
DATA E HYRJES NË FUQI: 20 shkurt 2024**TITULLI I POLITIKËS:***Asistencë financiare për pacientët**Rishikohet çdo tre vjet nga:
Bordi i Drejtorëve të Shërbesës***RISHIKOHET NGA: 1 mars 2027**

POLITIKA

Politika e Shërbesës (dhe e çdo Shërbese të "Trinity Health") trajton nevojën për asistencë financiare dhe mbështetje të pacientëve për shërbimet e nevojshme mjekësore urgjente dhe jo me zgjedhje të ofruara sipas ligjit shtetëror ose federal në fuqi. Përshtatshmëria për ndihmë financiare dhe mbështetje nga Shërbesa përcaktohet në mënyrë individuale duke përdorur kritere të hollësishme së bashku me vlerësimin e nevojave të kujdesit shëndetësor të pacientit dhe/ose familjes, burimeve financiare dhe detyrimeve. "Trinity Health" pret pagesa për shërbimet nga individë që janë në gjendje të paguajnë (siç përcaktohet në këtë Politikë).

I. Kriteret e përshtatshmërisë për ndihmë financiare

Asistenca financiare e përshkruar në këtë seksion u ofrohet pacientëve që banojnë në zonën e shërbimit (siç përcaktohet në këtë Politikë). Për më tepër, Shërbesa do të ofrojë asistencë financiare për pacientët jashtë zonës së tyre të shërbimit, të cilët kualifikohen për programin Politika e Asistencës Financiare të Shërbesës ("Financial Assistance Policy", FAP) dhe që paraqiten në kushte emergjente ose kërcënuese për jetën dhe marrin kujdes mjekësor urgjent.

"Trinity Health" ofron asistencë financiare për shërbimet në një strukturë spitalore (përfshirë shërbimet e ofruara në godinën spitalore nga një entitet me lidhje thelbësore) dhe Shërbesa do të ofrojë asistencë financiare për shërbimet e mëposhtme:

- A. Të gjithë kujdesin e nevojshëm mjekësor dhe kujdesin mjekësor urgjent për
1. pacientë që paguajnë vetë të cilët aplikojnë dhe përcaktohen se janë të përshtatshëm për asistencë financiare, dhe
 2. pacientët që supozohet se janë të përshtatshëm për ndihmë financiare.

- B. Pagesa të caktuara që duhet të paguhen nga pacientët me mbulim nga një pagues/sigurues në të cilin Shërbesa merr pjesë/kontraktin siç përshkruhet në këtë Politikë.

Shërbimet e kujdesit mjekësor emergjent do t'u ofrohen të gjithë pacientëve që paraqiten në repartin e urgjencës spitalore të Shërbesës, pavarësisht nga aftësia e pacientit për të paguar ose burimi i pagesës. Një kujdes i tillë mjekësor do të vazhdojë derisa gjendja e pacientit të stabilizohet, përpara se të përcaktohet marrëveshja e pagesës.

Shërbimet e mëposhtme nuk janë të përshtatshme për asistencë financiare nga "Trinity Health":

- A. Shërbimet kozmetike dhe procedura dhe shërbime të tjera me zgjedhje që nuk kategorizohen si "kujdes mjekësor i nevojshëm".
- B. Shërbimet që nuk ofrohen dhe faturohen nga Shërbesa (p.sh., shërbimet e mjekut të pavarur, infermiera private, transporti me ambulancë, etj.).
- C. Shërbesa mund të përjashtojë shërbimet që mbulohen nga një program sigurimi, duke përfshirë shërbimet e mbuluara kur ofrohen në një vend tjetër ofrues, por që nuk mbulohen në spitalet e Shërbesës "Trinity Health"; me kusht që të përmbushen detyrimet federale të Ligji për trajtimin mjekësor urgjent dhe fazën aktive të lindjes ("Emergency Medical Treatment and Active Labor Act", EMTALA).

Pacientët e mëposhtëm kanë të drejtë për asistencë financiare nga "Trinity Health":

- A. Pacientët e pasiguruar, të ardhurat familjare të të cilëve janë në ose nën 200% të Niveli Federal i Varfërisë ("Federal Poverty Level", FPL) do të kenë të drejtë për një zbritje 100% në tarifatat për shërbimet e marra.
- B. Pacientët e pasiguruar dhe pacientët e siguruar që marrin shërbime në shtetet me përqindje më të larta të zbritjeve të të ardhurave familjare gjithashtu do të kenë të drejtë për një zbritje në tarifatat për shërbimet e marra.
- C. Pacientët e pasiguruar, të ardhurat familjare të të cilëve janë mbi 200% të FPL-së dhe nuk kalojnë 400% të FPL-së (ose përqindjen më të lartë të kërkuar nga ligji i shtetit, nëse zbatohet) do të kenë të drejtë për një zbritje në tarifatat për shërbimet e marra. Një pacienti të përshtatshëm për këtë nivel të ndihmës financiare nuk do t'i ngarkohet një shumë më e madhe sesa ajo e përlogaritjes së Shuma të Faturoara Përgjithësisht ("Amounts Generally Billed", AGB).
- D. Pacientët e siguruar, të ardhurat familjare të të cilëve janë në ose nën 400% të FPL-së, do të kenë të drejtë për asistencë financiare për shumatat e bashkëpagesës, të zbritshme dhe të bashkësigurimit me kusht që marrëveshjet kontraktuale me siguruesin e pacientit të mos e ndalojnë ofrimin e një asistence të tillë.

Ndihma financiare ofrohet edhe për pacientët me probleme mjekësore. Një pacient me probleme mjekësore është një pacient i siguruar që aplikon për asistencë financiare dhe për shkak të

rrethanave të jashtëzakonshme ku shpenzimet mjekësore për një episod të kujdesit i kalojnë 20% të të ardhurave familjare shuma që tejkalon 20% të të ardhurave familjare (ose % më e ulët e kërkuar nga shteti ligji, nëse zbatohet) do të kualifikojë bashkëpagesat, bashkë-sigurimet dhe zbritjet e pacientit të siguruar për asistencë financiare. Zbritjet për kujdesin shëndetësor me probleme për ata që janë të pasiguruar nuk do të jenë më pak se AGB-ja e Shërbesës për shërbimet e ofruara ose një shume për të rikthyer shpenzimet katastrofike mjekësore të pacientit ndaj normave të të ardhurave familjare në 20%.

II. Baza për llogaritjen e shumave që u faturohen pacientëve

Pacientëve të përshtatshëm për asistencë financiare nuk do t'ju ngarkohet më shumë se AGB-ja për kujdesin urgjent dhe për kujdesin tjetër të nevojshëm mjekësor. "Trinity Health" përdor një metodë rishikimi për të llogaritur AGB-në duke pjesëtuar shumën e kërkesave të paguara të programit "Medicare" me totalin e tarifave bruto të paraqitura, në përputhje me Kodin e të Ardhurave të Brendshme seksioni 501(r).

Një kopje e përshkrimit të llogaritjes dhe përqindjes(ve) të AGB-së mund të merret, pa pagesë, në faqen e internetit të Shërbesës ose duke telefonuar Qendra e Shërbimeve të Biznesit të Pacientëve në 800-494-5797.

III. Mënyra për të aplikuar për ndihmë financiare

Një pacient mund të kualifikohet për asistencë financiare duke paraqitur një aplikim FAP të plotësuar, ose nëpërmjet të drejtës së supozuar të vlerësimit. Përshtatshmëria bazohet në vlerësimin dhe llogaritjen e nevojave të kujdesit shëndetësor të pacientit dhe/ose familjes, burimeve financiare dhe detyrimeve në datën e shërbimit. Një pacient i përcaktuar si i përshtatshëm do të jetë i përshtatshëm për ndihmë financiare për gjashtë muaj nga data e parë e shërbimit për të cilin pacienti përcaktohet se është i përshtatshëm për ndihmë financiare.

Përshtatshmëria për asistencë financiare kërkon bashkëpunimin e plotë të pacientit, gjatë procesit të aplikimit, nëse është e zbatueshme, duke përfshirë:

- A. Plotësimi i aplikimit FAP, duke përfshirë dorëzimin e të gjitha dokumenteve të kërkuara; dhe
- B. Pjesëmarrja në procesin e aplikimit për të gjithë ndihmën në dispozicion, duke përfshirë, por pa u kufizuar në, asistencën financiare qeveritare dhe programe të tjera.

Shërbesa do të jetë proaktive në ndihmë të pacientëve që ata të aplikojnë për programe publike dhe private për të cilat mund të kualifikohen dhe që mund t'i ndihmojnë ata në marrjen dhe pagesën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Shërbesa mund të marrë në konsideratë ofrimin e asistencës të nivelit Premium për një periudhë të kufizuar kohore nëse një pacient do t'i miratohej përfitimi i asistencës financiare.

Shërbesa do të njoftojë pacientët që paraqesin një aplikim FAP jo të plotë dhe do të specifikojë informacionin shtesë dhe/ose dokumentacionin e nevojshëm për të përfunduar procesin e aplikimit, i cili duhet të sigurohet brenda 30 ditëve.

Shërbesa rezervon të drejtën të refuzojë ndihmën financiare nëse aplikimi FAP nuk dërgohet brenda periudhës së aplikimit.

Pacientët që duan të aplikojnë për asistencë financiare mund të marrin një kopje falas të aplikimit FAP si më poshtë:

- A. Kërkoni një kopje të aplikimit FAP nga zyra e pranimit, reparti i emergjencave ose një konsulent financiar në vendin ku është ofruar shërbimi;
- B. Shkarkoni dhe printoni aplikimin FAP nga faqja e internetit e Shërbesës;
- C. Paraqisni një kërkesë me shkrim në Qendrën e Shërbimeve të Biznesit të Pacientëve në adresën aktuale të afishuar në faqen e internetit dhe të përfshirë në njoftimet dhe aplikimet FAP; ose
- D. Telefononi Qendrën e Shërbimeve të Biznesit të Pacientëve në 800-494-5797 ose numrin aktual të telefonit të afishuar në faqen e internetit dhe të përfshirë në njoftimet dhe aplikimet FAP.

IV. Përcaktimet e përshtatshmërisë

"Trinity Health" do të përdorë një model parashikues për të kualifikuar pacientët për asistencë financiare në mënyrë të supozuar. Përshtatshmëria e supozuar për asistencë financiare mund të përcaktohet në çdo moment të ciklit të të ardhurave.

Nëse një pacient përcaktohet si jo i përshtatshëm për asistencë financiare ose i përshtatshëm për më pak se ndihma maksimale e në dispozicion sipas FAP, "Trinity Health" do të:

- A. Njofton pacientin se mbi çfarë bazash përcaktohet përshtatshmëria dhe se si pacienti mund të apelojë ose të aplikojë për ndihmë edhe më të madhe në dispozicion sipas FAP;
- B. I jep pacientit të paktën 30 ditë për të apeluar ose aplikuar për ndihmë më të madhe; dhe
- C. Përpunon çdo aplikim të plotë FAP që pacienti dorëzon deri në fund të periudhës së aplikimit.

V. Komunikime efikase

Shërbesa do të vendosë tabela dhe do të shfaqë broshurat që ofrojnë informacione bazë për FAP-in e Shërbesës në vendndodhjet publike të Shërbesës. Shërbesa do të afishojë FAP-in, një përmbledhje në gjuhë të thjeshtë dhe një formular aplikimi në faqen e internetit të Shërbesës dhe do të vërë në dispozicion të pacientëve sipas kërkesës FAP të Shërbesës, përmbledhjen në gjuhë të thjeshtë dhe formularin e aplikimit.

Trinity Health Michigan Politika nr. 1

Politika e Pasqyrës së "Trinity Health" – Politika financiare nr. 1

Financial Assistance Policy Mirror Policy_Rev Feb 2024_via Language Services Associates, April 2024 in Albanian

VI. Procedura e faturimit dhe arkëtimit

Shërbesa do të zbatojë praktika të faturimit dhe arkëtimit për detyrimet e pagesës së pacientit që janë të drejta, të qëndrueshme dhe në përputhje me rregulloret shtetërore dhe federale. Veprimet që "Trinity Health" mund të ndërmarrë në rast të mospagimit përshkruhen në një procedurë të veçantë faturimi dhe arkëtimi. Një kopje procedurës së faturimit dhe arkëtimit mund të përfitohet pa pagesë duke telefonuar Qendrën e Shërbimeve të Biznesit të Pacientëve në 800-494-5797 ose përmes kërkesës me email. "Trinity Health" vepron në pajtueshmëri me 501(r) dhe ligjin që zbaton shteti në lidhje me ndalimet në lidhje me veprimet e jashtëzakonshme të mbledhjes së tyre kundër individëve të përcaktuar si të kualifikuar për ndihmë financiare. Përveç kësaj, nëse individit nuk është në gjendje të paguajë, "Trinity Health" nuk do të ndjekë veprime ligjore për të mbledhur një gjykim, për të vendosur një barrë mbi pronën e një individit ose për ta raportuar individin në një zyrë krediti.

Nëse një pacient ka bërë pagesa gjatë periudhës së aplikimit dhe përpara përcaktimit të përshtatshmërisë, "Trinity Health" do të rimbursojë shumat që tejkalojnë shumën e ndihmës financiare për të cilën pacienti është përcaktuar se është i përshtatshëm, përveç rastit kur kjo shumë është më pak se \$5.00.

VII. Lista e ofruesve të shërbimit

Lista e ofruesve të shërbimit që japin kujdes mjekësor urgjent ose kujdes të nevojshëm mjekësor në godinën spitalore që specifikon se cilët prej tyre ofrojnë asistencë financiare, siç përshkruhet në FAP, dhe cilët nuk ofrojnë, mbahet veçmas nga ky FAP. Kopja e listës së ofruesve mund të merret, pa pagesë, në faqen e internetit të Shërbesës ose duke telefonuar Qendrën e Shërbimeve të Biznesit të Pacientëve në 800-494-5797.

VIII. Zbritje të tjera

Pacientët të cilët nuk janë të përshtatshëm për asistencë financiare, siç përshkruhet në këtë Politikë, dhe që marrin kujdes urgjent ose kujdes tjetër mjekësor të nevojshëm/jo me zgjedhje, mund të kualifikohen për lloje të tjera të ndihmës të ofruara nga Shërbesa. Llojet e tjera të ndihmës nuk bazohen në nevojën dhe nuk janë pjesë e Politikës së Asistencës Financiare dhe ofrohen sipas gjykimit të Shërbesës.

FUSHËVEPRIMI / ZBATIMI

Kjo është Politika e Pasqyrës së "Trinity Health". Pra, kjo Politikë e Pasqyrës do të miratohet nga çdo Shërbesë dhe filial brenda sistemit që ofron ose faturon kujdesin spitalor të pacientëve. Kjo Politikë e Pasqyrës pasqyron dispozitat e Politika financiare 1, që është politika e ndihmës financiare në mbarë sistemin e "Trinity Health". Organizatat "Trinity Health" që ofrojnë ose faturon lloje të tjera të kujdesit për pacientët miratojnë një politikë të ndihmës financiare për të përmbushur nevojat e komunitetit ku shërbejnë dhe që ofron ndihmë financiare për individët që kanë nevojë për ndihmë dhe mbështetje financiare.

Ligji i shtetit zëvendëson procedurat në mbarë sistemin dhe Shërbesa vepron në përputhje me ligjin shtetëror në fuqi.

Politika synon të përmbushë zotimin e Shërbesës për:

- Sigurimin e qasjes në shërbime cilësore të kujdesit shëndetësor me dhembshuri, dinjitet dhe respekt për ata të cilëve u shërbejmë, veçanërisht për të varfrit dhe të pa favorizuarit në komunitetet tona.
- Kujdes për të gjithë personat, pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar shërbimet; dhe
- Ndihmë për pacientët që nuk mund të paguajnë për një pjesë ose të gjithë kujdesin që marrin.

Shërbesa është një bashkësi personash që shërbejnë së bashku në frymën e Ungjillit si një prani shëruese e dhembshur dhe transformuese brenda komuniteteve tona. Në përputhje me vlerat tona thelbësore, veçanërisht atë të Angazhimi ndaj atyre që përjetojnë varfëri, ne ofrojmë kujdes për personat që janë në nevojë dhe u kushtojmë vëmendje të veçantë atyre që janë më të cenueshëm, duke përfshirë ata që nuk janë në gjendje të paguajnë dhe ata mjetet e kufizuara të së cilëve e bëjnë jashtëzakonisht të vështirë përballimin e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor.

PËRKUFIZIMET

"Mundësi për të paguar" do të thotë:

- a. Një individ i cili është përcaktuar si i papërshtatshëm për programin Medicaid përmes një procesi shqyrtues të aplikimit të Medicaid ose që është refuzuar për përfitimet nga programi Programi Shtetëror i Medicaid.
 - "Trinity Health" nuk kërkon që një individ të aplikojë për programin "Medicaid" si një parakusht për asistencë financiare.
- b. Një individ i cili është përcaktuar si i papërshtatshëm për asistencë financiare pas shqyrtimit të aplikimit.
- c. Një individ që nuk ka aplikuar për ndihmë financiare pas skadimit të periudhës së aplikimit për asistencë financiare.
- d. Një individ që ka refuzuar të plotësojë një aplikim ose të bashkëpunojë në procesin e aplikimit për asistencë financiare.

Me Shuma të Faturuara Përgjithësisht ("Amounts Generally Billed", "AGB") kuptojmë shumat e faturuara në përgjithësi për kujdesin urgjent ose kujdes tjetër mjekësor të nevojshëm për pacientët që kanë sigurim i cili e mbulon një kujdes të tillë, AGB-ja akute dhe e mjekut e Shërbesës do të llogaritet duke përdorur metodologjinë e rishikimit të llogaritjes së shumës së kërkesave të paguara të programit Medicare pjesëtuar me totalin ose tarifat "bruto" për ato pretendime nga Zyrë

Sistemi ose Shërbesa çdo vit duke përdorur dymbëdhjetë muaj dëme të paguara me një vonesë 30 ditësh nga data e raportimit deri në datën më të fundit të daljes.

Periudha e aplikimit fillon ditën që ofrohet kujdesi dhe përfundon në fund të 240 ditëve pas asaj date ose --

- a. fundi i periudhës 30-ditore që pacientëve të kualifikuar për më pak se asistencë maksimale në dispozicion bazuar në statusin e supozuar të mbështetjes ose kualifikimit e mëparshëm të FAP-it, ofrohen për të aplikuar për ndihmë më të madhe.
- b. afati i parashikuar në një njoftim me shkrim pas të cilit mund të inicohen ECA-të.

Kujdesi mjekësor urgjent siç përcaktohet në seksionin 1867 të Ligji për Sigurimet Shoqërore ("Social Security Act"). Pacientët që kërkojnë kujdes për një problem mjekësor urgjent në një prej spitaleve të "Trinity Health" do të trajtohen pa diskriminim dhe pa marrë parasysh aftësinë e pacientit për të paguar për kujdesin. Shërbesa do të veprojë në përputhje me të gjitha kërkesat federale dhe shtetërore për kujdesin urgjent, duke përfshirë kontrollin, trajtimin dhe kërkesat e transferimit sipas Ligji për trajtimin mjekësor urgjent dhe fazën aktive të lindjes ("Emergency Medical Treatment and Labor Act", EMTALA).

Të ardhurat familjare do të thotë që të ardhurat familjare të një personi përfshijnë të ardhurat vjetore të të gjithë anëtarëve të rritur të familjes në familje nga periudha e mëparshme 12 mujore ose viti i mëparshëm tatimor, siç tregohet nga fletëpagesat e fundit ose deklaratat e tatimit mbi të ardhurat dhe informacione të tjera. Për pacientët nën 18 vjeç, të ardhurat familjare përfshijnë të ardhurat vjetore të prindërve dhe/ose njerikut, ose të të afërmeve kujdestarë. Vërtetimi i fitimeve mund të përcaktohet duke i përlllogaritur të ardhurat familjare si të përvitshme të vitit të deritanishëm, duke marrë parasysh normën aktuale të fitimeve.

Ndihma financiare do të thotë mbështetje (bamirësi, zbritje, etj.) e ofruar për pacientët për të cilët do të ishte e vështirë të paguajnë për koston e plotë të shërbimeve të nevojshme mjekësore të ofruara nga "Trinity Health", të cilët plotësojnë kriteret e kualifikimit për një ndihmë të tillë.

Politika e Asistencës Financiare ("Financial Assistance Policy", "FAP") nënkupton një politikë dhe procedurë të shkruar që plotëson kërkesat e përshkruara në §1.501(r)-4(b).

Aplikimi i Politikës së Asistencës Financiare ("FAP Application") nënkupton informacionin dhe dokumentacionin shoqërues që një pacient paraqet për të aplikuar për asistencë financiare sipas politikës FAP të një Shërbese. Shërbesa mund të marrë informacion nga një individ me shkrim ose me gojë (ose një kombinim të të dyjave).

Të ardhurat përfshijnë pagat bruto, mëditjet, pagat dhe të ardhurat nga vetëpunësimi, kompensimin e papunësisë, kompensimin e punonjësve, pagesat nga sigurimet shoqërore, ndihmën publike, përfitimet e veteranëve, mbështetjen e fëmijëve, alimentacionin, ndihmën arsimore, përfitimet e të mbijetuarve, pensionet, pensionin të ardhurat, sigurimet e rregullta dhe pagesat e pensionit, të ardhurat nga pronat dhe trustet, qiratë e marra, interesat/dividentët dhe të ardhurat nga burime të tjera të ndryshme.

Kujdesi i nevojshëm mjekësor nënkupton çdo shërbim ose produkt të kujdesit shëndetësor të ofruar nga një Shërbesë "Trinity" e përcaktuar në mënyrë të arsyeshme nga një ofrues, si e nevojshme për të parandaluar, diagnostikuar ose trajtuar një sëmundje, lëndim, sëmundje ose simptoma të saj. Kujdesi i nevojshëm mjekësor nuk përfshin shërbimet me zgjedhje që nuk mbulohen nga sigurimi/pagesa shtetërore/plani shëndetësor i aplikueshëm i pacientit ose procedurat kozmetike për të përmirësuar tërheqjen estetike të një pjese trupi normale ose që funksionon normalisht.

Shërbesa (nganjëherë referuar si Shërbesa për Shëndetësinë) nënkupton një filial, ose divizion të nivelit të parë (i drejtpërdrejtë) i "Trinity Health" me një organ qeverisës që mbikëqyr përditë menaxhimin e një pjese të caktuar të operacioneve të "Trinity Health System". Një shërbesë mund të bazohet në një treg gjeografik ose përkushtim ndaj një linje shërbimi ose biznesi. Shërbesat përfshijnë shërbesat e misionit, shërbesat kombëtare dhe shërbesat rajonale.

Politika e Pasqyrës nënkupton një politikë model të miratuar nga "Trinity Health" dhe që çdo shërbesë kërkohet ta miratojë si një politikë identike, nëse është e përshtatshme dhe e zbatueshme për operacionet e saj, por mund të modifikojë formatin për të pasqyruar preferencat e stilit lokal ose, në varësi të miratimit nga anëtari ELT përgjegjës për këtë "Mirror Policy" (Politikë të Pasqyrës), për të qenë në pajtueshmëri me ligjet dhe rregulloret shtetërore ose lokale ose kërkesat e licencimit dhe akreditimit.

Politikë do të thotë një deklaratë e drejtimit të nivelit të lartë për çështje të rëndësishme për "Trinity Health", shërbesat dhe filialet e saj ose një deklaratë që interpreton më tej dokumentet qeverisëse të "Trinity Health", shërbesave dhe filialeve të saj. Politikat mund të jenë ose të pavarura, në të mbarë sistemin ose politika pasqyrë të përcaktuara nga organi miratues.

Procedurë nënkupton një dokument i krijuar për të zbatuar një politikë ose një përshkrim të veprimeve ose proceseve specifike të kërkuara.

Zona e Shërbimit nënkupton tregjet parësore ku shërbesat ofrojnë shërbim. Kjo demonstron nga një listë e kodeve postare në të cilat banojnë pacientët.

Standardet ose Udhëzimet nënkuptojnë udhëzime dhe udhëzime shtesë që ndihmojnë në zbatimin e Procedurave, duke përfshirë ato të zhvilluara nga akreditimi ose organizatat profesionale.

Filiali nënkuptojnë një person juridik në të cilin Shërbesa e "Trinity" është anëtari i vetëm i korporatës ose aksionari i vetëm.

Pacient i pasiguruar nënkupton një individ që është i pasiguruar, që nuk ka mbulim nga një palë e tretë nga një sigures komercial i palës së tretë, një plan ERISA, programi Programi Federal i Kujdesit Shëndetësor duke përfshirë pa kufizim programet Medicare, Medicaid, SCHIP dhe CHAMPUS, Kompensimi i Punëtorëve, ose ndihmë tjetër nga palët e treta për të mbuluar të gjithë ose një pjesë të kostos së kujdesit.



DEPARTAMENTI PËRGJEGJËS

Udhëzime të mëtejshme në lidhje me këtë Politikë pasqyrimi mund të merren nga udhëheqja ekzekutive e Shërbesës.

MIRATIMET

Miratimi fillestar: 14 qershor 2014, Komiteti Drejtues i Bordit të Drejtorëve të "Trinity Health"

Rishikimi/Rishikimi(et) pasues: 18 shtator 2014; 1 korrik 2017; 8 dhjetor 2021, 6 dhjetor r 2023, 20 shkurt 2024