

	<p>PAMAGAT: Patient Financial Services (Mga Serbisyo sa Pananalapi Para sa Pasyente)</p> <p>COMPASSIONATE BILLING AT FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (PATAKARAN UKOL SA TULONG SA PANANALAPI) (FAP)</p>
<p>REFERENCE MANUAL: Mga Account ng Pasyente Manwal ng Patakaran /Pamamaraan</p>	<p>DISTRIBUSYON: Departmental</p>
<p>INIREREKOMENDA NG: Direktor ng Patient Financial Services</p>	<p>INAPRUBAHAN NG: VP ng Finance at Chief Financial Officer (CFO)</p>
<p>PETSA NG PAGKABISA: Enero 2000</p>	<p>BINAGO NOONG: Agosto 2008, Setyembre 2015 Nobyembre 2015</p>

TAGALOG

PATAKARAN

Ang layunin ng patakarang ito ay ang siguraduhin na ang lahat ng mga pasyente ay tumatanggap ng kinakailangang emergency at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo sa health care na ibinibigay ng ospital at ng anumang ibang entidad na lubos na may kinalaman dito, anuman ang kakayahan ng mga pasyente na magbayad.

HINDI KAILANMAN TATANGGIHAN ANG SINO MANG PASYENTE NG MEDIKAL NA KINAKAILANGANG EMERGENCY MEDICAL CARE BATAY SA KAKAYAHAN NG PASYENTE NA MAGBAYAD O KAKAYAHANG SUMALI SA PROSESO NG FINANCIAL SCREENING.

Patakaran ng HackensackUMC Palisades (“Medical Center”) na mag-alok ng “Compassionate Billing” sa lahat ng mga miyembro ng komunidad na sinisilbihan ng Medical Center, kabilang ang mga pasyenteng nangangailangan ng emergency o iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga at hindi insured, mga pasyente na insured pero hindi sakop ng mga programa ng kanilang health care reimbursement benefit o na mahihirapang magbayad ng mga obligasyon na mag-copay, at ang mga pasyente na beneficiaries ng insurance kung saan ang HackensackUMC Palisades ay isinasaalang-alang na out-of-network provider (hindi kasali sa network ang provider).

Para sa emergency o iba pang medikal na kinakailangang health care services na ibinibigay ng HackensackUMC Palisades at sinisingil ng HackensackUMC Palisades, ang Compassionate Billing at Financial Assistance Policy (Patakaran Ukol sa Tulong sa Pananalapi) (“FAP”) ay umaaplay lamang sa mga serbisyo na sinisingil ng HackensackUMC Palisades. Ang ibang mga serbisyo na hiwalay na sinisingil ng ibang providers, tulad ng mga doktor, ay hindi eligible sa ilalim ng FAP. Ang mga propesyonal na singil para sa mga ganoong serbisyo ay kinakailangang kontrolahin ng

mga doktor at ng kanilang mga medical practice, at kailangang hiwalay itong bayaran ng mga pasyente sa mga doktor at mga medical practice na ito.

Ang listahan ng lahat ng mga provider, maliban sa ospital na pasilidad mismo, na nagbibigay ng emergency o ibang medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital na pasilidad, kung saan nakapahayag ang mga provider na sakop o hindi sakop ng FAP na ito ay nasa Appendix A. Ang mga listahan ng provider ay rerebyuhin bawat quarter at gagawan ng update, kung kinakailangan.

Ang FAP ay binubuo ng mga patakaran at mga pamamaraan, na inaaplay nang walang pagbabago at nang makatwiran, (a) kung saan kinakailangang gumawa ng mga hakbang ang Patient Financial Services Department (Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pananalapi para sa Pasyente), sa pamamagitan ng financial counselors nito, na alamin kung sino ang mga pasyenteng walang insurance at eligible para sa medikal na tulong na iniisponsor o sinusuportahan ng pamahalaan o ng estado at na tulongan ang mga pasyenteng iyon na kumuha ng ganoong medikal na tulong, (b) na nagbibigay ng mga diskwento sa mga singil sa mga pasyenteng walang insurance at na hindi eligible para sa mga programa na inisponsor o sinusuportahan ng pamahalaan o ng estado pero tumutupad sa financial criteria ng medical center at mga requirement nito sa pagbayad, (c) nagbibigay ng ilang mga takdang serbisyo na hindi karaniwang sinasakop ng mga programa ng pangatlong partidong tagabayad, o mga serbisyong hindi itinuturing na medikal na kinakailangan, batay sa fee-for-service (may singil para sa serbisyo) o case-rate (singil depende sa kaso); ang fees at rates ay maaaring mga diskwento ng mga singil, (d) na nagpapahintulot sa pagbawas o waiver (pagpaubaya) ng mga co-payment ng pasyente sa mga kasong may ebidensiya ng pinansiyal na kahirapan, at (e) na nagpapahintulot sa pagbawas o waiver ng mga co-payment ng pasyente para sa mga serbisyong ibinigay sa mga pasyenteng beneficiary ng mga programa ng pangatlong partidong tagabayad, hinggil sa kung aling Medical Center ang isinasaalang-alang na out-of-network provider. Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring basahin ang criteria na nakatakda sa hiwalay na Self Pay Policy (Patakaran Ukol sa Sariling Pagbayad).

Binabatay ng Medical Center ang eligibility sa status ng insurance at sa kabuuang kita ng household (sambahayan) ng indibidwal. Kabilang sa FAP ng Medical Center ang paraan kung paano mag-aplay para sa tulong sa pananalapi.

MGA GAWI SA MAKATWIRANG PANININGIL/TULONG SA FAP:

Sisingilin ng Medical Center ang mga pasyente o mga pangatlong partido para lamang sa mga serbisyong talagang ibinigay. Ang tulong ay ibinigay sa mga indibidwal na may mga tanong o na hindi makakompleto sa proseso ng aplikasyon nang mag-isa. Ang mga nangangailangan ng mga ganoong tulong ay maaaring bumisita sa Patient Financial Services Dept. ng HackensackUMC Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047, o tumawag sa 201-854-5092.

APLIKASYON:

Ang FAP ay umaaplay lamang sa lahat ng emergency o iba pang medikal na kinakailangang health care services na ibinigay at siningil ng Medical Center, kabilang ang inpatient at outpatient services. Ang FAP ay hindi umaaplay sa ibang mga serbisyo o mga propesyonal na singil na siningil at kinolekta ng mga doktor, mga medical practice, o ibang mga provider para sa mga serbisyo na ginawa sa mga pasilidad ng Medical Center, kabilang halimbawa ang mga serbisyo na ibinigay ng mga doktor na nasa ospital, tulad ng mga radiologist, mga

anesthesiologist, mga doktor sa emergency department, at mga pathologist. Ang listahan ng lahat ng mga provider, maliban sa ospital na pasilidad mismo, na nagbibigay ng emergency o ibang medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital na pasilidad, kung saan nakapahayag ang mga provider na sakop o hindi sakop ng FAP na ito ay nasa Appendix A.

PAANO MAG-APLAY/PAANO ITO MABABASA:

Ang FAP, ang Plain language Summary (Buod na Nakasulat sa Simpleng Wika) (“PLS”), at ang may kinalamang Pormularyo sa Aplikasyon (ang “Aplikasyon”) ay madaling makikita sa sumusunod na paraan:

- I-download ang mga dokumento mula sa website ng HackensackUMC Palisades: <https://www.palisadesmedical.org>.
- Ang mga papel na kopya ng FAP, Aplikasyon, at PLS ay maaaring hingin at ipapadala ito sa mail nang walang bayad; ito rin ay nasa iba’t-ibang lugar sa Medical Center, halimbawa sa Main Registration desk, Emergency Room, at Patient Financial Services Department.
- Hilinging ipadala sa iyo sa mail ang mga dokumento; tumawag sa Patient Financial Services Dept. ng Medical Center sa 201-854-5092.
- Puntahan ito (1st Floor – Lobby):
HackensackUMC Palisades
Patient Financial Services Department
7600 River Road
North Bergen, New Jersey 07047.
- Ipadala sa mail ang mga kinompletong aplikasyon o dalhin ito nang personal (kasama ng lahat ng dokumentasyon/impormasyon na tinukoy sa mga utos sa aplikasyon) sa:
HackensackUMC Palisades
Patient Financial Services Department
7600 River Road
North Bergen, New Jersey 07047
- May mga karatula o mga display na ipapaskil sa mga publikong lugar, tulad ng Main Registration desk, Emergency Room, at mga opisina ng Patient Financial Services na nagbibigay-paunawa at impormasyon sa mga pasyente tungkol sa availability ng tulong sa pananalapi.
- Ang lahat ng mga pasyente ay bibigyan ng PLS bilang bahagi ng patient access/proseso ng intake.

Kung ang aplikante ay walang anumang dokumento na nagpapatunay ng kabuuang kita ng household, maaaring kontakin ng aplikante ang Patient Financial Services upang pag-usapan ang ibang mga dokumento na maaaring ipakita bilang katunayan ng eligibility para sa tulong sa pananalapi.

Ang lahat ng mga aplikasyon ay dapat kumpletihin sa loob ng labing-dalawang (12) buwan mula sa pag-isyu ng billing pagkatapos ng discharge. Kung ang Medical Center ay nakatanggap ng nagkukulang na aplikasyon, ang pasyente o ang indibidwal na magbabayad ay padadalhan ng nakasulat na paunawa kung saan nakapayahag ang karagdagang impormasyon at/o

dokumentasyon na kinakailangan upang tiyakin ang pagiging eligible sa FAP. Ang mga pasyente o ang taong mananagot sa pagbayad ay bibigyan ng 30 araw o dami ng araw na natitira sa Panahon ng Aplikasyon (365 araw mula sa petsa ng unang post-discharge billing statement) – alinman ang mas matagal – upang magsumite ng kompletong Aplikasyon, kabilang ang anumang karagdagang impormasyon na hinihingi ng Palisades.

Isinasalin din ng Medical Center ang FAP, Aplikasyon at PLS nito sa ibang mga wika kung saan ang pangunahing wika ng mga naninirahan sa komunidad na sinisilbihan ng medical center ay kumakatawan sa 5 % o 1,000 indibidwal – alinman ang mas kaunti – ng populasyon na malámang na maaapektohan o masisilbihan ng Medical Center. Ang mga bersiyon ng FAP na isinalin sa ibang wika ay mahihingi nang personal sa address na nasa itaas, at sa website ng Medical Center sa www.palisadesmedical.org.

MGA LAYUNIN:

Ang balak ng FAP na ito ay tulungan ang mga pasyente sa pananalapi na karaniwang humahadlang sa pagkuha ng mga serbisyo sa health care. Ang FAP ay isinasagawa sa pamamagitan ng mga pamamaraan na nangangailangan ng pagtitiyak ng eligibility para sa mga programa ng medikal na tulong na inisponsor o sinusupportahan ng pamahalaan, kabilang ang mga programa ng Medicaid, Family Care, at Charity Care, na naglalaan ng mga pamantayan para sa mga singil at mga pagbawas sa ilang mga takdang paulit-ulit na pangyayari, tulad ng mga serbisyo na hindi sakop at benefits na out-of-network, at na nagpapahintulot sa pagbawas ng fee, depende sa kaso, bilang pagtugon sa pinansiyal na kahirapan na makatwirang mapapatunayan. Sa lahat ng mga kaso, ang intensyon ng FAP ay ang mag-alok ng mga pagkakataon para kilalanin ng Patient Financial Services Department ang mga pangangailangan ng ating komunidad, habang itinataguyod ang pangangailangan ng Medical Center na maging fiscally responsible at na matupad ang lahat ng mga angkop na Pederal at Pang-estadong batas.

NJ CHARITY CARE (Charity Care):

Walang health insurance coverage o may coverage na nagbabayad sa bahagi lamang ng bill;

- Hindi eligible para sa anumang pribadong coverage o coverage na iniisponsor ng pampamahalaang sektor, at
- Tumutupad sa criteria na itinatag ng Estado hingil sa pagiging eligible ng kita at ng assets.

Ang New Jersey Charity Care ay isang Pang-Estadong programa na available sa New Jersey residents na:

Karagdagang criteria na kinakailangan upang maging eligible para sa Charity Care:

- Ang mga pasyente ay magdaraan sa screening para sa programa ng Charity Care na siyang sumasakop sa 100% ng mga singil para sa mga pasyente na ang kita ng pamilya ay wala pang 200% ng Federal Poverty Level (“FPL”) at na sumasakop sa bahagi ng mga singil para sa mga pasyente na ang kita ng pamilya ay nasa pagitan ng 200% at 300% ng FPL. Ang libreng care o ang mga singil na partial lamang na sinasakop ay titiyakin ayon sa New Jersey Department of Health Fee Schedule.

- Ang mga hangganan para sa pagiging eligible sa Charity Care ay \$7,500 para sa asset ng isang indibidwal at \$15,000 para sa asset ng pamilya.
- Para sa seksyon na ito, ang mga kapamilya na ang mga asset ay dapat isaalang-alang ay ang lahat mga indibidwal na may legal na pananagutan, tulad ng nakalawaran sa N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Kabilang sa dokumentasyon na kinakailangan ayon sa Seksyon ng Charity Care ng Hospital Services Manual N.J.A.C. 10:52-11.8(a) ang:

- Mga wastong dokumento bilang ID ng pasyente at pamilya. Maaaring gamitin ang alinman sa mga sumusunod para dito: driver's license, social security card, alien registry card, birth certificate, paycheck stub, passport, visa, atbp.
- Katunayan ng New Jersey Residence mula sa petsa ng serbisyo (paunawa: ang emergency care ay eksepsiyon sa residency requirement). Maaaring gamitin ang alinman sa mga sumusunod para dito: driver's license, voter registration card, union membership card, insurance o welfare plan ID card, student ID, utility bill, Federal income tax return, state income tax return, o isang pahayag ukol sa unemployment benefits.
- Katunayan ng gross income. Dapat kasama rito ang detalye na kinakailangan ng ospital upang matiyak ang gross income ng pasyente (isa sa mga sumusunod):
 - Tunay na gross income para sa 12 buwan bago ibigay ang mga serbisyo.
 - Tunay na gross income para sa 3 buwan bago ibigay ang mga serbisyo.
 - Tunay na gross income para sa nakaraang buwan lamang bago ibigay ang mga serbisyo.
- Katunayan ng assets sa petsa ng serbisyo. Ito'y mga bagay na madaling gawing cash.

Kung walang inireport na Family Income, kailangang magbigay ng impormasyon tungkol sa kung paano binabayaran ang mga pang-araw-araw na gastos. Paminsan-minsan, maaaring kailanganin ang karagdagang dokumentasyon upang patunayan ang eligibility. Para sa ganoong dokumentasyon, maaaring gamitin ang marriage certificate o divorce decrees, halimbawa. Maaari ring gamitin ang iba pang dokumentasyon.

NJ NA DISKWENTO PARA SA WALANG INSURANCE:

Pagiging Eligibile para sa Discounted Care (May Diskwentong Pangangalaga) sa Ilalim ng N.J.S.A. 26:2H-12.52:

Ang mga pasyente na walang insurance at na New Jersey residents na may family gross income na mas mababâ sa 500% ng FPI ay magiging eligible na makatanggap ng may diskwentong pangangalaga. Ang mga dokumentasyon na kinakailangan para sa Charity Care at na nakatakda sa itaas ay umaaplay sa pagtitiyak ng eligibility sa ilalim ng Seksyon na ito, pero ang mga limit sa asset ng indibidwal at pamilya ay hindi aaplay sa eligibility para sa may diskwentong pangangalaga sa ilalim ng Seksyon na ito. Sa mga ganitong kaso, ang mga pasyenteng natiyak na FAP-eligible para sa may diskwentong pangangalaga ay sisingilin ng AGB o 115% ng Medicare, alinman ang mas mababâ.

PROSESO:

1. Financial Screening.

Sa panahon ng pagrehistro, ang lahat ng mga pasyente ay hihilinging magpakita ng dokumento na magpapatunay na may insurance, bukod pa sa ibang ID na kinakailangan. Ang sino mang pasyenteng hindi makapagpapakita ng dokumento na magpapatunay na may insurance, kabilang ang paglahok sa anumang health care reimbursement program na iniisponsor ng pamahalaan o ng estado, ay hihikayating ibigay ang impormasyon na kinakailangan upang magawa ng Medical Center ang financial screening. Ang financial screening ay isasagawa alinsunod sa New Jersey Hospital Care Assistance Program.

Ang financial screening ay gagamitin upang tiyakin ang eligibility ng pasyente para sa medikal na tulong sa ilalim ng Medicaid, Family Care, Charity Care Assistance o ano pa mang ibang mga programa na iniisponsor o sinusuportahan ng pamahalaan, o self-pay fee schedule na inaalok ng Medical Center sa ilalim ng FAP.

Maliban sa kung may emergency o kung may mga pangyayari na humahadlang dito, hihikayatin ng Medical Center ang bawat pasyente na isumite ang impormasyon na kinakailangan upang isagawa ang financial screening bago ibigay ang mga serbisyo. Kapag may emergency o kapag may mga pangyayari na humahadlang dito sa paunang screening, o kung hindi muna pumayag ang pasyente sa screening, ang financial screening ay maaaring isagawa kahit kailan pagkatapos ibigay ang mga serbisyo. Hihikayatin ng mga financial counselor ang mga pasyenteng walang insurance na lumahok sa financial screening kahit pagkatapos maibigay ang mga serbisyo.

HINDI KAILANMAN TATANGGIHAN ANG SINO MANG PASYENTE NG MEDIKAL NA KINAKAILANGANG EMERGENCY MEDICAL CARE BATAY SA KAKAYAHAN NG PASYENTE NA MAGBAYAD O KAKAYAHANG SUMALI SA PROSESO NG FINANCIAL SCREENING.

2. Medicaid; Family Care; Charity Care.

Kung natutupad ng isang pasyente ang criteria sa pananalapi at iba pang criteria para lumahok sa Medicaid o Family Care o iba pang mga medical reimbursement program na iniisponsor ng pamahalaan, bibigyan ng mga financial counselor ang pasyente ng angkop na aplikasyon at karagdagang dokumentasyon na kinakailangan upang magrehistro para sa available na coverage, at tutulungan nila ang pasyente sa pagkompleto at pagsumite nito. Kung eligible para sa Medicaid, Family Care, o anumang ibang health care reimbursement program na iniisponsor ng pamahalaan, ang mga singil at billing at pangongolekta ng Medical Center sa mga ganoong singil ay pamamahalaan ng angkop na programa o mga programa.

Kung ang pasyente ay hindi eligible para sa Medicaid o Family Care, o anumang ibang karaniwang available na health care reimbursement program na iniisponsor ng pamahalaan, titiyakin ang eligibility ng pasyente para sa Charity Care Assistance. Kung eligible para sa Charity Care Assistance, babawasan o hindi na sisingilin ng Medical Center ang fees at mga singil nito para sa mga serbisyo na ibinibigay nito alinsunod sa mga patakaran at mga pamamaraan na namamahala sa programa ng NJ Charity Care Assistance.

MGA SERBISYO NA HINDI SAKOP:

1. Alamin ang mga Serbisyo na Hindi Sakop.

Nalalaman ng Medical Center na karaniwang nagnanais o nangangailangan ang mga pasyente ng serbisyo sa health care na hindi sakop sa ilalim ng available na mga programa ng health care reimbursement na iniisponsor ng pamahalaan o estado o pribadong health care. Maaaring i-identify ng Patient Financial Services Department ang mga ispesipikong serbisyo o mga kategoriya ng mga serbisyo na karaniwang hindi sakop sa ilalim ng karaniwang available na health care reimbursement plans, pero nais makuha ng mga miyembro ng komunidad na sinisilbihan ng Medical Center. Ang mga ganoong serbisyo ay tinutukoy dito bilang “Mga Serbisyo na Hindi Sakop”.

Nang tinanggap ng Patient Financial Services Department ang patakarang ito, tiningnan at itinatag ng Department ang mga singil para sa iba’t-ibang mga serbisyo at mga pamamaraan na hindi itinuturing na medikal na kinakailangan bilang Mga Serbisyo na Hindi Sakop. Ang mga serbisyonang ito ay karaniwang maaaring hindi medikal na kinakailangan pero maaaring may mga eksepsiyon.

2. Requirements sa Pagbayad Bilang Inpatient at Outpatient

Ang mga probisyon sa pagbayad, tulad ng itinakda sa patakarang ito, ay aaplay sa lahat ng Mga Serbisyo na Hindi Sakop na binanggit sa ilalim ng Self-Pay Policy (Patakaran para sa Sariling Pagbayad).

MGA CO-PAYMENT NG PASYENTE

Karaniwang patakaran ng Medical Center na singilin at kolektahin ang lahat ng mga co-payment ng pasyente, kabilang halimbawa ang mga co-payment na kinakailangang kolektahin sa petsa ng serbisyo ng mga organisasyon ng health maintenance, mga deductible para sa tradisyunal na insurance plans, o para sa benefits na wala sa network, at mga halaga ng co-insurance, tulad ng kinakailangan at kung kailan kinakailangan sa ilalim ng angkop na programa ng reimbursement sa health care na iniisponsor ng estado o pribadong health care.

Nalalaman ng Medical Center na maaaring may restriksyon ang mga co-payment ng pasyente sa pag-access nito sa mga serbisyo sa health care, kung hindi ay mahihirapan ang mga indibidwal na pasyente na magbayad. Samakatwid, upang patuloy na itaguyod ang FAP na ito, at upang masigurado na ang lahat ng mga miyembro ng komunidad na sinisilbihan ng Medical Center ay makakakuha ng access sa mga serbisyo ng health care sa Medical Center, maaaring bawasan o hindi singilin ng Patient Financial Services Department ang ilang mga takdang co-payment ng pasyente, alinsunod sa mga pamamaraan na nakatakda sa ibabâ.

1. Mga Tagabayad sa Pamahalaan.

Tutuparin ng Medical Center ang lahat ng mga obligasyon sa ilalim ng mga programa ng reimbursement sa health care na iniisponsor ng pamahalaan, kung saan ito kalahok, kabilang ang Medicare at Medicaid. Sa gayon, pagsisikapan ng Medical Center na kolektahin ang mga co-payment mula sa lahat ng beneficiaries ng mga ganoong programa, kasama ang mga deductible at mga halaga ng coinsurance. Hindi maaaring hindi singilin o bawasan ng Medical Center ang mga co-payment ng pasyente sa ilalim ng mga programang ito, maliban kung alinsunod sa mga

pamamaraan para sa mga hardship waiver (hindi sisingilin dahil mahihirapan ang mga pasyente na magbayad) tulad ng nakatakda sa ibabâ.

2. Mga Tagabayad na Hindi Mula sa Pamahalaang Sektor.

Tutuparin ng Medical Center ang mga kontratang obligasyon nito sa mga organisasyon sa health maintenance, commercial insurance carriers, mga mas gustong organisasyon ng mga provider, at iba pang mga programa ng reimbursement sa health care na hindi mula sa pamahalaang sektor. Sa gayon, pagsisikapan ng Medical Center na kolektahin ang mga co-payment mula sa lahat ng beneficiaries ng mga ganoong programa, kasama ang mga deductible, mga co-payment sa panahon ng serbisyo, mga halaga ng coinsurance, at kapag kinakailangan sa ilalim ng mga programang ito. Maliban kung talagang pinahintulutan sa angkop na kasunduan sa paglahok o ibang kontrata ng medical center at ng pangatlong partidong tagabayad, hindi maaaring hindi singilin o bawasan ng Medical Center ang mga co-payment ng pasyente sa ilalim ng mga programang ito, maliban kung alinsunod sa mga pamamaraan para sa mga hardship waiver (hindi sisingilin dahil mahihirapan ang mga pasyente na magbayad), at sa mga ganoong kaso, kapag lamang ang mga ganoong hardship waiver ay hindi ipinagbabawal sa ilalim ng angkop na kasunduan sa paglahok o ibang kontrata o para sa mga taong eligible para sa tulong sa pananalapi sa ilalim ng FAP na ito.

3. Mga Hardship Waiver.

Depende sa kaso, maaaring isaalang-alang ng Patient Financial Services Department ang partikular na pinansiyal na kahirapan ng pasyente, at sa gayon ay pagpasiyahan hindi singilin ang co-payment na kinakailangan sa ilalim ng programa ng reimbursement sa health care na iniisponsor ng pamahalaan o isang pribadong programa ng reimbursement sa health care kung saan ito kalahok. Pero maaari nito ito gawin kapag lamang (i) siningil ng Medical Center ang pasyente at sinubukan nitong kolektahin ang co-payment alinsunod sa ordinaryong mga pamamaraan nito sa billing at pangongolekta, (ii) delinkwente ang account status ng pasyente at karaniwan itong ipapasa sa mga pamamaraan ng Medical Center sa pangongolekta para sa mga delinkwenteng account, (iii) ang hardship waiver ay hiniling ng pasyente o ibang partidong may pananagutan, at ibinigay ng pasyente o ibang partidong may pananagutan ang impormasyon at dokumentasyon na kinakailangan para magawa ng Patient Financial Services Department ang financial screening alinsunod sa Patakaran para sa Financial Screening Policy, (iv) ayon sa analysis ng impormasyon mula sa financial screening, hindi mababayaran ng pasyente ang mga co-payment na hindi pa nababayaran, (v) ang mga naunang hakbang ay may dokumentasyon at nakatago kasama ng pinansiyal na rekord ng pasyente, at (iv) ang desisyon sa waiver (hindi sumingil) ay inaprubahan ng Financial Planning Manager pagkatapos nito konsultahin ang Chief Financial Officer o ang designado nito.

4. Mga Accommodation (Pagtanggap/Pagpahintulot) sa mga Serbisyong Wala sa Network

Maaaring i-identify ng Patient Financial Services Department ang ilang mga hindi-pamahalaang programa ng reimbursement sa health care na sumasakop sa malaking bahagi ng mga miyembro sa komunida na sinisilbihan ng Medical Center, pero kung saan hindi kalahok ang Medical Center bilang isang provider na nasa network. Dapat ituring ng Patient Financial Services Department na mas maigi ang makipagkasunduan sa mga ganoong hindi-pamahalaang

tagabayad, pero ang Medical Center ay hindi inuutusan ng patakarang ito na lumahok o tanggapin ang mga 'di-kanais-nais na patakaran o mga kondisyon sa paglahok.

Upang ibigay ang benefits ng FAP sa lahat ng mga miyembro ng komunidad na sinisilbihan ng Medical Center, kabilang ang mga miyembro ng komunidad na mayroon at walang insurance, at upang pahasayin ang serbisyo sa health care sa komunidad nito, maaaring pagpasiyahan ng Medical Center na hindi singilin o na tanggapin ang may bawas na mga co-payment mula sa beneficiaries ng mga health care reimbursement plan na iniisponsor o sinusuportahan ng hindi-pamahalaang sektor na hindi kakontrata ng Medical Center -- ibig sabihin ay ang Medical Center ay itinuturing na out-of-network provider. Ang maaaring pagpasiyahang waiver o accommodation na ito ay maaaring i-aplay ng Patient Financial Services Department nang hindi nagsasagawa ng financial screening o nang walang may ebidensiyang pinansiyal na kahirapan, pero kailangang mahigpit na tuparin ang mga sumusunod na prinsipyo:

a. Maliban sa nakatakda sa ibabâ, ang waiver o accommodation na maaaring gawin ay dapat nasa pagpapasiya ng Medical Center: walang pakikipagkasunduan o pakikipagkontrata ang maiaalok o mapapasukan sa sino mang pasyente o anumang organisasyon na kumakatawan sa mga pasyente, o sino mang empleyado, o sino mang doktor o ibang health care provider, kapag ayon sa kasunduan o kontrata ay obligado ang Medical Center na hindi singilin ang mga co-payment o obligado itong mag-accommodate sa ibang paraan hinggil sa out-of-network benefits. Gayunman, maaaring pumasok sa isang kasunduan ang Medical Center mismo sa angkop na pangatlong partidong tagabayad, habang nananatili pa rin itong out-of-network; ang kasunduang ito ay magpapahintulot sa ilang mga takdang waiver o ibang mga accommodation para sa beneficiaries ng network.

b. Ang waiver o accommodation na nasa pagpapasiya nito ay dapat aprubahan ng Credit Department, habang kinokonsulta ang Chief Financial Officer. Kung ang waiver o accommodation na nasa pagpapasiya nito ay inaplay o i-aplay, o kung ito ay isang uri na maaaring i-aplay sa anumang rutinang bagay, dapat ito aprubahan ng Chief Financial Officer, habang kinokonsulta ang Chief Financial Officer.

c. Kung ang waiver o accommodation na nasa pagpapasiya nito ay inaplay o ia-aplay, o kung ito ay isang uri na maaaring i-aplay sa anumang rutinang bagay, dapat magbigay ang Medical Center ng nakasulat na paunawa sa angkop na tagabayad, upang ipaalam na balak nitong magbigay ng waiver o gumawa ng anumang ibang accommodation. Ang ganoong paunawa ay dapat magbigay sa tagabayad ng sapat na paunawa ukol sa balak nitong gawin. Ang ganoong paunawa, halimbawa, ay maaaring isang pahayag na ilalakip sa bawat papel na insurance claim o isang pahayag na ilalagay sa comments section ng bawat elektronikong claim, o isang pangkalahatang paunawa na ibibigay sa isang opisyal ng tagabayad na siyang may awtoridad na tumanggap at tumugon sa mga ganoong paunawa. Ang pahayag o paunawa ay dapat aprubahan ng Chief Financial Officer, habang kinokonsulta ang Chief Executive Officer.

d. Ang waiver o accommodation na nasa pagpapasiya nito ay maaari lamang ibigay kung walang bahagi ng health care benefits ng pasyente ang pinopondohan o binabayaran ng

anumang health care reimbursement program na iniisponsor ng pamahalaan, tulad ng Medicare, maging primary o secondary man ang mga ganoong benefit ng pamahalaan.

AMOUNTS GENERALLY BILLED (MGA HALAGANG KARANIWANG SINISINGIL)
(“AGB”)

Ginamit ng Medical Center ang Look-Back method, Medicare fee para sa serbisyo at pribadong health insurers upang kalkulahin ang porsyento ng AGB para sa bawat isa sa mga pasilidad ng ospital nito. Gamit ang paraang ito, tiniyak ng Medical Center ang AGB sa pamamagitan ng pag-multiply ng gross charges para sa anumang emergency o ibang medikal na kinakailangang pangangalaga na ibinibigay nito sa mga indibidwal na eligible sa FAP sa porsyento ng gross charges. Ang AGB percentage ay kinakalkula bawat taon batay sa lahat ng claims na pinahihintulutan ng Medicare fee for service + pribadong health insurers sa naunang labing-dalawang (12) buwan na panahon, at ito’y hinahati gamit ang sum ng gross charges na may kinalaman sa claims na iyon.

Ang resultang porsyento ng AGB ay 18.72%.

Kinakalkula ng Medical Center ang pinakamalaking halaga na babayaran ng pasyente sa pamamagitan ng pag-multiply ng porsiyento ng AGB sa gross charges. Ang gross charges ay tumutukoy sa buong itinatag na presyo para sa medikal na pangangalaga na sinisingil ng Medical Center sa mga pasyente bago i-aplay ang anumang mga allowance, diskwento, o deduction na nasa kontrata.

Ang mga pasyenteng natiyak na eligible para sa alinman sa mga programa ng tulong sa pananalapi na nakabalangkas sa itaas ay sisingilin ng alinmang mas mababâ rito: ang AGB o ang may diskwentong rate na available sa mga programang ito para kung saan maaari silang kwalipikado.

