

Принципы кредитования и получения оплаты

Hallmark Health System

Оглавление

I.	ВВЕДЕНИЕ	4
II.	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	5
	Общий принцип	5
	A. Неотложные и срочные услуги	5
	B. Услуги, не являющиеся неотложными или срочными	6
	C. Адреса предоставления услуг пациенту	6
III.	СБОР И ПРОВЕРКА ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ	6
	A. Неотложные и срочные услуги	6
	B. Услуги, не являющиеся неотложными или срочными	6
IV.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЁМА МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТА	7
	A. Общие принципы	7
	B. Подготовка смет	7
	C. Застрахованные пациенты	7
	D. Незастрахованные пациенты (оплачивающие услуги за счёт собственных средств)	8
V.	СЧЕТА ПАЦИЕНТОМ И ФИНАНСОВЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ	9
	A. Общие положения	9
	B. Информирование о предоставлении финансовых консультаций	9
	C. Место проживания	9
	D. Материальная помощь Больницы, скидки и благотворительная помощь	9
	E. Индивидуальные заявления	9
VI.	ПРОГРАММЫ ШТАТА – ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС	10
	A. Процесс подачи заявления – все программы штата, за исключением особых затруднительных медицинских обстоятельств	10
	B. Процесс подачи заявления – «HSN - особые затруднительные медицинские обстоятельства»	10
	C. Утверждение покрытия в рамках программ штата	10
	D. Влияние, оказываемое заявлениями в HSN/MassHealth, находящимися на рассмотрении	11
	E. Обжалование заключения	11
	F. HSN – соответствие определению «пациента с низким уровнем дохода» и соответствующее покрытие	11
VII.	ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС	14
	A. ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ В США ЗА ПРЕДЕЛАМИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС	14
	B. Иностранцы	14
VIII.	ПОРЯДОК ПРОИЗВОДСТВА ПЛАТЕЖЕЙ	14
	A. Общие положения	14
	B. Формы оплаты	14
	C. Валюта	15

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

D.	Графики платежей	15
E.	Взносы	15
IX.	ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ И ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ ОТ ПАЦИЕНТА	15
A.	Общие принципы	15
B.	Процедуры выставления счетов Больницей, включая выписки, письма и звонки пациентам	15
C.	Уведомление о превышении	17
D.	Особый порядок взыскания оплаты	17
E.	Особый порядок работы со счетами	18
X.	НЕВОЗВРАТНАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ	19
A.	Отнесение счёта к категории невозвратной задолженности	19
B.	Агентства по сбору платежей	19
C.	Чрезмерные меры по сбору платежей	19
XI.	КРЕДИТОВЫЙ ОСТАТОК И ВОЗВРАТ СРЕДСТВ	20
XII.	СЕРЬЁЗНЫЕ СОБЫТИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕМЕДЛЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (ССТНУ)	20
XIII.	ИСПОЛНЕНИЕ НОРМ ЗАКОНА ОБ УНИФИКАЦИИ И УЧЁТЕ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НПРАА)	20
XIV.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ	20
XV.	ПУБЛИКАЦИЯ ПРИНЦИПОВ КРЕДИТОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ОПЛАТЫ	21
XVI.	УТВЕРЖДЕНИЕ СОВЕТОМ	21

I. ВВЕДЕНИЕ

Принципы кредитования и получения оплаты применяются к «Hallmark Health», именуемой в настоящем документе «Больница». В структуру «Hallmark Health» входят больница «Melrose-Wakefield», неприбыльная больница полного цикла обслуживания, расположенная по адресу ул. Ливанская д. 585, г. Мелроуз, шт. Массачусетс 02176, и больница «Lawrence Memorial», больница полного цикла обслуживания, расположенная по адресу пр. Губернаторов д. 170, г. Медфорд, шт. Массачусетс 02155. «Hallmark Health» - это передовое медицинское учреждение, персонал которого предоставляет полный спектр медицинских услуг каждому, независимо от уровня дохода. «Hallmark Health» заботится о каждом пациенте, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году.

Для «Hallmark Health» пациенты не различаются по степени расовой принадлежности, цвету кожи, национальности, гражданству, месту проживания, религиозным взглядам, убеждениям, полу, сексуальной ориентации, половой идентичности, возрасту, инвалидности, степени алкогольной или наркотической зависимости, социально-экономическому статусу, объёму страхового полиса или физическому состоянию. Это относится как к содержанию, так и к порядку применения принципов Больницы при сборе и подтверждении информации о финансовом состоянии пациента, первичном зачислении средств для поступления в больницу и начала лечения, составлении графиков платежей, принятии решения об отсрочке предоставления услуг или поступления в больницу, при оценке состояния пациентов с низким уровнем дохода, а также при выставлении счетов и получении оплаты.

Принципы кредитования и получения оплаты направлены на сохранение товарно-материальных ценностей Больницы и обеспечение финансовой основы для её работы, а также на поддержание равновесия между потребностями населения и потребностями наших пациентов. Эти принципы определяют общие положения Больницы в части сбора и проверки информации, классификации пациентов по уровню их платежеспособности, а также взыскании средств у страховых компаний (третьих лиц), пациентов, их гарантов и прочих финансово ответственных сторон для оплаты предоставленных медицинских услуг. Принципы Больницы реализуются в соответствии с требованиями федеральных законов и законов штата, а при внесении изменений в законодательство, соответствующие изменения также вносятся и в эти принципы.

Пациенты, обладающие достаточным количеством средств, обязаны самостоятельно оплачивать услуги «Hallmark Health». Настоящие принципы предполагают, что те пациенты, которые в состоянии позволить себе соответствующую страховку, заключают соответствующих страховой договор и будут использовать его покрытие. Если у пациента нет возможности оплачивать стоимость услуг самостоятельно, Больница помогает ему получить материальную помощь в рамках одной из государственных программ, или из другого источника, для оплаты необходимого объёма медицинских услуг. «Hallmark Health» должна нести ответственность доверительного характера для надлежащего выставления счетов и взыскания средств за предоставленные медицинские услуги своим пациентам для поддержания собственной жизнеспособности. Настоящие принципы кредитования и получения оплаты разработаны для обеспечения выполнения требований законодательства, включая, но не ограничиваясь, следующими нормами: (1) положения о соответствии требований Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения штата (State's Health Safety Net Eligibility regulation) (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 основной закон шт. Массачусетс (M.G.L.) § 228; (3) центры, предоставляющие свои услуги в рамках государственной программы бесплатной медицинской помощи престарелым (Medicare) программы бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим слоям населения (Medicaid) («CMS») требования по работе с безнадёжной задолженности в рамках программы «Medicare» (42 C.F.R. § 413.89); и (4) пункт 501(r) Налогового кодекса США.

Попечительский совет, организовываемый финансовым директором Больницы, несёт ответственность за предоставление электронной копии настоящих Принципов кредитования и получения оплаты в Фонд социальной защиты в сфере здравоохранения в составе пакета сопроводительной документации и соответствующих приложений.

Настоящие принципы охватывают услуги, предоставляемые и оплачиваемые Больнице на территориях, указанных в Приложении А – Адреса медицинских учреждений «Hallmark Health», субъекты-участники программы. Эти принципы не применяются для оказания или оплаты услуг, предоставляемым организациями, указанными в Приложении В – Филиалы «Hallmark Health», не являющиеся участниками программы, даже в том случае, если услуги могут быть предоставлены на территории Больницы, указанной в Приложении А.

II. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общий принцип

Каждый пациент, нуждающийся во внеплановом лечении, проходит оценку в соответствии с классификацией, указанной в этом разделе. Оказание неотложных или срочных услуг (в соответствии с разделом II(B) настоящего документа) не может быть отложено, или отменено, на основании невозможности Больницы провести идентификацию пациента, объём его страхового полиса или оценку его платежеспособности. Однако, оказание услуг, не являющихся неотложными или срочными (в соответствии с разделом II(C) настоящего документа) может быть отложено на неопределённый срок в том случае, если работники Больницы не в состоянии определить источник платежа за оказание услуг по результатам консультаций с лечебным учреждением пациента.

Степень срочности лечения каждого пациента, на основании клинически подтверждённых симптомов, будет устанавливаться медицинским работником в соответствии с местными, штатными и национальными стандартами клинического лечения, а также принципов и методик (процедур) работы медицинского персонала Больницы. Важно помнить о том, что классификация медицинского состояния пациентов разрабатывалась исключительно для руководства медицинского учреждения, и в этой классификации определяет очерёдность обслуживания пациентов медицинским персоналом Больницы с учётом присутствующих медицинских симптомов. Эта классификация не отображает медицинскую оценку состояния здоровья пациента, указываемую в окончательном диагнозе.

A. Неотложные и срочные услуги

Термин «неотложные услуги», используемый в рамках настоящих принципов, включает в себя: необходимые медицинские услуги, предоставляемые после изменения физического или психического состояния здоровья, проявляющегося симптомами достаточной степени тяжести, в том числе острой болью, которые, при отсутствии срочной медицинской помощи, по мнению предусмотрительного неспециалиста, обладающего среднестатистическими знаниями в области медицины и здравоохранения, могут стать серьёзной опасностью для здоровья человека или окружающих, нанести серьёзный вред работе организма, органа или его части, или беременной женщине, как указано в 42 Свод законов США (U.S.C.) § 1395dd(e)(1)(B). Любое медицинское обследование, в рамках медицинского наблюдения, или лечение для стабилизации критического медицинского состояния пациента, включая, но не ограничиваясь, стационарное лечение или прочее лечение, предоставляемое в рамках EMTALA (42 U.S.C. § 1395(dd)), также является неотложной услугой.

Термин «срочные услуги», используемый в рамках настоящих принципов, включает в себя: необходимые медицинские услуги, предоставляемые после внезапного изменения физического или психического состояния здоровья, проявляющегося острыми симптомами достаточной степени тяжести (в том числе острой болью), и, по мнению предусмотрительного неспециалиста, отсутствие медицинской помощи в течение суток могут представлять серьёзную опасность для здоровья пациента, работе его организма, органа или его части. Срочные услуги предоставляются в тех случаях, когда нет угрозы жизни пациента, и здоровью человека не угрожает серьёзная опасность.

Требования EMTALA: В соответствии с федеральным Законом об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при родах (Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)), Больница обязана предоставлять услуги медицинского обследования, в рамках медицинского наблюдения) каждому, кто обратился в отделение неотложной помощи Больницы за медицинской помощью, и каждому, кто обратился на территорию Больницы за неотложной помощью по состоянию здоровья, для установления фактического наличия у обратившегося тех или иных медицинских показаний, требующих неотложной помощи. Если терапевт, или другой квалифицированный медицинский работник Больницы установит, что пациент нуждается в неотложной медицинской помощи, EMTALA обязывает Больницу предоставить индивидуальное лечение для стабилизации состояния пациента в рамках своих возможностей. Услуги, предоставляемые Больницей, необходимые для медицинского обследования и лечения для стабилизации критического состояния пациента, нуждающегося в неотложной помощи, в соответствии с EMTALA, которые могут включать в себя, но не ограничиваясь, помещение пациента на стационарное лечение, предоставляются на основании терапевтического заключения,

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

или обследования квалифицированным медицинским персоналом больницы, и соответствующей записи в медицинской карте.

В. Услуги, не являющиеся неотложными или срочными

К «услугам, не являющимся неотложными или срочными» в рамках настоящих принципов как правило относят прочие медицинские услуги, которые не подпадают под определение неотложных или срочных услуг, приведённого в разделе II(B) настоящих принципов, или услуги, определённые лечащим врачом, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения, такие как немедицинские услуги (например, социальные, образовательные или реабилитационные, косметические операции, исследования и прочие) (последняя категория услуг может называться в рамках настоящих принципов как «немедицинские необходимые услуги»). Как правильно, но не обязательно, пациент записывается на такие услуги заблаговременно. Представители Больницы вправе отказать пациенту в предоставлении услуг, не являющихся неотложными или срочными при невозможности точно определить, что эти услуги будут оплачены.

С. Адреса предоставления услуг пациенту

Указаны в Приложении А.

III. СБОР И ПРОВЕРКА ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Пациент обязан своевременно предоставить Больнице исчерпывающую информацию о наличии страховки и демографическую информацию, а также знать об объёме услуг, покрываемых его страховым полисом. Работники Больницы предпримут разумные меры для успешного установления личности, получения, регистрации и проверки всей имеющейся демографической и финансовой информации каждого пациента, нуждающегося в помощи. Под такой информацией подразумевается как демографическая информация (ФИО, адрес, номер телефона, номер социального страхования, пол, дата рождения и прочая необходимая информация о пациенте), так и информация о медицинской страховке (ФИО и адрес, номер полиса, номер группы, информация о подписчике и льготах, таких как совместные платежи, франшизы и разделение риска между страховой компанией и страхователем – совместное страхование) которая необходима для обеспечения оплаты за предоставляемые услуги. Требование на получение Больницей исчерпывающей информации выполняется с учётом приоритетности текущих потребностей пациента в безотлагательной медицинской помощи. Для пациента, информация может проверяться в любой момент предоставления услуг, при выписке, или сборе информации. Для пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, проверка информации может происходить в момент получения пациентом услуг, не являющихся неотложными или срочными, или в период сбора информации.

А. Неотложные и срочные услуги

Регистрация и сбор анамнеза пациента, нуждающегося в неотложной или срочной помощи, будут производиться в соответствии с требованиями EMTALA. Как правило, демографическая информация пациента, а также информация о его страховом полисе, собирается в рамках стандартной процедуры регистрации поступившего в Больницу, если это не затрудняет процесс медицинского обследования и / или оказания помощи для стабилизации его состояния. Если пациент не в состоянии предоставить демографическую информацию, или информацию о страховке, на момент предоставления услуг и с согласия пациента, необходимо сделать всё возможное, чтобы опросить находящихся рядом с ним родственников, или друзей (если присутствуют), или других лиц, указанных пациентом. По возможности, информацию о страховом полисе, предоставленную пациентом, необходимо уточнить у плательщика посредством электронной связи или иным способом. Однако, в ходе проверки состояния страхового полиса пациента ни при каких обстоятельствах персонал Больницы не может получать предварительное согласие от сторонних плательщиков, или предоставлять пациенту бланки, налагающие материальную ответственность, до медицинского обследования или начала лечения для стабилизации состояния пациента.

В. Услуги, не являющиеся неотложными или срочными

Регистрация и сбор анамнеза пациента, не нуждающегося в неотложной или срочной помощи, должны проводиться до начала предоставления услуг. У пациентов, находящихся на повторном лечении, или хронических больных, также проверяются демографические, финансовые данные и информация о страховом полисе с целью актуализации соответствующих данных при необходимости, включая проверку состояния страхового полиса посредством электронной связи или иным способом. Пациенты обязаны обновлять свои страховые и демографические данные в Регистратуре.

IV. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЁМА МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТА

A. Общие принципы

Работники Больницы сделают всё возможное для определения объёма материальной ответственности пациента в разумно возможные кратчайшие сроки во время оказания ему медицинской помощи; при этом, определение объёма материальной ответственности пациентов, нуждающихся в неотложной или срочной помощи начнётся после завершения обследований и начала лечения для стабилизации их состояния в рамках EMTALA. Те пациенты, которые имеют планы управляемого медицинского обеспечения, или программы страхования с индивидуальными требованиями доступа, несут самостоятельную ответственность за понимание и выполнение всех требований соответствующих программ страхования, включая направления к соответствующим медицинским специалистам, разрешения, непокрытые страховые выплаты и прочие «сетевые» ограничения. В каждом возможном случае представители Больницы будут требовать предварительное согласование, разрешение или гарантии выполнения платежа от страховой компании. В отдельных случаях, включая случаи предоставления неотложных и срочных услуг, вопросы относительно медицинских направлений и разрешений могут решаться после предоставления соответствующих услуг. Те пациенты, которые используют все свои средства для оплаты услуг, будут проинформированы о возможности получения материальной помощи, путём заключения договора материальной ответственности с «Hallmark Health».

B. Подготовка смет

По запросу пациента, перед предоставлением любой услуги, не являющейся неотложной или срочной, Больница обязана предоставлять смету допустимой суммы, или расходов, для покрытия предоставляемых услуг, в том числе расходы на содержание пациента. Как правило, смета формируется работниками Больницы на основании предыдущих средних показателей допустимых сумм, или расходов по предполагаемым медицинскими или хирургическим услугам с учётом, по возможности, предполагаемого периода пребывания пациента. В полную меру возможностей работников больницы, смета будет учитывать уровень ответственности пациента, включая совместную оплату, франшизу и совместное страхование. В смету не входят услуги, предоставляемые и выставяемые к оплате организациями из Приложения В. Сумма окончательного счёта, выставяемого пациенту, может отличаться от сметного расчёта по разумным причинам, таким как необходимость в осуществлении комплексных процедур, осмотров и / или обследований. В составлении сметы принимает участие пациент и соответствующий лечащий врач для надлежащего определения объёма будущего лечения и лечебной работы. После определения объёма медицинских услуг для сметы, представители Больницы дорабатывают смету и предоставляют свой ответ пациенту в течение двух (2) рабочих дней после получения соответствующего запроса. Окончательный вариант сметы предоставляется пациенту вместе с перечнем соответствующих вариантов оплаты.

C. Застрахованные пациенты

Работники Больницы предпримут разумные меры для проверки состояния страховки пациента и предоставят соответствующую помощь для обеспечения выполнения пациентом требований соответствующей программы медицинского страхования. При необходимости, ответственность за получение соответствующих направлений от других поставщиков услуг лежит на самих пациентах. Состояние страховки проверяется исходя из принципов, описанных в разделе III выше. По возможности, в рамках проверки будет устанавливаться предполагаемый объём материальной ответственности пациента, включая соответствующие совместные платежи, франшизы и совместное страхование. Платежи по заранее определённым суммам (совместные платежи, фиксированные франшизы) за предоставление услуг, не являющихся неотложными или срочными, будут обеспечены средствами пациентов перед, или в день, предоставления соответствующих услуг, если это возможно и применимо в клинической практике. Представители Больницы могут взимать плату по совместным платежам непосредственно после медицинского обследования пациентов, нуждающихся в неотложной или срочной помощи, если это возможно и применимо в клинической практике. В отдельных случаях, программа страхования пациента и тип его покрытия не позволяют точно определить уровень материальной ответственности пациента перед оказанием услуг. В таких случаях, представители Больницы могут потребовать перечислить средства в размере, максимально приближённом к расчёту в наилучшем приближении к предполагаемому размеру материальной ответственности пациента. Те пациенты, которые не в состоянии предоставить средства перед предоставлением услуг, не являющихся неотложными или

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

срочными, или после предоставления неотложных или срочных услуг, могут обратиться к финансовым консультантам.

1. Программы страхования с договором: Больница заключает договоры по различным программам страхования. В таких случаях, работники Больницы будут взимать плату в рамках программы страхования за каждую покрываемую им услугу. По запросу пациента, в рамках предоставления помощи по оценке личных расходов, работники Больницы обязаны предоставлять необходимую информацию о предполагаемых услугах, не являющихся неотложными или срочными. Если страховая компания определяет определённую услугу в качестве таковой, которая не подпадает под страховое покрытие, или отказывается произвести оплату по другим причинам, стоимость такой услуги взимается непосредственно с пациента в соответствии с договором страхования. По возможности, работники Больницы будут содействовать пациенту в оспаривании отказов, или других неблагоприятных решений в рамках программы страхования, с учётом требования программы страхования о том, что заявление об обжаловании подаётся пациентом.
2. Программы страхования без договора: В случае отсутствия договора между Больницей и страховой компанией, работники Больницы любезно выставляют счёт страховой компании пациента. Несмотря на выставление счёта в рамках программы страхования пациента, основная материальная ответственность возлагается на пациента или гаранта (сторона, ответственная за личные финансовые обязательства пациента). Несвоевременное реагирование страховой компании на счёт Больницы может стать причиной выставления счёта за услуги непосредственно пациенту, за исключением случаев, когда пациент защищён от взыскания средств (раздел IX(B)(6)). Разница после оплаты по страховому случаю выставляется в адрес пациента. По возможности, работники Больницы будут содействовать пациенту в оспаривании отказов, или других неблагоприятных решений в рамках программы страхования, с учётом требования программы страхования о том, что заявление об обжаловании подаётся пациентом.

D. Незастрахованные пациенты (оплачивающие услуги за счёт собственных средств)

Пациенты, не имеющие медицинского страхования, и такие, которые ранее не причислялись к «пациентам с низким уровнем дохода» в рамках Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения штата Массачусетс (Massachusetts Health Safety Net (HSN)), как указано в разделе VI(F) далее, обязаны полностью оплачивать соответствующие услуги, в соответствии с предварительным расчётом их стоимости (если возможно). Если такой расчёт не представляется возможным, представители Больницы предварительно удержат заранее определённую сумму перед предоставлением Больницей услуг, не являющихся неотложными или срочными. Если пациент не в состоянии предоставить необходимую сумму для предварительного удержания, или заявляет о своей неспособности предоставить такую сумму, он может обратиться к финансовым консультантам.

Финансовые консультанты определяют возможность участия незастрахованных пациентов в федеральных программах и программах штата, и помогут пациенту, соответствующему определённым требованиям, зарегистрироваться в таких программах, включая регистрацию жителей штата Массачусетс в «Commonwealth of Massachusetts Health Connector». Помимо возможной регистрации в любой государственной программе, каждый незастрахованный пациент получает информацию о возможных программах материальной помощи, предоставляемых в рамках Принципов предоставления материальной помощи «Hallmark Health» (с которыми можно ознакомиться по адресу <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, или записавшись на встречу с финансовым консультантом Больницы по телефону 781-338-7111). Если лечащий врач принимает решение об отсутствии необходимости в предоставлении немедленных услуг, предоставление услуг, не являющихся неотложными или срочными, может быть приостановлено на неопределённый срок до тех пор, пока у пациента не появятся возможности для их оплаты, соответствующих финансовым условиям, страхового полиса или участия в программе материальной помощи, покрывающей стоимость предоставления таких услуг.

V. СЧЕТА ПАЦИЕНТОМ И ФИНАНСОВЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

A. Общие положения

Работники Больницы предпримут разумные меры для установления личностей пациентов, которые не имеют страхового полиса, или покрытие их полисов недостаточно для предоставления консультационных услуг или оказания помощи. Работники Больницы предоставят консультации по финансовым вопросам таким пациентам и членам их семей в части возможного использования других источников для финансирования страхового покрытия, таких как государственные федеральные программы, или программы штатов, и предоставят информацию о каждом возможном способе оплаты счетов Больницы. При необходимости в оказании материальной помощи, представители отдела по работе со счетами пациентов могут предложить пациенту скидку или перерасчёт, если такой пациент соответствует Принципам предоставления материальной помощи «Hallmark Health». Для получения помощи пациент должен удовлетворять ряд требований, включая обязательство по предоставлению полной и достоверной документации. Если пациент желает участвовать в одной из федеральных программ, включая «Medicare», работники Больницы предоставят такому пациенту информацию о возможных программах и, при необходимости, помогут заполнить соответствующие бланки и документы.

B. Информирование о предоставлении финансовых консультаций

Больница широко освещает предоставляемые программы материальной помощи, включая контактную информацию для обращения за помощью. Более подробная информация содержится в Принципах предоставления материальной помощи «Hallmark Health» (с которыми можно ознакомиться по адресу <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

C. Место проживания

Объём материальной помощи, предоставляемой в рамках федеральных программ предоставления материальной помощи, программ штата и Больницы, зависит от места проживания пациента. Более подробная информация содержится в Принципах предоставления материальной помощи «Hallmark Health» (с которыми можно ознакомиться по адресу <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

D. Материальная помощь Больницы, скидки и благотворительная помощь

Пациентам рекомендуется сначала подавать заявление на участие в федеральных программах и / или программах штата. Если пациент не удовлетворяет требования этих программ, он может получать материальную помощь в соответствии с Принципами предоставления материальной помощи «Hallmark Health».

E. Индивидуальные заявления

1. Конфиденциальные заявления: конфиденциальные заявления на участие в программах материальной помощи Больницы или штата подаются в двух случаях:
 - a. Несовершеннолетние: конфиденциальные заявления на предоставление страхового покрытия могут подаваться от имени несовершеннолетних пациентов в рамках предоставления услуг по планированию семьи и лечению болезней, передающихся половым путём. При рассмотрении подобных заявлений учитывается уровень дохода несовершеннолетнего, а не всей семьи. Такие пациенты должны обращаться к финансовым консультантам.
 - b. Лица, подвергшиеся насилию: такие индивидуумы также могут подписывать заявление о предоставлении страхового покрытия на основании уровня индивидуального дохода, и они не обязаны указывать адрес своего проживания. Такие пациенты должны обращаться к финансовым консультантам.
2. Лица без документов: Пациенты могут опасаться за возможные последствия со стороны иммиграционных контролирующих органов при подаче заявления на присуждение статуса пациента с низким уровнем дохода в рамках одной из программ штата, указанных в разделе VI настоящего документа. Пациентам с ограниченными финансовыми возможностями рекомендуется подать

заявление на участие в программе штата, или любой другой программе, финансируемой государством. Если пациент отказывается подавать заявление на получение подобной помощи, он будет продолжать получать услуги неотложной и срочной помощи как незастрахованный пациент. Предоставление услуг, не являющиеся неотложными или срочными, может быть приостановлено на неопределённый срок до тех пор, пока у пациента не появятся возможности для их оплаты, соответствующих финансовых условий, страхового полиса или участия в программе материальной помощи, покрывающей стоимость предоставления таких услуг.

VI. ПРОГРАММЫ ШТАТА – ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС

Помимо общего порядка предоставления услуг для застрахованных (раздел IV(C)) и незастрахованных (раздел IV(D)) пациентов, описанного выше, представители Больницы будут рекомендовать тем пациентам, которые соответствуют требованиям программ штата, или прочим государственным программам, подавать заявление на получение соответствующего покрытия, а также могут оказывать содействие пациентам в процессе получения выплат. Кроме того, пациент может подавать заявку, и получать одобрение, на предоставление страхового покрытия в соответствии с «HSN» в части совместного страхования и франшиз, которые не покрываются первичной программой страхования; совместные платежи исключены из такого покрытия. К программам штата, на участие в которых может получить одобрение пациент, относятся, но не ограничиваясь, «MassHealth», «HSN» и прочие программы, предоставляемые посредством «Health Connector» (в совокупности именуемые «программы штата»).

A. Процесс подачи заявления – все программы штата, за исключением особых затруднительных медицинских обстоятельств

Работники Больницы оказывают содействие пациенту в процессе подготовки заявления на участие в программах штата в части сбора и направления документов необходимых для участия в выбранной программе штата. Лица предоставляют соответствующие заявления на получение страхового покрытия посредством системы направления заявлений штата. Заявление можно подать в электронном виде, воспользовавшись веб-сайтом «Health Connector» штата, в бумажном виде, или по телефону через представителя службы поддержки «MassHealth» или «Health Connector». При этом, необходимы следующие документальные подтверждения (перечень – не полный): (1) уровня годового дохода семьи (объём заработной платы, платежи по социальному обеспечению, а также письмо от работодателя, налоговые декларации и выписки из банков), (2) личности и гражданства, (3) законного въезда в страну для граждан других государств (при необходимости), и (4) имущества лиц 65 лет и старше. Представители штата уведомят пациента о необходимости предоставления дополнительных документов в ходе окончательной проверки. Пациент имеет право на получение предварительного покрытия в случае выполнения всех основных требований программы.

B. Процесс подачи заявления – «HSN - особые затруднительные медицинские обстоятельства»

Для установления соответствия пациента требованиям таких программ как «HSN – особые затруднительные медицинские обстоятельства», работники Больницы будут оказывать содействие пациенту при необходимости. Таким образом, представители Больницы помогут пациенту заполнить и направить заявление на получение помощи при особых затруднительных медицинских обстоятельствах в Фонд социальной защиты в сфере здравоохранения. По просьбе Больницы пациент обязан предоставлять всю необходимую информацию своевременно для составления исчерпывающего заявления представителями Больницы. После того, как пациент заполнил бланк заявления и подготовил все необходимые документы, работники Больницы представляют заполненное заявление в Фонд в течение пяти (5) рабочих дней с момента его получения от пациента. Если работники Больницы не отправили заявление в течение пяти (5) рабочих дней с момента его получения от пациента, с пациента не взимается плата за счета, выставляемые в особо затруднительных медицинских обстоятельствах при условии, что заявление было своевременно предоставлено в адрес соответствующего органа штата.

C. Утверждение покрытия в рамках программ штата

Представители Больницы могут оказать содействие пациенту в процессе подачи заявления на участие в программах штата, но не принимают никакого участия в процессе проверки соответствия условиям программы,

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

выполняемой представителями «MassHealth» или Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения. Представители «MassHealth» или Фонда всегда извещают о соответствии условиям программы. Пациент несёт ответственность за информирование работников Больницы о принятии каждого решения относительно того или иного покрытия для вынесения правильного и своевременного решения по каждому счёту Больницы.

D. Влияние, оказываемое заявлениями в HSN/MassHealth, находящимися на рассмотрении

Для тех пациентов, для которых представители Больницы направили соответствующие заявления на участие в программе MassHealth и HSN в «Massachusetts Health Connector», обработка выставляемых счетов будет приостановлена до выдачи соответствующего заключения.

E. Обжалование заключения

1. «MassHealth»: пациент имеет право принимать непосредственное участие в обжаловании или получении подробной информации относительно решения «MassHealth» по предоставлению страхового покрытия. Запрос необходимо направлять в адрес «MassHealth» вместе с сопроводительной документацией.
2. Пациенты с низким уровнем дохода: физическое лицо в праве запрашивать рассмотрение «MassHealth / Connector» заключения относительно статуса «пациента с низким уровнем дохода», выполнения представителями Больницы положений 101 С.М.Р. § 613.00, или, в исключительных случаях, соответствия особым затруднительным медицинским обстоятельствам.

F. HSN – соответствие определению «пациента с низким уровнем дохода» и соответствующее покрытие

1. Определение «пациента с низким уровнем дохода»

Решение о признании пациента в качестве «пациента с низким уровнем дохода» принимается в рамках системы соответствия «MassHealth / Massachusetts Health Connector» и распространяется исключительно на жителей штата Массачусетс. Для этого, пациент должен отправить заявление в бумажном, или электронном, виде, как указано в разделах VI(A) или VI(B) выше, включая документальное подтверждение проживания на территории штата Массачусетс, личности и уровня дохода. В рамках HSN существуют четыре основные категории страхового покрытия для «пациентов с низким уровнем дохода»: (i) первичное-HSN (HSN-Primary) (раздел VI(F)(4) данного документа); (ii) вторичное-HSN (HSN-Secondary) (раздел VI(F)(5) данного документа); (iii) частичное-HSN (HSN-Partial) (раздел VI(F)(6) данного документа); и (iv) HSN-особые затруднительные медицинские обстоятельства (HSN-Medical Hardship) (раздел VI(F)(7) данного документа).

- a. Работники Больницы также могут оказывать содействие пациентам при регистрации в Фонде социальной защиты в сфере здравоохранения посредством процедуры предположительного решения, в соответствии с которой предоставляется возможность временного участия. Я Такую процедуру проводят финансовые консультанты, которые оценивают пациента исключительно на предмет соответствие определению «пациента с низким уровнем дохода» для получения страхового покрытия Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения на основании финансовой информации, предоставляемой самим пациентом. Страхование покрытие предоставляется на период с момента принятия работниками Больницы соответствующее решения и до конца месяца, следующего за тем, в котором было принято предположительное решение. Однако, в условия предоставления страхового покрытия могут вноситься изменения до окончания этого срока, при условии предоставления пациентом заполненного заявления на участие в программах в соответствии с разделами VI(A) или VI(B) выше.

2. Соответствие HSN

Статус соответствия пациента условиям предоставления покрытия в рамках HSN подлежит проверке в ходе регистрации, посредством системы контроля соответствия MassHealth (MassHealth Eligibility Verification System (EVS)), системы информационного обеспечения штата Массачусетс (Massachusetts's Medicaid Management Information Systems (MMIS)), паспорта и прочих систем

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

проверки соответствия Больницы (при необходимости). Каждое изменение статуса пациента подлежит обязательной документальной регистрации.

3. Ограничения предоставляемых услуг

Тем пациентам, которые были определены как «пациенты с низким уровнем дохода» предоставляются (по возможности) услуги в объеме страхового покрытия, предусмотренного в рекомендациях либо «HSN», либо «MassHealth», с учетом ограничений по предоставлению «соответствующих услуг» в рамках норм штата и соответствующего фармацевтического справочника. Те пациенты, которые нуждаются в компенсируемых услугах, не являющихся неотложными или срочными, будут уведомлены в письменном виде относительно максимальной стоимости таких услуг. Перед оказанием таких услуг они должны подписать соответствующее соглашение о принятии на себя материальной ответственности.

4. Первичное страховое покрытие HSN

Те пациенты, которые являются «пациентами с низким уровнем дохода» и не имеют страхового полиса, а также имеют документальное подтверждение валового дохода семьи с поправками и изменениями (MAGI Household income) или исчисляемого семейного имущества для особых затруднительных медицинских обстоятельств (Medical Hardship Family Countable Income) «MassHealth» (как указано в 101 C.M.R. § 613.04(1)) на уровне от 0% до 300% федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level (FPL)), имеют право на первичное страховое покрытие HSN (HSN-Primary) со следующими оговорками:

- a. «Пациенты с низким уровнем дохода», принимающие участие в программе «Health Connector» содействия при оплате страховых премий, могут претендовать на первичное страховое покрытие Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения в объеме, определенном 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. В соответствии с требованиями к предоставлению программ медицинского страхования студентов основного закона штата Массачусетс (M.G.L.) с. 15A, § 18, студенты не могут претендовать на первичное страховое покрытие Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения.

5. Вторичное страховое покрытие HSN

«Пациент с низким уровнем дохода» имеет право на вторичное страховое покрытие HSN (HSN – Secondary) в случае, если они имеют основную страховку и документальное подтверждение валового дохода семьи с поправками и изменениями (MAGI Household income) или исчисляемого семейного имущества для особых затруднительных медицинских обстоятельств (Medical Hardship Family Countable Income) «MassHealth» (как указано в 101 C.M.R. § 613.04(1)) на уровне от 0% до 300% федерального прожиточного минимума со следующими оговорками:

- a. «Пациенты с низким уровнем дохода», принимающие участие в программе «Health Connector» содействия при оплате страховых премий, могут претендовать на вторичное страховое покрытие Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения исключительно в объеме, определенном 101 C.M.R. § 613.04(4)(a)(2)(a).
- b. В соответствии с требованиями к предоставлению программ медицинского страхования студентов основного закона штата Массачусетс (M.G.L.) с. 15A, § 18, студенты не могут претендовать на первичное страховое покрытие Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения.

6. Страховое покрытие HSN – частичная франшиза

Пациенты, которые соответствуют требованиям для получения первичного или вторичного страхового покрытия HSN (HSN – Primary, HSN – Secondary) с уровнем валового дохода семьи с поправками и изменениями (MAGI Household income) или исчисляемого семейного имущества для особых затруднительных медицинских обстоятельств (Medical Hardship Family Countable Income) «MassHealth» от 150,1% до 300% федерального прожиточного минимума, имеют право на получение годовой франшизы в том случае, если уровень дохода каждого члена семейной группы основных

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

платежей (Premium Billing Family Group (PBF)) выше 150,1% федерального прожиточного минимума. Под PBF подразумевается группа лиц, проживающих совместно, в соответствии с 130 С.М.Р. § 501.001. Если уровень дохода хотя бы одного члена PBF ниже 150,1% федерального прожиточного минимума, ни один член такой группы не может претендовать на подобную франшизу. Годовая франшиза рассчитывается в соответствии с положением 101 С.М.Р. § 613.04(4)(c)(1).

7. Страховое покрытие HSN – особые затруднительные медицинские обстоятельства
Человек, проживающий на территории штата Массачусетс, независимо от уровня дохода, имеет право на покрытие особых затруднительных медицинских обстоятельств за счёт Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения в случае, если на покрытие медицинских расходов, не облагаемых налогом, будет уходить настолько значительная сумма его / её исчисляемого дохода, что он / она будет не в состоянии оплатить стоимость медицинского обслуживания. Для получения страхового покрытия особых затруднительных медицинских обстоятельств, сумма медицинских расходов заявителя, не облагаемых налогом, должна быть выше определённой доли исчисляемого дохода заявителя, определённой 101 С.М.Р. § 613.05(1)(c). Сумма взноса заявителя рассчитывается как произведение определённого процента от исчисляемого дохода, предусмотренного 101 С.М.Р. § 613.05(1)(b), с учётом федерального прожиточного минимума семьи, находящейся в особо затруднительных медицинских обстоятельствах, и суммы фактического исчисляемого дохода за вычетом счетов, не покрываемых Фондом социальной защиты в сфере здравоохранения, ответственность за оплату которых продолжает нести заявитель.
8. Материальная ответственность пациентов с низким уровнем дохода / частичных покрытие HSN / с особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами:
 - a. Материальная ответственность пациентов с низким уровнем дохода ограничивается совместными платежами (любым плательщиком, за исключением Medicare), франшизами, установленными HSN (как оговорено в разделе VI(F)(6) выше), или если пациент соглашается на оплату счетов за счёт излишка «CommonHealth».
 - b. Взносы для пациентов с низким уровнем дохода, определяемые как частичное покрытие HSN (Partial HSN) (как оговорено в разделе VI(F)(6) выше), или с особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами (как оговорено в разделе VI(F)(7) выше): Такие пациенты обязаны делать взносы при условии, что это их первичное покрытие, используемое для оплаты необходимых медицинских услуг, не являющихся неотложными или срочными. Текущее состояние годовой франшизы для семьи пациента с частичным покрытием HSN подлежит пересмотру, и пациент может быть обязан осуществить взнос в размере не более 20% годовой франшизы пациента (но не более 500 дол. США). Кроме того, работники Больницы могут потребовать у пациента с особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами осуществить взнос в размере не более 20% доли пациента в страховом покрытии для особых затруднительных медицинских обстоятельств (но не более 1 000 дол. США).
 - c. Графики платежей: До сведения пациентов с низким уровнем дохода будет доведена возможность разработки графика платежей для обеспечения оплаты по всем счетам, предусмотренным разделом VIII Порядок производства платежей.
 - d. Не требуемые с медицинской точки зрения услуги: пациенты с низким уровнем дохода обязаны заблаговременно оплачивать все услуги, не требуемые с медицинской точки зрения в соответствии с разделом II(C), при условии надлежащего информирования пациента о максимальной стоимости таких услуг заблаговременно и подписании им согласия о том, что такие услуги не будут покрываться HSN или прочими программами помощи штата Массачусетс. Предоставление таких услуг будет приостановлено на неопределённый срок до момента оплаты, в соответствии с разделом VIII(E).

VII. ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС

A. ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ В США ЗА ПРЕДЕЛАМИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС

В дополнение к процедурам, применяемым к застрахованным (раздел IV(C)) и незастрахованным (раздел IV(D)) пациентам, работники Больницы будут рекомендовать лицам, проживающим в США за пределами штата Массачусетс и потенциально соответствующим критериям для получения страхового покрытия в рамках программы «Medicaid» собственного штата или других государственных программ (программы штата для лиц, проживающих в США за пределами штата Массачусетс), подавать заявления на получение страхового покрытия.

1. Работники Больницы могут оказать содействие лицам, проживающим в США за пределами штата Массачусетс, в подготовке заявления на участие в программах штата, путём предоставления пациенту информации относительно имеющихся программ. Лица предоставляют соответствующие заявления на получение страхового покрытия посредством системы направления заявлений для лиц, проживающих в США за пределами штата. При этом, необходимы следующие документальные подтверждения (перечень – не полный): (1) уровня годового дохода семьи (объём заработной платы, платежи по социальному обеспечению, а также письмо от работодателя, налоговые декларации и выписки из банков), (2) личности и гражданства, (3) законного въезда в страну для граждан других государств (при необходимости), и (4) имущества лиц 65 лет и старше. Представители соответствующего штата уведомят пациента о необходимости предоставления дополнительных документов в ходе окончательной проверки.
2. Представители Больницы не принимают никакого участия в процессе проверки соответствия критериям программ предоставления помощи лицам, проживающим в США за пределами штата. Ответственность за предоставление всех данных о соответствии критериям лежит на исполнителях этих программ, а не работниках Больницы. Однако, пациент несёт ответственность за информирование работников Больницы о принятии каждого решения относительно того или иного покрытия для вынесения правильного и своевременного решения по каждому счёту Больницы.
3. Пациент имеет право принимать непосредственное участие в обжаловании или получении подробной информации относительно решения исполнителей программ предоставления помощи лицам, проживающим в США за пределами штата, относительно предоставления страхового покрытия.

B. Иностранцы

В дополнение к процедурам, применяемым к застрахованным (раздел IV(C)) и незастрахованным (раздел IV(D)) пациентам, работники Больницы будут прикладывать все возможные, в разумных пределах, усилия по сбору данных о временном и постоянном месте проживания граждан других стран, а также сделают всё возможное для обеспечения досрочной оплаты всех услуг, не являющихся неотложными или срочными.

VIII. ПОРЯДОК ПРОИЗВОДСТВА ПЛАТЕЖЕЙ

A. Общие положения

Платежи могут осуществляться в различных местах в пределах Больницы. Для пациентов доступны различные порядки производства платежей, включая предварительные взносы (аванс) и графики платежей. Пациент, или его гарант, могут выбрать соответствующий порядок производства платежей, проконсультировавшись с представителями отдела по работе со счетами пациентов «Hallmark Health». Каждый порядок производства платежей соответствует установленным критериям, и будет соответствующим образом отражаться в счетах Больницы и системе учёта и регистрации.

B. Формы оплаты

К оплате принимаются именные чеки, подтверждённые / банковские чеки, безналичные платежи, кредитовые / дебетовые карты или наличные. Работники Больницы оставляют за собой право проверять «необеспеченные» чеки и возвращать платёж, который был списан со счёта пациента. «Необеспеченный» чек может служить основанием для перевода такого счёта в категорию невозвратной (проблемной) задолженности.

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

С. Валюта

Все платежи осуществляются в долларах США, при отсутствии иной договорённости. Платежи в валюте, отличной от доллара США, подлежат конвертации по курсу банка Больницы, с учётом всех комиссионных расходов за конвертирование.

D. Графики платежей

Порядок применения графика платежей описывается в отдельных Принципах Больницы о предоставлении материальной помощи. Каждый пациент с низким уровнем дохода или особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами будет уведомлен о предоставлении Больницей графика платежей. С Принципами предоставления материальной помощи можно ознакомиться по следующему адресу <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

E. Взносы

Представители «Hallmark Health» оставляют за собой право требовать у пациентов оплаты авансового платежа в полном объёме за услуги, не являющиеся неотложными или срочными. При невозможности рассчитать стоимость такого рода услуг, пациенты должны оплатить взнос (аванс в счёт будущих расходов). При отсутствии возможности для оплаты услуг, не являющихся неотложными или срочными, заблаговременно, или неудовлетворении требований к взносу, предоставление таких услуг приостанавливается на неопределённый срок при условии, что лечащий врач определяет, что подобные услуги не являются необходимыми с медицинской точки зрения. Представители «Hallmark Health» не будут требовать предварительную оплату и / или взнос на лечение с тех лиц, которые нуждаются в неотложной или срочной помощи, а также тех, кто защищён от взыскания средств соответствующими законами штата (Приложение С – Пациенты, защищённые от взыскания средств).

IX. ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ И ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ ОТ ПАЦИЕНТА

A. Общие принципы

Работники Больницы предпримут разумные меры для взыскания средств для оплаты всех расходов за счёт страховых компаний в соответствии со стандартами отрасли страхования, а также для своевременного выставления платежей и перерасчётов по контрактам в адрес пациентов, в том числе выставление счетов по всем активным программам страхования, соответствующим требованиям плательщика и своевременный анализ отклонённых заявлений о наступлении страхового события. Пациенты, или их гаранты, будут нести ответственность за остатки на счетах после оплаты всех страховых платежей, применения перерасчётов, а также будут выступать одной из сторон при согласовании размера скидки / перерасчёта в соответствии с уведомлением об оплате, получаемом от плательщика, за исключением случаев контроля остатка по счёту Фондом социальной защиты в сфере здравоохранения или освобождения от взыскания средств в порядке, определённом законами штата Массачусетс. Меры по взысканию могут распространяться на выписки по счетам пациентов, письма пациентов, номера телефонов, заверенные письма-извещения об окончательном взыскании задолженности единовременные взыскания, включая выписки из бюро кредитных историй.

Пациент обязан своевременно предоставлять полную информацию о страховом полисе и свои демографические данные, а также знать объём услуг, покрываемых своим страховым полисом. Те пациенты, которые обладают необходимыми средствами, должны самостоятельно оплачивать услуги «Hallmark Health».

B. Процедуры выставления счетов Больницей, включая выписки, письма и звонки пациентам

Работники Больницы предпримут разумные меры для выставления счёта соответствующей стороны и взыскания оплаты с соответствующего плательщика. Представители Больницы, или назначенные ими посредники (агенты) будут регулярно предоставлять пациентам / гарантам выписки по почте, с указанием сумм, подлежащих оплате Больнице. Как правило, каждая операция по счёту и вся документация, включая счета, отображается в системе учёта счетов. Работники обязаны вносить данные о каждом случае контакта с пациентом (или гарантом) в соответствующую систему учёта счетов, систему учёта и регистрации, или систему получения платежей, оплачиваемых самостоятельно. Для лиц, проживающих на территории штата

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

Массачусетс, заявители о наступлении страхового события будут направляться в адрес Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения только после исчерпания всех возможных вариантов взыскания оплаты.

1. Первоначальный счёт для пациента: работники Больницы направляют первоначальный счёт в адрес пациента или гаранта, с кратким описанием всех расходов, платежей и перерасчётов, производимых в день предоставления услуг / поступления. В первоначальном счёте описываются возможные программы предоставления материальной помощи, которые могут покрывать расходы на оплату счетов Больницы.
2. Последующее выставление счетов: ожидается, что представители Больницы будут выставять счета пациенту или гаранту один раз в месяц в течение не более 120 дней, что соответствует периоду продолжительного выставления счетов и получения оплаты по ним.
3. Телефонные звонки и прочие средства связи: телефонные звонки, выписки по счетам, письма, личные контакты, уведомления и прочие способы уведомления являются непосредственными попытками для связи с представителем стороны, ответственной за те или иные обязательства, а также информирования пациентов и доступной материальной помощи.
4. Временная приостановка процесса выставления счетов: в определённых ситуациях, продолжительное выставление счетов и получение оплаты по ним может оказаться невозможным, поэтому этот процесс может быть временно приостановлен, или прекращён. К таким ситуациям относятся следующие, но не ограничиваются ими: неверный адрес (раздел IX(B)(9)), банкротство (раздел IX(D)(1)), жалоба со стороны пациента, недостаточная сумма остатка (раздел IX(B)(10)), решение о соответствии требований «MassHealth» или «HSN», или ожидание такого решения (разделы VI(D) и IX(B)(6)), или если пациент находится в процессе предоставления заявления на получение материальной помощи «Hallmark Health».
5. Уведомление о возможности получения материальной помощи: к выпискам по счетам пациентов относятся уведомления, требуемые законодательством, для извещения пациентов о доступности средств для получения материальной помощи. Уведомления о доступности средств для получения материальной помощи также будут предоставляться в устной и письменной форме при поступлении и выписке пациента.
6. Пациенты, защищённые от взыскания средств: Работники Больницы предпримут разумные меры для недопущения применения процедур по взысканию средств, включая телефонные звонки, выписки и письма, с тех пациентов, чьи средства освобождаются от такой процедуры соответствующими законами. К таким пациентам могут относиться пациенты, участвующие в программах штата, которые освобождены от процедуры взыскания, как указано в Приложении C; пациенты, для которых работники Больницы задержали направление заявления об особых затруднительных медицинских обстоятельствах (раздел VI(B)); пациенты, ожидающие решение по своему заявлению на участие в программе штата (раздел VI(D)), или те пациенты, которые ожидают принятия решения по запросу на предоставление материальной помощи в рамках Принципов предоставления материальной помощи «Hallmark Health». Работники Больницы могут продолжать направлять письменные запросы на предоставление информации или осуществление действий пациентами по урегулированию вопросов, связанных с применением покрытия и / или соответствия требования основного плательщика, программой страхования от несчастных случаев на производстве, или для получения информации о компании, предоставляющей услуги страхования ответственности перед третьими лицами или при ДТП.
7. Окончательное уведомление (о взыскании): Работники Больницы предпримут разумные меры для предоставления каждому пациенту окончательного уведомления (о взыскании) по почте до перевода счёта в категорию невозвратной (проблемной) задолженности. Уведомления для несовершеннолетних пациентов будут предоставляться в адрес их гаранта.

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

8. Невозвратная задолженность лица, проживающего на территории штата Массачусетс, требующая срочного вмешательства: в случае если работники Больницы ходатайствуют в «HSN» о признании какой-либо задолженности как невозвратной и требующей срочного вмешательства, они обязаны убедиться в том, что такая задолженность удовлетворяет следующие требования:
 - a. По данному счёту работы по взысканию задолженности ведутся постоянно в течение, как минимум, 120 дней, с соответствующим документальным подтверждением.
 - b. Были направлены соответствующие запросы в «EVS» или «MMIS» для анализа возможного покрытия.
 - c. Предоставленные услуги подпадают под определение неотложных услуг, описанных в настоящих Принципах.
 - d. Окончательное уведомление о взыскании остатков в размере 1 000 дол. США и более было отправлено заказным письмом. При наличии документального подтверждения неправильности указанного адреса для счёта пациента, заявление по таким счетам можно предоставлять в Фонд социальной защиты в сфере здравоохранения без окончательного уведомления о взыскании, направленном заказным письмом, при условии истечения 120-дневного срока с момента выставления первоначального счёта и подтверждением того, что непосредственные и разумные попытки работников Больницы установить правильность адреса оказались тщетными.
9. Возвраты по неверным адресам: Работники Больницы предпримут разумные меры для отслеживания, анализа и повторного направления всех выписок по счетам пациентов, возвращённых почтовой службой с пометкой «не доставлено». Адрес будет проверен и исправлен с помощью программ поиска неплательщиков (“skip trace”), предоставляемых третьими сторонами. По возможности, в системах регистрации и учёта выставленных счетов такие счета будут идентифицироваться как счета «с неверным адресом». После определения счёта как такового с неверным адресом, по нему не будут направляться выписки или письма до момента установки нового адреса. В соответствии с положениями о соблюдении конфиденциальности Закона об унификации и учёте в области медицинского страхования (HIPAA), работники Больницы не будут направлять письменные выписки по неверным адресам. Информация о счетах, последняя версия демографических данных по которым содержит неверный адрес, может быть передана сторонним организациям в рамках дальнейшей работы с невозвратной задолженностью, за исключением счетов с возможной невозвратной задолженностью, требующей срочного вмешательства, которые будут обрабатываться через 120 дней после определения их таковыми.
10. Перерасчёт малого остатка: с учётом расходов на обработку выписок и взыскание оплаты, после предоставления первоначальной выписки работники Больницы могут не предоставлять выписки по счетам с низким уровнем оплаты – менее 15 дол. США. Такой подход применяется ко всем плательщикам без исключения. Перерасчёт малого остатка никоим образом не будет предоставляться в «HSN» для оплаты в рамках этого раздела.

С. Уведомление о превышении

Работники Больницы баланс по счёту каждого пациента на предмет превышения размера трастового фонда на услуги больницы скорой медицинской помощи Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения, в соответствии с требованиями 101 С.М.Р. § 614.05. Суммы превышения будут выставлены к оплате пациенту, а поступившие средства будут возвращены «HSN» в соответствии с его отдельным запросом.

Д. Особый порядок взыскания оплаты

1. Банкротство пациента: Работники Больницы предпримут разумные меры для контроля каждого уведомления о банкротстве, которые будут добавляться в дело для обеспечения выполнения всех требований судопроизводства, включая порядок предоставления искового заявления, при необходимости, или отказа для взыскания долга.

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

2. Работники Больницы не будут выставлять счета пациентам с низким уровнем дохода, участвующим в программах «HSN» в соответствии с (1) заявлением о наступлении страхового серьезного события, требующего немедленного уведомления, описанного в 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); или (2) заявлением о наступлении страхового события в связи с административной или технической ошибкой в процессе выставления счёта.
3. Вторичное покрытие «HSN»: Работники Больницы предпримут разумные меры для ограничения количества заявлений о наступлении страхового события, направляемых в адрес «HSN», включая франшизы и услуги с отсутствующим покрытием, случаи исчерпания пациентом своих страховых выплат, или если взаимоотношения с плательщиком не вступили в силу в момент предоставления услуг. В случае получения работниками Больницы дополнительного или откорректированного платежа по ранее выставленному заявлению о наступлении страхового события в «HSN», откорректированное заявление будет представлено в адрес «HSN».
4. Частичная франшиза «HSN»: Работники Больницы будут выставлять пациентам счёта в размере 100% их частичной годовой франшизы «HSN» за вычетом взносов пациентов, осуществлённых в соответствии с разделом VI(F)(8)(b) до тех пор, пока пациент не оплатит сумму, эквивалентную размеру годовой франшизы, включая разницу, предусмотренную графиком платежей. Заявления о наступлении страхового события будут представлены в «HSN» только после полного погашения стоимости франшизы пациента.

Е. Особый порядок работы со счетами

В отдельных случаях, работа со счетами пациента требует предоставления дополнительной информации или выполнения отдельных процедур.

1. Страхование от несчастных случаев на производстве (СНСП): в регистрационной карточке должны чётко указываться услуги, связанные с несчастными случаями на производстве. Следует указывать дополнительные данные, включая дату и время несчастного случая, ФИО и номер телефона работодателя, а также наименование и номер телефона компании, предоставляющей услуги страхования от несчастных случаев на производстве. Работники Больницы предпримут разумные меры для получения покрытия в рамках СНСП. В случае получения страхового возмещения после подачи заявления о наступлении страхового события, сумма такого возмещения вычитается из исходной суммы, что доводится до сведения плательщика или «HSN», включая недействительные и возмещённые заявления. При отсутствии покрытия СНСП, процесс выставления счёта по заявлению о наступлении страхового события осуществляется в рабочем порядке.
2. Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) и ответственность перед третьими лицами (ОПТЛ): в регистрационной карточке должны чётко указываться услуги страхования при дорожно-транспортном происшествии и ответственности перед третьими лицами. Следует указывать дополнительные данные, необходимые при направлении заявления о наступлении страхового события, включая дату и время происшествия, место для случаев ответственности перед третьими лицами и наименование страховых компаний, застраховавших автомобиль (если известно). По возможности, в систему регистрации необходимо внести ФИО адвоката, связанного с представленным заявлением о наступлении страхового события. Будут предприняты разумные меры для выставления счёта в случае ДТП / ОПТЛ в адрес соответствующей страховой компании для возможного взыскания суммы личного ущерба. Заявления о наступлении медицинского страхового события будут обрабатываться после урегулирования всех вопросов, связанных со страхованием от личного ущерба. При невозможности установления личности адвоката пациента, ответственного за заявление о наступлении страхового события пациента, работники Больницы могут воспользоваться правом удержания определённой суммы на покрытие будущих платежей за лечение телесных повреждений со страховой компании, обеспечивающей страхование на случай ДТП. В случае получения страхового возмещения после подачи заявления о наступлении страхового события, сумма такого возмещения вычитается из исходной суммы, что доводится до сведения плательщика или «HSN», включая недействительные и

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

возмещённые заявления. При отсутствии покрытия ДТП / ОПТЛ, процесс выставления счёта по заявлению о наступлении страхового события осуществляется в рабочем порядке.

3. Закон об унификации и учёте в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)): В соответствии с HIPAA, пациенты, оплатившие Больнице полную стоимость отдельного продукта или услуги, имеют право требовать, чтобы защищённая законом информация о состоянии здоровья (PHI (Protected Health Information)) относительно такого продукта или услуги не предоставлялась страховой компании, обеспечивающей медицинское страхование для оплаты, если раскрытие подобной информации не является требованием действующего законодательства. Подобное ограничение распространяется исключительно на отдельный продукт или услугу, предоставляемую и выставляемую к оплате Больницей. Пациенты, желающие воспользоваться таким ограничением должны полностью оплатить остаток суммы на момент предоставления услуги, или, если полная оценка не возможна на момент предоставления услуги, оплатить при получении соответствующих выписок. Если, после принятия разумных мер, представителям Больницы не удаётся полностью обеспечить такой платёж пациенту, желающему воспользоваться подобным ограничением, они могут уведомить об этом пациента и выставить соответствующий счёт страховой компании, обеспечивающей медицинское страхование. Во избежание нецелевого использования средств, такой счёт должен быть отмечен в соответствии с процедурными требованиями.

X. НЕВОЗВРАТНАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ

A. Отнесение счёта к категории невозвратной задолженности

Работники Больницы предпримут разумные меры для предоставления права пациенту на получение материальной помощи по программам штата, государства или «Hallmark Health», путём предоставления ему письменного уведомления о доступных программах и содействие в подготовке соответствующих заявлений. После исчерпания всех разумных мер и попыток взыскания оплаты в соответствии с внутренними процедурами, счета таких пациентов могут быть переведены в категорию «невозвратной задолженности». Как правило, это происходит если оплата не проводится в течение 120 дней с момента выставления счёта, за некоторыми исключениями, связанными с неправильным адресом или прочими смягчающими обстоятельствами. Как правило, в отношении счетов, относящихся к категории «невозвратной задолженности», проводится дополнительная работа по взысканию оплаты со стороны персонала внешних агентств по сбору платежей или поверенных по сбору платежей в соответствии с действующим законодательством.

B. Агентства по сбору платежей

Агентства, желающие взыскать с пациента неоплаченный остаток по счетам от имени Больницы, должны соответствовать настоящим Принципам, включая обязательство по воздержанию от «чрезмерных мер по сбору платежей» (как указано ниже), до тех пор, пока работники Больницы не предпримут разумных мер во исполнение процедуры определения пациента в качестве лица, имеющего право на получение помощи, или освобождённого от процедуры сбора средств или выставления счетов в соответствии с настоящими Принципами. Представители Больницы будут рассматривать и контролировать работы по любой получаемой в свой адрес претензии. Работники каждого агентства обязаны полностью соответствовать нормам Налогового управления и федеральных правил справедливого взыскания долгов, а также правил справедливого взыскания долгов штата Массачусетс. Работники каждого агентства обязаны своевременно информировать о каждом случае взыскания долга, или каждой операции по счёту, включая решение о прекращении дальнейшего взыскания долга.

C. Чрезмерные меры по сбору платежей

В отдельных случаях, работники Больницы могут инициировать чрезмерные меры по сбору платежей, если ожидаемый платёж не был получен даже несмотря на разумные меры, определённые в разделе X(B).

1. Данные о кредитной истории: Работники Больницы или агентства по сбору платежей, от имени Больницы, могут предоставлять данные о неоплаченных счетах в бюро кредитных историй.

XI. КРЕДИТОВЫЙ ОСТАТОК И ВОЗВРАТ СРЕДСТВ

Как правило, работники Больницы возвращают пациентам средства неиспользованных кредитов, которые могут возникнуть в результате удержания чрезмерной суммы со счёта пациента. В случае отсутствия возможностей для возврата средств по кредитному балансу за платёж, оплаченный за счёт собственных средств, работники Больницы вернут кредитный остаток на счёт Казначейства содружества Массачусетс в соответствии с нормами обращения с оставленным имуществом штата.

XII. СЕРЬЁЗНЫЕ СОБЫТИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕМЕДЛЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (ССТНУ)

В случаях отсутствия оплаты за отдельные услуги, или возврата средств в результате наступления серьёзного события, определяемого представителями Больницы как такового, которое требует немедленного уведомления (ССТНУ), работники Больницы руководствуются требованиями к процедуре выставления счетов, включая постановления Министерства здравоохранения (105 С.М.Р. § 130.332). ССТНУ, которые наступили за пределами Больницы, не подпадают под определение таких, которые являются неоплачиваемыми.

XIII. ИСПОЛНЕНИЕ НОРМ ЗАКОНА ОБ УНИФИКАЦИИ И УЧЁТЕ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НРАА)

Представители Больницы также хранят всю информацию в соответствии с действующим федеральным законодательством и законами штата о неприкосновенности личной жизни, об обеспечении безопасности и недопущении кражи данных, удостоверяющих личность.

XIV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Сотрудники Больницы должны уведомить пациентов об их обязанностях:

- 1) Своевременное предоставление полной информации о страховом полисе и демографических данных. Уведомление представителей Больницы и «MassHealth» и любых изменениях, включая объём дохода и состояние страховки, а также контроль данных «HSN» подлежащих вычету вручную.
- 2) Предпринимать разумные меры для понимания лимитов своей ответственности (страхового покрытия), включая лимиты сети, лимиты страхового покрытия предоставляемых услуг и финансовой ответственности по причине лимитов ответственности, совместных платежей, франшиз и совместного страхования.
- 3) Пациенты, имеющие возможность, обязаны своевременно оплачивать стоимость услуг «Hallmark Health», включая совместные платежи, франшизы и совместное страхование.
- 4) Соответствовать принципам предоставления страховых направлений, предварительных согласований и прочим процедурам административного управления медицинским учреждением, а также соответствие прочим требованиям в сфере страхования, в том числе заполнение бланков для координации страховых выплат, поддержание в актуальном состоянии информации о своих личных данных, о лечащем враче, понимание процесса осуществления страховых выплат и прочих требований к плательщику. При отсутствии страхового покрытия определённых медицинских услуг, необходимо организовать альтернативный способ их оплаты.
- 5) Лица, проживающие на территории штата Массачусетс обязаны получать страховое покрытие через «Health Connector», из других источников страхования или отправить заявку на участие в программе «MassHealth» / «Commonwealth Care» / признания в качестве пациента с низким уровнем дохода (по возможности / при условии соответствия определённым критериям) вместе со всей необходимой документацией.
- 6) Уведомлять работников Больницы и любом имеющемся страховом покрытии на случай ДТП, ответственности перед третьими лицами или от несчастных случаев на производстве. Пациенты, имеющие полис страхования «MassHealth» или «Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения» обязаны подавать заявку на

Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health»

компенсацию, по возможности, относительно любого происшествия, травмы или потери трудоспособности, а также в течение 10 дней предоставлять представителям организаций, предоставляющих страхование по государственным страховым программам (например, представительство «Medicaid» и «Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения»), информацию относительно судебного разбирательства или заявления о наступлении страхового события для обеспечения оплаты стоимости услуг, предоставляемых Больницей. После этого, пациент обязан передать представителю третьей стороны право производить платежи за услуги, оплачиваемые штатом или Фондом социальной защиты в сфере здравоохранения, или возмещать расходы Фонда за счёт средств, получаемых от третьей стороны. Если пациент не возмещает расходы Фонда за счёт средств, получаемых от третьей стороны добровольно, представители фонда могут запустить процедуру взыскания оплаты по таким платежам.

XV. ПУБЛИКАЦИЯ ПРИНЦИПОВ КРЕДИТОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ОПЛАТЫ

С Принципами кредитования и получения оплаты «Hallmark Health» предоставления материальной помощи и субъектами-участниками программы можно ознакомиться по адресу: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

1. В этот раздел веб-сайта можно также попасть с домашней веб-страницы «Hallmark Health» (<https://www.hallmarkhealth.org/>) переходя в разделы Пациент/посетитель → Финансовые консультации и счета → Принципы предоставления материальной помощи.
2. На этом веб-сайте описаны различные способы подачи заявления на получение помощи от Больницы, включая перечень мест предоставления финансовых консультаций и номер телефона центрального планового отдела. На веб-сайте подчёркивается, что бланки заявлений и финансовые консультации предоставляются на бесплатной основе.

XVI. УТВЕРЖДЕНИЕ СОВЕТОМ

Настоящие Принципы кредитования и получения оплаты «Hallmark Health» были утверждены на заседании Совета попечителей «Hallmark Health» 27 июля 2017 года.

Приложение А – Адреса медицинских учреждений «Hallmark Health», субъекты-участники программы

Принципы предоставления материальной помощи охватывают услуги, предоставляемые и предъявляемые к оплате «Hallmark Health» по следующим адресам:

1. Melrose-Wakefield Hospital Campus, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Lawrence Memorial Hospital Campus, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Lawrence Memorial Hospital Urgent Care Center, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Hallmark Health System Hematology and Oncology Center, 41 Montvale Avenue, 3rd, 4th, and 5th Floors, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health at 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Lawrence Memorial Hospital Rehabilitation Services, Suites 105 and 106.
 - b. Community Counseling Services, Suite 112.
 - c. Lawrence Memorial Medical Services, Suites 113, 114, and 116.
 - d. Family Medical Associates, Suites 213, 214, and 215.
5. Community Counseling Center, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2nd Floor, Malden, MA 02148.
6. Health Image Women's Imaging Center, 830 Main Street, 3rd Floor, Melrose, MA 02176.
7. Chem Center for Radiation Oncology & MRI, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Hallmark Health Outpatient Diagnostic Testing and Rehabilitation Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Reading Urgent Care Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Melrose-Wakefield Hospital Rehabilitation Services, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Приложение В: Филиалы «Hallmark Health», не являющиеся участниками программы

Поставщики услуг, или группы поставщиков услуг, указанные ниже, могут предоставлять свои услуги на территории больницы, однако выставяемые ими счета не покрываются Принципами предоставления материальной помощи «Hallmark Health» (ППМП). В ППМП «Hallmark Health» не входят услуги, предоставляемые и предъявляемые к оплате следующими организациями, связанными с «Hallmark Health»:

1. Hallmark Health's Physicians Organization, Hallmark Health Medical Associates.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Отделения, в которых пациент может получить консультацию поставщика услуг, не оплачиваемую в рамках ППМП: кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, радиологии / гематологии / онкологии, инфекционных заболеваний, терапии, акушерства и гинекологии, нефрологии, подиатрии, пульмонологии, ревматологии, медицины сна, хирургии, урологии и обработки и перевязки ран.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
 - a. Терапевты отделения оказания неотложной помощи «Hallmark Health» больниц «Lawrence Memorial» по адресу 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155, и «Melrose-Wakefield» по адресу 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Терапевты центров оказания срочной помощи системы «Hallmark Health», расположенным по адресу 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 и 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Hospital Medicine Associates (Team Health).
 - a. Врачи стационара «Hallmark Health» больниц «Lawrence Memorial» по адресу 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 и «Melrose-Wakefield» по адресу 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., включая докторов Конуэй, Пладзевич и Саменюк.
9. Mystic Medical Group, включая доктора Вайнштайн.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Региональные отделения, оказывающие медицинскую помощь на дому (Regional Home Care).

Каждому терапевту, или терапевтической организации, сотрудничающей с «Hallmark Health», включая организации, указанные выше, рекомендуется (но не обязательно) выполнять положения Принципов предоставления материальной помощи «Hallmark Health».

ПРИЛОЖЕНИЕ С – Пациенты «Hallmark Health», защищённые от взыскания средств¹

Указанные ниже пациенты, которые получают необходимые медицинские услуги Больницы, освобождаются от процедуры взыскания средств в объёме, определённом далее по тексту. Процедура взыскания включает в себя любые действия, предпринимаемые представителями Больницы, или уполномоченного агентства, для получения оплаты за услуги от пациента, его гаранта или представителя третьей стороны, ответственной за проведение оплаты. К подобным услугам могут относиться предварительные взносы перед поступлением в учреждение или началом лечения, выписки по счетам, повторные письма о взыскании, контакты по телефону, личные контакты и действия, предпринимаемые агентствами и поверенными по сбору платежей.

Наименование программы штата Массачусетс	Общее правило	Исключения
Пациенты «MassHealth»	<p>Больница не имеет право выставлять счёт пока пациент имеет возможность предоставлять письменное подтверждение участия в программе.</p>	<p>a. Может выставлять счёт по совместным платежам и франшизам. b. Может выставлять счёт пациентам, которые не могут предоставить письменное подтверждение участия в программе.</p>
Неотложная помощь престарелым, инвалидам и детям (EAEDC)		
<p>Программа обеспечения медицинской безопасности для детей (CMSP) Пациенты, валовый доход с поправками и изменениями которых равен или ниже 300% федерального прожиточного минимума</p>		
Пациенты программы «Здоровый старт»	<p>Больница не имеет право выставлять счёт пациенту за ту часть, которая превышает взнос на особые затруднительные медицинские обстоятельства, включая пациентов, которые имеют право на получение оплаты «HSN» для покрытия расходов на особые затруднительные медицинские обстоятельства, и ожидают решения относительно заявления по невозвратной задолженности, требующей срочного вмешательства.</p>	
Пациенты с особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами		
<p>Пациенты с низким уровнем дохода</p>		

<p>Все пациенты с низким уровнем дохода</p>	<p>Больница не имеет право выставить счёт пациенту за невозмещаемые медицинские услуги, за которые пациент согласился нести финансовую ответственность, если: (i) заявление о страховом событии относительно невозмещаемой медицинской услуги относится к медицинской ошибке, или (ii) если заявление о страховом событии было отклонено основной страховой компанией пациента в связи с административной или технической ошибкой в процессе выставления счёта.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Может выставить счёт пациенту за невозмещаемые медицинские услуги, за которые пациент согласился нести финансовую ответственность. b. По запросу от пациента, представители Больницы могут выставить пациенту счёт для обеспечения своевременного выполнения требований по франшизе в рамках программы «CommonHealth».
<p>Все пациенты с низким уровнем дохода, за исключением пациентов только стоматологического отделения с низким уровнем дохода</p>	<p>Больница не имеет право выставить счёт пациенту за невозмещаемые медицинские услуги, за которые Больница получила оплату от «HSN».</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Может выставить счёт по совместным платежам и франшизам. b. Может выставить счёт за услуги, предоставленные Больницей до признания штатом пациента в качестве пациента с низким уровнем дохода, или после истечения срока, или снятия статуса пациента с низким уровнем дохода.
<p>Пациенты «MassHealth» с низким уровнем дохода, валовым доход с поправками и изменениями, или семья с особыми затруднительными медицинскими обстоятельствами</p>	<p>Больница не имеет право выставить счёт пациенту за ту часть, которая превышает размер франшизы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Может выставить счёт за совместные платежи за аптечные препараты. b. Может выставить счёт за частичную франшизу «HSN». c. Может выставить счёт за услуги, предоставленные Больницей до признания штатом пациента в качестве пациента с низким уровнем дохода, или после истечения срока, или снятия статуса пациента с низким уровнем дохода.

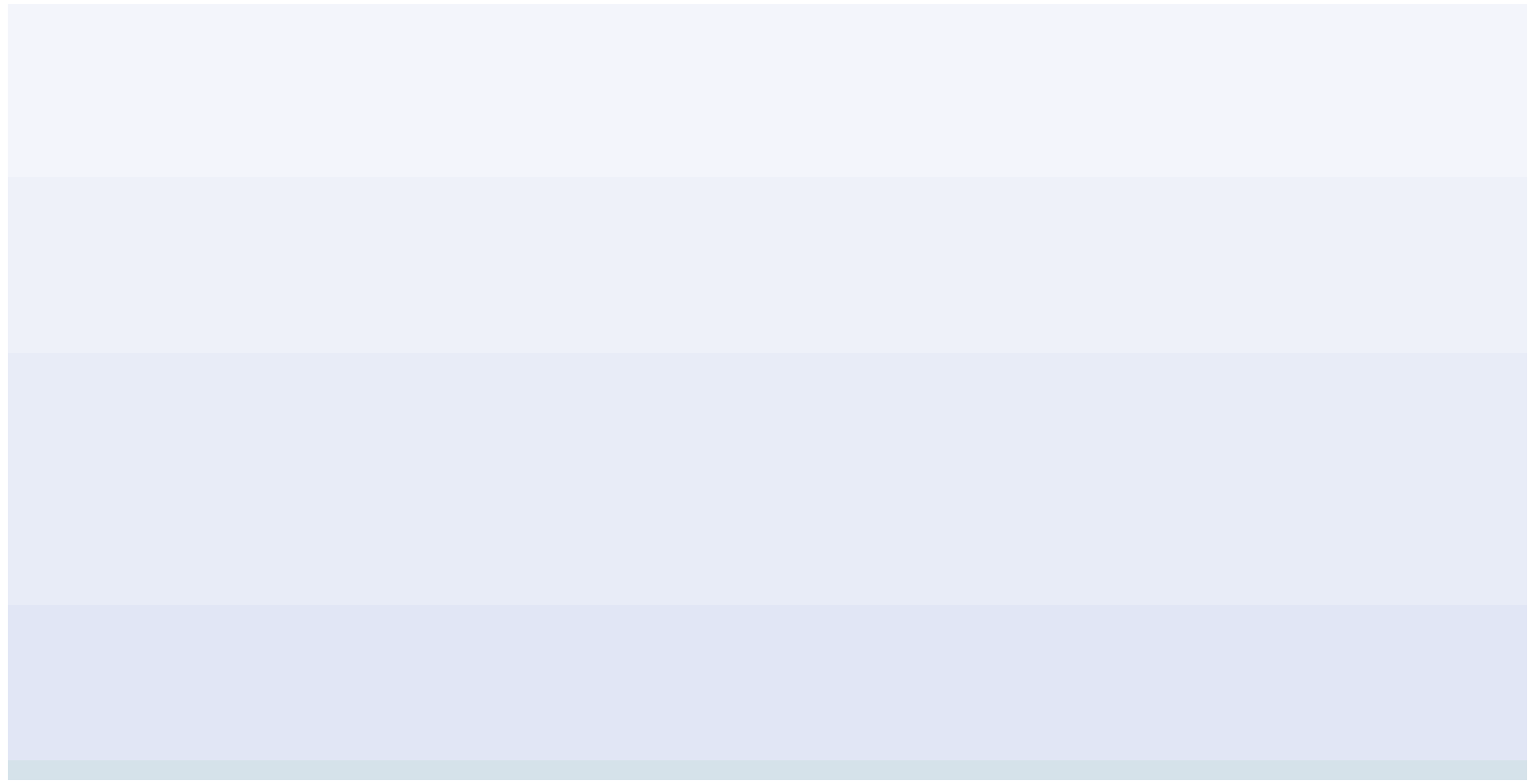
¹ Положения Фонда социальной защиты в сфере здравоохранения штата Массачусетс 101 С.М.Р. § 613.08(3).

Приложение D



Готовый чек отправить по адресу:			

Получатель



СУММА К ОПЛАТЕ:

Заполните соответствующие строки и верните в запечатанном конверте в кратчайшие сроки.

Изменение адреса

ФИО

Адрес

Город

Штат

Индекс

Телефон

Первичное обновление данных о страховке

ФИО застрахованного лица

Наименование страховой компании

Дата начала

Адрес проживания застрахованного лица

Город

Штат

Индекс

Телефон

Работодатель

Номер группы

Идентификатор

Дата рождения застрахованного лица

Заполнять при оплате кредитной картой

ВЫБОР КАРТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ

Mastercard VISA

Discover American Express

НОМЕР КАРТЫ

ДАТА

М М Г Г

ПОДПИСЬ

СУММА

ИМЯ ПРОПИСЬЮ

Вторичное обновление данных о страховке

ФИО застрахованного лица

Наименование страховой компании

Дата начала

Адрес проживания застрахованного лица

Город

Штат

Индекс

Телефон

Работодатель

Номер группы

Идентификатор

Дата рождения застрахованного лица

Пояснение по заявлению

В настоящем заявлении содержится краткая информация о непоплаченном остатке по Вашему счёту, за которую, с этого момента, ответственность ложится на Вас. Расходы охватывают лишь услуги, предоставленные «Hallmark Health System».

Контактная информация:

Настоящая выписка по счетам охватывает лишь услуги, предоставленные в рамках текущей ответственности пациента. Если Вы не в состоянии полностью оплатить остаток в настоящее время, обратитесь в наш офис для обсуждения альтернативных способов оплаты.

С любыми вопросами, просьба обращаться в наш финансовый отдел по телефону: 781-338-7000. Часы работы офиса: понедельник – пятница с 08:00 до 16:00. При отправлении сообщения по почте, не забудьте указать ФИО пациента, номер счёта, дату предоставления услуги и краткое описание сути запроса. Сообщения следует отправлять по адресу:

Hallmark Health System

Отдел по работе с счетами пациентов

170 Governors Ave

Medford MA 02155

Уведомление о доступности материальной помощи:

Больница предоставляет материальную помощь в оплате необходимых медицинских услуг тем лицам, проживающим на территории Соединённых Штатов, которые не в состоянии оплатить услуги самостоятельно, на основании Федеральных норм прожиточного минимума

Размер материальной помощи для пациентов с низким уровнем дохода (2017 г.)

Для получения подробной информации о материальной помощи «Hallmark Health System», звоните: 781-338-7000

Состав семьи	Полная помощь для дохода до	Частичная помощь для дохода до
1	17 820,00 дол. США	35 640,00 дол. США
2	24 030,00 дол. США	48 060,00 дол. США
3	30 240,00 дол. США	60 480,00 дол. США
4	36 450,00 дол. США	72 900,00 дол. США

При необходимости в получении дополнительной материальной помощи, или помощи в особых затруднительных медицинских обстоятельствах,

можно воспользоваться альтернативными программами, предоставляемыми различными государственными организациями.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ, ПОЖАЛУЙСТА ОБРАЩАЙТЕСЬ К НАМ.