • Urgjencë • Anestezi • Kujdes i menjëhershëm • Radiologji • Njësi e Kujdesit Intensiv Neonatal (NICU) • Obstetri-Gjinekologji • Operacionet kirurgjikale • Specialitetet mjekësore • Patologët • Psikiatri	Po	Po
Qendra Mjekësore e Bostonit - Jug	Mjekët partnerë të Qendrës Mjekësore të Bostonit (BMCAP)	• Urgjencë • Anestezi • Radiologji • Kujdes i menjëhershëm • Obstetri-Gjinekologji • Operacionet kirurgjikale • Specialitetet mjekësore • Patologët • Psikiatri	Po	Po

V.2 _5/2026