

Daftar Isi

I. Tujuan	2
A. Gambaran Umum	2
B. Cakupan	3
II. Definisi	3
III. Klasifikasi dan Akses ke Perawatan	5
A. Gambaran Umum	5
B. Jenis Layanan	6
1. Layanan Darurat dan Mendesak	6
2. Layanan Tidak Darurat dan Tidak Mendesak	6
C. Pengumpulan dan Verifikasi Informasi Pasien	7
D. Tanggung Jawab Pasien	7
G. Kebijakan Larangan Diskriminasi	8
IV. Penerbitan Tagihan dan Penagihan Pasien	8
A. Gambaran Umum	8
B. Penerbitan Tagihan Pasien	8
C. Pernyataan, Surat, dan Panggilan Pasien	9
1. Panggilan dan Surat Penagihan	9
2. Pemberitahuan Ketersediaan Bantuan Finansial	9
3. Pasien yang Dilindungi dari Tindakan Penagihan	9
4. Pemberitahuan Penagihan Terakhir	10
5. Penangguhan Penerbitan Tagihan	10
6. Kredit Macet Darurat	10
7. Pengembalian Akibat Kesalahan Alamat	11
8. Penyesuaian Saldo Kecil	11
9. Pemberitahuan Biaya Tambahan	11
10. Larangan Penagihan Saldo	11
D. Situasi Khusus – Tagihan	12
1. Pasien Pailit	12
2. Pasien Meninggal	12
3. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga (MA)	12
4. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga (NH)	12
5. Kompensasi Pekerja	12
6. Pertanggungjawaban Sekunder HSN	12
7. Pengurangan HSN Parsial	13
8. Korban Pidana Kekerasan	13
V. Izin Finansial	13
A. Gambaran Umum	13
B. Persiapan Estimasi	13
1. Estimasi Iktikad Baik	14
C. Pasien dengan Asuransi	14
1. Skema Asuransi dengan kontrak	15
2. Skema Asuransi tanpa kontrak	15
D. Pasien Tanpa Asuransi (Pembayaran Pribadi)	16
E. Pasien Berpendapatan Rendah (Penduduk Massachusetts)	17

1. Definisi dan Kelayakan	17
2. Batasan Layanan	17
3. Kesulitan Medis HSN (HSN Medical Hardship)	17
4. Tanggung Jawab Finansial Pasien Berpenghasilan Rendah	18
5. Penentuan Status Tertunda	19
F. Situasi Khusus untuk Izin Finansial – Pendaftaran dan Tanggung Jawab Finansial Pasien	19
1. Kompensasi Pekerja	19
2. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga	19
3. Korban Pidana Kekerasan dan Kekerasan Terhadap Perempuan (MA)	20
4. Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2010 (HITECH)	20
5. Permohonan Rahasia HSN	20
6. Individu Tanpa Kartu Identitas	20
7. Studi Penelitian	21
8. Donor Organ	21
9. Pasien Internasional	21
G. Kejadian Serius yang Dapat Dilaporkan (Serious Reportable Events/SRE)	21
H. Penempatan Kredit Macet	21
1. Pelaporan Kredit	22
2. Litigasi	22
3. Hak Gadai Properti	22
4. Lembaga Penagihan	22
VI. Pengaturan Pembayaran	22
A. Gambaran Umum	22
1. Bentuk Pembayaran	23
2. Mata Uang	23
B. Skema Pembayaran	23
1. Skema Pembayaran untuk Pengurangan Parsial dan Kesulitan Medis HSN	23
VII. Saldo Kredit dan Pengembalian Dana	24
Lampiran A Afiliasi Entitas Mass General Brigham	24
Lampiran B: Permohonan Bantuan Finansial	25
Lampiran C: Pelaporan, Audit, dan Kepatuhan terhadap Peraturan	25

I. Tujuan

A. Gambaran Umum

Entitas Mass General Brigham (MGB) adalah entitas bebas pajak, yang memiliki misi utama untuk memberikan layanan kepada semua orang yang membutuhkan perawatan medis. MGB berupaya memastikan bahwa pasien yang membutuhkan layanan yang mendesak, darurat, dan diperlukan secara medis tidak ditolak karena dianggap tidak mampu membayar, dan bahwa kemampuan finansial tidak menghalangi mereka untuk meminta atau menerima perawatan medis. Namun demikian, agar entitas Mass General Brigham dapat terus memberikan layanan berkualitas tinggi dan mendukung kebutuhan masyarakat, setiap entitas bertanggung jawab untuk mengupayakan pembayaran yang cepat untuk layanan yang penagihannya diizinkan serta tidak bertentangan dengan peraturan Persemakmuran Massachusetts (Massachusetts) atau peraturan Federal, termasuk Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA).

Dokumen ini menguraikan proses penagihan biaya medis dari akun pasien perorangan oleh MGB – serta lembaga penagihan eksternal potensial yang bekerja sama dengan MGB – dan menetapkan praktik-praktik yang konsisten untuk penagihan ([Pasal IV](#)), membantu pasien yang tidak mampu membayar (melalui skema pembayaran atau bantuan finansial) ([Pasal VI](#) dan [Pasal IV\(C\)\(2\)](#)), atau potensi langkah hukum ([Pasal V\(H\)](#)).

B. Cakupan

Kebijakan ini berlaku untuk entitas Mass General Brigham yang diuraikan dalam [Lampiran A](#).

Catatan: Dokter yang berkaitan dengan entitas-entitas ini, tetapi melakukan penagihan "secara pribadi" diimbau, tetapi tidak diwajibkan, untuk mengikuti kebijakan ini. Keterangan lengkap dapat ditemukan di Daftar Afiliasi Penyedia Layanan MassGeneral Brigham.

II. Definisi

Layanan Kesehatan Perilaku: Layanan yang diperlukan secara medis yang berfokus pada kesehatan psikologis dan mental pasien dan dapat diberikan dalam beberapa lingkungan pelayanan medis.

Layanan Pilihan (Elective Services): Layanan yang diperlukan secara medis tetapi tidak sesuai dengan definisi Layanan Darurat atau Mendesak. Pasien biasanya, tetapi tidak secara eksklusif, menjadwalkan layanan ini di sebelumnya.

Layanan Darurat: Layanan yang diperlukan secara medis yang diberikan setelah munculnya suatu kondisi medis, baik yang bersifat fisik maupun mental, yang terlihat dari gejala-gejala yang cukup parah termasuk rasa sakit yang parah yang, dari sudut pandang wajar orang awam dengan pengetahuan kesehatan dan pengobatan yang rata-rata, apabila tidak segera mendapatkan pertolongan medis akan sangat membahayakan kesehatan orang tersebut dan orang lain, gangguan serius pada fungsi tubuh atau disfungsi serius pada organ tubuh atau bagian tubuh mana pun atau, berhubungan dengan wanita hamil, sebagaimana dijelaskan lebih lanjut dalam pasal 1867(e) (1) (B) dari Social Security Act (Undang-Undang Jaminan Sosial), 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Pemeriksaan skrining medis dan perawatan untuk kondisi medis darurat atau layanan lain yang serupa yang diberikan sejauh yang diperlukan sesuai dengan Emergency Medical Treatment and Labor Act (**EMTALA**) (42 USC 1395 (dd)) juga termasuk ke dalam kategori Perawatan Darurat.

Layanan darurat juga mencakup:

- Layanan yang ditetapkan sebagai kondisi darurat oleh tenaga profesional medis berlisensi
- Perawatan medis rawat inap yang berkaitan dengan perawatan darurat rawat jalan; dan,
- Pemandahan pasien rawat inap dari rumah sakit perawatan akut lain ke rumah sakit Mass General Brigham untuk mendapatkan perawatan rawat inap yang tidak tersedia di rumah sakit tersebut.

Kredit Macet Darurat: Klasifikasi rekening pasien yang diajukan ke Massachusetts Health Safety Net (HSN) sesuai dengan kriteria yang dijelaskan dalam 101 CMR 613.06 (2) di mana perawatan yang tidak dikompensasi ditanggung oleh HSN..

Panduan Kemiskinan Pendapatan Federal (Federal Income Poverty Guide/FPG): Pengukuran pendapatan yang diterbitkan setiap tahun oleh Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan (Department of Health and Human Services/HHS). Pedoman ini digunakan untuk menentukan kelayakan untuk program dan manfaat tertentu (seperti Medicaid).

Bantuan Finansial: Penyediaan layanan perawatan kesehatan yang diberikan secara gratis atau dengan potongan harga kepada pasien yang memenuhi syarat, dengan kebutuhan finansial yang terdokumentasi dan terverifikasi, yang memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam kebijakan ini.

Potongan Harga Bantuan Finansial: Penyesuaian pada saldo pasien yang dibuat berdasarkan status finansial pasien sesuai dengan Kebijakan Bantuan Finansial. Semua potongan harga melalui Bantuan Finansial harus sesuai dengan peraturan negara bagian dan federal termasuk IRS 501 (r).

Penasihat Keuangan: Perwakilan yang bertanggung jawab untuk menilai tanggungan pasien, mengidentifikasi, dan membantu terkait opsi-opsi pendanaan publik (Medicare, Medicaid, dll.), menentukan apakah pasien memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan finansial, dan membuat skema pembayaran.

Konsultasi Keuangan: Layanan yang diberikan kepada pasien yang tidak memiliki pertanggungan asuransi yang memadai, tidak mampu membayar tanggungan perkiraan atau aktual sebelum perawatan, atau yang memiliki saldo terutang yang besar.

Pasien dengan Pendapatan Rendah: individu yang merupakan Penduduk Persemakmuran Massachusetts dan mendokumentasikan bahwa Modified Adjusted Gross Income (MAGI) dari MassHealth Household-nya sama dengan atau kurang dari 300% dari FPL.

Kredit Macet Medicare: Biaya yang diizinkan oleh CMS/Medicare untuk diklaim rumah sakit untuk sebagian besar asuransi bersama dan pengurangan (deductible) Medicare yang belum dibayar, asalkan saldo tersebut sepenuhnya diproses sesuai siklus penagihan pembayaran pribadi yang telah ditetapkan atau keputusan telah diambil bahwa pasien berasal dari kalangan tidak mampu untuk keperluan saldo tersebut. Keputusan terkait ketidakmampuan tersebut harus didasarkan pada tingkat pendapatan pasien dan tinjauan aset mereka yang tersedia yang umumnya di luar kendaraan dan domisili utama serta rekening bank/ giro minimum.

Layanan yang Diperlukan Secara Medis: Layanan yang secara wajar diperkirakan dapat mencegah, mendiagnosis, mencegah memburuknya, meringankan, memperbaiki, atau menyembuhkan kondisi yang membahayakan nyawa, menyebabkan penderitaan atau rasa sakit, menyebabkan perubahan bentuk fisik atau hilangnya fungsi fisik, mengancam untuk menyebabkan atau memperparah kecacatan, atau menyebabkan penyakit atau kelemahan fisik. Layanan yang Diperlukan Secara Medis meliputi layanan rawat inap dan rawat jalan sebagaimana disahkan berdasarkan Bab XIX Undang-Undang Jaminan Sosial.

Layanan Lainnya: Layanan di mana kebutuhan medis belum jelas bagi dokter peninjau atau ketika kualifikasi pasien untuk memperoleh layanan mungkin tidak sesuai dengan definisi skema asuransi umum untuk memenuhi kriteria kebutuhan medis utama untuk layanan tersebut. Layanan Lainnya juga mencakup layanan yang tidak dianggap Diperlukan Secara Medis oleh banyak skema asuransi, termasuk, namun tidak terbatas pada: Bedah Kosmetik, Fertilisasi In-Vitro (IVF) atau Terapi Reproduksi Lanjutan (ART) lainnya, Layanan Bypass Lambung tanpa adanya penentuan kebutuhan medis oleh

pembayar, dan Item Kenyamanan Pasien seperti biaya yang berhubungan dengan layanan bermalam selain yang diperlukan untuk perawatan medis atau layanan bermalam pasien (rawat inap atau rawat inap parsial) tanpa ada kebutuhan medis yang jelas.

Solusi Penagihan Pasien (Patient Billing Solutions/PBS): Departemen di Mass General Brigham yang bertanggung jawab atas semua proses siklus pendapatan pembayaran pribadi termasuk Layanan Pelanggan, Penagihan, penentuan dan pemrosesan Bantuan Finansial (selain WDH), pemrosesan Kredit Macet, kredit/pengembalian dana pasien, dan proses-proses terkait.

Tanggung Pasien: Tanggung jawab finansial yang harus dibayarkan kepada fasilitas/penyedia layanan sebagai konsekuensi atas diterimanya layanan perawatan kesehatan; jumlahnya ditentukan berdasarkan manfaat asuransi pasien untuk layanan pilihan tertentu; termasuk pengurangan, pembayaran bersama, asuransi bersama, dan layanan yang tidak ditanggung.

Perawatan Pasca-Akut: Layanan yang diperlukan secara medis, termasuk layanan rehabilitasi, yang disediakan di Rumah Sakit yang diklasifikasikan sebagai pasca-akut.

Pembayaran pribadi: Pasien yang diidentifikasi tidak memiliki pertanggungansian asuransi atau memilih untuk tidak menggunakan pertanggungansian asuransi mereka untuk layanan/kejadian tertentu.

Pasien Tanpa Asuransi: Pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan apa pun yang berlaku selama tanggal layanan tertentu atau yang pertanggungansian asuransinya tidak berlaku untuk layanan tertentu karena keterbatasan jaringan, habisnya manfaat asuransi, atau layanan yang tidak ditanggung lainnya.

Pasien Dengan Asuransi: Pasien yang memiliki asuransi atau sumber pembayaran pihak ketiga lainnya, yang biaya talangannya melampaui kemampuannya untuk membayar.

Layanan Mendesak: Layanan yang diperlukan secara medis yang diberikan setelah timbulnya kondisi medis secara tiba-tiba, baik fisik maupun mental, yang ditunjukkan oleh gejala akut dengan tingkat keparahan yang cukup tinggi (termasuk rasa sakit yang parah) sehingga orang awam bijak akan meyakini bahwa apabila tidak ada bantuan medis yang diberikan dalam waktu 24 jam hal tersebut sewajarnya akan menyebabkan: bahaya pada kesehatan pasien, kerusakan pada fungsi tubuh, atau hilangnya fungsi organ atau bagian tubuh tertentu. Layanan mendesak disediakan untuk kondisi yang tidak mengancam jiwa dan tidak menimbulkan risiko tinggi kerusakan serius pada kesehatan individu.

III. Klasifikasi dan Akses ke Perawatan

A. Gambaran Umum

Semua pasien yang datang untuk perawatan tidak terjadwal akan dievaluasi sesuai dengan klasifikasi yang tercantum dalam bagian ini. Layanan rumah sakit yang Mendesak atau Darurat tidak boleh ditolak atau ditunda berdasarkan kemampuan MGB untuk mengidentifikasi pasien, pertanggungansian asuransi pasien, atau kemampuan mereka untuk membayar. Sebaliknya, layanan perawatan kesehatan yang tidak darurat atau tidak mendesak dapat ditunda atau ditangguhkan berdasarkan konsultasi dengan staf klinis MGB untuk kasus-kasus ketika MGB tidak dapat menentukan sumber pembayaran untuk layanannya. Urgensi perawatan yang berkaitan dengan gejala klinis yang ditunjukkan oleh setiap pasien akan ditentukan oleh tenaga medis profesional sebagaimana ditetapkan oleh standar praktik lokal, standar perawatan klinis nasional dan negara bagian, serta kebijakan dan prosedur staf medis MGB. Selain itu, semua rumah sakit mematuhi persyaratan

Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) dengan melakukan pemeriksaan skrining medis untuk menentukan apakah terdapat kondisi medis darurat.

B. Jenis Layanan

1. Layanan Darurat dan Mendesak

MGB akan memberikan layanan darurat dan mendesak tanpa memperhatikan identitas pasien, pertanggungansian asuransi pasien, atau kemampuan pasien untuk membayar. Pendaftaran dan penerimaan pasien darurat dan mendesak akan dilakukan sesuai dengan persyaratan EMTALA. Informasi demografis dan asuransi pasien harus dikumpulkan sesegera mungkin. Namun demikian, pengumpulan informasi harus ditunda jika pengumpulan informasi ini dapat menunda skrining medis atau berdampak negatif terhadap kondisi klinis pasien. Jika pasien tidak dapat memberikan informasi asuransi atau informasi demografis pada waktu layanan dan pasien tersebut menyetujui, setiap upaya harus dilakukan untuk mewawancarai teman atau kerabat yang mungkin menemani atau disebutkan oleh pasien. Jika memungkinkan, informasi asuransi yang diberikan oleh pasien harus dikonfirmasi dengan pihak pembayar melalui situs web pembayar atau proses pertukaran data elektronik (EDI) atau Kelayakan Waktu Nyata (Real-Time Eligibility/RTE).

2. Layanan Tidak Darurat dan Tidak Mendesak

Pendaftaran dan penerimaan pasien tidak darurat/tidak mendesak harus dilakukan sebelum layanan diberikan. Pasien lama atau pasien tetap juga akan ditinjau dan diperbarui informasi demografis, keuangan, dan asuransinya sesuai kebutuhan, termasuk, jika perlu, verifikasi status asuransi mereka melalui EDI/RTE atau metode lain yang tersedia. Layanan yang tidak darurat dan tidak mendesak umumnya dapat diklasifikasikan lebih lanjut sebagai:

- Layanan Pilihan
- Layanan Lainnya
- Perawatan Pasca-Akut
- Layanan Kesehatan Perilaku

MGB dapat menolak untuk memberikan layanan yang tidak darurat dan tidak mendesak kepada pasien jika MGB tidak berhasil menentukan bahwa pembayaran akan dilakukan untuk layanannya. Sesuai [Pasal III\(F\)\(2\)](#) di bawah ini, pasien dengan Health Safety Net Penuh dan Health Safety Net Parsial akan dianggap memenuhi syarat untuk mendapatkan Bantuan Finansial -pasien akan dapat meminta perawatan untuk layanan yang memenuhi syarat (sesuai [Pasal III\(C\)](#)) tanpa Permohonan Bantuan Finansial. Layanan yang dianggap tidak diperlukan secara medis dapat ditangguhkan tanpa batas waktu hingga pengaturan pembayaran yang sesuai dapat dilakukan. Layanan tersebut mencakup tetapi tidak terbatas pada:

- bedah kosmetik
- layanan sosial, pendidikan, dan kejuruan

C. Pengumpulan dan Verifikasi Informasi Pasien

- MGB akan berupaya keras untuk secara positif mengidentifikasi semua pasien dan memperoleh, merekam, dan memverifikasi informasi demografis dan finansial yang lengkap untuk setiap pasien yang menginginkan perawatan.
- Informasi yang akan diperoleh mencakup informasi demografis (seperti nama pasien, alamat, nomor telepon, nomor jaminan sosial jika ada, jenis kelamin, tanggal lahir, dan kartu identitas pasien yang berlaku), dan informasi asuransi kesehatan (termasuk nama dan alamat, informasi pelanggan, dan informasi manfaat seperti pembayaran bersama, pengurangan, dan jumlah asuransi bersama) yang cukup untuk menjamin pembayaran layanan.
- Keharusan MGB untuk mendapatkan informasi yang lengkap akan selalu disesuaikan dengan kondisi pasien, dengan mengutamakan kebutuhan perawatan kesehatan mendesak pasien.
- Pasien berkewajiban untuk memberikan informasi asuransi dan demografis yang lengkap dan tepat waktu, serta untuk mengetahui layanan apa saja yang tercakup dalam polis asuransi mereka.

D. Tanggung Jawab Pasien

Pasien wajib:

- Memberikan informasi asuransi dan demografis yang lengkap dan tepat waktu dan memberi tahu MGB, (dan Negara jika pasien mengikuti Program Nasional) tentang perubahan apa pun dalam asuransi atau informasi demografis mereka termasuk, namun tidak terbatas pada, perubahan pendapatan atau status asuransi.
- Mengajukan dan mempertahankan pertanggunggunaan melalui program yang disponsori oleh pemerintah yang mungkin layak bagi mereka, termasuk menyerahkan semua dokumentasi yang diperlukan dalam jangka waktu yang disyaratkan. Semua pasien harus mendapatkan dan mempertahankan pertanggunggunaan asuransi jika tersedia pertanggunggunaan yang terjangkau bagi mereka.
- Memberi tahu MGB mengenai potensi pertanggunggunaan Kecelakaan Kendaraan Bermotor, Pertanggunggunaan Tanggung Jawab Pihak Ketiga, atau Pertanggunggunaan Kompensasi Pekerja ([Pasal IV\(D\)](#) dan [Pasal V\(F\)](#)).
 - Untuk pasien yang ditanggung oleh Program Negara Bagian, mengajukan klaim kompensasi, jika tersedia, sehubungan dengan kecelakaan, cedera, atau kehilangan apa pun dan sampaikan pemberitahuan kepada Program Negara Bagian (misal. Office of Medicaid dan Health Safety Net) dalam waktu sepuluh hari tentang informasi yang berkaitan dengan tuntutan hukum atau klaim asuransi yang akan menanggung biaya layanan yang diberikan oleh MGB.
 - Pasien juga diharuskan untuk mengalihkan hak atas pembayaran pihak ketiga yang akan menanggung biaya layanan yang dibayarkan oleh Office of Medicaid Massachusetts atau Health Safety Net.
- Lakukan upaya yang wajar untuk memahami batas-batas pertanggunggunaan asuransi mereka termasuk batasan jaringan, batasan pertanggunggunaan layanan, dan tanggung jawab finansial dikarenakan terbatasnya pertanggunggunaan, pembayaran bersama, asuransi bersama, dan pengurangan.

- Mengikuti kebijakan referral asuransi, pra-otorisasi, dan kebijakan manajemen medis lainnya, jika berlaku.
- Melengkapi persyaratan asuransi lainnya, termasuk, namun tidak terbatas pada melengkapi formulir koordinasi manfaat, memperbarui informasi keanggotaan, dan memperbarui informasi dokter.
- Membayar biaya pembayaran bersama, pengurangan, dan asuransi bersama secara tepat waktu.
- Memberikan pembaruan tepat waktu pada data demografis, asuransi dan kelayakan HSN, serta pengurangan tahunan.

G. Kebijakan Larangan Diskriminasi

MGB tidak akan melakukan diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, asal negara, kewarganegaraan, keterasingan, agama, kepercayaan, jenis kelamin, identitas gender, orientasi seksual, usia, atau kecacatan di dalam kebijakannya, atau dalam penerapan kebijakannya, terkait pemerolehan dan verifikasi informasi finansial, uang panjar sebelum penerimaan atau sebelum perawatan, skema pembayaran, penerimaan yang ditangguhkan atau ditolak, atau kelayakan untuk Health Safety Net.

IV. Penerbitan Tagihan dan Penagihan Pasien

A. Gambaran Umum

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan berupaya keras untuk menagih semua biaya yang jatuh tempo dari perusahaan asuransi sesuai dengan standar industri yang telah ditetapkan dan akan berupaya menerapkan pembayaran dan penyesuaian kontrak secara tepat waktu ke rekening pasien. Upaya tersebut mencakup penerbitan tagihan untuk semua skema asuransi yang tersedia sesuai persyaratan pembayar dan tindak lanjut yang tepat waktu atas klaim yang ditolak. Pasien atau penjamin lainnya akan bertanggung jawab atas semua saldo rekening yang tersisa setelah penerapan semua pembayaran asuransi, penyesuaian kontrak, dan potongan harga/penyesuaian yang telah disepakati sesuai dengan bukti pembayaran yang diterima dari pembayar, kecuali jika saldo tersebut diserahkan kepada HSN atau dianggap dibebaskan dari tindakan penagihan sesuai peraturan negara bagian. Tindakan penagihan dapat berupa pernyataan pasien, surat pasien, kontak telepon, dan pemberitahuan penagihan terakhir yang tersertifikasi.

B. Penerbitan Tagihan Pasien

MGB memiliki proses yang konsisten untuk mengirimkan dan menagih pembayaran atas layanan di Acute Care Hospital dan Penyedia Layanan MGB lainnya (lihat [Lampiran A](#) untuk daftar selengkapnya). MGB akan mengikuti prosedur penagihan/penerbitan tagihan berikut ini:

- Tagihan awal dikirimkan kepada pasien atau pihak yang bertanggung jawab atas kewajiban finansial pribadi pasien (misal. pembayar pihak ketiga)
- MGB akan mengirimkan tagihan-tagihan berikutnya, panggilan telepon, surat penagihan, pemberitahuan email, atau metode komunikasi lainnya yang digunakan oleh MGB (lihat [Pasal](#)

[IV\(C\)](#) yang merupakan upaya tulus untuk menghubungi pihak yang bertanggung jawab atas tagihan yang belum dibayar

- Kami akan berusaha menagih saldo terutang selama 120 hari sejak tanggal layanan.
- Setelah 120 hari, pemberitahuan penagihan terakhir akan dikirimkan. Rekening ED di atas \$1.000 akan dikirim melalui pos tersertifikasi.
- Kami akan menyimpan dokumentasi semua upaya tersebut sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen internal.

C. Pernyataan, Surat, dan Panggilan Pasien

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya, baik secara langsung maupun melalui agen yang ditunjuk, akan menyiapkan atau mengirimkan laporan kepada pasien secara rutin untuk memberitahukan jumlah yang harus dibayarkan. Sejauh memungkinkan, pasien akan menerima ringkasan semua biaya, pembayaran, dan penyesuaian yang disertakan dengan tagihan awal untuk setiap tanggal layanan. Secara umum, pasien harus menerima empat (4) atau lebih laporan atau surat fisik/digital selama siklus tagihan yang diperkirakan berlangsung setidaknya 120 hari dengan ketentuan bahwa tidak terjadi tindakan lain yang mengindikasikan bahwa tagihan tambahan tidak disarankan.

1. Panggilan dan Surat Penagihan

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan upaya yang wajar untuk menagih semua saldo terutang yang menjadi hak MGB. Upaya penagihan yang dilakukan akan bervariasi tergantung pada sejumlah faktor termasuk, namun tidak terbatas pada, saldo rekening dan riwayat penagihan pasien sebelumnya. Upaya penagihan tambahan dapat mencakup panggilan telepon, email, dan surat kepada pasien untuk melengkapi proses laporan pasien rutin seperti yang dijelaskan di [Pasal IV\(B\)](#). Sejauh memungkinkan, panggilan dan surat tersebut akan menyertakan pengingat mengenai ketersediaan bantuan finansial.

2. Pemberitahuan Ketersediaan Bantuan Finansial

Laporan pasien akan menyertakan pemberitahuan apa pun yang diwajibkan oleh peraturan untuk memberi tahu pasien tentang ketersediaan dan cara mengakses bantuan finansial. Bahasa dan isi pemberitahuan tersebut akan sesuai dengan peraturan Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) dan IRS 501(r) yang berlaku saat ini. Pemberitahuan mengenai ketersediaan bantuan finansial juga akan disertakan di dalam semua komunikasi tertulis dan lisan lainnya dengan pasien sejauh memungkinkan. Untuk informasi lebih lanjut, silakan lihat [Kebijakan Bantuan Finansial dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi](#)

3. Pasien yang Dilindungi dari Tindakan Penagihan

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan mengambil langkah-langkah wajar untuk memastikan bahwa tidak ada tindakan penagihan, termasuk panggilan telepon, laporan, atau surat, yang dilakukan terhadap saldo pasien yang mungkin dibebaskan dari tindakan penagihan menurut peraturan, termasuk pasien yang ditetapkan sebagai Pasien Berpendapatan Rendah oleh Office of Medicaid (kecuali Pasien Berpendapatan Rendah Khusus Gigi), atau terdaftar dalam MassHealth, Children's Medical Security Plan (CMSP) dengan pendapatan keluarga MAGI yang sama dengan atau kurang dari 300% dari FPG, NH Medicaid dengan

pendapatan keluarga MAGI yang sama dengan atau kurang dari 250% dari FPG, Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC), dan Health Safety Net (Penuh atau Parsial).

- Jika ditetapkan bahwa seorang pasien terdaftar dalam salah satu kategori tersebut, maka semua tindakan penagihan (kecuali pembayaran bersama dan pengurangan HSN yang berlaku) kepada pasien akan ditutup untuk layanan yang diberikan selama periode kelayakan pasien.
- Tindakan penagihan juga akan dihentikan selama pasien ditetapkan sebagai kalangan berpenghasilan rendah jika saldo berasal dari periode ketika pasien tidak terdaftar dalam program yang memenuhi syarat.
- Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya dapat terus mengirimkan surat yang meminta informasi atau tindakan dari pasien untuk menyelesaikan masalah pertanggungjawaban dan/atau kelayakan dengan pembayar utama, Program Kompensasi Pekerja, atau untuk mendapatkan informasi Tanggungan Pihak Ketiga atau asuransi MVA.

4. Pemberitahuan Penagihan Terakhir

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan upaya yang wajar untuk mengirimkan pemberitahuan penagihan terakhir kepada setiap pasien sebelum rekening dinyatakan sebagai Kredit Macet. Dalam kebanyakan kasus, pemberitahuan penagihan terakhir akan disertakan di laporan penjamin.

5. Penangguhan Penerbitan Tagihan

Dalam situasi tertentu, aktivitas penagihan dan penerbitan tagihan yang berkelanjutan mungkin tidak tepat dan dapat ditangguhkan atau dihentikan. Situasi tersebut termasuk tetapi tidak terbatas pada: Kesalahan Alamat ([Pasal IV\(C\)\(7\)](#)), kasus kepailitan ([Pasal IV\(D\)\(1\)](#)), pasien meninggal ([Pasal IV\(D\)\(2\)](#)), keluhan pasien atau masalah layanan pelanggan, Saldo Kecil ([Pasal IV\(C\)\(8\)](#)), atau keputusan MassHealth atau Pendapatan Rendah yang tertunda ([Pasal V\(E\)\(5\)](#)).

6. Kredit Macet Darurat

Untuk kasus-kasus di mana sebuah akun dipertimbangkan untuk diajukan ke HSN sebagai Kredit Macet Darurat, Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan memastikan terpenuhinya persyaratan berikut ini:

- Rekening tersebut menerima tindakan penagihan terus menerus selama minimal 120 hari.
- Penyelidikan kelayakan dilakukan ke MMIS untuk menyaring pertanggungjawaban.
- Layanan yang diberikan memenuhi syarat sebagai kondisi Darurat atau Mendesak sesuai dengan definisi dalam kebijakan ini.
- Pemberitahuan penagihan terakhir telah dikirim melalui surat tersertifikasi untuk saldo \$1.000 atau lebih. Rekening yang didokumentasikan dengan baik sebagai rekening dengan Kesalahan Alamat dapat diserahkan ke HSN tanpa pengiriman pemberitahuan penagihan terakhir melalui surat tersertifikasi apabila 120 hari telah berlalu sejak penagihan awal dan setelah dilakukan upaya yang wajar, MGB tidak dapat memperoleh alamat yang benar. Upaya wajar akan dilakukan untuk memberi tahu penduduk MA bahwa HSN dapat memberikan detail klaim yang diajukan kepada perusahaan pasien.

7. Pengembalian Akibat Kesalahan Alamat

Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan upaya wajar untuk melacak dan merespons semua laporan pasien yang dikembalikan oleh USPS karena tidak dapat diantarkan. Setelah rekening ditandai Kesalahan Alamat, tidak ada laporan atau surat lanjutan yang akan diproses kecuali terdapat alamat baru yang diidentifikasi. Rekening dengan Kesalahan Alamat akan ditandai dalam sistem Registrasi untuk memberi tahu staf yang terlibat dalam proses registrasi agar mereka meminta alamat baru dari pasien. Rekening dengan informasi demografis terakhir yang mengandung Kesalahan Alamat dapat disebutkan kepada lembaga luar sebagai Kredit Macet untuk ditindaklanjuti, kecuali rekening yang berpotensi Kredit Macet Darurat yang akan ditindaklanjuti selama 120 hari sebelum penempatan.

8. Penyesuaian Saldo Kecil

Dengan mempertimbangkan biaya pemrosesan laporan dan aktivitas penagihan, MGB dapat menghentikan laporan pada rekening di bawah ambang batas "tagihan jumlah kecil". Demikian pula, setelah penerbitan tagihan, MGB dapat membatasi aktivitas penagihan dan penelitian pada saldo kecil dan menyesuaikan rekening di bawah ambang batas "penghapusan saldo kecil". Bagaimana pun juga, penyesuaian saldo kecil yang dilakukan berdasarkan bagian ini tidak akan ditagihkan ke HSN. Ambang batas saldo rendah biasanya berlaku untuk saldo rekening penjamin kurang dari \$10,00.

9. Pemberitahuan Biaya Tambahan

MGB akan terus menjalankan proses untuk mengidentifikasi semua saldo pasien yang dikenakan Biaya Tambahan Dana Perwalian Health Safety Net sebagaimana ditentukan dalam 101 CMR 614. Jumlah biaya tambahan akan ditagihkan kepada pasien dan dana yang terkumpul akan dikirimkan ke HSN sesuai dengan jadwal yang mereka minta.

10. Larangan Penagihan Saldo

MGB akan terus menjalankan proses untuk mengidentifikasi semua saldo pasien yang, sesuai dengan "No Surprises Act of the 2021 Consolidated Appropriations Act", tidak akan mengizinkan penagihan saldo. Rekening/saldo tersebut berkaitan dengan hal-hal berikut ini: (1) layanan darurat di luar jaringan; (2) layanan non-darurat oleh penyedia layanan yang tidak berpartisipasi di fasilitas perawatan kesehatan tertentu yang berpartisipasi (kecuali jika persyaratan pemberitahuan dan persetujuan terpenuhi), dan; (3) pengungkapan perlindungan pasien terhadap penagihan saldo (rekening pemberitahuan dan persetujuan).

- Rekening Pasien MGB akan mengidentifikasi dan meninjau rekening Pemberitahuan & Persetujuan dan mengelola saldo pasien sesuai dengan persyaratan NSA yang diuraikan.
- Rekening Pasien MGB tidak akan menagih saldo pasien untuk layanan penyedia di luar jaringan yang teridentifikasi ketika Pemberitahuan & Persetujuan tidak diperoleh, atau layanan penyedia tambahan atau dikecualikan di luar jaringan, sesuai dengan persyaratan NSA yang telah diuraikan.
- Rekening Pasien MGB tidak akan menagih pasien untuk jumlah di atas Jumlah Pembayaran yang Memenuhi Syarat (Qualifying Payment Amount/QPA) yang ditunjukkan oleh pembayar untuk klaim-klaim yang berlaku; saldo yang tidak dapat ditagihkan kepada pasien akan dihapus menggunakan kode penyesuaian NSA yang sesuai.

D. Situasi Khusus – Tagihan

1. Pasien Pailit

MGB akan melakukan upaya wajar untuk melacak semua pemberitahuan Kepailitan dan menyimpannya dalam arsip untuk memastikan kepatuhan terhadap semua prosedur pengadilan yang disetujui, termasuk pengajuan klaim ke Pengadilan sebagaimana mestinya atau pengampunan utang.

2. Pasien Meninggal

Jika memungkinkan dan hemat biaya, MGB akan melakukan pencarian properti, menagih properti, dan mengajukan hak gadai atas properti tersebut.

3. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga (MA)

- Upaya wajar akan dilakukan untuk menagih perusahaan asuransi MVA/TPL untuk meminta jumlah Perlindungan Cedera Diri (Personal Injury Protection/PIP) yang tersedia.
- Klaim asuransi akan diproses setelah PIP habis.
- MGB juga dapat mengajukan hak gadai terhadap pembayaran Cedera Badan di masa depan yang dilakukan oleh perusahaan asuransi MVA kepada pasien jika kami dapat menentukan nama pengacara pasien yang mengelola klaim tersebut.
- Klaim tidak akan diajukan kepada HSN sampai upaya keras penagihan saldo dari pihak lain selesai dilakukan.
- Sejauh memungkinkan, pasien akan diingatkan bahwa mereka berkewajiban untuk melaporkan potensi klaim TPL dalam waktu 10 hari sejak pembukaan klaim kepada Office of Medicaid atau HSN. Setiap ganti rugi yang diterima setelah pengajuan klaim kepada HSN akan dikompensasikan dengan klaim awal dan dilaporkan kepada HSN termasuk pengembalian yang diperlukan.

4. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga (NH)

Pasien yang memiliki perlindungan asuransi kesehatan dapat memilih agar MGB menagih asuransi kesehatan mereka. Saldo yang ditagihkan kepada pasien tidak akan dikenakan potongan harga atau penyesuaian rutin.

5. Kompensasi Pekerja

Klaim WCA umumnya diselesaikan sepenuhnya dengan perusahaan asuransi WCA jika pertanggungannya masih berlaku. MGB akan melakukan upaya wajar untuk meminta pertanggunganan WCA termasuk mengajukan klaim hukum. Jika tidak ada pertanggunganan WCA, maka klaim akan dikelola dengan cara biasa.

6. Pertanggunganan Sekunder HSN

MGB akan berupaya keras untuk membatasi pengajuan klaim kepada HSN sebagai pertanggunganan sekunder pada saldo-saldo yang dapat ditanggung oleh HSN, termasuk pengurangan, asuransi bersama, dan layanan-layanan yang tidak ditanggung. Termasuk di dalamnya adalah kasus-kasus di mana pasien telah menghabiskan manfaatnya atau yang pendaftarannya dengan pembayar sudah tidak aktif pada saat layanan diberikan.

Klaim untuk layanan yang ditolak karena kesalahan teknis pada klaim atau penolakan teknis lainnya seperti yang diuraikan dalam 101 CMR 613.03(1)(c) tidak akan diserahkan kepada HSN. Jika MGB menerima pembayaran tambahan atau koreksi atas klaim yang sebelumnya telah diajukan kepada HSN maka klaim yang telah dikoreksi akan diajukan kepada HSN.

7. Pengurangan HSN Parsial

MGB akan menagih pasien sebesar 100% dari Pengurangan HSN Parsial tahunan mereka hingga biaya yang setara dengan pengurangan tahunan pasien telah ditagihkan, termasuk saldo yang termasuk dalam skema pembayaran. Klaim tidak akan diajukan ke HSN hingga pengurangan pasien telah terpenuhi. Termasuk di dalamnya adalah semua fasilitas satelit dan Pusat Kesehatan Rumah Sakit yang beroperasi sebagai bagian dari lisensi MGB (lihat [Lampiran A](#)).

8. Korban Pidana Kekerasan

MGB akan membantu pasien dalam mengajukan klaim ke program Korban Pidana Kekerasan Kejaksaaan Agung MA. Dalam kebanyakan kasus, tagihan kepada pasien akan ditangguhkan selama klaim VVC masih dalam proses. Pembayaran tersebut umumnya dianggap sebagai pembayaran penuh tanpa ada jumlah sisa yang ditagihkan kepada pasien.

V. Izin Finansial

A. Gambaran Umum

MGB akan berupaya keras untuk menentukan tanggung jawab finansial pasien sesegera mungkin selama pasien menjalani perawatan. Jika memungkinkan, Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan menagih pembayaran bersama, pengurangan, jumlah asuransi bersama, atau uang panjar wajib sebelum layanan diberikan. Pasien, yang merupakan anggota dari skema perawatan kesehatan terkelola atau skema asuransi dengan persyaratan akses khusus, bertanggung jawab untuk memahami dan mematuhi persyaratan skema asuransi, termasuk rujukan, otorisasi, atau pembatasan 'jaringan' lainnya. MGB akan meminta persetujuan awal, otorisasi, atau jaminan pembayaran yang diperlukan dari pihak asuransi jika memungkinkan. Dalam beberapa keadaan, termasuk pemberian layanan Darurat dan Mendesak, rujukan dan otorisasi ini dapat dilakukan setelah layanan diberikan.

Semua pasien yang memiliki saldo untuk layanan akan diinformasikan tentang ketersediaan layanan Patient Financial Counseling (Konsultasi Finansial Pasien) untuk membantu mereka memenuhi tanggung jawab finansial mereka. MGB akan melakukan upaya terbaik untuk memberi tahu semua pasien tentang tanggung jawab finansial yang signifikan sebelum layanan diberikan sejauh informasi tersebut tersedia. Skrining yang sesuai dengan EMTALA akan dilakukan sebelum aktivitas untuk menentukan tanggung jawab finansial pasien.

B. Persiapan Estimasi

Sesuai M.G.L. c. 111 s. 228 untuk negara bagian Massachusetts, Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan memberikan estimasi kepada pasien berdasarkan permintaan dalam waktu 2 hari kerja sejak tanggal permintaan mengenai jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien untuk hal-hal berikut ini (berdasarkan skema asuransi pasien):

- Estimasi durasi rawat inap di rumah sakit
- Prosedur medis
- Layanan perawatan kesehatan
- Potensi biaya yang harus ditanggung sendiri
- Referral

Departemen yang bertanggung jawab untuk memberikan estimasi akan berbeda-beda di setiap lokasi tetapi umumnya melibatkan Pusat Akses Pasien dan Konseling Finansial Pasien. MGB akan mempertahankan proses estimasi pasien secara mandiri di situs webnya (www.patientgateway.org) untuk pasien yang terdaftar maupun yang tidak terdaftar dengan akses ke beragam layanan sesuai dengan peraturan Pusat Transparansi Harga Layanan Medicare. Detail lebih lanjut mengenai proses estimasi terdapat dalam Kebijakan dan Prosedur Estimasi, termasuk persyaratan khusus untuk memberikan estimasi final kepada pasien secara tertulis beserta opsi-opsi pembayaran.

1. Estimasi Iktikad Baik

- Staf Akses Pasien akan memberikan Estimasi Iktikad Baik (Good Faith Estimate/GFE) yang tepat waktu kepada pasien pembayaran pribadi yang dijadwalkan 10 hari atau lebih sebelum layanan dalam waktu tiga hari kerja sejak hari penjadwalan. Ketika dijadwalkan 3 hari sebelum layanan, dalam waktu satu hari kerja setelah penjadwalan, dan ketika diminta, dalam waktu 3 hari."
- Dalam skenario tertentu, tanggungan pasien yang melebihi jumlah estimasi akan dihapuskan. Silakan lihat Kebijakan Estimasi Pasien.
- Estimasi Iktikad Baik akan mencakup hal-hal berikut:
 - a. Kode diagnosis
 - b. Kode perkiraan layanan
 - c. Perkiraan biaya
 - d. Nama dan TTL pasien
 - e. Keterangan item atau layanan utama
 - f. Tanggal item atau layanan dijadwalkan
 - g. Nama penyedia layanan
 - h. NPI dan TIN
 - i. Lokasi penyedia layanan
- Estimasi Iktikad Baik akan mencakup penafian berikut:
 - a. Perkiraan iktikad baik adalah perkiraan dan dapat berubah
 - b. Mungkin ada item atau layanan tambahan yang terkandung di dalam estimasi iktikad baik
 - c. Pemberitahuan tentang hak pasien untuk mengajukan sengketa
 - d. Estimasi iktikad baik bukanlah sebuah kontrak

C. Pasien dengan Asuransi

- Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan segala upaya untuk memvalidasi status asuransi pasien dan sesuai dengan M.G.L. c. 111 s. 228 akan memberi tahu pasien jika penyedia layanan berada di luar skema manfaat pasien (yakni, penyedia layanan berada di luar jaringan). MGB juga akan membantu pasien dalam memenuhi persyaratan skema asuransi kesehatan mereka, sesuai dengan prinsip-prinsip yang telah diuraikan sebelumnya di [Pasal III\(D\)](#).
- Jika memungkinkan, verifikasi ini akan mencakup penentuan tanggung jawab finansial pasien yang diperkirakan, termasuk asuransi bersama, pengurangan, dan pembayaran bersama yang berlaku.

- Jika memungkinkan dan secara klinis sesuai, pembayaran jumlah yang telah ditentukan sebelumnya (pembayaran bersama, pengurangan) akan diminta dari pasien sebelum atau pada waktu layanan.
- Dalam beberapa kasus, skema asuransi dan jenis pertanggungan pasien mungkin tidak memungkinkan penentuan tanggung jawab finansial pasien untuk layanan secara pasti pada saat pendaftaran. Untuk kasus tersebut, MGB dapat meminta uang jaminan yang setara dengan estimasi terbaik tanggung jawab finansial pasien yang diperkirakan.
- Pasien yang tidak mampu membayar dapat diarahkan ke Konseling Finansial Pasien dan [Kebijakan Bantuan Finansial dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi](#)

1. Skema Asuransi dengan kontrak

MGB menjalin kontrak dengan banyak skema asuransi. Dalam hal ini, MGB akan meminta pembayaran dari skema asuransi untuk semua layanan yang ditanggung.

- Pembayaran pasien untuk semua pembayaran bersama, pengurangan, dan jumlah asuransi bersama akan diminta sebelum layanan diberikan.
- Jika layanan tertentu ditetapkan oleh perusahaan asuransi sebagai layanan yang tidak ditanggung atau ditolak pembayarannya, maka pembayaran untuk layanan tersebut akan dimintakan secara langsung kepada pasien sesuai dengan kontrak asuransi yang relevan.
- Jika memungkinkan, MGB akan membantu pasien untuk mengajukan banding atas penolakan atau keputusan yang merugikan lainnya kepada skema asuransi mereka, dengan menyadari bahwa skema asuransi sering kali mengharuskan pasien untuk mengajukan banding semacam ini.

2. Skema Asuransi tanpa kontrak

- MGB akan berupaya menagih perusahaan asuransi pasien untuk kasus-kasus di mana MGB tidak memiliki kontrak dengan perusahaan asuransi, ketika otorisasi telah diperoleh atau pasien diketahui memiliki manfaat di luar jaringan.
- Meskipun MGB akan menagih skema asuransi pasien, tanggung jawab finansial utama berada di tangan pasien atau penjamin dan kegagalan perusahaan asuransi untuk merespons tagihan secara tepat waktu dapat menyebabkan pasien ditagih secara langsung untuk layanan tersebut, kecuali untuk kasus-kasus di mana pasien terlindungi dari tindakan penagihan ([Pasal IV\(C\)\(3\)](#)).
- Saldo yang tersisa setelah pembayaran asuransi akan ditagihkan kepada pasien.
- Jika memungkinkan, MGB akan membantu pasien untuk mengajukan banding atas penolakan atau keputusan yang merugikan lainnya kepada skema asuransi mereka, dengan menyadari bahwa skema asuransi mengharuskan pasien untuk mengajukan banding tersebut.

a. Pemberitahuan dan Persetujuan

- MGB akan memberikan Pemberitahuan & Persetujuan kepada pasiennya dengan kepatuhan beriktikad baik terhadap persyaratan Pemberitahuan & Persetujuan dari Undang-Undang Layanan Kesehatan Masyarakat (Public Health Service - PHS Act), termasuk:

- Staf Akses Pasien MGB akan mengidentifikasi layanan penyedia yang tidak berpartisipasi yang tunduk pada persyaratan Pemberitahuan & Persetujuan No Surprises Act (NSA)^[1], dan memberikan serta mendapatkan Pemberitahuan & Persetujuan dalam jangka waktu di bawah ini sesuai dengan persyaratan NSA yang dijelaskan:
 - a. Jika janji temu dilakukan lebih dari 72 jam sebelum item atau layanan diberikan, dokumen Pemberitahuan & Persetujuan akan diberikan selambat-lambatnya 72 jam sebelum item atau layanan diberikan.
 - b. Jika individu membuat janji temu untuk item atau layanan yang relevan dalam waktu 72 jam sejak tanggal item dan layanan akan diberikan, dokumen-dokumen ini akan diberikan pada hari janji temu dijadwalkan.
 - c. Pada situasi di mana seseorang diberi dokumen Pemberitahuan & Persetujuan pada hari ketika item atau layanan akan diberikan, termasuk untuk layanan pascastabilisasi, dokumen tersebut akan diberikan selambat-lambatnya 3 jam sebelum item atau layanan yang relevan diberikan.
- Staf Akses Pasien MGB tidak akan meminta Pemberitahuan & Persetujuan untuk layanan yang tidak memerlukan Pemberitahuan & Persetujuan, sesuai dengan persyaratan NSA yang telah diuraikan (misal. kondisi darurat, tambahan).
- Staf Akses Pasien MGB akan memberikan formulir Pemberitahuan dan Persetujuan yang secara fisik terpisah dari dokumen lain dan tidak disertakan dengan dokumen lain.

D. Pasien Tanpa Asuransi (Pembayaran Pribadi)

Pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan belum pernah ditetapkan untuk disetujui mendapatkan Bantuan Finansial, atau Pasien Berpendapatan Rendah sebagaimana dijelaskan lebih lanjut di [Pasal V\(E\)](#), akan diminta memberikan uang panjar sebelum layanan yang tidak harus dilakukan oleh EMTALA.

- Uang panjar tersebut senilai dengan 100% dari estimasi biaya untuk layanan yang akan diberikan, dikurangi potongan harga apa pun (lihat [Pasal V\(E\)](#)).
 - Untuk kasus-kasus tersebut, di mana estimasi pasti biaya tidak mungkin dilakukan, MGB dapat menagih jumlah uang panjar yang telah ditentukan sebelumnya atau meminta jaminan pembayaran lain.
- Jika pasien tidak memberikan uang panjar atau menunjukkan ketidakmampuan untuk membayar uang jaminan, maka pasien dapat diarahkan ke [Konseling Finansial Pasien](#).
- Semua pasien akan diberikan informasi mengenai program Bantuan Finansial yang tersedia bagi mereka.
- Penduduk tanpa asuransi akan ditawarkan Konseling Finansial untuk menentukan kelayakan mereka untuk mengikuti Program Negara Bagian yang tersedia atau program lain yang disponsori pemerintah, serta diberikan informasi untuk membantu pasien dalam mengajukan permohonan untuk program-program ini.
 - Program Negara Bagian mencakup, namun tidak terbatas pada: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net
 - Jika tidak ada kebutuhan mendesak untuk memberikan layanan, layanan rawat inap atau rawat jalan dapat ditunda atau dibatalkan hingga pasien mampu membayar, membuat

pengaturan finansial yang sesuai, mendapatkan asuransi, atau terdaftar dalam program bantuan finansial yang akan menanggung layanan.

E. Pasien Berpendapatan Rendah (Penduduk Massachusetts)

1. Definisi dan Kelayakan

- Pasien Berpendapatan Rendah didefinisikan sebagai pasien yang memenuhi kriteria dalam MA 101 CMR 613.04(1).
- Istilah ini umumnya mencakup pasien yang merupakan penduduk Massachusetts yang telah mengajukan permohonan pertanggung dengan EOHHS dan memiliki MA Modified Adjusted Gross Income (MAGI) yang telah diverifikasi yang setara atau kurang dari 300% dari Pedoman Kemiskinan Federal (Federal Poverty Guidelines/FPG).
- Status kelayakan Pasien untuk pertanggung di bawah program apa pun (MassHealth, Health Safety Net, dan Children's Medical Security Plan (CMSP) di bawah 300%) akan diverifikasi pada saat pendaftaran.
- Pembatasan yang diuraikan dalam bagian untuk Pasien Berpendapatan Rendah ini diperlukan untuk layanan di Acute Care Hospital (lihat [Lampiran A](#)) dan Pusat Kesehatan Berkualifikasi Federal di Massachusetts dan umumnya tidak mencakup layanan di praktik yang berafiliasi, rumah sakit di New Hampshire, McLean Hospital, dan Spaulding Rehabilitation Network. Potongan harga untuk layanan di entitas-entitas tersebut disertakan di dalam Kebijakan Bantuan Finansial dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi.

2. Batasan Layanan

Pasien yang diidentifikasi sebagai Pasien Berpendapatan Rendah akan, sejauh memungkinkan, diberikan layanan yang sesuai dengan pedoman pertanggung HSN atau MassHealth, termasuk batasan "layanan yang memenuhi syarat" (sesuai peraturan negara bagian dan formularium obat yang berlaku).

3. Kesulitan Medis HSN (HSN Medical Hardship)

Penduduk Massachusetts dengan tingkat pendapatan apa pun mungkin memenuhi syarat untuk Kesulitan Medis HSN jika biaya medis yang diperbolehkan melebihi pendapatan keluarga di luar kemampuan mereka untuk membayar layanan yang memenuhi syarat. Program retrospektif ini sesuai dengan peraturan, dengan pembatasan cakupan, merupakan ketetapan satu kali, dan bukan merupakan kategori pertanggung (101 CMR 613.05). Program ini hanya dapat diajukan setelah pemberian layanan ketika pasien telah menerima tanggungan finansial.

a. Kualifikasi Biaya

Jenis dan jumlah biaya medis yang diperbolehkan ditentukan dalam 101 CMR 613.05. Tagihan yang telah dibayar dan belum dibayar dengan tanggal layanan hingga 12 bulan sebelum tanggal pengajuan dapat dikirimkan dengan batas 2 kali pengajuan dalam jangka waktu 12 bulan.

b. Proses Pengajuan

MGB akan membantu pasien dalam mengumpulkan semua informasi yang diperlukan dan akan mengajukan permohonan Kesulitan Medis kepada HSN untuk ditinjau dan disetujui atau memberikan informasi yang diperlukan kepada pasien untuk mengajukan permohonan. Pasien bertanggung jawab untuk mengumpulkan dan menyerahkan dokumentasi semua

biaya medis yang memenuhi syarat. MGB diharuskan untuk mengajukan permohonan kepada HSN dalam waktu 5 hari setelah menerima semua dokumentasi dan verifikasi dari pasien.

c. Penetapan

HSN akan menetapkan kualifikasi pasien untuk program ini dan akan memberi tahu MGB mengenai tagihan mana yang menjadi tanggung jawab pasien dan tagihan mana yang dapat diajukan ke HSN. Penetapan Kesulitan Medis terbatas pada tagihan-tagihan yang disertakan dalam permohonan. Tidak ada periode kelayakan dan tagihan hanya dapat digunakan satu kali untuk mendukung pengajuan.

d. Perlindungan dari Penagihan

Semua tindakan penagihan akan dihentikan untuk semua saldo yang oleh HSN ditetapkan memenuhi syarat untuk pertanggungjawaban di bawah program Kesulitan Medis. Termasuk di antaranya adalah saldo yang mungkin telah dialihkan ke lembaga eksternal atau lembaga penagihan yang bekerja atas nama MGB. Jika MGB gagal mengajukan permohonan dalam waktu 5 hari setelah menerima semua verifikasi dari pasien, maka semua saldo yang mungkin memenuhi syarat di bawah program Kesulitan Medis akan dilindungi dari tindakan penagihan.

4. Tanggung Jawab Finansial Pasien Berpenghasilan Rendah

Tanggung jawab finansial untuk Pasien Berpenghasilan Rendah terbatas pada pembayaran bersama (dari pembayar mana pun kecuali Medicare) atau pengurangan yang ditentukan oleh HSN.

a. Pembayaran Bersama Farmasi

Pasien berpenghasilan rendah yang berusia di atas 18 tahun bertanggung jawab atas pembayaran bersama untuk layanan farmasi. Sesuai dengan kebijakan umum, pembayaran bersama akan diminta pada waktu layanan. Pembayaran bersama yang belum dibayar akan dianggap sebagai tanggungan pasien dan ditagih sesuai dengan proses penagihan pembayaran pribadi pada umumnya. Terdapat batas maksimum tahunan sebesar \$250 untuk pembayaran bersama farmasi.

b. Uang panjar untuk Pasien Berpenghasilan Rendah yang ditetapkan sebagai HSN Parsial atau Kesulitan Medis

Uang panjar akan diminta dari pasien-pasien tersebut dengan ketentuan bahwa ini adalah pertanggungjawaban utama untuk saldo terbuka untuk semua layanan yang diperlukan secara medis namun Tidak Darurat atau Tidak Mendesak ([Pasal III\(B\)\(2\)](#)). Status terkini pengurangan keluarga tahunan pasien akan ditinjau dan uang panjar hingga 20% dari pengurangan tahunan pasien, atau kontribusi Kesulitan, hingga maksimum \$500 dapat ditagih dari pasien.

c. Skema Pembayaran

Pasien Berpendapatan Rendah akan diberi tahu mengenai ketersediaan skema pembayaran untuk memenuhi semua saldo terbuka sesuai dengan ketentuan yang disebutkan di dalam [Pasal VI\(B\)](#).

d. Layanan yang Tidak Memenuhi Syarat

Pasien Berpendapatan Rendah akan diminta membayar Layanan yang Tidak Memenuhi Syarat, termasuk tetapi tidak terbatas pada Layanan Infertilitas, Layanan Kosmetik, atau layanan podiatri yang tidak diperlukan secara medis ([Pasal III\(B\)\(2\)](#)), di awal, apabila pasien diberi tahu mengenai biaya maksimum layanan ini dan menandatangani pernyataan bahwa layanan tersebut tidak ditanggung oleh HSN atau program bantuan Massachusetts lainnya.

Layanan akan ditangguhkan hingga pembayaran dilakukan sesuai dengan panduan di [Pasal III\(B\)\(2\)](#).

e. **Rumah Sakit Kesehatan Perilaku dan Rehabilitasi**

Tanggung jawab finansial untuk layanan-layanan ini disertakan di dalam Kebijakan Bantuan Finansial dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi.

5. Penentuan Status Tertunda

Pasien yang oleh MGB telah diajukan ke program yang disponsori oleh negara bagian atau program yang disponsori oleh pemerintah lainnya umumnya akan ditahan tagihannya hingga 30 hari sambil menunggu keputusan. Setelah 30 hari, mereka dapat diproses sebagai Pembayaran Pribadi hingga keputusan diambil. Persyaratan uang panjar dapat dibebaskan selama menunggu keputusan dari Penasihat Keuangan Pasien (Patient Financial Counselor) bahwa pengajuan pasien telah selesai dan diperkirakan akan disetujui.

F. Situasi Khusus untuk Izin Finansial – Pendaftaran dan Tanggung Jawab Finansial Pasien

Untuk beberapa keadaan, informasi atau prosedur tambahan mungkin diperlukan untuk mendukung pemrosesan klaim pasien.

1. Kompensasi Pekerja

Layanan yang berkaitan dengan kecelakaan industri harus diidentifikasi dengan tepat pada saat pendaftaran. Informasi tambahan yang diperlukan dari pasien meliputi tanggal dan waktu kecelakaan, nama dan nomor telepon perusahaan, serta nama dan nomor telepon asuransi kompensasi pekerja perusahaan. (Lihat [Pasal IV\(D\)\(5\)](#) mengenai pengajuan klaim kepada pihak asuransi Kompensasi Pekerja sebelum pengajuan HSN.)

2. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) and Tanggungan Pihak Ketiga

Layanan yang berkaitan dengan kecelakaan kendaraan bermotor atau tanggungan pihak ketiga lainnya harus diidentifikasi dengan tepat pada saat pendaftaran. Upaya keras akan dilakukan untuk mengumpulkan informasi tambahan yang diperlukan untuk pengajuan klaim MVA termasuk tanggal dan waktu kecelakaan, lokasi untuk kasus tanggungan pihak ketiga, perusahaan asuransi mobil yang diketahui (kecuali di New Hampshire (NH) di mana MGB tidak boleh mengajukan klaim kepada pihak asuransi MVA), dan nama pengacara yang berhubungan dengan klaim tersebut (jika tersedia). (Lihat [Pasal IV\(D\)\(5\)](#) mengenai pengajuan klaim kepada pihak asuransi tanggungan MVA sebelum pengajuan HSN.)

- Di NH, klaim akan diajukan ke asuransi medis pasien atau ditagihkan langsung ke pasien berdasarkan arahan pasien. Layanan yang ditagihkan kepada pasien untuk MVA tidak akan dikenakan potongan harga (Lihat [Pasal IV\(D\)\(4\)](#)).

3. Korban Pidana Kekerasan dan Kekerasan Terhadap Perempuan (MA)

Layanan yang berkaitan dengan korban yang termasuk ke dalam kategori-kategori ini harus diidentifikasi dengan tepat pada saat pendaftaran, jika memungkinkan, dengan waktu dan tempat kejadian termasuk pembuatan pertanggungjawaban khusus yang diperlukan apabila diminta. Untuk beberapa kasus, terdapat dana terbatas yang tersedia dari kantor Kejaksaan Agung MA untuk mengganti biaya pengobatan yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan atau Health Safety Net. Apabila diminta, pasien harus diarahkan ke Konseling Finansial untuk melengkapi dokumentasi yang sesuai untuk mendapatkan kompensasi dari Dana Korban Pidana Kekerasan atau staf Akses akan mengumpulkan dokumentasi untuk penagihan rekening ke dana Kekerasan Terhadap Perempuan (VVA). Korban VVA tidak boleh ditagih untuk layanan apa pun yang memenuhi syarat.

4. Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2010 (HITECH)

Memberikan hak kepada pasien pada saat pelayanan untuk meminta agar Informasi Kesehatan Pasien (PHI) mereka terkait item atau layanan tertentu tidak dikirimkan ke asuransi kesehatan mereka untuk tujuan pembayaran.

- Pasien diharapkan membayar saldo yang belum terbayar secara penuh pada saat layanan atau setelah menerima laporan.
- HITECH hanya mengizinkan pasien untuk tidak mengarahkan tagihan ke asuransi.
- HITECH tidak meniadakan tanggung jawab finansial pasien untuk pembayaran rekening.

5. Permohonan Rahasia HSN

Permohonan rahasia dapat diajukan dalam dua keadaan.

- Anak di bawah umur: Permohonan rahasia dapat diajukan untuk anak di bawah umur yang mengajukan permohonan layanan keluarga berencana dan layanan yang berkaitan dengan penyakit menular seksual. Permohonan ini dapat diproses berdasarkan pendapatan anak di bawah umur tersebut tanpa memperhatikan pendapatan keluarga.
- Individu yang Dipukuli atau Dilecehkan: Individu tersebut juga dapat mengajukan permohonan pertanggungjawaban HSN berdasarkan pendapatan individu mereka. Pasien tersebut dapat disetujui untuk mendapatkan berbagai layanan yang ditanggung oleh HSN.

6. Individu Tanpa Kartu Identitas

Pasien mungkin khawatir mengenai dampak imigrasi dari pengajuan status Pasien Berpendapatan Rendah.

- Pasien dengan kemampuan terbatas harus didorong untuk mengajukan permohonan untuk mendapatkan bantuan dari negara atau program lain yang disponsori oleh pemerintah.
- Jika pasien terus menunjukkan kekhawatiran, pasien dapat diarahkan ke lembaga luar untuk mendapatkan konseling.
- Pasien yang menolak untuk mengajukan permohonan bantuan akan terus diperlakukan sebagai pasien yang membayar secara mandiri.
- Layanan Mendesak dan Darurat (termasuk obat-obatan yang diperlukan untuk merespons ancaman langsung terhadap kesehatan pasien yang diberikan hingga dua minggu) harus terus diberikan ([Pasal IV\(B\)\(1\)](#)).

- Layanan tidak mendesak dan tidak darurat ([Pasal III\(B\)\(2\)](#)) dapat ditunda atau dibatalkan hingga pasien mampu membayar, membuat pengaturan finansial yang sesuai, mendapatkan asuransi, atau terdaftar dalam program bantuan finansial yang akan menanggung layanan.

7. Studi Penelitian

Layanan yang berkaitan dengan studi penelitian harus diidentifikasi pada saat pendaftaran untuk layanan tersebut guna memastikan bahwa biaya untuk layanan ini diserahkan ke dana penelitian yang ditunjuk.

8. Donor Organ

MGB akan mengidentifikasi donor organ pada saat layanan dan memastikan bahwa klaim untuk layanan ini diajukan ke asuransi yang sesuai atau sumber pendanaan lainnya.

9. Pasien Internasional

Selain mengikuti prosedur yang dinyatakan untuk pasien Dengan Asuransi ([Pasal V\(C\)](#)) dan pasien Tanpa Asuransi ([Pasal V\(D\)](#)), MGB akan melakukan segala upaya yang wajar untuk mengumpulkan informasi alamat lokal dan alamat tetap untuk penduduk negara asing dan melakukan tindakan tambahan yang sesuai yang diperlukan untuk mendapatkan pembayaran di muka untuk semua layanan yang tidak diasuransikan.

G. Kejadian Serius yang Dapat Dilaporkan (Serious Reportable Events/SRE)

MGB menjaga kepatuhan terhadap persyaratan penagihan yang berlaku, termasuk peraturan Department of Public Health (105 CMR 130.332) untuk layanan tertentu yang tidak dibayar atau kunjungan ulang yang menurut MGB merupakan akibat dari Kejadian Serius yang Dapat Dilaporkan (Serious Reported Events/SRE). SRE yang tidak terjadi di Acute Care Hospital dan penyedia layanan MGB lainnya (lihat [Lampiran A](#)) tidak termasuk dalam ketentuan layanan tidak dibayar ini. MGB juga tidak meminta pembayaran dari pasien berpenghasilan rendah yang dinyatakan memenuhi syarat untuk program Health Safety Net yang klaimnya pada awalnya ditolak oleh program asuransi disebabkan kesalahan penagihan administratif oleh MGB. MGB juga menyimpan semua informasi sesuai dengan undang-undang privasi, keamanan, dan pencurian identitas yang berlaku di tingkat federal dan negara bagian.

H. Penempatan Kredit Macet

Rekening umumnya akan dinyatakan sebagai Kredit Macet ketika upaya penagihan internal telah selesai dilakukan. Hal ini biasanya terjadi setelah rekening melewati siklus tagihan selama 120 hari ([Pasal IV\(B\)](#)). Beberapa rekening dapat ditempatkan sebelum 120 hari karena keadaan yang meringankan seperti ketidakmampuan untuk menemukan penjamin (misal. kesalahan alamat). Rekening dalam Kredit Macet umumnya akan menerima upaya penagihan tambahan terutama oleh Lembaga Penagihan eksternal atau pengacara penagihan. MGB akan memastikan bahwa semua

tindak lanjut Kredit Macet, baik yang dilakukan oleh staf internal maupun oleh lembaga eksternal, mematuhi hal-hal berikut ini:

1. Pelaporan Kredit

MGB dan agen-agensya tidak melaporkan Kredit Macet pasien kepada biro kredit mana pun. MGB dan agen-agensya dapat menggunakan jasa biro kredit untuk mengidentifikasi peringkat kredit pasien dengan tujuan untuk menentukan kemampuan pasien dalam memenuhi kewajiban finansial mereka.

2. Litigasi

MGB dan agen-agensya dapat mengajukan tuntutan hukum terhadap pasien untuk mendapatkan putusan pengadilan atas utang yang harus dibayarkan kepada MGB. Dalam hal apa pun, surat perintah capias (dikenal sebagai "surat penangkapan") tidak boleh digunakan sebagai bagian dari upaya penagihan.

3. Hak Gadai Properti

MGB hanya akan melakukan penyitaan, eksekusi, dan penjualan properti setelah mendapat tinjauan dan persetujuan dari CFO Acute Care Hospital atau Penyedia Layanan MGB lainnya. Jika pasien telah ditetapkan oleh Office of Medicaid sebagai Pasien Berpenghasilan Rendah atau memenuhi syarat untuk program bantuan apa pun, maka MGB tidak akan mengupayakan eksekusi hukum terhadap kediaman pribadi pasien atau Penjamin tanpa persetujuan khusus dari Dewan Pengawas.

4. Lembaga Penagihan

- Lembaga mana pun yang ingin menagih saldo pasien atas nama MGB harus mematuhi Kebijakan Kredit dan Penagihan ini.
- Setiap keluhan pasien yang substantif akan dilaporkan ke MGB untuk ditinjau dan ditelusuri.
- Semua agen akan sepenuhnya mematuhi peraturan Penagihan Utang Federal yang berlaku serta peraturan penagihan utang yang mungkin ditentukan oleh Jaksa Agung Massachusetts.
- Semua lembaga akan melaporkan setiap penagihan atau tindakan rekening lainnya, termasuk keputusan untuk menghentikan upaya penagihan, secara tepat waktu.
- Secara umum, lembaga akan menghentikan upaya penagihan pada setiap rekening yang dialihkan kepada mereka segera setelah mereka memutuskan bahwa tidak ada potensi penagihan dan ketika tidak ada tindakan atau pembayaran pada rekening tersebut selama maksimal satu tahun.

VI. Pengaturan Pembayaran

A. Gambaran Umum

Pembayaran dapat dilakukan di berbagai tempat di semua Acute Care Hospital atau Penyedia Layanan MGB lainnya. Pengaturan untuk pembayaran yang ditangguhkan, skema pembayaran, atau pembayaran sebagian uang panjar biasanya hanya dilakukan oleh Layanan Penerimaan Rumah Sakit atau Solusi Penagihan Pasien. Semua pengaturan pembayaran akan disesuaikan dengan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya

1. Bentuk Pembayaran

- Pembayaran di muka dapat dilakukan dengan cek bank/cek fiat, transfer bank, atau kartu kredit/debit. Sebagian besar lokasi rumah sakit tidak menerima uang tunai. Cek pribadi dari bank-bank AS biasanya diterima untuk saldo kurang dari \$5.000 kecuali jika ada riwayat kegagalan cek karena dana tidak mencukupi. Cek pribadi dapat diminta sebelum jadwal layanan agar ada cukup waktu untuk verifikasi cek. Pasien yang memiliki riwayat kredit macet dapat ditinjau secara individual untuk menentukan cara pembayaran yang sesuai.
- Pembayaran dengan cek pribadi harus dilakukan ke alamat pengiriman pada laporan pasien
- Tagihan dan pembayaran elektronik: Banyak lokasi MGB menyediakan akses elektronik ke laporan dan pembayaran laporan tersebut secara elektronik menggunakan kartu kredit/debit atau transfer ACH Bank.
- Pembayaran diterima dengan menghubungi Pusat Panggilan Solusi Penagihan Pasien atau pusat Layanan Pelanggan lain yang ditunjuk.
- MGB akan melakukan proses untuk melacak cek kosong dan membalikkan pembayaran yang mungkin telah dilakukan ke rekening pasien. Pemberian cek kosong dapat menjadi landasan untuk memasukkan rekening ke dalam Kredit Macet.

2. Mata Uang

Kecuali jika disepakati lain, pembayaran akan dilakukan dalam Mata Uang AS. Pembayaran yang dilakukan dengan selain mata uang AS akan diterapkan dengan nilai tukar yang ditentukan oleh bank MGB, dikurangi biaya konversi.

B. Skema Pembayaran

Skema pembayaran bebas bunga tersedia untuk semua pasien berdasarkan permintaan. Penerimaan akhir suatu skema pembayaran akan melewati tinjauan lengkap atas status dan riwayat pembayaran pasien. Skema pembayaran dapat diatur di Patient Gateway atau dengan menghubungi Solusi Penagihan Pasien di (617) 726-3884. Solusi Penagihan Pasien akan memproses dan memantau semua skema pembayaran pasien. Skema umumnya akan mencakup saldo terbuka di semua lokasi MGB ([Lampiran A](#)).

Tidak ada bunga yang akan dikenakan pada saldo di mana pasien telah menyetujui skema pembayaran dan pasien melakukan pembayaran secara lancar.

Skema akan ditinjau secara berkala untuk memastikan bahwa semua pembayaran adalah yang terbaru. Jika pasien melewatkan dua kali pembayaran berturut-turut, MGB dapat menempatkan akun tersebut ke dalam Kredit Macet. Jika terdapat pemberitahuan dari pasien mengenai perubahan kondisi finansialnya, MGB dapat mengevaluasi kembali kewajiban pembayaran yang belum dibayar oleh pasien.

1. Skema Pembayaran untuk Pengurangan Parsial dan Kesulitan Medis HSN

- Pembayaran awal kurang dari \$500 atau 20% dari saldo yang dapat dikurangkan mungkin diperlukan, termasuk semua uang panjar yang diterima sebelum layanan diberikan dalam keadaan yang tidak mendesak/tidak darurat.

VII. Saldo Kredit dan Pengembalian Dana

Umumnya, MGB akan mengembalikan setiap saldo kredit kepada pasien, yang mungkin disebabkan adanya kelebihan dana yang ditagih dari pasien. Apabila upaya pengembalian saldo kredit pasien/penjamin tidak berhasil, MGB akan mengirimkan saldo kredit kepada Treasurer of the Commonwealth of Massachusetts sesuai dengan peraturan Properti Terbengkalai (Abandoned Property) negara bagian. Detail lebih lanjut dapat ditemukan dalam Kebijakan Kredit dan Pengembalian Dana Pasien/Penjamin.

Lampiran A Afiliasi Entitas Mass General Brigham

Kebijakan ini berlaku untuk entitas Mass General Brigham berikut ini:

Acute Care Hospital

- Massachusetts General Hospital (MGH)
- Brigham and Women's Hospital (BWH)
- North Shore Medical Center (NSMC)
- Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
- Martha's Vineyard Hospital (MVH)
- Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Behavioral Health Hospitals

- McLean Hospital (MCL)

Post-Acute Hospitals

- Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
- Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
- Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Organisasi Dokter

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)
- Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
- Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
- Nantucket Medical Group (NMG)
- Mass Eye and Ear Associates (Rekanan Mass Eye and Ear)
- Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
- Dokter Komunitas Mass General Brigham Community Physicians - grup yang dimiliki penuh
 - Pentucket Medical Associates (PMA)
 - Mystic Health Care

Home Care

Mass General Brigham Home Care

Mass General Brigham Ambulatory Care

Mass General Brigham Urgent Care

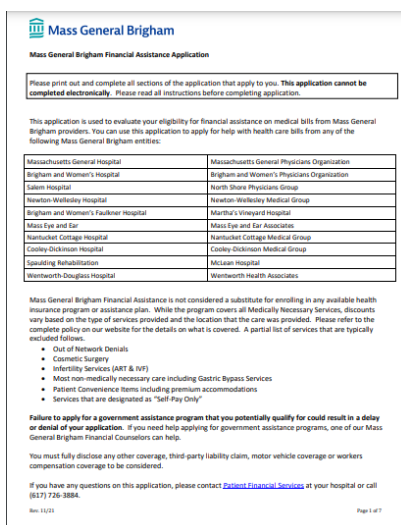
Harap diingat bahwa dokter yang terkait dengan entitas ini tetapi menagih "secara pribadi", diimbau, tetapi tidak diwajibkan, untuk mengikuti kebijakan ini. Keterangan lengkap dapat ditemukan dalam [Daftar Afiliasi Penyedia Layanan Mass General Brigham](#)

Lampiran B: Permohonan Bantuan Finansial

Permohonan Bantuan Finansial Mass General Brigham dapat ditemukan di sini:

<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Permohonan tersedia dalam 10 bahasa di www.massgeneralbrigham.org: Inggris, Arab, Mandarin, Kreol Haiti, Bahasa Indonesia, Khmer, Portugis, Rusia, Spanyol, dan Vietnam.



Mass General Brigham
Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. **This application cannot be completed electronically.** Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cosley-Dickinson Hospital	Cosley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	Milton Hospital
Wentworth Douglas Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows:

- Out of Network Denials
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-3884.

Rev. 1/21 Page 1 of 7

Lampiran C: Pelaporan, Audit, dan Kepatuhan terhadap Peraturan

Kebijakan-kebijakan ini dimaksudkan untuk membantu memastikan kepatuhan terhadap peraturan negara bagian yang berlaku di New Hampshire dan Massachusetts, termasuk kriteria kebijakan kredit dan penagihan berdasarkan MGL c.58 dan peraturan terkait yang secara khusus diundangkan oleh Kantor Eksekutif Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Massachusetts (MA Executive Office of Health and Human Services), 101 CMR 614 dan 101 CMR 613 (Health Safety Net), yang selanjutnya disebut "Peraturan Negara Bagian". Selain itu, kebijakan ini membahas persyaratan untuk Panduan Penggantian Biaya Penyedia Layanan Medicare (Pasal 1, Ayat 3), Pusat Layanan Medicare dan Medicaid, Persyaratan Kredit Macet

Medicare (42 CFR 413.89) dan Internal Revenue Code Pasal 501 (r) sebagaimana disyaratkan dalam Pasal 9007 (a) Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L. No. 111-148).

MGB akan mematuhi semua persyaratan pelaporan sebagaimana ditetapkan oleh MGL c. 118G dan 101 CMR 613, 614 serta Administrative Bulletin terkait. MGB akan menyimpan catatan aktivitas yang dapat diaudit yang dibuat sesuai dengan kriteria dan persyaratan 101 CMR 613 dan 101 CMR 614. MGB akan mengajukan Kebijakan Kredit dan Penagihan ini secara elektronik kepada Office of Medicaid, Health Safety Net sebagaimana yang dipersyaratkan ketika kebijakan ini diubah atau ketika ada perubahan peraturan yang diumumkan oleh Office of Medicaid, Health Safety Net yang mewajibkan pengajuan kebijakan baru.

Referensi:

MA Regulations 101 CMR 613, 614 dan MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c