

Daftar Isi

I. Tujuan	2
A. Gambaran Umum	2
B. Cakupan	3
II. Definisi	3
III. Klasifikasi dan Akses ke Perawatan	6
A. Gambaran Umum	6
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
E. Kebijakan Larangan Diskriminasi	8
IV. Penerbitan Tagihan dan Penagihan Pasien	8
A. Gambaran Umum	8
B. Penagihan Pasien	8
C. Laporan, Surat, dan Panggilan Penagihan Pasien	9
1. Panggilan dan Surat Penagihan	9
2. Pemberitahuan Ketersediaan Bantuan Keuangan	9
3. Pasien yang Dilindungi dari Tindakan Penagihan	9
4. Pemberitahuan Penagihan Terakhir	10
5. Penangguhan Penerbitan Tagihan	10
6. Piutang Tak Tertagih Darurat	10
7. Pengembalian Akibat Kesalahan Alamat	10
8. Penyesuaian Saldo Kecil	11
9. Pemberitahuan Biaya Tambahan	11
10. Larangan Penagihan Selisih Biaya	11
D. Situasi Khusus – Tagihan	11
1. Pasien Pailit	11
2. Pasien Meninggal	12
3. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Tanggung Gugat Hukum Pihak Ketiga (MA)	12
4. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Tanggung Gugat Hukum Pihak Ketiga (NH)	12
5. Kompensasi Pekerja	12
6. Pertanggungan Sekunder HSN	12
7. Risiko Sendiri HSN Parsial	13
8. Korban Tindak Pidana Kekerasan	13
V. Verifikasi Informasi Keuangan Pasien	13
A. Gambaran Umum	13
B. Persiapan Estimasi	13
1. Estimasi Biaya Layanan Medis	14
C. Pasien dengan Asuransi	14
1. Skema Asuransi dengan Kontrak	15
2. Skema Asuransi Tanpa Kontrak	15
3. Pemberitahuan dan Persetujuan	15
D. Pasien Tanpa Asuransi (Pembayaran Mandiri)	16
E. Pasien Berpenghasilan Rendah (Penduduk Massachusetts)	17
1. Definisi dan Kelayakan	17
2. Batasan Layanan	17
3. Santunan Pengobatan (Medical Hardship) HSN	17

4. Tanggung Jawab Finansial Pasien Berpenghasilan Rendah	18
5. Menunggu Ketetapan Status	19
F. Situasi Khusus untuk Verifikasi Informasi Keuangan – Pendaftaran dan Tanggung Jawab Finansial Pasien	19
1. Kompensasi Pekerja	19
2. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Tanggung Gugat Hukum Pihak Ketiga	19
3. Korban Tindak Pidana Kekerasan dan Kekerasan Terhadap Perempuan (MA)	20
4. Undang-Undang Teknologi Informasi Kesehatan untuk Ekonomi dan Kesehatan Klinik (HITECH) Tahun 2010	20
5. Permohonan Rahasia HSN	20
6. Orang Tanpa Dokumen Resmi	20
7. Studi Penelitian	21
8. Donor Organ	21
9. Pasien Internasional	21
G. Kejadian Serius yang Dapat Dilaporkan (SRE)	21
H. Pengalihan Piutang Tak Tertagih	21
1. Pelaporan Kredit	21
2. Litigasi	22
3. Hak Gadai Properti	22
4. Lembaga Penagihan	22
VI. Pengaturan Pembayaran	22
A. Gambaran Umum	22
1. Metode Pembayaran	22
2. Mata Uang	23
B. Skema Pembayaran	23
1. Skema Pembayaran untuk Risiko Sendiri Parsial HSN dan Santunan Pengobatan	24
VII. Saldo Kredit dan Pengembalian Dana	24
Lampiran A: Entitas yang Terafiliasi dengan Mass General Brigham	25
Lampiran B: Permohonan Bantuan Keuangan	26
Lampiran C: Pelaporan, Audit, dan Kepatuhan terhadap Peraturan	26

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 berusaha untuk memastikan pasien yang membutuhkan layanan mendesak, kondisi darurat, dan harus segera ditangani tidak akan ditolak karena mereka dianggap 'tidak mampu' membayar, dan bahwa kapasitas finansial mereka tidak mencegah orang-orang ini 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 (MA) dan New Hampshire (NH) atau peraturan Federal, termasuk Undang-Undang Perawatan Medis Darurat dan Tenaga Kerja Aktif (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 keuangan) ([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 Mass General 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: 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 Undang-Undang Perawatan Medis Darurat dan Tenaga Kerja Aktif (**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,
- Pindahan 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.

Piutang Tak Tertagih Darurat: Klasifikasi akun pasien yang diajukan ke Jaring Pengaman Kesehatan (Health Safety Net, HSN) Massachusetts sesuai dengan kriteria yang dijelaskan dalam 101 CMR 613.06(2) di mana perawatan yang tidak dikompensasi ditanggung oleh HSN.

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

Bantuan Keuangan: 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 Keuangan: Penyesuaian pada saldo pasien yang dibuat berdasarkan status finansial pasien sesuai dengan Kebijakan Bantuan Keuangan. Semua potongan harga untuk Bantuan Keuangan harus sesuai dengan peraturan negara bagian dan federal termasuk Dinas Pendapatan Dalam Negeri Amerika Serikat (IRS) 501 (r).

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

Konseling 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 lewat jatuh tempo dalam jumlah besar.

Pasien Berpenghasilan Rendah: individu yang merupakan Penduduk Persemakmuran Massachusetts dan mendokumentasikan bahwa Pendapatan Kotor yang Disesuaikan dan Dimodifikasi (MAGI) dari MassHealth Household-nya sama dengan atau kurang dari 300% dari FPL. Pedoman kemiskinan negara bagian New Hampshire adalah 250% dari FPL

Piutang Tak Tertagih Medicare: Biaya yang diizinkan oleh CMS/Medicare untuk diklaim rumah sakit untuk sebagian besar asuransi bersama dan tanggungan sendiri Medicare yang belum dibayar, asalkan saldo tersebut sepenuhnya diproses sesuai siklus penagihan pembayaran mandiri 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 tempat tinggal 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 ditunjukkan kepada dokter peninjau atau jika 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 mungkin tidak dianggap Diperlukan Secara Medis, termasuk, namun tidak terbatas pada: Bedah Kosmetik, Bayi Tabung (IVF) atau Terapi Reproduksi Lanjutan (ART) lainnya, Layanan Bypass Lambung tanpa adanya penentuan kebutuhan medis oleh pembayar, dan Barang untuk 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 (PBS): Departemen di Mass General Brigham yang bertanggung jawab atas semua proses siklus pendapatan pembayaran mandiri termasuk Layanan Pelanggan, Penagihan, penentuan dan pemrosesan Bantuan Keuangan (selain WDH yang penentuannya dilakukan di entitas tersebut), pemrosesan Piutang Tak Tertagih, kredit/pengembalian dana pasien, dan proses-proses terkait.

Tanggungans 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 risiko sendiri, urun biaya, 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 mandiri: Pasien yang diidentifikasi tidak memiliki pertanggungan asuransi atau memilih untuk tidak menggunakan pertanggungan 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 pertanggungan 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.

Pasien Rawat Inap: Tingkat perawatan pasien rawat inap diberikan saat pasien didaftarkan ke rumah sakit atau tempat perawatan medis lainnya untuk menjalani perawatan yang membutuhkan minimal menginap semalam. Pasien rawat inap biasanya membutuhkan perawatan medis atau pemantauan yang lebih ekstensif yang dapat mencakup bedah atau perawatan untuk kondisi yang lebih serius.

Pasien rawat jalan: Tingkat perawatan pasien rawat inap diberikan ketiga pasien menerima perawatan atau penanganan medis tanpa didaftarkan ke rumah sakit untuk menginap semalam, perawatan yang dilakukan di kantor dokter atau klinik medis lainnya dalam sehari dan kembali ke rumah pada hari yang sama.

Observasi: Tingkat perawatan observasi adalah layanan pasien rawat jalan rumah sakit yang memungkinkan dokter untuk menentukan apakah pasien butuh rawat inap atau diperbolehkan untuk pulang. Status observasi diberikan berdasarkan tingkat perawatan yang dibutuhkan pasien, bukan durasi rawat inap di rumah sakit. Status pasien dapat berubah jika kondisi pasien membaik atau memburuk, atau jika mereka membutuhkan lebih banyak atau lebih sedikit penanganan.

Unit Pemulihan: Unit pemulihan untuk pasien yang telah menjalani prosedur bedah dan membutuhkan waktu pemulihan lebih panjang atau rawat inap singkat.

* Status klasifikasi pasien tidak tergantung pada lokasi pasien (lantai/unit), tetapi ini merupakan gambaran tingkat penanganan.

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, pertanggungans 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. Lebih lanjut, semua rumah sakit mematuhi persyaratan Undang-Undang Perawatan Medis Darurat dan Tenaga Kerja Aktif (EMTALA) dengan melakukan pemeriksaan skrining medis untuk menentukan apakah terdapat kondisi medis darurat atau tidak.

B. Jenis Layanan

1. Layanan Darurat dan Mendesak

MGB akan memberikan layanan darurat dan mendesak tanpa memperhatikan identitas pasien, pertanggungans 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 (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 Jaring Pengaman Kesehatan Penuh dan Jaring Pengaman Kesehatan Parsial akan dianggap memenuhi syarat untuk mendapatkan Bantuan Keuangan -pasien akan dapat meminta perawatan untuk layanan yang memenuhi

syarat (sesuai [Pasal III\(C\)](#)) tanpa Permohonan Bantuan Keuangan. 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 biaya dalam skema urun biaya, risiko sendiri, dan 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 pertanggungan 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 pertanggungan asuransi jika tersedia pertanggungan yang terjangkau bagi mereka.
- Memberi tahu MGB mengenai potensi pertanggungan Kecelakaan Kendaraan Bermotor, Pertanggungan Tanggung Jawab Pihak Ketiga, atau Pertanggungan 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 (mis. Kantor Medicaid dan Jaring Pengaman Kesehatan) 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 Kantor Medicaid Massachusetts atau Jaring Pengaman Kesehatan.

- Negara bagian New Hampshire tidak dapat menagih ke asuransi yang mengurus pertanggunggunaan kendaraan bermotor. Pasien memiliki opsi untuk menagih ke perusahaan asuransi medis atau hal itu menjadi tanggung jawab pasien.
- Lakukan upaya yang wajar untuk memahami batas-batas pertanggunggunaan asuransi mereka termasuk batasan jaringan, batasan pertanggunggunaan layanan, dan tanggung jawab finansial dikarenakan terbatasnya pertanggunggunaan, urun biaya, asuransi bersama, dan risiko sendiri.
- Mengikuti kebijakan rujukan 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 dalam skema urun biaya, risiko sendiri, dan asuransi bersama secara tepat waktu.
- Memberikan informasi terbaru yang tepat waktu terkait data demografis, asuransi dan kelayakan HSN, serta biaya risiko sendiri tahunan.

E. Kebijakan Larangan Diskriminasi

MGB tidak akan melakukan diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, asal negara, kewarganegaraan, status penduduk asing, agama, kepercayaan, jenis kelamin, identitas gender, orientasi seksual, usia, atau disabilitas, di dalam kebijakannya, atau dalam penerapan kebijakannya, terkait pemerolehan dan verifikasi informasi finansial, deposit sebelum penerimaan atau sebelum perawatan, skema pembayaran, penerimaan yang ditangguhkan atau ditolak, atau kelayakan untuk Jaring Pengaman Kesehatan.

IV. Penerbitan Tagihan dan Penagihan Pasien

A. Gambaran Umum

Rumah Sakit Perawatan Akut 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 serta akan berupaya menerapkan pembayaran dan penyesuaian sesuai kontrak secara tepat waktu ke akun 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 dituntut bertanggung jawab atas semua saldo akun yang tersisa setelah penerapan semua pembayaran asuransi, penyesuaian sesuai kontrak, dan potongan harga/penyesuaian yang telah disepakati sesuai dengan bukti pembayaran yang diterima dari pembayar, kecuali jika saldo tersebut dapat diserahkan kepada HSN atau dianggap dibebaskan dari tindakan penagihan sesuai peraturan negara bagian. Tindakan penagihan dapat berupa laporan tagihan pasien, surat pasien, kontak telepon, dan pemberitahuan penagihan terakhir yang tersertifikasi.

B. Penagihan Pasien

MGB memiliki proses yang konsisten untuk mengirimkan dan menagih pembayaran atas layanan di Rumah Sakit Perawatan Akut 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 (mis. 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 tagihan awal.
- Setelah 90 hari, pemberitahuan penagihan terakhir akan dikirimkan. Akun Departemen Kegawatdaruratan di atas \$1.000 akan dikirim melalui pos tercatat.
- Kami akan menyimpan dokumentasi semua upaya tersebut sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen internal.

C. Laporan, Surat, dan Panggilan Penagihan Pasien

Rumah Sakit Perawatan Akut 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. Sebisa mungkin, 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

Rumah Sakit Perawatan Akut 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 akun, dan riwayat penagihan pasien sebelumnya. Upaya penagihan tambahan dapat mencakup panggilan telepon, email, dan surat kepada pasien untuk melengkapi proses laporan tagihan pasien rutin seperti yang dijelaskan di [Pasal IV\(B\)](#). Sebisa mungkin, panggilan dan surat tersebut akan menyertakan pengingat mengenai ketersediaan bantuan keuangan.

2. Pemberitahuan Ketersediaan Bantuan Keuangan

Laporan tagihan pasien akan menyertakan pemberitahuan apa pun yang diwajibkan oleh peraturan untuk memberi tahu pasien tentang ketersediaan dan cara mengakses bantuan keuangan. 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 keuangan juga akan disertakan di dalam semua komunikasi tertulis dan lisan lainnya dengan pasien sebisa mungkin. Untuk informasi lebih lanjut, silakan lihat [Bantuan Keuangan untuk Pasien Tanpa Asuransi](#).

3. Pasien yang Dilindungi dari Tindakan Penagihan

Rumah Sakit Perawatan Akut 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 Berpenghasilan Rendah oleh Kantor Medicaid (kecuali Pasien Berpenghasilan Rendah Khusus Gigi), atau terdaftar dalam MassHealth/Medicaid, Jaminan Perlindungan Medis Anak (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, Bantuan Darurat untuk Lansia, Penyandang Disabilitas, dan Anak (EAEDC), serta Jaring Pengaman Kesehatan.

- Jika ditetapkan bahwa seorang pasien terdaftar dalam salah satu kategori tersebut, maka semua tindakan penagihan (kecuali urun biaya dan risiko sendiri, pengurangan pengeluaran Medicaid, dan risiko sendiri HSN yang berlaku) kepada pasien akan ditutup untuk layanan yang diberikan selama periode kelayakan pasien.
- Tindakan penagihan juga akan dihentikan selama pasien ditetapkan sebagai Berpenghasilan Rendah jika saldo berasal dari periode ketika pasien tidak terdaftar dalam program yang memenuhi syarat.
- Rumah Sakit Perawatan Akut dan penyedia layanan MGB lainnya dapat terus mengirimkan surat yang meminta informasi atau tindakan dari pasien untuk menyelesaikan masalah pertanggunggunaan dan/atau kelayakan dengan pembayar utama, Program Kompensasi Pekerja, atau untuk mendapatkan informasi perusahaan asuransi tanggung gugat hukum pihak ketiga atau MVA.

4. Pemberitahuan Penagihan Terakhir

Rumah Sakit Perawatan Akut dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan upaya yang wajar untuk mengirim pasien pemberitahuan penagihan terakhir sebelum akun dinyatakan sebagai Piutang Tak Tertagih. Dalam kebanyakan kasus, pemberitahuan penagihan terakhir akan disertakan di laporan penjamin (pihak yang bertanggung jawab).

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 yang sedang ditinjau atau masalah layanan pelanggan, Saldo Kecil ([Pasal IV\(C\)\(8\)](#)), atau mengakhiri penentuan MassHealth/Medicaid atau penghasilan rendah ([Pasal V\(E\)\(5\)](#)).

6. Piutang Tak Tertagih Darurat

Untuk kasus-kasus di mana sebuah akun dipertimbangkan untuk diajukan ke HSN sebagai Piutang Tak Tertagih Darurat, Rumah Sakit Perawatan Akut dan penyedia layanan MGB lainnya akan memastikan terpenuhinya persyaratan berikut ini:

- o Akun tersebut menerima tindakan penagihan terus menerus selama minimal 120 hari.
- o Penyelidikan kelayakan dilakukan ke Sistem Informasi Manajemen Medicaid (MMIS) untuk menyaring pertanggunggunaan.
- o Layanan yang diberikan memenuhi syarat sebagai kondisi Darurat atau Mendesak sesuai dengan definisi dalam kebijakan ini.
- o Pemberitahuan penagihan terakhir telah dikirim melalui pos tercatat untuk saldo \$1.000 atau lebih. Akun yang didokumentasikan dengan baik sebagai akun dengan Kesalahan Alamat dapat diserahkan ke HSN tanpa pengiriman pemberitahuan penagihan terakhir melalui pos tercatat 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

Rumah Sakit Perawatan Akut dan penyedia layanan MGB lainnya akan melakukan upaya wajar untuk melacak dan merespons semua laporan tagihan pasien yang dikembalikan oleh USPS karena tidak dapat diantarkan. Setelah akun ditandai memiliki Kesalahan Alamat, tidak ada

laporan atau surat lanjutan yang akan diproses kecuali terdapat alamat baru yang diidentifikasi. Akun dengan Kesalahan Alamat akan ditandai dalam sistem Registrasi untuk memberi tahu staf yang terlibat dalam proses registrasi agar mereka meminta alamat baru dari pasien. Akun dengan informasi demografis terakhir yang mengandung Kesalahan Alamat dapat disebutkan kepada lembaga luar sebagai Piutang Tak Tertagih untuk ditindaklanjuti, kecuali akun yang berpotensi Piutang Tak Tertagih Darurat yang akan ditindaklanjuti selama 120 hari sebelum pengalihan.

8. Penyesuaian Saldo Kecil

Dengan mempertimbangkan biaya pemrosesan laporan dan aktivitas penagihan, MGB dapat menghentikan laporan pada akun di bawah ambang batas "tagihan jumlah kecil". Demikian pula, setelah penerbitan tagihan, MGB dapat membatasi aktivitas penagihan dan penelitian pada saldo kecil dan menyesuaikan akun 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 akun 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 Jaring Pengaman Kesehatan 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, kecuali Wentworth-Douglass Hospital.

10. Larangan Penagihan Selisih Biaya

MGB akan terus menjalankan proses untuk mengidentifikasi semua saldo pasien yang, sesuai dengan "Undang-Undang Perlindungan dari Tagihan Medis Mengejutkan sebagai bagian dari Undang-Undang Peruntukan Terkonsolidasi Tahun 2021", tidak akan mengizinkan penagihan selisih biaya. Akun/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 selisih biaya (akun pemberitahuan dan persetujuan).

- Akun Pasien MGB tidak akan menagih selisih biaya kepada pasien untuk layanan penyedia di luar jaringan yang teridentifikasi ketika Pemberitahuan dan Persetujuan tidak diperoleh, atau layanan penyedia tambahan atau dikecualikan di luar jaringan, sesuai dengan persyaratan Undang-Undang Perlindungan dari Tagihan Medis Mengejutkan (NSA) yang telah diuraikan.
- Akun Pasien MGB tidak akan menagih pasien untuk jumlah di atas Jumlah Pembayaran yang Memenuhi Syarat (QPA) yang ditunjukkan oleh pembayar untuk klaim-klaim yang berlaku; selisih yang tidak dapat ditagihkan kepada pasien akan dihapusbukukan 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 harta peninggalan, menagih harta peninggalan, dan mengajukan hak gadai atas harta peninggalan tersebut.

3. Kecelakaan Kendaraan Bermotor (MVA) dan Tanggung Gugat Hukum Pihak Ketiga (MA)

- Upaya wajar akan dilakukan untuk menagih perusahaan asuransi MVA/TPL untuk meminta jumlah Perlindungan Cedera Diri (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.
- Se jauh memungkinkan, pasien akan diingatkan bahwa mereka berkewajiban untuk melaporkan potensi klaim TPL dalam waktu 10 hari sejak pembukaan klaim kepada Kantor 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) dan Tanggung Gugat Hukum 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. Negara bagian New Hampshire tidak dapat menagih ke asuransi kendaraan bermotor.

5. Kompensasi Pekerja

Klaim Administrasi Kompensasi Pekerja (WCA) umumnya diselesaikan sepenuhnya dengan perusahaan asuransi WCA jika pertanggungjawabannya masih berlaku. MGB akan melakukan upaya wajar untuk meminta pertanggungjawaban WCA termasuk mengajukan klaim hukum. Jika tidak ada pertanggungjawaban WCA, maka klaim akan dikelola dengan cara biasa.

6. Pertanggungan Sekunder HSN

MGB akan berupaya keras untuk membatasi pengajuan klaim kepada HSN sebagai pertanggungan 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, kecuali excluding Wentworth-Douglass Hospital

7. Risiko Sendiri HSN Parsial

MGB akan menagih pasien sebesar 100% dari Risiko Sendiri HSN Parsial tahunan mereka hingga biaya yang setara dengan risiko sendiri tahunan pasien telah ditagihkan, termasuk saldo yang termasuk dalam skema pembayaran. Klaim tidak akan diajukan ke HSN hingga risiko sendiri 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 Tindak Pidana Kekerasan

Pasien yang mengirimkan permohonan ke program Jaksa Agung Korban Tindak Pidana Kekerasan harus memberitahukan Solusi Penagihan Pasien MGB jika mereka menerima tagihan. Setelah MGB mengetahui permohonan tersebut telah diserahkan, semua klaim yang memenuhi syarat akan dikirim langsung ke Kantor Kejaksaan Agung. Jika permohonan pasien masih menunggu keputusan, penagihan ke pasien akan ditunda hingga proses permohonan selesai. Pembayaran yang diterima dari program Korban Tindak Pidana Kekerasan secara umum dianggap sebagai pembayaran secara penuh.

- Untuk mengakses program ini, silakan buka:
 - MA: www.mass.gov/massachusetts-victims-of-violent-crime-compensation
 - NH: www.doj.nh.gov/bureaus/victims-compensation-program
 - ME: www.maine.gov/ag/crime/victims_compensation

V. Verifikasi Informasi Keuangan Pasien

A. Gambaran Umum

MGB akan berupaya keras untuk menentukan tanggung jawab finansial pasien sesegera mungkin selama pasien menjalani perawatan. Jika memungkinkan, Rumah Sakit Perawatan Akut dan penyedia layanan MGB lainnya akan menagih biaya dalam skema urun biaya, asuransi bersama, atau deposit 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 Konseling Keuangan 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, Rumah Sakit Perawatan Akut 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

Perawatan Spesialis

Departemen yang bertanggung jawab untuk memberikan estimasi akan bervariasi tergantung lokasi, tetapi secara umum melibatkan Tim Pengalaman Finansial Pasien dan/atau Konseling Keuangan 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 Biaya Layanan Medis

- Staf Akses dan Pengalaman Pasien akan memberikan Estimasi Biaya Layanan Medis (GFE) yang tepat waktu kepada pasien pembayaran mandiri 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 dapat dihapusbukukan.
- Estimasi Biaya Layanan Medis akan mencakup hal-hal berikut:
 - a. Kode diagnosis
 - b. Kode perkiraan layanan
 - c. Perkiraan biaya
 - d. Nama dan tanggal lahir (DOB) 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 Biaya Layanan Medis akan mencakup penafian berikut:
 - a. Estimasi biaya layanan medis adalah perkiraan biaya yang sewaktu-waktu dapat berubah
 - b. Mungkin ada item atau layanan tambahan yang terkandung di dalam estimasi biaya layanan medis
 - c. Pemberitahuan tentang hak pasien untuk mengajukan sengketa
 - d. Estimasi biaya layanan medis bukanlah sebuah kontrak

C. Pasien dengan Asuransi

- Rumah Sakit Perawatan Akut 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, risiko sendiri, dan urun biaya yang berlaku atau saldo pembayaran mandiri.
- Jika memungkinkan dan secara klinis sesuai, pembayaran jumlah yang telah ditentukan sebelumnya (urun biaya, risiko sendiri tetap) 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 deposit yang setara dengan estimasi terbaik tanggung jawab finansial pasien yang diperkirakan.
- Pasien yang tidak mampu membayar dapat diarahkan ke [Konseling Keuangan Pasien dan Kebijakan Bantuan Keuangan 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 biaya dalam skema urun biaya, risiko sendiri, dan 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.

3. Pemberitahuan dan Persetujuan

- MGB akan memberikan Pemberitahuan & Persetujuan kepada pasiennya dengan kepatuhan beriktikad baik terhadap persyaratan Pemberitahuan & Persetujuan dari Undang-Undang Layanan Kesehatan Masyarakat (PHS Act), termasuk:
- Staf Akses Pasien MGB akan mengidentifikasi layanan penyedia yang tidak berpartisipasi yang tunduk pada persyaratan Pemberitahuan & Persetujuan Undang-Undang

Perlindungan dari Tagihan Medis Mengejutkan (NSA)[1], dan memberikan serta mendapatkan Pemberitahuan & Persetujuan dalam jangka waktu di bawah ini sesuai dengan persyaratan NSA yang dijelaskan:

- Jika janji temu dilakukan 72 jam sebelum layanan diberikan, dokumen Pemberitahuan & Persetujuan akan diberikan 72 jam sebelum item atau layanan diberikan.
- 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.
- 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 (mis. 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 Mandiri)

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

- Deposit 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 deposit yang telah ditentukan sebelumnya atau meminta jaminan pembayaran lain.
- Jika pasien tidak memberikan deposit atau memperlihatkan ketidakmampuan untuk membayar deposit, maka pasien dapat diarahkan ke [Konseling Keuangan Pasien](#).
- Konselor Keuangan Pasien dapat memberikan informasi tentang program Bantuan Keuangan yang tersedia untuk mereka.
- Penduduk tanpa asuransi akan ditawarkan Konseling Keuangan 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: Medicaid, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Jaring Pengaman Kesehatan.
 - Jika tidak ada kebutuhan mendesak untuk memberikan layanan, penerimaan atau layanan rawat jalan dapat ditunda atau dibatalkan hingga pasien mampu membayar, membuat pengaturan finansial yang sesuai, mendapatkan asuransi, atau menjadi terdaftar dalam program bantuan keuangan yang akan menanggung biaya layanan.

E. Pasien Berpenghasilan Rendah (Penduduk Massachusetts)

1. Definisi dan Kelayakan

- Pasien Berpenghasilan 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 pertanggunggunaan dengan EOHHS dan memiliki Pendapatan Kotor yang Disesuaikan dan Dimodifikasi (MAGI) MA yang telah diverifikasi yang setara atau kurang dari 300% dari Pedoman Kemiskinan Federal (FPG).
- Status kelayakan Pasien untuk pertanggunggunaan di bawah program apa pun (Medicaid, Jaring Pengaman Kesehatan, dan Jaminan Perlindungan Medis Anak (CMSP) di bawah 300%) akan diverifikasi pada saat pendaftaran.
- Pembatasan yang diuraikan dalam bagian untuk Pasien Berpenghasilan Rendah ini diperlukan untuk layanan di Rumah Sakit Perawatan Akut (lihat [Lampiran A](#)) dan Pusat Kesehatan Berkualifikasi Federal di Massachusetts dan umumnya tidak mencakup layanan di tempat praktik yang berafiliasi, rumah sakit di New Hampshire, McLean Hospital, dan Jaringan Spaulding Rehabilitation. Potongan harga untuk layanan di entitas-entitas tersebut disertakan di dalam [Kebijakan Bantuan Keuangan dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi](#).

Pasien Berpenghasilan Rendah (Penduduk New Hampshire)

- Pendapatan kotor New Hampshire setara atau kurang dari 250% dalam pedoman kemiskinan federal.
- Pendapatan kotor WDH Dental Center setara atau kurang dari 300% dalam pedoman kemiskinan federal.

2. Batasan Layanan

Pasien yang diidentifikasi sebagai Pasien Berpenghasilan Rendah akan, sebisa mungkin, diberikan layanan yang sesuai dengan pedoman pertanggunggunaan HSN atau Medicaid, termasuk batasan "layanan yang memenuhi syarat" (sesuai peraturan negara bagian dan formularium obat yang berlaku).

3. Santunan Pengobatan (Medical Hardship) HSN

Penduduk Massachusetts dengan tingkat penghasilan apa pun mungkin memenuhi syarat untuk Santunan Pengobatan HSN jika biaya medis yang diperbolehkan melebihi penghasilan 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 pertanggunggunaan (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 Santunan Pengobatan 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 Santunan Pengobatan 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 Santunan Pengobatan. Termasuk di antaranya adalah saldo utang 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 Santunan Pengobatan akan dilindungi dari tindakan penagihan.

4. Tanggung Jawab Finansial Pasien Berpenghasilan Rendah

Tanggung jawab finansial untuk Pasien Berpenghasilan Rendah terbatas pada urun biaya (dari pembayar mana pun kecuali Medicare) atau risiko sendiri yang ditentukan oleh HSN.

a. Urun Biaya Layanan Farmasi

Pasien berpenghasilan rendah yang berusia di atas 18 tahun bertanggung jawab atas urun biaya untuk layanan farmasi. Sesuai dengan kebijakan umum, urun biaya akan diminta pada waktu layanan. Urun biaya yang belum dibayar akan dianggap sebagai tanggungan pasien dan ditagih sesuai dengan proses penagihan pembayaran mandiri pada umumnya.

b. Deposit untuk Pasien Berpenghasilan Rendah yang ditetapkan sebagai HSN Parsial atau Santunan Pengobatan

Deposit akan diminta dari pasien-pasien tersebut dengan ketentuan bahwa ini adalah pertanggungjawaban utama untuk tunggakan utang untuk semua layanan yang diperlukan secara medis, tetapi Tidak Darurat atau Tidak Mendesak ([Pasal III\(B\)\(2\)](#)). Status terkini risiko sendiri keluarga tahunan pasien akan ditinjau dan deposit dari risiko sendiri tahunan pasien, atau dana Santunan pengobatan, akan ditagih.

c. Skema Pembayaran

Pasien Berpenghasilan Rendah akan diberi tahu mengenai ketersediaan skema pembayaran untuk melunasi semua tunggakan utang sesuai dengan ketentuan yang disebutkan di dalam [Pasal VI\(B\)](#).

d. Layanan yang Tidak Memenuhi Syarat

Pasien Berpenghasilan 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 Keuangan dan Potongan Harga untuk Pasien Tanpa Asuransi](#).

5. Menunggu Ketetapan Status

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 ketetapan. Setelah 30 hari, mereka dapat diproses sebagai Pembayaran Mandiri hingga ketetapan diambil. Persyaratan deposit dapat dikesampingkan selama menunggu ketetapan dari Konselor Pasien bahwa permohonan pasien telah lengkap dan diperkirakan akan disetujui.

F. Situasi Khusus untuk Verifikasi Informasi Keuangan – 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) dan Tanggung Gugat Hukum Pihak Ketiga

Layanan yang berkaitan dengan kecelakaan kendaraan bermotor atau tanggung gugat hukum 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 tanggung gugat hukum pihak ketiga, perusahaan asuransi mobil yang diketahui (kecuali di New Hampshire (NH) tempat MGB tidak boleh mengajukan klaim kepada pihak asuransi MVA), dan nama pengacara yang berhubungan dengan klaim tersebut (jika tersedia). (Lihat [Pasal IV\(D\)\(3\)](#) mengenai pengajuan klaim kepada pihak asuransi tanggungan MVA di MA 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 Tindak 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, termasuk pembuatan pertanggungjawaban khusus yang diperlukan apabila diminta. Untuk beberapa kasus, terdapat dana terbatas yang tersedia dari kantor Kejaksaan Agung MA, NH, dan ME untuk mengganti biaya pengobatan yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan atau Jaring Pengaman Kesehatan. Korban VVA tidak boleh ditagih untuk layanan apa pun yang memenuhi syarat.

4. Undang-Undang Teknologi Informasi Kesehatan untuk Ekonomi dan Kesehatan Klinik (HITECH) Tahun 2010

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 terutang secara penuh pada saat layanan atau setelah menerima laporan.
- HITECH hanya mengizinkan pasien untuk tidak mengarahkan tagihan ke asuransi.
- HITECH mencegah perilsan informasi apa pun kepada pihak ketiga pada kunjungan yang teridentifikasi.

*HITECH tidak meniadakan tanggung jawab finansial pasien untuk pembayaran akun.

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 penghasilan anak di bawah umur tersebut tanpa memperhatikan penghasilan keluarga.
- Individu yang Menjadi Korban Kekerasan atau Pelecehan: Individu tersebut juga dapat mengajukan permohonan pertanggungjawaban HSN berdasarkan penghasilan individu mereka. Pasien tersebut dapat disetujui untuk mendapatkan berbagai layanan yang ditanggung oleh HSN.

6. Orang Tanpa Dokumen Resmi

Pasien mungkin khawatir mengenai dampak imigrasi dari pengajuan status Pasien Berpenghasilan 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 keuangan 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. Asuransi kesehatan pasien dapat ditagih untuk standar biaya perawatan medis terkait penelitian, dan pasien dapat ditagih untuk selisih urun biaya, risiko sendiri, asuransi bersama.

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 (SRE)

MGB menjaga kepatuhan terhadap persyaratan penagihan yang berlaku, termasuk peraturan Departemen Kesehatan Masyarakat (105 CMR 130.332) untuk layanan tertentu yang tidak dibayar atau kunjungan ulang yang menurut MGB merupakan akibat dari Kejadian Serius yang Dapat Dilaporkan (SRE). SRE yang tidak terjadi di Rumah Sakit Perawatan Akut 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 Jaring Pengaman Kesehatan 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. Pengalihan Piutang Tak Tertagih

Akun umumnya akan dihapusbukukan menjadi Piutang Tak Tertagih ketika upaya penagihan internal telah sepenuhnya dilakukan. Hal ini biasanya terjadi setelah akun melewati siklus tagihan selama 120 hari ([Pasal IV\(B\)](#)). Beberapa akun dapat dialihkan sebelum 120 hari karena keadaan yang meringankan seperti ketidakmampuan untuk menemukan penjamin (mis. kesalahan alamat). Akun dalam Piutang Tak Tertagih umumnya akan menerima upaya penagihan tambahan terutama oleh Lembaga Penagihan eksternal atau pengacara penagihan. MGB akan memastikan bahwa semua tindak lanjut Piutang Tak Tertagih, baik yang dilakukan oleh staf internal maupun oleh lembaga eksternal, mematuhi hal-hal berikut ini:

1. Pelaporan Kredit

MGB dan agen-agensinya tidak melaporkan Piutang Tak Tertagih pasien kepada biro kredit mana pun. MGB dan agen-agensinya 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 perintah penangkapan") atau penahanan upah tidak boleh digunakan sebagai bagian dari upaya penagihan.

3. Hak Gadai Properti

MGB hanya akan melakukan penyitaan, eksekusi, dan penjualan properti setelah pasien disaring untuk mendapatkan bantuan keuangan serta setelah mendapat tinjauan dan persetujuan dari CFO Rumah Sakit Perawatan Akut atau Penyedia Layanan MGB lainnya. Jika pasien telah ditetapkan oleh Kantor Medicaid sebagai Pasien Berpenghasilan Rendah atau memenuhi syarat untuk program bantuan apa pun, maka MGB tidak akan mengupayakan eksekusi hukum terhadap tempat tinggal pribadi pasien atau Penjamin tanpa persetujuan khusus dari Dewan Pengawas.

4. Lembaga Penagihan

- Lembaga mana pun yang ingin menagih selisih biaya 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 atau negara bagian terkait tempat layanan diberikan.
- Semua lembaga akan melaporkan setiap penagihan atau tindakan akun lainnya, termasuk keputusan untuk menghentikan upaya penagihan, secara tepat waktu.
- Secara umum, lembaga akan menghentikan upaya penagihan pada setiap akun yang dialihkan kepada mereka segera setelah mereka memutuskan bahwa tidak ada potensi penagihan dan ketika tidak ada tindakan atau pembayaran pada akun tersebut selama maksimal satu tahun.

VI. Pengaturan Pembayaran

A. Gambaran Umum

Pembayaran dapat dilakukan di berbagai tempat di semua Rumah Sakit Perawatan Akut atau Penyedia Layanan MGB lainnya. Pengaturan pembayaran untuk penagihan sebelum layanan diberikan, skema pembayaran, atau pertimbangkan pembayaran deposit sebagian. Semua pengaturan pembayaran akan disesuaikan dengan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya.

1. Metode Pembayaran

- Pembayaran di muka dapat dilakukan dengan cek bank/cek terjamin, transfer bank (biaya transfer bank dapat berlaku), atau kartu kredit/debit. Sebagian besar lokasi rumah sakit tidak menerima uang tunai. Cek pribadi dari bank-bank U.S. 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 piutang tak tertagih dapat ditinjau secara individual untuk menentukan metode pembayaran yang sesuai.

- Pembayaran dengan cek pribadi harus dilakukan ke alamat pengiriman pada laporan tagihan pasien termasuk nomor lengkap akun untuk menghindari keterlambatan atau pencatatan dana yang salah.
- Penagihan dan pembayaran elektronik: Banyak lokasi MGB menyediakan akses elektronik ke laporan dan pembayaran laporan tersebut secara elektronik menggunakan kartu kredit/debit.
- Jika pembayaran di muka diminta oleh asuransi kesehatan mereka, pembayaran di muka tidak akan dikembalikan dananya hingga pembayaran diterima oleh asuransi kesehatan secara penuh.
- Pembayaran diterima dengan menghubungi Pusat Panggilan Solusi Penagihan Pasien atau pusat Layanan Pelanggan lain yang ditunjuk.
- MGB akan melakukan proses untuk melacak 'cek kosong/tidak dapat diproses' dengan dana tidak mencukupi dan membatalkan pembayaran yang mungkin telah dilakukan ke akun pasien. Pemberian 'cek kosong/tidak dapat diproses' dengan dana tidak mencukupi dapat menjadi dasar untuk memasukkan akun ke dalam Piutang Tak Tertagih.

2. Mata Uang

Kecuali jika disepakati lain, pembayaran akan dilakukan dalam Mata Uang U.S. Pembayaran yang dilakukan dengan selain mata uang U.S. 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 Gerbang Pasien atau dengan menghubungi Solusi Penagihan Pasien di (617) 726-3884. Solusi Penagihan Pasien akan memproses dan memantau semua skema pembayaran pasien. Skema umumnya akan menanggung tunggakan utang di semua lokasi MGB ([Lampiran A](#)).

Tidak ada bunga yang akan dikenakan pada saldo utang 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 Piutang Tak Tertagih. Jika terdapat pemberitahuan dari pasien mengenai perubahan kondisi finansialnya, MGB dapat mengevaluasi kembali kewajiban pembayaran yang belum dibayar oleh pasien.

Saldo yang kurang dari \$100,00 akan otomatis ditambahkan ke skema pembayaran yang sudah ada, jika pembayaran bulanan tidak meningkat, tetapi dapat memperpanjang jangka waktu skema pembayaran. Jika pembayaran bulanan akan meningkat dan/atau saldo baru lebih besar dari \$100,00, saldo ini tidak akan otomatis ditambahkan ke skema pembayaran yang sudah ada. Pihak yang bertanggung jawab dapat menambahkan saldo baru ke pembayaran yang sudah ada melalui portal Gerbang Pasien atau dengan menghubungi Solusi Penagihan Pasien di 617-726-3884.

1. Skema Pembayaran untuk Risiko Sendiri Parsial HSN dan Santunan Pengobatan

Pembayaran awal kurang dari \$500 atau 20% dari saldo risiko sendiri mungkin disyaratkan, termasuk semua deposit 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 Bendahara Persemakmuran Massachusetts sesuai dengan peraturan Properti Terbengkalai negara bagian.

1. Kelebihan pembayaran dan kredit akan terlebih dahulu diterapkan ke setiap tunggakan saldo dengan entitas lainnya yang teafialiasi Mass General Brigham, termasuk akun dalam Piutang Tak Tertagih sebelum memproses pengembalian dana, kecuali untuk Komestik, Gigi, IVF, McLean, dan Mass Eye dan Ear. Kredit akan dikembalikan dalam metode pembayaran awal. Pemrosesan cek dapat butuh waktu hingga 30 hari sejak saat cek diverifikasi validitasnya oleh bank. Pembayaran cek dikembalikan ke pihak yang bertanggung jawab untuk jumlah sebesar \$999,99 dan di bawahnya. Setiap pembayaran cek yang menerima \$1000 dan ke atasnya akan dikembalikan ke Penerima Pembayaran saat dokumentasi cek tersedia. Jika dokumentasi cek tidak tersedia, pengembalian dana akan diberikan kepada pihak yang bertanggung jawab atas akun.
2. Pembayaran Kartu Kredit yang dilakukan menggunakan kartu tertutup atau token yang habis masa berlakunya: Gerbang pembayaran tidak akan memproses pengembalian dana kartu kredit jika pembayaran awal berusia lebih dari 18 bulan atau jika kartu kredit yang datanya tersimpan telah habis masa berlakunya. Pengembalian dana ini harus dilakukan dengan menggunakan cek.
3. Transfer bank membutuhkan dokumentasi tambahan yang dapat mensyaratkan bahwa pengembalian dana dilakukan jika sepenuhnya disetujui. Verifikasi biasanya mensyaratkan agar dana dikembalikan ke rekening bank sama yang menjadi asal dana dicairkan. Verifikasi ini biasanya mencakup permintaan. Ini juga mencakup pengembalian dana Flywire.

Pengembalian Dana untuk Pasien Meninggal Dunia: Pengembalian dana akan dikirimkan dengan cara berikut:

1. Kartu Kredit: Dikirimkan ke kartu kredit jika kartu masih dapat menerima pengembalian dana.
2. Harta Peninggalan: Jika harta peninggalan telah dibuka dan masih aktif, maka pengembalian dana secara preferensial akan dikirimkan ke harta peninggalan tersebut.
3. Jika jumlah saldo di bawah \$500 dan tidak ada harta peninggalan, maka pengembalian dana dapat dikirim ke pasangan sah yang ditinggal mati dengan ketentuan bahwa pasangan tersebut teridentifikasi sebagai ahli waris yang datanya tersimpan.
4. Jika tidak ada harta peninggalan dan jumlah saldo adalah sebesar \$500 atau lebih, maka ahli waris berikutnya/pasangan yang teridentifikasi akan diminta untuk mengisi afidavit sebelum pengiriman pengembalian dana.
5. Jika tidak ada harta peninggalan dan jumlah saldo adalah sebesar \$500 atau lebih, dan seorang anggota keluarga selain pasangan sah menelepon, mereka perlu membuka Pengurusan Harta Peninggalan Secara Sukarela dalam Surat Wasiat.

Lampiran A: Entitas yang Terafiliasi dengan Mass General Brigham

Kebijakan ini berlaku untuk entitas Mass General Brigham berikut ini:

Rumah Sakit Perawatan Akut

- 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)

Rumah Sakit Kesehatan Perilaku

- McLean Hospital (MCL)

Rumah Sakit Perawatan Pasca-Akut

- 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)
- Rekanan Mass Eye and Ear
- Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
- Mass General Brigham Community Physicians - grup yang dimiliki penuh
- Pentucket Medical Associates (PMA)
- Mystic Health Care

Perawatan di Rumah

- 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 Keuangan

Permohonan Bantuan Keuangan Mass General Brigham dapat ditemukan di sini:

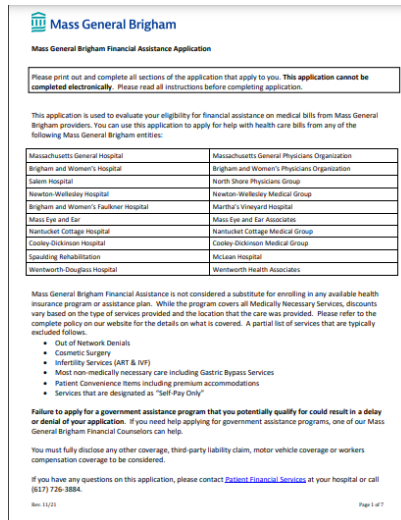
<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Bantuan Keuangan | Wentworth-Douglass Hospital

Wentworth-Douglass berkomitmen untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas kepada siapa pun di area pelayanan kami terlepas dari kemampuan mereka untuk membayar.

<https://www.wdhospital.org/wdh/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

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
Harvard Cottage Hospital	Harvard Cottage Medical Group
Coxsack-Dickinson Hospital	Coxsack-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass 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 Details
- 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) 726-3888.

Rev 1/23 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 (Jaring Pengaman Kesehatan), yang selanjutnya disebut "Peraturan Negara Bagian". Selain itu, kebijakan ini membahas persyaratan untuk Panduan Penggantian Biaya Penyedia Layanan Medicare (Bagian 1, Bab 3), Pusat Layanan Medicare dan Medicaid, Persyaratan Piutang Tak Tertagih Medicare (42 CFR 413.89 dan Undang-Undang Pendapatan Dalam Negeri Pasal 501 (r) sebagaimana disyaratkan dalam Pasal 9007 (a) Undang-Undang Perlindungan Pasien Federal dan Perawatan Terjangkau (Pub. L. No. 111-148).

MGB akan mematuhi semua persyaratan pelaporan sebagaimana ditetapkan oleh MGL c. 118G dan 101 CMR 613, 614 serta Buletin Administratif 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 Kantor Medicaid, Jaring Pengaman Kesehatan sebagaimana yang dipersyaratkan ketika kebijakan ini diubah atau ketika ada perubahan peraturan yang diumumkan oleh Kantor Medicaid, Jaring Pengaman Kesehatan yang mewajibkan pengajuan kebijakan baru.

Referensi:

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