

Upravni program

Predmet: Financijska pomoć za neosigurane i podosigurane pacijente te pacijente s niskim dohotkom

Datum stupanja na snagu: 04/29/2026

Primarna odgovornost: Direktor – financijskih usluga za pacijente

I. Svrha:

Kako bi se osiguralo da svi pacijenti prime osnovne hitne i druge medicinski potrebne usluge zdravstvene skrbi koje pruža tvrtka Atlantic Health System, Inc. („Atlantic Health System“) u svojim bolničkim objektima, bez obzira na svoju mogućnost njihova plaćanja. Ovaj program primjenjivat će se na svaku bolnicu tvrtke Atlantic Health System, uključujući Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center, CentraState Medical Center i bilo koji objekt tvrtke Atlantic Health System koji je određen kao utemeljen na pružateljima usluga na temelju glave 42. CFR-a, točke 413.65.

II. Program:

Program tvrtke Atlantic Health System osigurava da pacijenti prime osnovne hitne i druge medicinski potrebne usluge zdravstvene skrbi koje pružaju njeni bolnički objekti, bez obzira na pacijentovu mogućnost njihova plaćanja. Financijska pomoć dostupna je kroz raznolike programe, kako je opisano u odjeljku IV. u nastavku za pacijente koji imaju nizak dohodak, one koji nisu osigurani ili oni čije osiguranje ne pokriva dovoljno troškova (podosigurani), a nemaju drugu mogućnost plaćanja cijelog ili dijela svog bolničkog računa. Program će se primjenjivati na svaki bolnički objekt tvrtke Atlantic Health System, kako je to gore navedeno, te svaki objekt tvrtke Atlantic Health System koji je određen kao utemeljen na pružateljima usluga na temelju saveznih propisa koji uređuju status utemeljen na pružateljima usluga u glavi 42. CFR-a, točki 413.65.

Financijska pomoć i popusti dostupni su samo za hitne ili druge medicinski potrebne usluge zdravstvene skrbi. Neke usluge, uključujući, između ostalog naknade liječnika, naknade anesteziologa, radiološko tumačenje i ambulantne recepte, odvojene su od bolničkih troškova i možda ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć tvrtke Atlantic Health System. Popis svih pružatelja usluga koji pružaju hitne ili druge medicinski potrebne zdravstvene usluge u bolničkom objektu, izuzev onih koje pruža sam bolnički objekt, poredan je po objektu, s naznakom pružatelja usluga koji su obuhvaćeni ovom Program financijske pomoći (Financial Assistance Policy - FAP) i onih koji to nisu te se može pronaći u Prilogu A ovom PFP-u. Popis pružatelja usluga 2 revidirat će se jednom u svakom tromjesečju i ažurirati po potrebi.

III. Općenito:

- A. Tvrtka Atlantic Health System pružit će bolničke i ambulantne usluge zdravstvene skrbi svim stanovnicima New Jerseyja kojima je potrebna hitna ili medicinski potrebna

skrb, bez obzira na mogućnost pacijenta da plati takve usluge te neovisno o tome mogu li i u kojoj mjeri pacijenti ostvariti pravo na financijsku pomoć u skladu s ovim FAP-om.

- B. Tvrtka Atlantic Health System neće poduzimati radnje koje odvrćaju pojedince od traženja hitne zdravstvene skrbi, poput zahtijevanja plaćanja od pacijenata na odjelu hitne pomoći prije pružanja liječenja ili dopuštanjem radnji naplate potraživanja na odjelu hitne pomoći ili drugim prostorima gdje bi takve radnje mogle ometati pružanje hitne zdravstvene skrbi na nediskriminirajući način.
- C. FAP tvrtke Atlantic Health System, zahtjev za financijsku pomoć i sažetak pisan jasnim jezikom (Plain Language Summary - PLS) dostupni su na internetu na sljedećem web-mjestu: <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. FAP tvrtke Atlantic Health System, zahtjev za financijsku pomoć i PLS dostupni su na engleskom jeziku i glavnom jeziku populacija s ograničenim poznavanjem engleskog jezika koje se sastoje od 1.000 pojedinaca ili 5 % zajednice koja spada u primarno uslužno područje koje uslužuje svaki bolnički objekt, ovisno o tome što je manje. Prijevodi FAP-a, zahtjeva za financijsku pomoć i PLS-a dostupni su na jezicima navedenim u Prilogu B ovom FAP-u. Učinit će se sve kako bi se osiguralo da se FAP, zahtjev za financijsku pomoć i PLS jasno priopće pacijentima čiji glavni jezici nisu obuhvaćeni dostupnim prijevodima.
- E. Papirnate preslike FAP-a, zahtjeva za financijsku pomoć i PLS-a besplatno su dostupne na zahtjev putem e-pošte i pružaju se u različitim prostorima diljem bolničkih objekata, uključujući odjele za prijam, odjele hitne pomoći i urede za financijsko savjetovanje koji su dolje navedeni. Zahtjevi za financijsku pomoć mogu se podnijeti osobno, putem pošte, faksa ili e-pošte.

Uredi za financijsko savjetovanje: Call Center Phone # 1-844-487-3627

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, NJ 07960

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, NJ 07901

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, NJ 07444

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, NJ 07860

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove St., Hackettstown, NJ 07840

CentraState Medical Center: 901 West Main St., Freehold, NJ 07728

- F. Ako je pacijentima potrebna pomoć u pribavljanju papirnatih preslika FAP-a, zahtjeva za financijsku pomoć ili PLS-a ili ako im je potrebna druga pomoć, mogu se obratiti Odjelu za korisničku podršku na broj 1-800-619-4024 ili posjetiti ili obratiti se gore navedenim Uredima za financijsko savjetovanje.

- G. Na javnim prostorima u bolnici, uključujući prostorije za prijam pacijenata, odjele hitne pomoći i Urede za financijsko savjetovanje, jasno će biti postavljeni znakovi ili natpisi kojima se pacijente obavještava i informira o dostupnosti financijske pomoći.
- H. PLS će se ponuditi svim pacijentima kao dio procesa prijama.
- I. Tvrtka Atlantic Health System predana je pružanju financijske pomoći pacijentima koji ispunjavaju uvjete, a djelomično ili potpuno nemaju mogućnost plaćanja hitnih i drugih medicinski potrebnih usluga zdravstvene skrbi. U svrhu postizanja ovog dobrotvornog cilja, tvrtka Atlantic Health System priopćit će široj javnosti ovaj FAP, zahtjev za financijsku pomoć i PLS u zajednicama koje uslužuje putem suradnje s lokalnim socijalnim službama i neprofitnim agencijama.
- J. Financijsku pomoć mogu zatražiti pacijenti ili njihovi zastupnici. Zaposlenici tvrtke Atlantic Health System, liječnici ili druge osobe mogu pacijente ili njihove zastupnike uputiti financijskim savjetnicima. Financijski savjetnici objasnit će zahtjeve za dostupne programe financijske pomoći te će utvrditi ispunjava li pacijent uvjete za dostupni program financijske pomoći. Od pacijenata koji traže financijsku pomoć zahtijevat će se ispunjavanje zahtjeva za financijsku pomoć tvrtke Atlantic Health System (uključujući stranice potvrde) te dostava popratne dokumentacije navedene u zahtjevu kako bi se mogao razmotriti zahtjev za financijsku pomoć. Po potrebi će se upotrijebiti prevedeni materijali i tumači kako bi se omogućila smislena komunikacija s pojedincima čije je poznavanje engleskog jezika ograničeno.
- K. Neosigurani pacijent ima rok od 365 dana za podnošenje ispunjenog zahtjeva za financijsku pomoć nakon prvog obračuna za fakturiranje nakon otpusta. Osigurani pacijent ili pacijent čije osiguranje ne pokriva dovoljno troškova (podosigurani pacijent) ima rok od 365 dana za podnošenje ispunjenog zahtjeva za financijsku pomoć nakon prvog obračuna za fakturiranje nakon otpusta i postupka razmatranja od strane osiguravatelja.

IV. Programi financijske pomoći:

Pacijenti tvrtke Atlantic Health System mogu ispunjavati uvjete za besplatnu zdravstvenu skrb ili zdravstvenu skrb s popustom prema raznim programima opisanim u nastavku. U svakom slučaju, smatrat će se da je tvrtka Atlantic Health System pružila financijsku pomoć u iznosu jednakom bruto iznosu troškova pruženih usluga, umanjenom za iznose koje je platio pacijent ili osiguravatelj pacijenta (ako postoji) i umanjen za bilo kakve državne nadoknade ili plaćanja za takve usluge. Tvrtka Atlantic Health System prijavit će takve neto iznose (pod uvjetom primjene omjera troška i cijene u slučajevima gdje je financijska pomoć ispravno prijavljena na temelju troškova, a ne cijene) kao financijsku pomoć koju je pružila organizacija.

A. Programi države New Jersey:

1. Dobrotvorna zdravstvena skrb:

Ovaj program obuhvaća samo bolničke troškove intenzivne zdravstvene skrbi za medicinski potrebne usluge koje bi bile obuhvaćene državnim programom Medicaid, kada bi pacijent ispunjavao uvjete za Medicaid. Ured za financijsko savjetovanje odredit će ispunjava li pacijent uvjete najkasnije u roku od deset (10) radnih dana od dana zaprimanja ispunjenog prvotnog zahtjeva. Ako je zahtjev nepotpun (npr., zahtjev za dostavom dokaza o dohotku/imovini nije ispunjen ili nije dostatan), izdat će se pisana odbijenica u kojoj će se navesti pojedinosti o dodatnoj dokumentaciji potrebnoj za ishođenje odobrenja. Neosigurani podnositelj zahtjeva ima rok od 365 dana od datuma prvog obračuna za fakturiranje nakon otpusta za ponovnu prijavu za dobrotvornu zdravstvenu skrb s potrebnom dokumentacijom. Neosigurani pacijent ili pacijent čije osiguranje ne pokriva dovoljno troškova (podosigurani pacijent) ima rok od 365 dana od datuma prvog obračuna za fakturiranje nakon otpusta i postupka razmatranja od strane osiguravatelja za ponovnu prijavu za dobrotvornu zdravstvenu skrb s potrebnom dokumentacijom. Pacijent koji ispunjava uvjete za dobrotvornu zdravstvenu skrb primit će besplatnu skrb ili popust na bruto troškove u skladu sa smjernicama određenim u **Prilogu C.**

Podnositelji zahtjeva koji ne ispunjavaju uvjete mogu se ponovno prijaviti u budućnosti kada budu koristili usluge, a njihove financijske okolnosti su se promijenile.

Dobrotvorna zdravstvena skrb je državni program dostupan stanovnicima države New Jersey:

- a. koji nisu zdravstveno osigurani ili čije zdravstveno osiguranje pokriva samo dio računa,
- b. koji ne ispunjavaju uvjete za bilo kakvo privatno ili državno sufinanciranje troškova (poput socijalnog osiguranja (za umirovljene i osobe s invaliditetom), dodatne socijalne pomoći (SSI) uz Medicaid ili Medicaid) te
- c. koji ispunjavaju kriterije prihvatljivosti za dohodak i imovinu koje je utvrdila država.

Dodatni kriteriji koje je potrebno ispuniti za dobrotvornu zdravstvenu skrb:

- a. Pacijenti će se probati za program dobrotvorne zdravstvene skrbi koji pokriva (i) 100 % troškova za pacijente s bruto obiteljskim dohotkom manjim ili jednakim od 200 % savezne razine siromaštva, a (ii) dio troškova za pacijente s bruto obiteljskim dohotkom većim od 200 %, ali manjim ili jednakim od 300 % savezne razine siromaštva u skladu sa smjernicama određenim u **Prilogu C.**
- b. Ograničenja prihvatljivosti za dobrotvornu zdravstvenu skrb su pojedinačno ograničenje imovine u iznosu od 7.500 USD i obiteljsko ograničenje imovine u iznosu od 15.000 USD. Za potrebe ovog odjeljka, članovi obitelji čija se imovina mora uzeti u obzir određeni su u N.J.A.C.

10:52-11.8(a), kako slijedi. Veličina obitelji odraslog podnositelja zahtjeva uključuje podnositelja zahtjeva, bračnog druga, svu maloljetnu djecu koju uzdržava te odrasle osobe za koje zakonski odgovara podnositelj zahtjeva. Veličina obitelji za maloljetnog podnositelja zahtjeva uključuje oba roditelja, roditeljeva bračnog druga, maloljetnu braću ili sestre te svaku odraslu osobu u obitelji za koju zakonski odgovaraju roditelji podnositelja zahtjeva. Ako podnositelj zahtjeva dokumentom dokaže da ga je bračni drug ili roditelj napustio, taj bračni drug ili roditelj neće biti uključeni kao članovi obitelji. Trudna ženska osoba ubraja se kao dva člana obitelji.

Dokumentacija potrebna prema odjeljku o dobrotvornoj zdravstvenoj skrbi Priručnika o bolničkim uslugama, N.J.A.C. 10:52 i dalje, uključuje:

- a. Ispravne identifikacijske isprave pacijenta i obitelji. To može uključivati bilo koju od sljedećih isprava: vozačku dozvolu, iskaznicu socijalnog osiguranja, iskaznicu registracije stranog državljanina, izvadak iz matice rođenih, platni list, putovnicu, vizu itd.
- b. Dokaz o boravištu u državi New Jersey na datum pružanja usluge (napomena: u određenim okolnostima, iznimka od zahtjeva boravišta je hitna zdravstvena skrb). To može uključivati bilo što od sljedećeg: vozačku dozvolu, iskaznicu registracije glasača, iskaznicu članstva u sindikatu, identifikacijsku karticu osiguranja ili socijalne skrbi, studentsku iskaznicu, račun za komunalne usluge, saveznu prijavu poreza na dohodak, državnu prijavu poreza na dohodak ili rješenje o naknadi za nezaposlenost.
- c. Dokaz o bruto dohotku. Dokaz treba uključivati pojedinosti potrebne bolnici kako bi utvrdila bruto dohodak pacijenta (jedno od sljedećeg):
 - i. Stvarni bruto dohodak u 12 mjeseci prije pružanja usluga.
 - ii. Stvarni bruto dohodak u 3 mjeseca prije pružanja usluga.
 - iii. Stvarni bruto dohodak u mjesecu koji je prethodio pružanju usluga
- d. Dokaz o imovini na datum pružanja usluge. Pod ovim se podrazumijevaju sredstva koja se mogu jednostavno pretvoriti u novac, poput dionica, obveznica, osobnih računa za mirovinsku štednju, potvrda o depozitu, tekućih i štednih računa ili kapitala u drugom mjestu boravišta.

2. Prihvatljivost za popust na zdravstvenu skrb prema N.J.S.A. 26:2H-12.52:

Neosigurani pacijenti koji borave na području države New Jersey i čiji je bruto obiteljski dohodak manji od 500 % savezne razine siromaštva ispunjavaju uvjete za popust na zdravstvenu skrb u skladu s odjeljkom IV.C. FAP-a. Zahtjevi dokumentacije koji se primjenjuju na dobrotvornu zdravstvenu skrb i koji su gore navedeni u odjeljku A.1. primjenjuju se na određivanje prihvatljivosti prema ovom odjeljku, izuzev pojedinačnih i obiteljskih pragova imovine koji se ne primjenjuju za popust na zdravstvenu skrb prema ovom odjeljku.

3. Program fonda pomoći djeci s teškim bolestima:

Program fonda pomoći djeci s teškim bolestima države New Jersey pruža financijsku pomoć obiteljima djece s teškim bolestima. Informacije o

prihvatljivosti, prihvatljivim troškovima i prijavljivanju za pomoć mogu se pronaći na adresi <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Ured države New Jersey za naknadu žrtvama kaznenih djela:

Država New Jersey osnovala je Ured države New Jersey za naknadu žrtvama kaznenih djela kako bi nadoknadila štetu i troškove žrtvama kaznenih djela, uključujući određene medicinske troškove nastale određenim kaznenim djelima. Informacije o prihvatljivosti, prihvatljivim troškovima i prijavljivanju za pomoć mogu se pronaći na adresi <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Samostalno plaćanje:

1. Stanovnici države New Jersey

Neosiguranim pacijentima koji ne ispunjavaju uvjete za dobrotvornu zdravstvenu skrb ili bilo koju drugu vrstu programa financijske pomoći financiranih na saveznoj ili državnoj razini naplatit će se kako slijedi:

- i. Bolnički pacijenti: Pacijentima koji su primili medicinski potrebno bolničko liječenje naplatit će se odgovarajuća cijena Medicare DRG-a uvećana za 15 % za primljenu uslugu.
- ii. Ambulantni pacijenti: Pacijentima koji su primili ambulantne usluge u Atlantic Health System biće naplaćeno 115% od odgovarajuće stope Medicare-a.

2. Pacijenti koji nisu stanovnici države i pacijenti strani državljani

- a. Bolnički pacijenti: Pacijentima koji su primili medicinski potrebno bolničko liječenje naplatit će se odgovarajuća cijena Medicare DRG-a uvećana za 25 % za primljene usluge.
- b. Ambulantni pacijenti: Pacijentima koji su primili ambulantne usluge u Atlantic Health System biće naplaćeno 115% od odgovarajuće stope Medicare-a.

C. Opći iznosi koji se fakturiraju

Neosigurani pacijenti koji su stanovnici države New Jersey s bruto obiteljskim dohotkom manjim od 500 % savezne razine siromaštva, a koji ne ispunjavaju uvjete za programe financijske pomoći koji se financiraju na saveznoj ili državnoj razini (izuzev dobrotvorne zdravstvene skrbi), ostvaruju popust na njihov račun u skladu s odjeljkom IV. Nakon podnošenja zahtjeva za financijsku pomoć i utvrđenja da pacijent ispunjava uvjete za financijsku pomoć iz ovog odjeljka, naplatit će im se AGB ili odgovarajuća cijena Medicarea uvećana za 15 %, ovisno o tome što je manje.

Tvrtka Atlantic Health System odabrala je upotrebu retroaktivne metode (Look-Back) izračuna za svaki pojedinačni bolnički objekt. Postoji AGB-a (prema bolničkom objektu) su:

Morristown Medical Center` 23.97%
Overlook Medical Center` 26.50%
Newton Medical Center` 12.60%
Chilton Medical Center` 19.32%
Hackettstown Medical Center` 19.07%
CentraState Medical Center` 26.70%

U skladu sa Zakonikom o unutarnjim prihodima SAD-a, odjeljkom 501(r), svaki bolnički objekt upotrebljavao je retroaktivnu metodu (Look-Back) za izračun svojeg odgovarajućeg postotka AGB-a. Postoci AGB-a izračunati su na temelju svih dopuštenih zahtjeva za nadoknadom tijekom razdoblja od 12 mjeseci podijeljenih s bruto troškovima povezanim s tim zahtjevima. Sljedeća kombinacija platitelja odabrana je za sve bolničke objekte: Medicare naknada za uslugu + svi privatni zdravstveni osiguravatelji.

Postoci AGB-a ažurirat će se jednom godišnje u roku od sto dvadeset (120) dana od kraja kalendarske godine. Ako je izračunati postotak AGB-a iznos **manji od** iznosa koji pacijent duuguje, pacijent će biti odgovoran samo za iznos izračunat prema AGB-u.

Ako je izračunati postotak AGB-a iznos **veći od** iznosa koji pacijent duuguje, pacijent će biti odgovoran za iznos izračunat prema gore navedenim programima financijske pomoći.

V. Program fakturiranja i naplate

Ovaj odjeljak utvrđuje pravila i postupke fakturiranja i naplate tvrtke Atlantic Health System te objašnjava radnje koje se mogu poduzeti ako nije plaćen račun za zdravstvenu skrb, uključujući račun za preostali saldo nakon što su primijenjeni popusti financijske pomoći. Agencijama za naplatu potraživanja i odvjetnicima koji nastupaju u ime tvrtke Atlantic Health System dostavit će se primjerak ovog FAP-a.

Svaki obračun za fakturiranje uključivat će jasnu obavijest o dostupnosti financijske pomoći uz broj telefona Ureda za financijsko savjetovanje određenog bolničkog objekta gdje pacijent može dobiti informacije o FAP-u i pomoć sa zahtjevom za financijsku pomoć. Obračun za fakturiranje također će uključivati adresu web-mjesta gdje se mogu pronaći primjerci FAP-a, zahtjeva za financijsku pomoć i PLS-a.

- A. Razdoblje obavještanja: Tvrtka Atlantic Health System izdat će račun pacijentima za bilo koji dospjeli saldo čim je potvrđen saldo pacijenta. Za neosigurane pacijente prvi obračun za fakturiranje nakon otpusta označava početak razdoblja obavještanja od 120 dana u kojem nije dopušteno pokretanje nikakvih izvanrednih radnji naplate (Extraordinary Collection Actions ECA) (određenih u nastavku) protiv pacijenta. Za osigurane pacijente i pacijente čije osiguranje ne pokriva sve troškove (podosigurane), prvi obračun za fakturiranje nakon otpusta i postupka razmatranja osiguravatelja označit će početak razdoblja obavještanja od 120 dana u kojem nije dopušteno pokretanje nikakvih ECA protiv pacijenta („razdoblje obavještanja od 120 dana“).
- B. Ako je pacijent nemaran u izvršavanju plaćanja, poslat će mu se opomena s ponudom za razgovor o obračunu za fakturiranje kako bi se utvrdilo je li potrebna financijska pomoć ili novi i revidirani plan otplate. Tvrtka Atlantic Health System može izaći u susret pacijentima koji to zatraže i utvrditi planove otplate.

- C. Kada uplata nije zaprimljena na kraju razdoblja obavješćavanja od 120 dana, a pacijent nije podnio zahtjev za financijsku pomoć ili dogovorio alternativni plan otplate s Uredom za financijsko savjetovanje bolničkog objekta ili Uredom za korisničku podršku bolničkog objekta, tada će se račun pacijenta predati agenciji za naplatu potraživanja. Tvrtka Atlantic Health System obavijestit će pacijenta pisanim putem da će se njegov račun predati agenciji za naplatu potraživanja ako se ne zaprimi nikakva uplata u roku od 10 dana („posljednja opomena“). U posljednjoj opomeni obavijestit će se pacijenta da je financijska pomoć dostupna pacijentima koji ispunjavaju uvjete te će se navesti telefonski broj određenog Ureda za financijsko savjetovanje bolničkog objekta u kojem pacijent može dobiti informacije o FAP-u i pomoć u postupku zahtjeva za financijsku pomoć. Obračun za fakturiranje također će uključivati adresu web-mjesta gdje se mogu pronaći primjerci FAP-a zahtjeva za financijsku pomoć i PLS-a.
- D. Tvrtka Atlantic Health System može ovlastiti agencije za naplatu potraživanja i odvjetnike koji nastupaju u ime tvrtke Atlantic Health System („treća strana“) za pokretanje ECA za račune pacijenata s neurednim plaćanjem nakon proteka razdoblja obavješćavanja od 120 dana. Nakon što je račun upućen trećoj strani, ista će potvrditi da su poduzeti razumni naponi kako bi se utvrdilo ispunjava li pacijent uvjete za financijsku pomoć prema FAP-u te da su sljedeće radnje poduzete prije pokretanja ECA:
1. Pacijentu se dostavlja pisana opomena („opomena s rokom od 30 dana“): (a) kojom se naznačuje da je financijska pomoć dostupna pacijentima koji ispunjavaju uvjete, (b) kojom se navode ECA-e koje treća strana namjerava pokrenuti radi naplate zdravstvene skrbi i (c) koja navodi rok nakon kojeg se mogu pokrenuti takve ECA-e (rok nije kraći od 30 dana od datuma dostave opomene);
 2. Opomena s rokom od 30 dana sadrži primjerak sažetka FAP-a pisanog jasnim jezikom
 3. Tvrtka Atlantic Health System i/ili treća strana su poduzele razumne napore kako bi usmeno obavijestile pacijenta o FAP-u te kako pacijent može dobiti pomoć u vezi postupka zahtjeva za financijsku pomoć.
- E. Nakon što je potvrđeno da su poduzeti razumni naponi za utvrđivanje ispunjava li pacijent uvjete za financijsku pomoć prema FAP-u, treće strane mogu pokrenuti sljedeće ECA-e protiv pacijenta radi naplate zdravstvene skrbi:
1. Radnje koje zahtijevaju pravni ili sudski postupak, uključujući, između ostalog sljedeće:
 - a. osnivanje založnog prava na vlasništvu pacijenta, osim ako nije drugačije predviđeno Zakonikom o unutarnjim prihodima SAD-a. odjeljkom 501(r);
 - b. pokretanje građanskog spora protiv pacijenta;
- Radnje je moguće pokrenuti samo ako saldo dugovanja iznosi 800 USD ili više u ukupnom iznosu.
2. ECA-i ne uključuju založna prava na prihode od presuda, nagodbi ili dogovora u vezi osobne ozljede niti zahtjeva za naknadu postavljenih u stečajnom postupku.
- F. Ako je zaprimljen nepotpun zahtjev za financijsku pomoć, tvrtka Atlantic Health System dostavit će pacijentu pisanu obavijest koja će opisati dodatne informacije ili dokumentaciju potrebnu kako bi se donijela odluka o prihvatljivosti za FAP. Tvrtka Atlantic Health System obavijestit će treće osobe da je podnesen nepotpun zahtjev za

financijsku pomoć te će treće osobe obustaviti sve ECA-e radi naplate zdravstvene skrbi na razdoblje od 30 dana.

G. Ako je zaprimljen potpun zahtjev za financijsku pomoć, tvrtka Atlantic Health System pokrenut će sljedeće radnje:

1. obustavit će se ECA-i protiv pacijenta;
2. pravovremeno će se provesti i dokumentirati postupak utvrđivanja prihvatljivosti;
3. tvrtka Atlantic Health System obavijestit će pacijenta pisanim putem o odluci i razlozima donošenja odluke;
4. dostavit će se ažurirani obračun za fakturiranje u kojem će se naznačiti iznos kojeg duguje pacijent koji ispunjava uvjete za FAP (ako postoji), kako je taj iznos utvrđen i primjenjivi postotak AGB-a;
5. izvršit će se povrat svih preplaćenih iznosa dugovanja kojeg je platio pacijent koji ispunjava uvjete za FAP (ako postoje) i
6. treće strane će poduzeti sve razumno dostupne mjere za ukidanje svih ECA pokrenutih protiv pacijenta radi naplate duga, poput poništenja presude, povrata zaplijenjenih stvari ili brisanja založnog prava.

H. Ako bilo koji bolnički objekt donosi odluke o prihvatljivosti na temelju presumpcija, potrebno je sljedeće:

1. Ako postoji presumpcija utvrđenja da pacijent ispunjava uvjete za manje od najizdašnije pomoći dostupne prema FAP-u, tada će tvrtka Atlantic Health System:
 - a. obavijestiti pacijenta u vezi osnove za odluku o prihvatljivosti za FAP na temelju presumpcije i objasniti kako se može prijaviti za izdašniju pomoć.
 - b. omogućiti pacijentu razumno vremensko razdoblje za prijavljivanje za izdašniju pomoć prije odobrenja pokretanja ECA radi naplate izračunatog sniženog iznosa.
 - c. ponovno utvrditi status prihvatljivosti pacijenta za FAP ako je zaprimljen potpun zahtjev za financijsku pomoć.

Reference:

Porezna uprava (Internal Revenue Service), glava 26 CFR-a, dijelovi 1, 53 i 602, dodatni zahtjevi za dobrotvorne bolnice; procjene zdravstvenih potreba zajednice za dobrotvorne bolnice; zahtjev odjeljka 4959 za prijavu poreza za trošarinu i vrijeme za podnošenje prijave; završno pravilo; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Sažetak revizije/odobrenja: Nadzorni odbor za program tvrtke AHS (APOC) i Upravni odbor tvrtke AHS			
Datum izrade:	8.11.2004.	Datum odobrenja APOC-a:	01/04/2026
Datum posljednje revizije:	25/02/2026	Datum odobrenja Upravnog odbora tvrtke AHS:	28/04/2026

PRILOG A

POPIS PRUŽATELJA USLUGA

Program financijske pomoći („FAP“) tvrtke Atlantic Health System, Inc. („Atlantic Health System“) primjenjivat će se na hitnu ili drugu medicinski potrebnu zdravstvenu skrb koja se pruža u bolnici tvrtke Atlantic Health System ili ambulantnom objektu utemeljenom na pružateljima usluga, a za koje račun izdaje tvrtka AHS Hospital Corp., društvo kći tvrtke Atlantic Health System.

FAP će se također primjenjivati na hitnu ili drugu medicinski potrebnu bolničku zdravstvenu skrb koju u bolnici tvrtke Atlantic Health System pružaju liječnici tvrtke Practice Associates Medical Group, P.A., a koja posluje kao tvrtka Atlantic Medical Group („AMG“). FAP se neće primijeniti na stručne naknade koje fakturiraju liječnici tvrtke AMG za zdravstvenu skrb pruženu izvan bolnice tvrtke Atlantic Health System.

DRUGI PRUŽATELJI USLUGA MOGU SUDJELOVATI U VAŠOJ ZDRAVSTVENOJ SKRBI U BOLNICAMA I AMBULANTNIM OBJEKTIMA TVRTKE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. AKO TI PRUŽATELJI USLUGA NISU POIMENCE GORE NAVEDENI, NE PRIHVAĆAJU PROGRAM FINANCIJSKE POMOĆI TVRTKE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. TI ĆE VAM PRUŽATELJI USLUGA IZDATI ODVOJENI RAČUN TE ĆETE PREMA TOME MORATI IZVRŠITI PLAĆANJE.

Ovaj popis pružatelja usluga po potrebi će se revidirati i ažurirati jednom tromjesečno. Za pomoć s pitanjima u vezi FAP-a ili ovog popisa pružatelja usluga, nazovite Odjel za korisničku podršku na broj 1-800-619-4024. Stranica 11 od 12

PRILOG B

Prijevodi FAP-a, zahtjeva za financijsku pomoć i PLS-a dostupni su na engleskom jeziku i sljedećim jezicima:

Arapski
Armenski
Kineski
Francuski kreolski
Grčki
Gudžaratski
Hindski
Talijanski
Japanski
Korejski
Poljski
Portugalski
Ruski
Srpsko-hrvatski
Španjolski
Tagaloški

KRITERIJ DOHOTKA
KRITERIJI PRIHVATLIVOSTI ZA DOBROTVORNU ZDRAVSTVENU SKRB I DOBROTVORNU ZDRAVSTVENU SKRB S POPUSTOM
Stupa na snagu: 15. ožujka 2026.

Pacijenti moraju zadovoljiti kriterij dohotka i kriterij imovine

KRITERIJ DOHOTKA

Postotak troškova koje plaća pacijent kada je
bruto godišnji dohodak u sljedećim rasponima

	Pacijent plaća 0 % troškova	Pacijent plaća 20 % troškova	Pacijent plaća 40 % troškova	Pacijent plaća 60 % troškova	Pacijent plaća 80 % troškova	Pacijent plaća 100 % troškova
Veličina obitelji	<= 200 %	> 200 <= 225 %	> 225 <= 250 %	> 250 <= 275 %	> 275 <= 300 %	> 300 %
1	31,920 USD ili manje	31,921 USD do 35,910 USD	35,911 USD do 39,900 USD	39,901 USD do 43,890 USD	43,891 USD do 47,880 USD	47,881 USD ili više
2	43,280 USD ili manje	43,281 USD do 48,690 USD	48,691 USD do 54,100 USD	54,101 USD do 59,510 USD	59,511 USD do 64,920 USD	64,921 USD ili više
3	54,640 USD ili manje	54,641 USD do 61,470 USD	61,471 USD do 68,300 USD	68,301 USD do 75,130 USD	75,131 USD do 81,960 USD	81,961 USD ili više
4	66,000 USD ili manje	66,001 USD do 74,250 USD	74,251 USD do 82,500 USD	82,501 USD do 90,750 USD	90,751 USD do 99,000 USD	99,001 USD ili više
5	77,360 USD ili manje	77,361 USD do 87,030 USD	87,031 USD do 96,700 USD	96,701 USD do 106,370 USD	106,371 USD do 116,040 USD	116,041 USD ili više
6	88,720 USD ili manje	88,721 USD do 99,810 USD	99,811 USD do 110,900 USD	110,901 USD do 121,990 USD	121,991 USD do 133,080 USD	133,081 USD ili više
7	100,080 USD ili manje	100,081 USD do 112,590 USD	112,591 USD do 125,100 USD	125,101 USD do 137,610 USD	137,611 USD do 150,120 USD	150,121 USD ili više
8	111,440 USD ili manje	111,441 USD do 125,370 USD	125,371 USD do 139,300 USD	139,301 USD do 153,230 USD	153,231 USD do 167,160 USD	167,161 USD ili više
Za obitelji s više od 8 članova, dodajte sljedeće iznose najvećem iznosu u svakom stupcu za svakog dodatnog člana obitelji.						
	11,360 USD	12,780 USD	14,200 USD	15,620 USD	17,040 USD	
* Trudna žena ubraja se kao dva člana obitelji.						
Ako su pacijenti na kliznoj ljestvici naknade od 20 % do 80 % odgovorni za neposredno plaćene medicinske troškove koji ispunjavaju uvjete i premašuju 30 % njihova bruto godišnjeg dohotka (tj., računi koje druge strane nisu platile), tada se iznos koji premašuje 30 % smatra kao pomoć u plaćanju bolničkih troškova (dobrotvorna zdravstvena skrb).						

KRITERIJ IMOVINE

Pojedinačna imovina ne smije iznositi više od 7.500 USD, a obiteljska imovina ne smije premašiti iznos od 15.000 USD.

15. ožujka 2026.