Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Содержание

Политика финансовой помощи LHMC	2
Применение	2
Ссылки	2
Цель	2
Определения	3
Право на финансовую помощь от LHMC	8
Услуги, не покрываемые финансовой помощью от LHMC	9
Доступная помощь	9
Программы социальной помощи	10
Финансовая помощь клиники через программу Health Safety Net	11
Роль консультантов по финансовой помощи	13
Обязанности пациента	15
Критерии предоставления финансовой мощи клиники	16
Скидки за счет финансовой помощи	18
Политика финансовой помощи	18
Причины отказа	21
Предполагаемое право на финансовую помощь	21
Скидка при оперативной оплате	22
Неотложная медицинская помощь	22
Установление платежеспособности и взыскание оплаты	23
Нормативные требования	23
Приложение 1 Заявка на финансовую помощь	25
Приложение 2 Заявка на участие в программе Medical Hardship	29
Приложение 3 Таблица скидок на основании уровня дохода и активов	33
Приложение 4	34

Средняя сумма счета (AGB) 34
Приложение 5 35
Поставщики, покрываемые клиникой и без покрытия 35
Приложение 6 Свободный доступ к документации 36
Изменения Политики 37

Политика финансовой помощи LHMC

Применение	Данная Политика применяется к Lahey Clinic Hospital, Inc., d/b/a Lahey Hospital & Medical Medical Center и Lahey Medical Center, Peabody (“LHMC”, “клиника” или “Клиника”) (она действует в отношении больницы и любой другой значимой организации как указано в правилах раздела 501(r) Министерства финансов) и поставщикам медицинских услуг, работающим на LHMC или аффилированным с LHMC (полный список поставщиков, затрагиваемых данной Политикой, см. в Приложении 5).
Ссылки	Закон об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA): сбор финансовой информации Политика установления платежеспособности и взыскания оплаты Федеральный прожиточный минимум, Министерство здравоохранения и социального обеспечения США Уведомление Федерального налогового управления США 2015-46 и §§1.501(r) (4)-(6) титула 29 Свода федеральных нормативных актов Приложение 1. Заявка на финансовую помощь по программе Charity Care Приложение 2. Заявка на финансовую помощь по программе Medical Hardship Приложение 3. Таблица скидок на основании уровня дохода и активов Приложение 4. Средняя сумма счета (AGB) Приложение 5. Затрагиваемые Политикой врачи и отделения Приложение 6. Открытый доступ к документации

Цель

Наша цель — быть на высоте в уходе за пациентами, образовании, исследованиях и оздоровлении населения в обслуживаемых нами районах.

LHMC стремится предоставлять финансовую помощь пациентам, которые нуждаются в медицинской помощи, но не застрахованы, застрахованы на недостаточную сумму или не отвечают требованиям государственной программы или по иным причинам не способны оплатить экстренные, неотложные и другие необходимые медицинские услуги ввиду своего финансового положения. Данная Политика финансовой помощи разработана в соответствии с действующим законодательством штата и федерального уровня для нашей зоны обслуживания. Пациенты, соответствующие критериям программы финансовой помощи, получат услуги от соответствующих поставщиков LHMC со скидкой. Также пациентам, соответствующим критериям программы финансовой помощи от базовой больницы (включая Addison Gilbert Hospital; Anna Jaques Hospital; BayRidge Hospital; Beth Israel Deaconess Medical Center; Beth Israel Deaconess Hospital в Милтоне, Недеме и Плимуте; Beverly Hospital; Lahey Hospital & Medical Center, Burlington; Lahey Medical Center, Peabody; Mount Auburn Hospital; New England Baptist Hospital; и Winchester Hospital) не потребуется снова во время квалификационного периода подавать заявку на получение финансовой помощи от LHMC.

Финансовая помощь по данной Политике оказывается при условии, что пациенты подают заявку (заявки) в порядке, предусмотренном данной Политикой и социальными и страховыми программами, которые могут быть доступны для покрытия медицинских расходов.

Мы не допускаем дискриминации по возрасту, полу, расе, убеждениям, религии, инвалидности, сексуальной ориентации, гендерной самоидентификации, национальности или иммиграционному статусу при определении соответствия пациента.

Определения

Следующие определения применимы ко всем разделам данной Политики.

Классификация экстренных и не экстренных услуг основывается на следующих общих определениях, а также на заключении лечащего врача. Приведенные ниже определения неотложных и экстренных услуг далее используются клиникой для определения допустимого покрытия проблемных задолженностей за экстренные и неотложные услуги в рамках программы финансовой помощи клиники, включая Health Safety Net.

Средняя сумма счета (Amounts Generally Billed, AGB). Средняя сумма счета — это сумма, обычно выставляемая пациенту, имеющим страховку за экстренную, неотложную или другую необходимую медицинскую помощь. LHMC использует метод "оглядки назад", описанный в разделе 1.501(r)-5(b)(3) титула 29 Свода федеральных нормативных актов, для определения своего AGB процента. Процент AGB рассчитывается путем деления суммы всех поступающих требований в LHMC за экстренную, неотложную и другую необходимую медицинскую помощь, которые были разрешены частными страховщиками и платными услугами Medicare Fee-for-Service в течение предыдущего финансового года (с 1 октября по 30 сентября) (включая совместное страхование, доплаты и франшизы) на сумму соответствующих валовых сборов по этим требований. Затем AGB определяется путем умножения процента AGB

на общую сумму оплаты за оказанную помощь пациенту. LHMC использует только одну процентную ставку AGB и не рассчитывает другую для разных видов ухода. AGB рассчитывается ежегодно к 45-му дню, следующему за завершением предыдущего календарного года, и вводится в действие к 120-му дню, следующему за завершением календарного года. После определения того, что пациент имеет право на получение финансовой помощи в соответствии с настоящей Политикой, с такого лица не может взиматься плата, превышающая AGB, за экстренную, неотложную или другую необходимую медицинскую помощь.

Больше информации можно найти в Приложении 4.

Период подачи заявки. Период, в течение которого заявки на финансовую помощь будут приняты и обработаны. Период подачи заявки начинается с даты предоставления первого сводного счета после выписки и завершается в 240-й день после этой даты.

Активы. Состоят из:
- Сберегательных счетов
- Текущих счетов
- Медицинских сберегательных счетов (Health Savings Account, HSA)*
- Счетов покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Arrangement, HRA)*
- Сберегательных счетов на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA)*

*Если пациент/поручитель имеет HSA, HRA, FSA или аналогичный фонд, предназначенный для семейных медицинских расходов, то такой пациент/поручитель не имеет права на получение финансовой помощи до тех пор, пока такие активы не будут исчерпаны в соответствии с настоящей Политикой.

Программа Charity Care. Пациенты или их поручители со среднегодовым семейным доходом в размере 400% или ниже федерального прожиточного минимума, которые тем не менее отвечают другим критериям приемлемости, установленным в настоящей Политике, 100% освобождаются от уплаты за медицинские услуги, предоставляемые LHMC.

Плановое обеспечение: Больничное обслуживание, в которое не входит экстренная, неотложная или другая необходимая медицинская помощь (как это определено ниже).

Экстренная медицинская помощь: услуги, предоставляемые с целью оценки, диагностики и/или лечения неотложного медицинского состояния.

Экстренное медицинское состояние. В соответствии со статьей 1867 Закона о социальном обеспечении (42 U.S.C. 1395dd) термин «экстренное медицинское состояние» означает медицинское состояние, характеризующееся острыми симптомами достаточной степени тяжести, при которых без медицинской помощи возможны:

1. Серьезная опасность для здоровья пациента (или, в случае беременности, здоровья женщины или ее ребенка);
2. Серьезное нарушение функций организма;
3. Серьезная дисфункция какого-либо органа или части тела; или

4. При беременности в случае схваток:
    a. Недостаточность времени для безопасной транспортировки в другую больницу; и
    b. Транспортировка может угрожать здоровью или безопасности женщины или ребенка

Семья. Согласно Бюро переписи населения США, группа из двоих или более людей, которые проживают вместе и состоят в родстве по рождению, браку или факту усыновления. Если пациент заявляет, что кто-либо является иждивенцем по декларации подоходного налога, согласно правилам Федеральной налоговой службы США, он может считаться иждивенцем для определения соответствия критериям данной Политики.

Семейный доход. Семейный доход заявителя складывается из совокупного дохода всех взрослых членов семьи, живущих в одном доме и включенных в самую последнюю налоговую декларацию. Для пациентов, не достигших 18 лет, семейный доход включает доход родителя, или родителей, и/или приемных родителей, или родственников-опекунов. Семейный доход определяется в соответствии с определением Бюро переписи населения, которое учитывает следующие виды дохода при расчете федерального прожиточного минимума:

1. Включает заработную плату, пособия по безработице, компенсации работника, социальные пособия, дополнительный социальный доход, государственное денежное пособие, выплаты ветеранам, пособия в связи с потерей кормильца, пенсию или пенсионный доход, проценты, дивиденды, ренту, авторские гонорары, доход от имущества, трасты, образовательные стипендии, алименты и пособие на ребенка
2. Неденежные льготы (такие как продовольственные талоны и субсидии на жилье) не учитываются
3. Определяется до вычета налогов (валовой)
4. Не включает доходы от прироста капитала и убытки

Федеральный прожиточный минимум. Федеральный прожиточный минимум (Federal Poverty Level, FPL) рассчитывается для выявления бедного населения в США на основании уровня доходов, который варьируется в зависимости от размера и состава семьи. FPL периодически меняется в федеральном реестре Министерства здравоохранения и социального обеспечения США на основании параграфа (2) статьи 9902 титула 42 Кодекса Соединенных Штатов Америки. Текущие данные об FPL см. по ссылке https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Финансовая помощь. Помощь, включающая программу Charity Care и программу Medical Hardship и, предоставляемая определенным пациентам, чтобы полностью или частично облегчить непосильные для них финансовые обязательства за экстренные, неотложные или другие необходимые по медицинским показаниям услуги LHMC.

Поручитель. Лицо, не являющееся пациентом и несущее ответственность за оплату счета пациента.

Общая сумма к оплате. Общая сумма по полным установленным тарифам, возложенная на пациентов за медицинские услуги до вычетов из дохода.

Бездомные. По определению федерального правительства и федерального реестра Министерства жилищного строительства и городского развития: “Лицо или семья, не имеющие постоянного приемлемого места для ночлега, то есть ночующие преимущественно в государственном или частном учреждении, не предназначенном для жилья, или проживающие в государственном или частном приюте,

предоставляющем временное убежище. Данная категория также включает лиц, которые покидают учреждение, где они проживали как минимум в течение 90 дней, а перед этим жили во временном приюте или месте, не предназначенном для жилья."

В программе страхования. LHMC и ее филиалы заключают контракты со страховой компанией пациента по вопросам возможного возмещения ущерба по согласованным ставкам.

Medical Hardship. Финансовая помощь, предоставляемая определенным пациентам, чьи счета за медицинское обслуживание составляют 25% или более их семейного дохода.

Услуги, необходимые по медицинским показаниям. Услуги, необходимые по медицинским показаниям, например стационарное или амбулаторное обслуживание с целью оценки, диагностики и/или лечения травмы или заболевания. В дополнение к удовлетворению клинических критерий, такие услуги, как правило, определяемые программой Medicare Free-for-Service, частными медицинскими компаниями страхования или другими программами страхования гражданской ответственности.

Medicare Fee-for-Service. Медицинская страховка по программе Medicare согласно части A и части B раздела XVIII Закона о социальном обеспечении (42 USC 1395c-1395w-5).

Вне программы страхования. LHMC и ее филиалы не заключают договоров со страховой компанией пациента по вопросам возмещения ущерба по согласованным ставкам, что обычно сводится к принятию пациентом на себя более высокой ответственности.

План оплаты. План погашения причитающейся с пациента суммы, согласованный с ним/поручителем и либо с LHMC, либо с третьей стороной, представляющей LHMC. План оплаты выбирается исходя из финансового положения пациента, размера причитающейся суммы и всех предыдущих выплат.

Предположительное соответствие критериям. В некоторых случаях в целях индивидуальной оценки финансовых нужд незастрахованные пациенты могут быть признаны предположительно соответствующими критериям для получения финансовой помощи на основании их участия

в других программах для нуждающихся или другой информации, не предоставляемой непосредственно пациентом.

Частная медицинская страховая компания. Любая негосударственная организация медицинского страхования, в том числе негосударственные организации, предлагающие план медицинского страхования в рамках Medicare Advantage.

Квалификационный период. Заявителям, которые отвечают критериям для получения финансовой помощи, она будет оказываться в течение шести месяцев с даты одобрения заявки. Чтобы продлить свое право на финансовую помощь еще на 6 (шесть) месяцев, пациенты должны подтвердить, что их финансовое положение не изменилось за последние 6 (шесть) месяцев квалификационного периода.

Скидка для незастрахованных пациентов. Пациенты, не имеющие страхового покрытия третьей стороны, получат скидку для незастрахованных пациентов на некоторые услуги LHMC в рамках данной Политики, когда запрашивается оплата без скидок.

Незастрахованный пациент. Пациент без страхового покрытия третьей стороны за счет частной страховой медицинской компании, плана по
Закону о пенсионном обеспечении (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), федеральной программы здравоохранения (включая, помимо прочего, Medicare Fee-for-Service, Medicaid, SCHIP и CHAMPUS), компенсаций работников или другого вспомогательного источника для покрытия расходов на медицинские услуги.

Пациент, застрахованный на недостаточную сумму. Любое лицо с частной или государственной страховкой, которому ввиду финансового положения будет трудно полностью покрыть ожидаемые личные расходы на медицинские услуги LHMC.

Неотложная помощь. Необходимая медицинская помощь, предоставляемая в учреждении скорой медицинской помощи после внезапного начала медицинского (физического или психического) состояния, которое проявляется в виде острых симптомов достаточной степени тяжести (включая острую боль), очевидных для неспециалиста и свидетельствующих о том, что отсутствие медицинской помощи в

течение 24 часов будет объективно угрожать жизни пациента, приведет к нарушению функций организма или дисфункции органов или частей тела.

Право на финансовую помощь от LHMC

Услуги, покрываемые в рамках Политики финансовой помощи LHMC, должны иметь клиническое обоснование и быть в рамках приемлемых медицинских стандартов.

Они включают следующее:

1. Внутрисетевые и внесетевые сборы за экстренную медицинскую помощь, как указано выше.
2. Внутрисетевые сборы за неотложную медицинскую помощь, как указано выше.
3. Внутрисетевые сборы за необходимую медицинскую помощь, как указано выше.
4. Внутрисетевые и внесетевые вознаграждения специалистов за экстренную медицинскую помощь, как указано выше, оказываемую поставщиками, нанятыми LHMC и ее филиалами. См. Приложение 5.
5. Внутрисетевые вознаграждения специалистов за неотложную и необходимую медицинскую помощь, оказываемую поставщиками, нанятыми LHMC и ее филиалами. См. Приложение 5.

Услуги, не покрываемые финансовой помощью от LHMC

Услуги, не покрываемые в рамках финансовой помощи, включают:

1. Вознаграждения специалистов и сборы за плановые
2. процедуры, как указано выше.
   Вознаграждения специалистов за медицинскую помощь, на которых Финансовая Политика LHMC не распространяется (например, частные или не связанные с LHMC медицинские работники и специалисты, санитарные перевозчики и т. д.). См. Приложение 5. Пациенты могут связаться с этими поставщиками напрямую, чтобы узнать, предлагают ли они финансовую помощь, и согласовать оплату. Полный список поставщиков, не затрагиваемых данной Политикой, см. в Приложении 5.
3. Внесетевые сборы и вознаграждения специалистов за экстренную помощь и необходимую медицинскую помощь, которая не является неотложной помощью, как указано выше.

Доступная помощь

LHMC предлагает помощь пациентам с помощью подачи заявления на участие в программах государственной социальной и финансовой помощи от больницы. Более подробную информацию можно найти ниже.

LHMC будет прилагать все усилия для сбора страхового анамнеза пациента и другой информации, чтобы подтвердить покрытие экстренной, стационарной или амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой больницей. Вся информация будет получена до оказания любых экстренных и неотложных медицинских услуг. Больница будет отсрочивать любую попытку получения данной информации во время предоставления любого уровня экстренной медицинской помощи или услуг экстренной медицинской помощи, при условии, что данный процесс получения этой информации будет задерживать или мешать либо медицинскому осмотру, либо службам, отправленным для оказания скорой медицинской помощи.

Больница прилагает все возможные усилия по надлежащей проверке для выяснения того, может ли страховка или другой ресурс третьей стороны отвечать за стоимость услуг, предоставляемых больницей, должны включать, помимо прочего, наличие у пациентов полиса для покрытия расходов в том числе: (1) политис ответственности владельца транспортного средства или дома, (2) общий полис защиты от несчастных случаев или травм, (3) программы компенсации работникам и (4) полисы студенческого страхования. Если больница может определить ответственное третье лицо или получила платеж от третьего лица или другого источника (в том числе от частного страховщика или другой государственной программы), больница сообщит о выплате соответствующей программе и возместит ее, если в соответствии с требованиями обработки претензий программы, против любых претензий, которые могли быть оплачены третьей стороной или другим ресурсом. Для государственных программ государственной помощи, которые фактически оплатили стоимость услуг, больница не обязана обеспечивать назначение права пациента на покрытие услуг третьими лицами. В этих случаях пациент должен знать, что соответствующая государственная программа может попытаться получить назначение на стоимость услуг, предоставляемых пациенту.

LHMC проверит в системе подтверждения права штата Массачусетс, чтобы убедиться, что пациент не является пациентом с низким доходом и не подал заявку на покрытие расходов для премиальной программы помощи MassHealth, программу помощи в уплате страховых взносов под управлением Health Connector, Children's Medical Security Plan или Health Safety Net для покрытия проблемных долгов.

Программы социальной помощи

Незастрахованным и застрахованным на недостаточную сумму пациентам клиника постарается помочь подать заявку на участие в государственной программе социальной помощи или внутренней программе финансовой помощи, которая может полностью или частично покрыть неоплаченные больничные счета. Чтобы помочь незастрахованным или застрахованным на недостаточную сумму лицам найти доступные и подходящие возможности, клиника уведомит всех пациентов о доступности программ социальной и финансовой помощи во время первой личной регистрации в месте получения медицинских услуг, во всех отправленных пациенту или поручителю счетах, а также когда поставщик будет уведомлен или во время надлежащей проверки выяснит об изменении статуса пациента на право получения государственного или частного страхового покрытия.

Пациенты клиники могут иметь право на бесплатные или частично оплачиваемые медицинские услуги за счет различных программ социальной помощи штата (включая, помимо прочего, MassHealth, программу помощи в уплате страховых взносов под управлением Health Connector, Children's Medical Security Plan и Health Safety Net). Такие программы направлены на оказание помощи малоимущим пациентам с учетом индивидуальной способности каждого из них оплатить медицинские услуги. Незастрахованным и застрахованным на недостаточную сумму лицам клиника при необходимости поможет с подачей заявки на покрытие за счет государственной программы социальной помощи и внутренней программы финансовой помощи, которые могут полностью или частично покрыть неоплаченные больничные счета.

Клиника может помочь пациентам при подаче заявки на участие в программах медицинского страхования штата. Они включают MassHealth, программу помощи в уплате страховых взносов под управлением Health Connector и Children's Medical Security Plan. Для этих программ заявители могут подать заявку онлайн (на

централизованном веб-сайте Health Connector), в бумажном виде или через телефонную службу, где вам ответит представитель MassHealth или Connector. Пациенты могут также попросить помощи у финансовых консультантов клиники (также называемых сертифицированными консультантами по подаче заявок) с подачей заявки онлайн или в бумажном виде.

Финансовая помощь клиники через программу Health Safety Net

Как участник программы Health Safety Net в штате Массачусетс клиника также предоставляет финансовую помощь малоимущим незастрахованным или застрахованным на недостаточную сумму пациентам, проживающим в штате Массачусетс и имеющим определенный доход. Программа Health Safety Net была разработана для более равномерного распределения расходов на некомпенсируемую помощь малоимущим незастрахованным или застрахованным на недостаточную сумму пациентам в виде бесплатных или частично оплачиваемых услуг в учреждениях скорой помощи штата Массачусетс. Некомпенсируемые услуги по программе Health Safety Net объединены с расчетом на то, что каждое учреждение будет покрывать расходы незастрахованных или застрахованных на недостаточную сумму пациентов с доходом до 300% от федерального прожиточного минимума. Политика клиники предполагает, что предоставляемая ею финансовая помощь включает услуги Health Safety Net как часть некомпенсируемой помощи для малоимущих пациентов.

Участие в программе Health Safety Net дает малоимущим пациентам клиники возможность получать финансовую помощь, включая бесплатную или частичную оплату некоторых услуг Health Safety Net, перечисленных в разделе 613.00 титула 101 Свода нормативно-правовых актов штата Массачусетс (Code of Massachusetts Regulations, CMR).

(a) Health Safety Net — Primary (основная помощь)
Незастрахованные пациенты, проживающие в штате Массачусетс и имеющие подтвержденный семейный доход, по определению MassHealth или Medical Hardship, в пределах 0–300% федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level) согласно 101 CMR 613.04(1), могут иметь право на некоторые услуги по программе Health Safety Net.

Согласно 101 CMR 613.04(5)(a) и (b) квалификационные период и вид услуг по *Health Safety Net — Primary* ограничен для пациентов, соответствующих критериям для участия в программе Premium

Assistance Payment Program под управлением Health Connector. Пациенты, соответствующие критериям студенческой программы здравоохранения согласно главе 15A, § 18 Свода законов штата Массачусетс (Massachusetts General Laws, M.G.L.), не имеют право на участие в программе *Health Safety Net — Primary*.

(b) *Health Safety Net — Secondary (вторичная помощь)* Пациенты, проживающие в штате Массачусетс и имеющие основную медицинскую страховку и семейный доход, по определению MassHealth или Medical Hardship, в пределах 0–300% FPL согласно 101 CMR 613.04(1), могут иметь право на некоторые услуги по программе Health Safety Net. Согласно 101 CMR 613.04(5)(a) и (b) квалификационный период и вид услуг по *Health Safety Net — Secondary* ограничен для пациентов, соответствующих критериям для участия в программе Premium Assistance Payment Program под управлением Health Connector. Пациенты, соответствующие критериям студенческой программы здравоохранения согласно M.G.L. 15A, § 18, не имеют право на участие в программе *Health Safety Net — Secondary*.

(c) *Health Safety Net — Partial Deductibles (частичный вычет)* Пациенты, имеющие право на участие в программе *Health Safety Net — Primary* или *Health Safety Net — Secondary* и семейный доход, по определению MassHealth или Medical Hardship, в пределах 150,1–300% FPL, могут иметь право на ежегодный вычет, если все члены семейной группы, облагаемой страховыми взносами, (Premium Billing Family Group, PBFG) имеют доход выше 150,1% FPL. Определение данной группы приведено в 130 CMR 501.0001.

Если кто-либо из группы PBFG имеет FPL ниже 150,1%, ее члены права на вычет не имеют. Ежегодный вычет равен наибольшей сумме из следующих:

1. Наименьшая сумма по программе Premium Assistance Payment Program под управлением Health Connector, скорректированная в соответствии с размером PBFG пропорционально стандартам дохода на основании FPL программы MassHealth на начало календарного года.
2. 40% разницы между самым низким семейным доходом, поопределению MassHealth или Medical Hardship, согласно 101 CMR 613.04(1) в группе PBFG заявителя и 200% FPL.

(d) Health Safety Net — Medical Hardship (помощь при трудностях с оплатой медицинских услуг)

Независимо от уровня дохода, жители штата Массачусетс могут претендовать на участие в программе *Health Safety Net — Medical Hardship* через Health Safety Net, если их допустимые расходы на медицинское обслуживание настолько превышают вычисляемый доход, что пациенты не могут заплатить. Чтобы претендовать на участие в программе *Medical Hardship*, допустимые расходы на медицинское обслуживание заявителя должны превышать установленный процент вычисляемого дохода заявителя в соответствии с 101 CMR 613.

Необходимый вклад заявителя рассчитывается как установленный процент вычисляемого дохода согласно CMR 613.05(1)(b) на основании FPL семьи по программе *Medical Hardship*, умноженный на фактический вычисляемый доход с вычетом счетов, не отвечающих требованиям Health Safety Net и подлежащих оплате заявителем. Дополнительные требования по программе *Medical Hardship* изложены в 101 CMR 613.05.

У пациентов, имеющих право на участие в программе Medical Hardship, клиника может запросить предоплату. Предоплата будет ограничена размером от 20% вклада по программе Medical Hardship до 1 000 долларов. Ко всему оставшемуся балансу будут применены условия плана оплаты в соответствии с 101 CMR 613.08(1)(g).

В целях программы Medical Hardship клиника будет работать с пациентом, чтобы определить уместность данной программы и помочь ему подать заявку на данную программу в Health Safety Net. Пациент должен своевременно предоставить всю необходимую информацию, которую запросит клиника, чтобы клиника могла отправить заполненную заявку. Если пациент может предоставить всю информацию своевременно, клиника постарается отправить заполненную заявку в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всей необходимой информации. Если заполненная заявка не отправлена в течение пяти рабочих дней с момента получения всей необходимой информации, действия по взысканию оплаты с пациента не могут быть предприняты по отношению к счетам, подпадающим под программу Medical Hardship.

Роль консультантов по финансовой помощи

Клиника помогает незастрахованным и застрахованным на недостаточную сумму пациентам подать заявку на медицинское страхование через подходящую программу социальной помощи (включая, помимо прочего, MassHealth, программу помощи в уплате страховых взносов под управлением Health Connector и Children's Medical Security Plan) и зарегистрироваться. Клиника также помогает пациентам, желающим подать заявку на финансовую помощь клиники, которая включает покрытие по программе Health Safety Net. Клиника должна:

a) предоставить информацию обо всех доступных программах, включая MassHealth, программу помощи в уплате страховых взносов под управлением Health Connector, Children's Medical Security Program и Health Safety Net;
b) помочь пациентам заполнить заявку на предоставление нового или продление текущего страхового покрытия;
c) взаимодействовать с пациентом, чтобы получить всю необходимую документацию;
d) отправлять заявки на предоставление или продление страхового покрытия (вместе со всей необходимой документацией);
e) если применимо и допустимо текущей системой ограничений, взаимодействовать с программами по поводу статуса таких заявок;
f) способствовать регистрации заявителей или получателей в программах страхования;
g) предлагать и предоставлять помощь с регистрацией избирателей.

Клиника уведомит пациентов о необходимости своевременно и точно сообщить клинике и соответствующему агентству штата свое полное имя, адрес, номер телефона, дату рождения, номер социального страхования (если имеется), а также информацию о текущих возможностях страхового покрытия (включая страховку на жилье, транспортное средство и другие виды полисов страхования ответственности) для оплаты оказанных медицинских услуг, любых других применимых финансовых источников, а также информацию о гражданстве и виде на жительство. Данная информация будет отправлена программе социальной помощи штата в рамках подачи заявки для определения страхового покрытия, предоставляемого пациенту.

Если пациент или поручитель не может предоставить необходимую информацию, клиника может (по запросу пациента) предпринять разумные усилия для получения дополнительной информации из других источников. Такие усилия включают взаимодействие с пациентом (при его запросе) с целью определить, нужно ли отправить счет за услуги пациенту, чтобы помочь ему получить однократный вычет. Это возможно во время записи на прием, предварительной регистрации, госпитализации, выписки или в течение разумного времени после выписки из клиники. Полученная клиникой информация будет храниться в соответствии с применимым законодательством штата и федерального уровня о конфиденциальности и безопасности.

Клиника также уведомит пациента во время подачи заявки о том, что он должен сообщить клинике и агентству штата, предоставляющему покрытие медицинских услуг, о любых других средствах, которые могут удовлетворить страховые требования, включая страховку на жилье, транспортное средство и другие полисы страхования ответственности. Если пациент подал платежное требование третьей стороне или начал судебный процесс против третьей стороны, клиника сообщит пациенту о необходимости уведомить поставщика и программу штата об этих действиях в течение 10 дней. Пациенту также сообщат, что он должен оплатить соответствующему агентству штата стоимость медицинских услуг, покрытых программой штата, если есть взыскание по иску, или передать штату права на взыскание соответствующей суммы.

При обращении пациента в клинику она попробует определить, подходит ли пациент для программы социальной помощи или может ли получить финансовую помощь от клиники. Пациент, участвующий в программе социальной помощи, может претендовать на определенные льготы. Пациенты могут также претендовать на дополнительную помощь по программе финансовой помощи клиники на основании документов, подтверждающих доход, имущество пациента, и допустимых медицинских расходов.

Обязанности пациента

До получения каких-либо медицинских услуг (за исключением помощи для стабилизации при неотложном или экстренном состоянии) пациент обязан своевременно предоставить точные демографические данные, информацию о своем текущем страховом статусе, об изменениях семейного дохода или группового полиса (при наличии), а также по возможности о доплатах, совместном страховании и франшизах, предусмотренных страховым планом или программой финансовой поддержки. В качестве подробной информации по каждому пункту следует указать, помимо прочего:

- полное имя и фамилию, адрес, номер телефона, дату рождения, номер социального страхования (если имеется), план страхового покрытия медицинских услуг, данные о гражданстве или виде на жительство, а также о доступных финансовых средствах пациента, которыми он может воспользоваться для оплаты предоставленных медицинских услуг;
- если это применимо, то полное имя и фамилию поручителя пациента, его адрес, номер телефона, дату рождения, номер социального страхования (если имеется), план страхового покрытия медицинских услуг и данные о доступных финансовых средствах поручителя, которыми он может воспользоваться для оплаты предоставленных пациенту медицинских услуг;
- информацию о других средствах, которые могут быть использованы для оплаты предоставленных медицинских услуг, включая другие страховые программы, страховые полисы на транспортные средства или жилье (если необходимость в лечении возникла после несчастного случая), программы страхования от несчастных случаев на производстве, полисы страхования учащихся или любые другие составляющие семейного дохода, такие как наследство, подарки и в том числе распределяемая прибыль из доступных фондов.

Пациент обязан отслеживать неоплаченные счета из клиники, включая любые непогашенные доплаты, совместные выплаты и франшизы, а также обращаться в клинику, если ему понадобится помощь с частичной или полной оплатой счетов. Пациент должен сообщать о любых изменениях размера семейного дохода или страхового статуса текущему медицинскому страховщику (если имеется) или агентству штата, которое определило пациента как соответствующего критериям для участия в государственной программе. В случае изменений в размере семейного дохода или страховом статусе клиника может также помочь пациенту возобновить право на участие в государственной программе при условии, что пациент уведомит клинику о любых подобных изменениях.

Пациентам также необходимо уведомлять клинику и соответствующую программу, по которой они получают помощь (например, MassHealth, Connector. или Health Safety Net), о любых изменениях в семейном доходе или подаче страхового требования, которое поможет возместить стоимость оказанных в клинике услуг. При участии третьей стороны (например, страховщика жилья или транспортного средства), которая несет ответственность за покрытие расходов пациента в случае ДТП или другого несчастного случая, пациент будет сотрудничать с клиникой или применимой программой (включая, помимо прочего, MassHealth, Connector или Health Safety Net), чтобы передать этой стороне право на взыскание выплаченной или не выплаченной стоимости этих услуг.

Критерии предоставления финансовой мощи клиники

Финансовая помощь будет предоставлена незастрахованным, застрахованным на недостаточную сумму пациентам и их поручителям, которые отвечают критериям, указанным ниже. Эти критерии будут гарантировать согласованное применение данной Политики финансовой помощи во всех отделениях LHMC. LHMC оставляет за собой право при необходимости пересматривать, корректировать или изменять данную Политику. LHMC будет помогать людям подавать и заполнять заявление на получение финансовой помощи в больнице (см. Приложение 1 и Приложение 2).
Перед рассмотрением возможности предоставления финансовой помощи пациенту должны быть проверены и оценены его источники оплаты (страховка от работодателя, Medicaid, фонды нуждающихся, программа для жертв насилия и т. д.). Если выяснится, что пациент может претендовать на другую помощь, LHMC направит его в соответствующее агентство для заполнения заявок и форм. Соискатели помощи не должны иметь других возможностей оплаты. Таково условие предоставления финансовой помощи.

Соискатели финансовой помощи несут ответственность за подачу заявок в государственные программы и получение покрытия от частных страховых компаний. Пациентам/поручителям, которые предпочли не сотрудничать при подаче заявок в программы, названные LHMC возможными источниками оплаты, может быть отказано в финансовой помощи. Соискатели должны внести вклад в оплату медицинских услуг в зависимости от своей платежеспособности, как описано в данной Политике.

Перед подачей заявки на финансовую помощь LHMC пациенты/ поручители, которые могут иметь право на страховку Medicaid или

другие возможности медицинского страхования, должны подать заявку на Medicaid или предъявить подтверждение подачи заявки на Medicaid или другие возможности медицинского страхования через федеральный рынок медицинского страхования в течение предыдущих 6 (шести) месяцев. Чтобы претендовать на получение финансовой помощи, пациенты/поручители должны сотрудничать во время процесса подачи заявки, предусмотренного данной Политикой.

Критерии, учитываемые LHMC при оценке соответствия пациента для получения финансовой помощи:

- Семейный доход
- Активы
- Отсутствие любой другой доступной государственной и частной помощи

Программа финансовой помощи LHMC доступна для всех пациентов, отвечающих критериям, которые установлены данной Политикой, вне зависимости от местоположения или места проживания. Финансовая помощь будет предоставлена пациентам/поручителям на основании финансовой необходимости и в соответствии с законодательством штата и федерального уровня.

Финансовая помощь будет предложена некоторым застрахованным на недостаточную сумму пациентам, при условии, что она не противоречит договору со страховщиком. Финансовая помощь обычно недоступна для погашения доплат или баланса, если пациент перестанет отвечать требованиям страховки.

Пациенты, имеющие медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA), счет покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Account, HRA) или сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA), должны будут использовать средства на счете перед получением финансовой помощи. LHMC оставляет за собой право отменить скидки, указанные в данной Политике, в случае если клиника обоснованно считает, что эти условия нарушают какие-либо правовые или договорные обязательства LHMC.

Скидки за счет финансовой помощи

На основании оценки семейного дохода, активов и медицинских обязательств заявителя пациенты могут получать один из видов помощи, указанных ниже. Все скидки указаны в отношении баланса пациента. Сетевые выплаты, совместное страхование и франшизы не могут превышать установленные суммы. Точно так же застрахованные пациенты, которые предпочитают не использовать доступное страховое покрытие в пользу третьей стороны ("добровольная оплата за счет собственных средств"), не имеют права на финансовую помощь на сумму задолженности на любом счете, зарегистрированном в качестве добровольной самостоятельной оплаты. Однако, ни в коем случае с пациента, у которого есть право на получение финансовой помощи в больнице, не будет взиматься плата, превышающая AGB.

Программа Charity Care. В соответствии с положениями данной Политики LHMC предоставит обслуживание со 100%-й скидкой пациентам/поручителям, чей семейный доход не превышает 400% текущего федерального прожиточного минимума, кто в противном случае соответствуют другим критериям приемлемости, изложенным в этой Политике.

Medical Hardship. Скидка 100% будет предоставлена пациентам, которые удовлетворяют установленным критериям и чья сумма задолженности за медицинские услуги больше или равна 25% их семейного дохода, кто в противном случае соответствуют другим критериям приемлемости, изложенным в этой Политике.

Политика финансовой помощи

Информацию, касающуюся Политики финансовой помощи LHMC, ее краткое изложение в более доступной форме и бланк заявки на финансовую помощь можно найти на веб-сайте LHMC. Эта информация будет переведена на любой язык, на котором разговаривает не менее 1 000 человек или 5% населения зоны обслуживания LHMC.

Кроме этого, клиника LHMC предоставляет ссылки на информацию о Политиках оплаты и финансовой помощи во всех ежемесячных уведомлениях для пациентов и письмах с напоминанием о задолженности. Информацию о Политике финансовой помощи можно получить по первому требованию в любое время.

1. Пациенты/поручители могут подать заявку на финансовую помощь в любое время в течение срока подачи заявки.
2. Чтобы рассматриваться в качестве претендента на получение финансовой помощи, пациенты/поручители должны оказывать содействие и предоставлять финансовую, личную и прочую документацию, которая может повлиять на принятие решения о предоставлении финансовой помощи. Бланк заявки на

финансовую помощь можно получить любым из указанных ниже способов:

a. На публичном веб-сайте клиники LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-record s/financial-counseling-assistance/

b. Лично в отделе финансовых консультаций по адресу:
41 Mall Road
Burlington, MA 01803
(781) 744-8815

c. Чтобы запросить отправку копии по почте, позвоните по вышеуказанному номеру телефона.

d. Чтобы запросить электронную копию, позвоните по вышеуказанному номеру телефона.

3. Пациенты/поручители должны предоставить отчетность об имеющихся в их распоряжении финансовых ресурсах. Доходы семьи могут быть подтверждены с помощью одного из следующих документов:
   a. Текущие формы W2 и/или формы 1099.
   b. Текущая налоговая декларация (федеральная форма или форма декларации штата).
   c. 4 (четыре) последних квитанции о начислении заработной платы.
   d. 4 (четыре) последних выписки по сберегательному и/или текущему банковскому счету.
   e. Медицинские сберегательные счета.
   f. Счета покрытия медицинских расходов.
   g. Сберегательные счета на случай непредвиденных расходов.
4. Пред тем как будет определено право пациента/поручителя на финансовую помощь, ему необходимо предоставить доказательство того, что он подавал заявку на Medicaid или другую медицинскую страховку через федеральный рынок медицинского страхования. Также он должен предоставить документы по любому имеющимся страховому покрытию в пользу третьей стороны.
   a. Финансовые консультанты клиники LHMC помогут пациентам/поручителям подать заявку на Medicaid и в дальнейшем будут оказывать им поддержку при подаче заявки на финансовую помощь.
   b. Если отдельное лицо подает заявку на финансовую помощь во время открытой регистрации на федеральном рынке медицинского страхования, то ему необходимо

подать заявку на страховое покрытие до того, как клиника LHMC и ее филиалы начнут рассматривать поданную заявку на финансовую помощь.

5. В соответствии с положениями данной Политики LHMC *не* имеет права отказать в финансовой помощи лицам, не предоставившим информацию или документацию, которая прямым текстом *не* указана в данной Политике или заявке на финансовую помощь.
6. Клиника LHMC примет окончательное решение о праве пациента на финансовую помощь в течение 30 (тридцати) рабочих дней начиная с даты получения заполненной заявки.
7. Окончательное решение о праве пациента будет задокументировано в отношении всех текущих неоплаченных счетов пациента давностью до 6 месяцев с даты подачи заявки, когда пациент не смог произвести оплату. Пациенту/поручителю будет направлено письмо с уведомлением о решении.
8. Если пациент/поручитель подаст частично заполненную заявку, ему будет отправлено уведомление с разъяснениями относительно недостающей информации. Пациент/поручитель должен будет дать ответ и предоставить запрошенную информацию в течение 30 (тридцати) дней. Отсутствие правильно заполненной заявки может привести к отказу в финансовой помощи.
9. Решение о предоставлении права на финансовую помощь на основании поданной заявки будет действовать в течение квалификационного периода в отношении всех предоставляемых медицинских услуг, и будет распространяться на все платежи, которые не были погашены за последние 6 (шесть) месяцев, включая безнадежные задолженности, за исключением случаев, когда пациентом была произведена оплата по данному счету. Пациенты, которые получили право на финансовую помощь в базовой больнице LHMC или филиале в течение квалификационного периода, автоматически смогут воспользоваться финансовой помощью в течение 6 месяцев с момента получения такого права. Пациент/поручитель обязан уведомлять клинику LHMC о любых изменениях своего финансового положения в течение квалификационного периода пользования правом на финансовую помощь. Неисполнение данного требования может привести к лишению этого права.
10. Пациенты, обладающие правом на получение финансовой помощи, в качестве возмещения денежных средств получат сумму переплаты.

Причины отказа

Клиника LHMC может отказать в финансовой помощи по многим причинам, включая, помимо прочего, следующие:

- Достаточный семейный доход.
- Достаточный уровень активов.
- Пациент отказывается от сотрудничества или не реагирует на соответствующие меры по работе с пациентом/поручителем.
- Не завершен процесс подачи заявки на финансовую помощь, несмотря на соответствующие меры по работе с пациентом/поручителем.
- Наличие страхового требования или претензии по страхованию гражданской ответственности, находящихся на рассмотрении.
- Удержание средств страхового платежа и/или страхового вознаграждения, включая выплаты, которые были отправлены пациенту/поручителю для покрытия услуг LHMC, а также иски о возмещении личного ущерба и/или иски, связанные с несчастными случаями.

Предполагаемое право на финансовую помощь

LHMC понимает, что не у всех пациентов есть возможность заполнить заявку на финансовую помощь или выполнить требования относительно документации. В некоторых случаях соответствие пациента/поручителя критериям для получения финансовой помощи устанавливается без заполнения заявки. Другая информация может быть использована клиникой LHMC для оценки безнадежности задолженности пациента/поручителя по счету и установления предполагаемого права на финансовую помощь.

Предполагаемое право на финансовую помощь может быть предоставлено пациентам на основании их соответствия критериям, установленным для других программ, или с учетом следующих жизненных обстоятельств:

- Пациенты/поручители объявили себя банкротами. В случае банкротства остаток денежных средств на счете будет списан начиная с даты погашения задолженности банкрота.
- Пациенты/поручители ушли из жизни без указания права собственности в завещании.
- Пациенты/поручители были признаны лицами без определенного места жительства
- Счета были возвращены коллекторским агентством и признаны им безнадежными к взысканию в связи с любой из вышеперечисленных причин без произведения оплаты.
- Пациенты/поручители, отвечающие критериям для участия в программах Medicaid, получат право на финансовую помощь в

отношении любых совместных выплат, связанных с покрываемыми или непокрываемыми услугами.

Счета пациента, который получил предполагаемое право на финансовую помощь, будут реклассифицировны в соответствии с положениями Политики финансовой помощи. С них не будет взыскиваться задолженность, и в дальнейшем к ним также не будут применяться меры взыскания.

Скидка при оперативной оплате

Пациентам, не имеющим права на государственную помощь или финансовую помощь, будет предоставлена скидка в размере 30% при условии своевременной оплаты всех оказанных услуг, включая экстренную помощь, неотложную помощь, необходимую медицинскую помощь и плановые услуги. Оплата оговоренной суммы должна быть произведена в полном объеме в течение пятнадцати дней с момента получения пациентом своего первого счета на оплату. Эта скидка не распространяется на любую услугу, для которой был назначен отдельный график выплат за счет собственных средств. Кроме того, пациенты, производящие внутрисетевые и внесетевые совместные выплаты, пользующиеся совместным страхованием и франшизами, не имеют права на скидку при оперативной оплате. Во избежание сомнений, эта скидка также не будет предлагаться любому пациенту, оплачивающему услуги в соответствии с планом оплаты.

Неотложная медицинская помощь

В соответствии с федеральным Законом об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) до получения медицинской помощи в экстренной ситуации ни один пациент не будет проверяться на наличие права на финансовую помощь или
платежеспособность. На момент оказания услуг клиника LHMC может потребовать от пациента оплаты в рамках совместного покрытия затрат (т. е. доплаты) при условии, что такое требование не станет причиной отсрочки проведения медицинского обследования или предоставления пациенту необходимого лечения для стабилизации его состояния в критической ситуации. LHMC обеспечит, без какой-либо дискриминации, неотложную медицинскую помощь лицам, независимо от того, имеют ли они право в соответствии с настоящей Политикой. LHMC не будет препятствовать или отказывать людям обращаться за неотложной медицинской помощью.

Установление платежеспособности и взыскание оплаты

Действия, которые может предпринять клиника LHMC в случае неуплаты, отдельно описываются в Политике установления платежеспособности и взыскания оплаты.

Бесплатную копию можно получить:

1. Посетив публичный веб-сайт клиники LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/
2. Посетив отдел финансовых консультаций, расположенный по адресу:
   41 Mall Road
   Burlington, MA 01803
   (781) 744-8815
3. Позвонив на вышеуказанный номер для запроса отправки копии по почте
4. Позвонив на вышеуказанный номер для запроса отправки копии по электронной почте

Нормативные требования

Клиника LHMC будет соблюдать все законы, правила и нормативы штата, а также местного и федеральные уровня и сообщать о требованиях, которые могут распространяться на деятельность клиники, связанную с исполнением положений данной Политики. Данная Политика требует, чтобы клиника LHMC отслеживала операции предоставления финансовой помощи с целью обеспечения точной отчетности. Сведения о финансовой помощи, предоставленной в соответствии с положениями настоящей Политики, будут ежегодно вноситься в форму 990 Schedule H Налогового управления США (Internal Revenue Service, IRS).

С целью обеспечения надлежащего контроля и соответствия всем внутренним и внешним требованиям клиника LHMC будет документировать все случаи предоставления финансовой помощи.

Приложение 1 Заявка на финансовую помощь

Заявка на финансовую помощь по программе Charity Care

Заполняется печатными буквами

Текущая дата: _____ Номер соц. страхования_____

Номер медицинской карты: _____

Имя и фамилия пациента:

_____

Адрес:

_____

Улица, дом Квартира

_____ _____ _____

Город Штат Индекс

Дата оказания мед. услуг: _____

Дата рождения пациента _____

Была ли у пациента мед. страховка или Medicaid** на момент оказания мед. услуг?

Да ☐ Нет ☐

Если «Да», приложите копию страховой карточки (лицевую и обратную сторону) и заполните следующие поля:

Название страховой компании: _____

Номер полиса: _____

Действителен с: _____

Телефон страховой компании: _____

**Чтобы претендовать на финансовую помощь, вы должны доказать, что в течение последних 6 месяцев подавали заявку на Medicaid и получили отказ.

Примечание. *В финансовой помощи может быть отказано, если у пациента/поручителя имеется медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA), счет покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Account, HRA), сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA) или аналогичный фонд для оплаты семейных расходов на медицинские нужды. Такой пациент/поручитель не имеет право на предоставление финансовой помощи пока данные активы не будут исчерпаны.*

Чтобы подать заявку на финансовую помощь, заполните следующее:

Список членов семьи, включая пациента, его родителей, детей и/или братьев и сестер, кровных или приемных, не достигших 18-летнего возраста и проживающих с пациентом.

Член семьи	**Возраст**	**Кем приходится пациенту**	**Источник дохода или имя / название работодателя**	**Совокупный доход за месяц**
1.				

2.				
3.				
4.				

Кроме заполненного бланка заявки на финансовую помощь, вам необходимо будет прислать нам следующие документы:

- текущая налоговая декларация (федеральная форма или форма декларации штата);
- текущие формы W2 и/или формы 1099;
- четыре последних квитанции о начислении зарплаты;
- четыре последних выписки по сберегательному и/или текущему банковскому счету;
- медицинские сберегательные счета;
- счета покрытия медицинских расходов;
- сберегательные счета на случай непредвиденных расходов.

Если вы не можете предоставить ничего из вышеперечисленного, свяжитесь с отделом финансовых консультаций, чтобы обсудить список альтернативных документов.

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), подтверждаю, что мною были внимательно прочитаны Политика финансовой помощи и бланк заявки на финансовую помощь, и удостоверяю, что, насколько мне известно, все указанные мной данные точны и верны, равно как и все приложенные мною документы. Я понимаю, что сознательное предоставление недостоверной информации с целью получения финансовой помощи незаконно.

Подпись соискателя:
_____

Кем приходится пациенту:
_____

Дата заполнения: _____

Если вас кто-то поддерживает финансово или вы указали нулевой доход в этой заявке, помогающее вам или вашей семье лицо (лица) должно (должны) заполнить следующее заявление.

Заявление лица, оказывающего финансовую поддержку

Я был (была) указан (указана) пациентом/ответственной стороной как лицо, оказывающее финансовую поддержку. Ниже приведен перечень услуг и видов поддержки, которую я оказываю.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Настоящим подтверждаю и удостоверяю, что, насколько мне известно, вся указанная мной информация точна и верна. Я понимаю, что, подписывая это заявление, я не беру на себя финансовую ответственность за расходы пациента на медицинские услуги.

Подпись: _____

Дата подписания: _____

Заполненная заявка будет рассмотрена на предмет соответствия соискателя критериям программы в течение 30 дней с момента получения.

Если пациент соответствует критериям, финансовая помощь будет предоставляться ему в течение шести месяцев с момента одобрения заявки в следующих филиалах Beth Lahey Health (как указано в Приложении 5 соответствующей Политики финансовой помощи LHMC):

Поле для персонала Кем получена заявка:
AJH ☐
AGH ☐
BayRidge ☐
LHMC ☐
BID Milton ☐
BID Needham ☐
BID Plymouth ☐
Beverly ☐
LHMC ☐
LMC Peabody ☐
MAH ☐

NEBH ☐
WH ☐

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital

- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham ● Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Приложение 2 Заявка на участие в программе Medical Hardship

Заявка на финансовую помощь по программе Medical Hardship

Заполняется печатными буквами

Текущая дата: _____

Номер соц. страхования: _____

Номер медицинской карты: _____

Имя и фамилия пациента: _____

Дата рождения пациента_____

Адрес:

_____
Улица, дом Квартира

_____ _____ _____
Город Штат Индекс

Была ли у пациента мед. страховка или Medicaid на момент оказания мед. услуг?

Да ☐ Нет ☐

Если «Да», приложите копию страховой карточки (лицевую и обратную сторону) и заполните следующие поля:

Название страховой компании: _____

Номер полиса: _____

Действителен с: _____

Телефон страховой компании: _____

Примечание. *В финансовой помощи может быть отказано, если у пациента/поручителя имеется медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA), счет покрытия медицинских расходов (Health Reimbursement Account, HRA), сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA) или аналогичный фонд для оплаты семейных расходов на медицинские нужды. Такой пациент/поручитель не имеет право на предоставление финансовой помощи пока данные активы не будут исчерпаны.*

Чтобы подать заявку на участие в программе Medical Hardship, заполните следующее:

Список членов семьи, включая пациента, его родителей, детей и/или братьев и сестер, кровных или приемных, не достигших 18-летнего возраста и проживающих с пациентом.

Член семьи	**Возраст**	**Кем приходится пациенту**	**Источник дохода или имя / название работодателя**	**Совокупный доход за месяц**
1.				
2.				
3.				
4.				

Кроме заполненного бланка заявки на участие в программе Medical Hardship, вам необходимо будет прислать нам следующие документы:

- текущая налоговая декларация (федеральная форма или форма декларации штата);
- текущие формы W2 и/или формы 1099;
- четыре последних квитанции о начислении зарплаты;
- четыре последних выписки по сберегательному и/или текущему банковскому счету;
- медицинские сберегательные счета;
- счета покрытия медицинских расходов;
- сберегательные счета на случай непредвиденных расходов.
- копии всех счетов за медицинские услуги.

Если вы не можете предоставить ничего из вышеперечисленного, свяжитесь с отделом финансовых консультаций, чтобы обсудить список альтернативных документов.

Составьте список всех задолженностей за медицинские услуги и предоставьте копии всех счетов за медицинские услуги за последние двенадцать месяцев:

Дата оказания услуг Учреждение Сумма задолженности

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Кратко опишите причину, по которой оплата вышеуказанных счетов за медицинские услуги представляется вам затруднительной:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), подтверждаю, что, насколько мне известно, вся указанная в этой заявке информация достоверна.

Подпись соискателя:

_____

Кем приходится пациенту:_____

Дата заполнения: _____

Заполненная заявка будет рассмотрена на предмет соответствия соискателя критериям программы в течение 30 дней с момента получения.

Если пациент соответствует критериям, финансовая помощь будет предоставляться ему в течение шести месяцев с момента одобрения заявки в следующих филиалах Beth Lahey Health (как указано в Приложении 5 соответствующей Политики финансовой помощи LHMC):

Поле для персонала Кем получена заявка:
AJH ☐
AGH ☐
BayRidge ☐
LHMC ☐
BID Milton ☐
BID Needham ☐
BID Plymouth ☐
Beverly ☐

LHMC	☐
LMC Peabody	☐
MAH	☐
NEBH	☐
WH	☐

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham ● Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Приложение 3 Таблица скидок на основании уровня дохода и активов

Скидка при своевременной оплате. Пациентам, не имеющим права на государственную помощь или финансовую помощь, будет предоставлена скидка в размере 30% при условии своевременной оплаты всех оказанных услуг, включая неотложную помощь, экстренную помощь, необходимую медицинскую помощь и плановые услуги. Оплата оговоренной суммы должна быть произведена в полном объеме в течение пятнадцати дней с момента получения пациентом своего первого счета на оплату. Эта скидка не будет предлагаться для любой услуги, для которой был назначен отдельный график выплат за счет собственных средств. Кроме того, пациенты, пользующиеся внутрисетевыми и внесетевыми совместными оплатами, совместным страхованием и отчислениями не имеют права на оперативную оплату со скидкой. Во избежание сомнений, эта скидка также не будет предлагаться любому пациенту, оплачивающему услуги в соответствии с планом оплаты.

Предоставление скидок в рамках финансовой помощи и программы Medical Hardship распространяется на пациента, ответственного за поддержания баланса, как описано в настоящей Политике.

Скидки программы финансовой помощи для пациентов, которые соответствуют ее критериям:

Программа Charity Care

Уровень дохода	Скидка
Не более 400% от FPL	100%

Скидка для пациентов, которые соответствуют критериям программы Medical Hardship

Решение о предоставлении права на Medical Hardship будет вынесено в случае, если сумма, указанная в этих медицинских счетах, больше или равна 25% от семейного дохода, в соответствии с чем пациенты получат 100% скидку.

Приложение 4

Средняя сумма счета (AGB)

См. определение сумм, выставленных счетов выше, для описания того, как рассчитывается AGB с использованием метода «обратной оглядки».

Текущая процентная ставка AGB LHMC, основанная на требованиях к 2022 финансовому году, составляет 43,95%.

AGB может быть изменен в любое время по следующим причинам:

- Изменения договора с индивидуальным медицинским страховщиком иизменения договора Medicare Fee-for-Service
- Расчеты, полученные индивидуальным медицинским страховщиком иMedicare Fee-for-Service

Обновлено 01/2023

Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Приложение 5

Поставщики, покрываемые клиникой и без покрытия

Настоящая Политика финансовой помощи покрывает все расходы, связанные с больницами (учреждениями), в следующих отделениях LHMC:

- *Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA*
- *Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA*
- *Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA*
- *Lahey Hospital &Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA*
- *Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA*
- *Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA*
- *Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA*
- *Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA*

Эта Политика финансовой помощи также покрывает расходы физических и юридических лиц, перечисленных на страницах 1-15 в приложении "Поставщики, покрываемые клиникой и без покрытия", за услуги, предоставляемые в больничных учреждениях, перечисленных выше.

Для врачей, перечисленных на странице 16 приложения "Поставщики, покрываемые клиникой и без покрытия", данная Политика финансовой помощи покрывает только плату за больничное обслуживание. Она не покрывает расходы врача, связанные с физическими и юридическими лицами, перечисленными на странице 16. Пациентам рекомендуется напрямую связаться с этими поставщиками, чтобы узнать, предлагают ли они любую помощь, а также договориться об оплате.

Обновлено 01/2023

Приложение 6 Свободный доступ к документации

Информацию о Политике финансовой помощи LHMC, ее краткое изложение в более доступной форме, бланк заявки на финансовую помощь, бланк заявки на участие в программе Medical Hardship и Политику установления платежеспособности и взыскания оплаты LHMC пациенты и общественность могут бесплатно получить из разных источников.

1. Пациенты и поручители могут получить копии всех документов,касающихся Политики финансовой помощи и Политики установления платежеспособности и взыскания оплаты, а также могут запросить помощь в заполнении заявлений о предоставлении финансовой помощи и медицинской помощи по почте или лично, запросив их по адресу:

   LHMC
   Financial Counseling
   41 Burlington Mall Road
   Burlington, MA 01803

2. Пациенты и поручители могут скачать копии всех документов, касающихся Политики финансовой помощи и Политики установления платежеспособности и взыскания оплаты, на публичном веб-сайте клиники LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-c ounseling-assistance/

Политика финансовой помощи, ее краткое изложение в более доступной форме, бланк заявки на финансовую помощь, бланк заявки на участие в программе Medical Hardship и Политика установления платежеспособности и взыскания оплаты будут переведены на любой язык, являющийся основным языком, на котором говорит арендодатель из 1000 человек или 5% жителей сообщества, обслуживаемого LHMC.

Клиника LHMC размещает уведомления (объявления) о доступности финансовой помощи в соответствии с Политикой установления платежеспособности и взыскания оплаты в следующих местах:

1. В приемных отделениях и/или зонах ожидания/регистрации и дабы избежать сомнений, включая, зоны ожидания/регистрации в отделениях экстренной медицинской помощи.
2. В зонах ожидания/регистрации; или в аналогичных лицензированных больничных учреждений за пределами объекта; и
3. В офисах финансовых консультантов.

Размещенные объявления хорошо видны (8,5 на 11 дюймов), удобочитаемы для пациентов, посещающих эти зоны, и переведены на испанский язык. На объявлениях написано:

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Клиника предлагает различные программы финансовой помощи для пациентов, которые соответствуют их критериям. Чтобы узнать, имеете ли вы

право на помощь в оплате ваших больничных счетов, посетите наш отдел финансовых консультаций, расположенный в главном холле здания, или позвоните по телефону 781-744-8815, чтобы получить информацию о различных программах и их доступности.

Изменения Политики

Дата	Решение
Сентябрь 2016 г.	Политика одобрена советом попечителей
Июль 2020 г.	Обновлен список поставщиков
Август 2020 г.	Обновленная Политика принята BILH EVP/CFO и советом финансистов LHMC в качестве уполномоченного органа
01/2023	Обновлен список поставщиков
01/2023	AGB Обновлен