

Содержание

Политика финансовой помощи МАН	3
Применение.....	3
Ссылки	3
Цель	3
Определения	4
Квалификация на финансовую помощь от МАН	10
Услуги, не покрываемые финансовой помощью от МАН	10
Доступная помощь	11
Программы социальной помощи	12
Финансовая помощь госпиталя через программу Health Safety Net .	13
Роль консультантов по финансовой помощи	15
Обязанности пациента	17
Критерии предоставления финансовой помощи госпиталя	18
Скидки за счет финансовой помощи	20
Политика финансовой помощи	20
Причины отказа	23
Предполагаемое право на финансовую помощь	23
Незастрахованная скидка	24
Неотложная медицинская помощь	25
Установление платежеспособности и взыскание оплаты	25
Нормативные требования	26
Приложение 1	26
Заявка на финансовую помощь	26
Приложение 2	29
Заявка на участие в программе Medical Hardship	29
Приложение 3	34
Таблица скидок на основании уровня дохода и активов	34
Приложение 4	35
Средняя сумма счета (AGB)	35

Приложение 5	36
Поставщики, покрываемые госпиталем и без покрытия	37
Приложение 6	44
Свободный доступ к документации	45

Применение Данная Политика применяется к Mount Auburn Hospital, Inc. (“МАН”,

“госпиталь” или “Госпиталь”) (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 МАН или аффилированным с МАН (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 (Amounts Generally Billed - AGB)

Приложение 5. Затрагиваемые Политикой врачи и отделения

Приложение 6. Публичный доступ к документам

Цель

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

МАН 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, получают услуги от соответствующих поставщиков

МАН 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; New England Baptist Hospital; и Winchester Hospital) не потребуется снова во время квалификационного периода подавать заявку на получение финансовой помощи от МАН.

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 экстренных и неотложных услуг далее используются госпиталем для определения допустимого покрытия проблемных задолженностей за экстренные и неотложные услуги в рамках программы финансовой помощи госпиталя, включая Health Safety Net.

Средняя сумма счета (Amounts Generally Billed - AGB): AGB — это сумма, обычно выставляемая пациенту, имеющим страховку за экстренную, неотложную или другую необходимую медицинскую помощь. МАН 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 МАН за экстренную, неотложную и другую необходимую медицинскую помощь, которые были разрешены частными страховщиками и платными услугами Medicare в течение предыдущего финансового года (с 1 октября по 30 сентября) (включая совместное страхование, доплаты и франшизы) на сумму соответствующих валовых сборов по этим требованиям. Затем

МАН 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 МАН.

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 экстренного медицинского состояния.

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;
4. При беременности в случае схваток:
 - a. Недостаточность времени для безопасной транспортировки в другую больницу;
 - 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 МАН.

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. МАН и его 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 критериев, 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 А и части В раздела XVIII Закона о социальном обеспечении (42 USC

1395c-1395w-5).

Вне программы страхования. МАН и его 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 МАН, либо с третьей стороной, представляющей МАН. 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, получают скидку для незастрахованных пациентов на некоторые услуги МАН в рамках данной Политики, когда запрашивается оплата без скидок.

Скидка для незастрахованных лиц: скидка предоставляется незастрахованным пациентам (см. определение ниже) на неотложные медицинские услуги. Исключения из этой скидки указаны и регулируются в данной политике.

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. Это услуги, которые не покрываются из-за ограничений сети, исчерпания страховых льгот или других не покрываемых услуг.

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 МАН.

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.

Квалификация на финансовую помощь от МАН

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

Они включают следующее:

1. Страховые и нестраховые сборы за экстренную медицинскую помощь, как указано выше.
2. Страховые сборы за неотложную медицинскую помощь, как указано выше.
3. Страховые сборы за необходимую медицинскую помощь, как указано выше.
4. Страховые и нестраховые вознаграждения специалистов за экстренную медицинскую помощь, как указано выше, оказываемую поставщиками, нанятыми МАН и ее филиалами. См. Приложение 5.
5. Страховые вознаграждения специалистов за неотложную и необходимую медицинскую помощь, оказываемую поставщиками, нанятыми МАН и ее филиалами. Смотрите Приложение 5.

Услуги, не

Услуги, не покрываемые в рамках финансовой помощи, включают:

**покрываемые
финансовой
помощью от
МАН**

1. Вознаграждения специалистов и сборы за плановые процедуры,
2. как указано выше.
Вознаграждения специалистов за медицинскую помощь, на которых Финансовая Политика МАН не распространяется (например, частные или не связанные с МАН 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. Нестраховые сборы и вознаграждения специалистов за экстренную помощь и необходимую медицинскую помощь, которая не является неотложной помощью, как указано выше.

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

МАН 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) полис 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.

МАН 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 госпиталь 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, госпиталь 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 госпиталя 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 госпиталь 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.

Госпиталь 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 госпиталя и (также называемых сертифицированными консультантами по подаче заявок) с подачей заявки онлайн или в бумажном виде.

**Финансовая
помощь
госпиталя
через
программу
Health Safety
Net**

Как участник программы Health Safety Net в штате Массачусетс госпиталь 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 госпиталя и 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 госпиталя 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 15А, § 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, по определению 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

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, госпиталь 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 госпиталь 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 госпиталь, чтобы госпиталь могла отправить заполненную заявку. Если пациент может предоставить всю информацию своевременно, госпиталь 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**

госпиталь 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. Госпиталь также помогает пациентам, желающим подать заявку на финансовую помощь госпиталя, которая включает покрытие по программе Health Safety Net. Госпиталь должен:

- 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.

Госпиталь уведомит пациентов о необходимости своевременно и точно сообщить госпиталю 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, госпиталь 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 госпиталя. Полученная госпиталем информация будет храниться в соответствии с применимым законодательством штата и федерального уровня о конфиденциальности и безопасности.

Госпиталь также уведомит пациента во время подачи заявки о том, что он должен сообщить госпиталю 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, госпиталь 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 госпиталь она попытается определить, подходит ли пациент для программы социальной помощи или может ли получить финансовую помощь от госпиталю. Пациент, участвующий в программе социальной помощи, может претендовать на определенные льготы. Пациенты могут также претендовать на дополнительную помощь по программе финансовой помощи госпиталя 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 госпиталя, включая любые непогашенные доплаты, совместные выплаты и франшизы, а также обращаться в госпиталь, 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 госпиталь может также помочь пациенту возобновить право на участие в государственной программе при условии, что пациент уведомит госпиталь о любых подобных изменениях.

Пациентам также необходимо уведомлять госпиталь 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 госпитале 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 госпиталем 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 помощи 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 МАН. МАН оставляет за собой право при необходимости пересматривать, корректировать или изменять данную Политику. МАН 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

Если выяснится, что пациент может претендовать на другую помощь, МАН 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 МАН 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 МАН 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 МАН при оценке соответствия пациента для получения финансовой помощи:

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

Программа финансовой помощи МАН 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

сберегательный счет на случай непредвиденных расходов (Flexible Spending Account, FSA), должны будут использовать средства на счете перед получением финансовой помощи. МАН оставляет за собой право отменить скидки, указанные в данной Политике, в случае если госпиталь обоснованно считает, что эти условия нарушают какие-либо правовые или договорные обязательства МАН.

**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. Страховые 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 МАН 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 МАН, ее краткое изложение в более доступной форме и бланк заявки на финансовую помощь можно найти на веб-сайте МАН. Эта информация будет переведена на любой язык, на котором разговаривает не менее 1 000 человек или 5% населения зоны обслуживания МАН. Кроме этого, госпиталь МАН предоставляет ссылки на информацию о Политике оплаты и финансовой помощи во всех ежемесячных уведомлениях для пациентов и письмах с напоминанием о

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 госпиталя МАН:
<https://www.mountauburnhospital.org/patients-visitors/billing-insurance/billing-policies/>
 - b. Лично в отделе финансовых консультаций по адресу:
Mount Auburn Hospital Отдел Службе Поддержки
330 Mount Auburn Street, Clark Building, 2nd Floor
Cambridge, MA, 02138
Телефон (617) 499-5560
 - 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 госпиталя МАН 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 госпиталь МАН и ее филиалы начнут рассматривать поданную заявку на финансовую помощь.
5. В соответствии с положениями данной Политики МАН *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. госпиталь МАН 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 МАН или филиале в течение квалификационного периода, автоматически смогут воспользоваться финансовой помощью в течение 6 месяцев с момента получения такого права. Пациент/поручитель обязан уведомлять госпиталь МАН 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 получают сумму переплаты.

Причины отказа

Госпиталь МАН 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 МАН, а также иски о возмещении личного ущерба и/или иски, связанные с несчастными случаями.
-

Предполагаемое право на финансовую помощь

Предполагаемое МАН 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 госпиталем МАН для оценки безнадёжности 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, получают 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 реклассифицированы в соответствии с положениями Политики финансовой помощи. С них не будет взыскиваться задолженность, и в дальнейшем к ним также не будут применяться меры взыскания.

Сумма скидки для незастрахованных и исключения Пациенты/Гаранты, не имеющие медицинской страховки и не имеющие права на Masshealth или материальную помощь, получают скидку 40% на госпитальские и врачебные услуги, указанные в Приложении 5 Политики материальной помощи. Эта скидка не распространяется на следующие услуги:

- Косметические услуги
- Платные услуги для самостоятельного платежа (услуги, для которых уже установлено расписание тарифов для самостоятельного платежа)
- Услуги по бесплодию
- Претензии по автотранспортным средствам
- Услуги по обходу желудочно-кишечного тракта без определения медицинской необходимости со стороны плательщика
- Товары, такие как линзы, слуховые аппараты, имплантаты и любые другие специализированные продукты
- Товары для удобства пациента, такие как ночные пребывания, которые не являются медицински необходимыми

Скидка для незастрахованных будет применена в момент выставления счета и включена в любую оценку.

Неотложная медицинская помощь 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 госпиталь МАН 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. МАН обеспечит, без какой-либо дискриминации, неотложную медицинскую помощь лицам, независимо от того, имеют ли они право в соответствии с настоящей Политикой. МАН не будет препятствовать или отказывать людям обращаться за неотложной медицинской помощью.

Установление Действия, которые может предпринять госпиталь МАН в случае платежеспособности неуплаты, отдельно описываются в Политике установления **ности** и платежеспособности и взыскания оплаты.
взыскание оплаты

Бесплатную копию можно получить:

Посетив публичный веб-сайт госпиталя МАН:

<https://www.mountauburnhospital.org/patients-visitors/billing-insurance/billing-policies/>

а. Посетив отдел финансовых консультаций, расположенный по адресу:

Лично в отделе финансовых консультаций по адресу:

Mount Auburn Hospital Отдел Службе Поддержки 330

Mount Auburn Street, Clark Building, 2nd Floor

Cambridge, MA, 02138

Телефон (617) 499-5560

б. Позвонив на вышеуказанный номер для запроса отправки копии по почте

в. Позвонив на вышеуказанный номер для запроса отправки копии по электронной почте

Госпиталь МАН будет соблюдать все законы, правила и нормативы

требования требованиях, которые могут распространяться на деятельность госпиталя, связанную с исполнением положений данной Политики. Данная Политика требует, чтобы госпиталь МАН 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 госпиталь МАН будет документировать все случаи предоставления финансовой помощи.

**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 BIDMC):

- 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

Только для персонала.	
Заявление получено:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

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 заработной платы;
- 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 BIDMC):

- 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

Только для персонала.	
Заявление получено:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

3

Таблица скидок на основании уровня дохода и активов

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 получают 100% скидку.

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 МАН, основанная на требованиях к 2024 финансовому году, составляет 41.84%

AGB может быть изменен в любое время по следующим причинам:

- Изменения договора с индивидуальным медицинским страховщиком и изменения договора Medicare Fee-for-Service
- Расчеты, полученные индивидуальным медицинским страховщиком и Medicare Fee-for-Service

Обновлено 01/2025

5

Поставщики, Настоящая Политика финансовой помощи покрывает все расходы, покрываемые связанные с больницами (учреждениями), в следующих отделениях МАН: госпиталем и без покрытия

- Mount Auburn Hospital - 330 Mount Auburn Street, Cambridge, MA 02138
- Mount Auburn Hospital Radiology a Arlington – 22 Mill Street, Suite 106, Arlington, MA 02476
- Mount Auburn Hospital MRI Center – 725 Concord Avenue, Ground Floor, Cambridge, MA 02138
- Mount Auburn Hospital Rehabilitation Services – Outpatient Physical and Occupational Therapy – 625 Mount Auburn Street, 1st Floor, Cambridge, MA 02138
- Mount Auburn Hospital Mobile PET Unit – 799 Concord Avenue, 1st Floor, Cambridge, MA 02138
- Mount Auburn Hospital Occupational Health & Rehabilitation Services – 725 Concord Avenue, Suite 511, Cambridge, MA 02238
- Mount Auburn Hospital Imaging & Specimen Collection – 355 Waverly Oaks Road, Waltham, MA 02452

Если статус покрытия FAP поставщика указан как «Покрывается FAP» ниже, то медицинское обслуживание поставщика или практикующего поставщика (оказываемое в больничном учреждении) покрывается настоящей Политикой финансовой помощи. Если статус покрытия FAP поставщика указан как «Не покрывается FAP» ниже, то медицинское обслуживание поставщика или практикующего поставщика (оказываемое в больничном учреждении) не покрывается настоящей Политикой финансовой помощи.

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Arlington Family Practice, PC	22 Mill Street, Suite 101	Arlington	Не покрывается FAP
Belmont Medical Associates	725 Concord Avenue, Suite 4100	Cambridge	Покрывается FAP
Belmont Oral and Maxillofacial Surgery	68 Leonard Street	Belmont	Не покрывается FAP
Beth R. Hardiman, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 507	Cambridge	Не покрывается FAP
Boston Common Podiatry	264 Beacon Street, 2nd Floor	Boston	Не покрывается FAP
Boston Orthopedic Sports Medicine, Inc.	33 Lantern Lane	Weston	Не покрывается FAP
Boston Urogynecology Associates	725 Concord Avenue, Suite 3500	Cambridge	Покрывается FAP
Briarwood Healthcare & Rehabilitation Center	150 Lincoln Street	Needham	Не покрывается FAP
Burton D. Rabinowitz, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 511	Cambridge	Не покрывается FAP
Cambridge Digestive Health	300 Mount Auburn Street, Suite 405	Cambridge	Не покрывается FAP
Cambridge Medical Associates	625 Mount Auburn Street, Suite 104	Cambridge	Покрывается FAP
Cambridge Neurosurgical SpineCare, LLC	725 Concord Avenue, Suite 2300	Cambridge	Не покрывается FAP
Cambridge Otolaryngology	300 Mount Auburn Street, Suite 308	Cambridge	Не покрывается FAP
Cambridge Pediatrics	1493 Cambridge Street	Cambridge	Покрывается FAP
Cambridge Podiatry Network, P.C.	678 Massachusetts Avenue, Suite 902	Cambridge	Не покрывается FAP
Cambridge Urological Associates, Inc.	300 Mount Auburn Street, Suite 302	Cambridge	Покрывается FAP
Camp Erin Boston	17 Old County Road	Amesbury	Не покрывается FAP
CareGroup Parmenter Home Care & Hospice, Inc.	One Arsenal Marketplace	Watertown	Покрывается FAP
CareGroup Parmenter Home Care & Hospice, Inc. - Wayland	268 Cochituate Road	Wayland	Не покрывается FAP
Center for Women - Mount Auburn Hospital	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Покрывается FAP
СНА - Medical Specialties - Cambridge Campus	1493 Cambridge Street	Cambridge	Не покрывается FAP

Charles River Community Health - Brighton - Ob/Gyn	495 Western Avenue	Brighton	Покрывается FAP
--	--------------------	----------	-----------------

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Charles River Community Health - Waltham - Ob/Gyn	43 Foundry Ave.	Waltham	Покрывается FAP
Commonwealth Oral and Maxillofacial Surgery	2353 Massachusetts Avenue	Cambridge	Не покрывается FAP
Crimson Foot and Ankle Specialists	725 Concord Avenue, Suite 3600	Cambridge	Не покрывается FAP
Davis Square Family Practice	260 Elm Street, Suite 105	Somerville	Не покрывается FAP
Department of Psychiatry	330 Mount Auburn Street, Clark One	Cambridge	Покрывается FAP
Dermatology Associates of Concord	355 Waverley Oaks Road	Waltham	Не покрывается FAP
Dermatology Associates of Concord, Inc.	625 Mount Auburn Street	Cambridge	Не покрывается FAP
Dermatology Associates of Concord, Inc.	290 Baker Avenue	Concord	Не покрывается FAP
Division of Endocrinology and Metabolism	355 Waverley Oaks Road, Suite 100	Waltham	Покрывается FAP
Division of Neurology	330 Mount Auburn Street, Suite 316	Cambridge	Покрывается FAP
Donald Meyer, M.D.	1105 Massachusetts Avenue, Suite 11 E	Cambridge	Не покрывается FAP
ENT Surgery Associates, LLC	725 Concord Avenue, Suite 2300	Cambridge	Не покрывается FAP
Everest Healthcare Specialists, PLLC	22 Mill Street, Suite 207	Arlington	Не покрывается FAP
Family Practice Group, P.C.	11 Water Street, Suite 1-A	Arlington	Не покрывается FAP
Mount Auburn Practice for Women at Fresh Pond	725 Concord Avenue, Suite 1200	Cambridge	Покрывается FAP
Gastroenterology and Hepatology Associates, P.C.	300 Mount Auburn Street, DOB 406	Cambridge	Не покрывается FAP
Genetics and Cancer Prevention Clinic	330 Mount Auburn Street, Wyman Three	Cambridge	Покрывается FAP
Guy Rochman, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 511	Cambridge	Не покрывается FAP
Harvard Medical Faculty Physicians	375 Longwood Avenue	Boston	Не покрывается FAP

Harvard Neurosurgical Associates at Mount Auburn	300 Mount Auburn Street, Suite 416	Cambridge	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	254 Second Avenue	Needham	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	133 Brookline Avenue	Boston	Не покрывается FAP

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	485 Aresenal Street	Watertown	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	26 City Hall Mall	Medford	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	40 Holland Street	Somerville	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates	1611 Cambridge Street	Cambridge	Не покрывается FAP
Harvard Vanguard Medical Associates - Podiatry	111 Grossman Drive	Braintree	Не покрывается FAP
Helena Taylor, M.D.	300 Mount Auburn St , Ste 304	Cambridge	Не покрывается FAP
Herzstein Wellness Center	330 Mount Auburn Street, Wyman Three	Cambridge	Не покрывается FAP
Hospice Residence Parlin House	10 Green Way	Wayland	Не покрывается FAP
Integrated Health and Fitness Associates	36 Spinelli Place, Suite B	Cambridge	Не покрывается FAP
Jean J. Kim, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 509	Cambridge	Покрывается FAP
John H. Chaglassian, M.D.	1021 Massachusetts Avenue	Arlington	Не покрывается FAP
John V. Chobanian, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 513	Cambridge	Не покрывается FAP
Kinnari Rahul Kher, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 405	Cambridge	Не покрывается FAP
Larry A. Weinrauch, M.D.	521 Mount Auburn Street, Suite 204	Watertown	Не покрывается FAP
Lexington Podiatry	76 Bedford Street, Suite 31	Lexington	Не покрывается FAP
Longfellow Primary Care, P.C.	625 Mount Auburn Street, Suite 101A	Cambridge	Не покрывается FAP
Longwood Plastic Surgery	235 Cypress Street, Suite 210	Brookline	Не покрывается FAP
Marino Center for Integrated Health	725 Concord Ave., Cambridge Suite 4100	Cambridge	Покрывается FAP

Massachusetts Eye Research and Surgery Institution	1440 Main Street (Rt. 117), Suite 201	Waltham	Не покрывается FAP
Metropolitan Urological Associates, P.C.	300 Mount Auburn Street, Suite 413	Cambridge	Не покрывается FAP
MIT Medical Department	25 Carleton Street	Cambridge	Не покрывается FAP
MIT Medical Department	77 Massachusetts Avenue	Cambridge	Не покрывается FAP
MIT Medicine/OB-GYN Service	25 Carleton Street, E23	Cambridge	Не покрывается FAP
Mount Auburn Cardiology Services, Inc.	300 Mount Auburn Street, Suite 310	Cambridge	Не покрывается FAP

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Mount Auburn Gastroenterology Associates	300 Mount Auburn Street, Suite 414	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Healthcare at Arlington	22 Mill Street, Suite 208	Arlington	Покрывается FAP
Mount Auburn Healthcare at Lexington	57 Bedford Street, Suite 130	Lexington	Покрывается FAP
Mount Auburn Healthcare at Waltham	355 Waverley Oaks Road	Waltham	Покрывается FAP
Mount Auburn Healthcare Radiology Department	355 Waverley Oaks Road, Suite 150	Waltham	Покрывается FAP
Mount Auburn Healthcare Radiology Department	22 Mill Street, Suite 106	Arlington	Покрывается FAP
Mount Auburn Hematology/Oncology Associates	330 Mount Auburn Street, Wyman 3	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital - Dept. of Psychiatry	330 Mount Auburn Street, Wyman 2	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital - Division of Nephrology	300 Mount Auburn Street, Suite 515	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital - Sleep Clinic	330 Mount Auburn Street, South 4	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital - Stroke Service	300 Mount Auburn Street, Suite 316	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital - Travel Medicine Center	330 Mount Auburn Street, Medical Office Building	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Emergency Department	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Infectious Disease Dept.	330 Mount Auburn Street, Medical Office Building	Cambridge	Покрывается FAP

Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	725 Concord Avenue, Suite 1200	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	300 Mount Auburn Street, Suite 512	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	57 Bedford Street, Suite 130	Lexington	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	22 Mill Street, Suite 301	Arlington	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	330 Mount Auburn Street, South 1	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Laboratory Drawing Station	355 Waverley Oaks Road, Suite 250	Waltham	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Newborn Services	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Покрывается FAP

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Mount Auburn Hospital Rehabilitation Services	725 Concord Avenue, Suite 5100	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Hospital Rehabilitation Services	625 Mount Auburn Street, First Floor	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Medical Associates	521 Mount Auburn Street, Suite 202	Watertown	Покрывается FAP
Mount Auburn Pathologists	P.O. Box 380391	Cambridge	Не покрывается FAP
Mount Auburn Professional Services - Cardiology	300 Mount Auburn Street, Suite 418	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Professional Services at Reservoir Medical Associates	725 Concord Avenue, Suite 2000	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Pulmonary Consultants	300 Mount Auburn Street, Suite 419	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Radiation at Concord Ave.	725 Concord Avenue, Suite 3400	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Radiation Oncology	330 Mount Auburn Street, Wyman 3	Cambridge	Покрывается FAP

Mount Auburn Surgical	300 Mount Auburn Street, Suite 417	Cambridge	Покрывается FAP
Mount Auburn Weight Management Center	355 Waverley Oakds Road, Suite 100	Waltham	Покрывается FAP
Mt. Auburn Pathologists, Inc.	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Не покрывается FAP
New England Comprehensive Foot & Ankle Group, LLC	2211 Massachusetts Avenue, Suite 1	Cambridge	Не покрывается FAP
New England Eye Center at Mt. Auburn Hospital	725 Concord Ave., Suite 2200	Cambridge	Не покрывается FAP
Northeast Surgery Center, LLC	22 Mill Street, Suite 304	Arlington	Не покрывается FAP
Occupational Health Services	725 Concord Avenue, Suite 5100	Cambridge	Покрывается FAP
Physician Associates at Mount Auburn	300 Mount Auburn Street, Suite 410	Cambridge	Покрывается FAP
Presbyterian Church	330 Concord Street	Sudbury	Не покрывается FAP
Primary Care Center	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Покрывается FAP
Pro Sports Orthopedics, Inc.	300 Mount Auburn Street, Suite 505	Cambridge	Не покрывается FAP
Reservoir Medical Associates	725 Concord Avenue, Suite 2000	Cambridge	Не покрывается FAP
Robert M. Levin, M.D., MPH	113 Belmont Street	Belmont	Не покрывается FAP

Имя Поставщика или Название Офиса Поставщика	Адрес Поставщика	Город Поставщика	Статус покрытия FAP
Schatzki Associates, Inc.	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Не покрывается FAP
Somerville Family Practice	1020 Broadway	Somerville	Не покрывается FAP
Stephen Sullivan, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 304	Cambridge	Не покрывается FAP
Susan Elaine Pories, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 313	Cambridge	Покрывается FAP
The Boston Wellesley Plastic Surgery Center	332 Washington Street, Suite 205	Wellesley	Не покрывается FAP
The Boston Wellesley Plastic Surgery Center	1153 Centre Street, Suite 54	Boston	Не покрывается FAP

The Hoffman Breast Center	330 Mount Auburn Street	Cambridge	Покрывается FAP
Torre Morgan, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 513	Cambridge	Покрывается FAP
Virginia S. Hung, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 510	Cambridge	Не покрывается FAP
Vladimir Birjiniuk, M.D.	300 Mount Auburn Street, Suite 510	Cambridge	Покрывается FAP
Waverley Primary Care	268 Trapelo Road	Belmont	Покрывается FAP
Women's Healthcare at Arlington	22 Mill Street, Suite 204	Arlington	Покрывается FAP
Women's Healthcare at Waltham	355 Waverley Oaks Road, Suite 275	Waltham	Покрывается FAP
Mount Auburn Pediatrics	725 Concord Ave, 4th	Cambridge	Покрывается FAP

Обновлено 01/2025

Следующие учреждения подлежат возмещению в рамках программы Health Safety Net за расходы на больничное учреждение Mount Auburn Hospital

- Mount Auburn Hospital - Отделение психиатрии
- Mount Auburn Hospital - Отделение нефрологии
- Mount Auburn Hospital - Клиника сна
- Mount Auburn Hospital - Инсульт
- Mount Auburn Hospital - Центр медицины путешествий
- Mount Auburn Hospital - Отдел скорой помощи
- Mount Auburn Hospital - Отделение инфекционных болезней
- Mount Auburn Hospital - Станция лабораторного рисования
- Mount Auburn Hospital - Услуги для новорожденных

- Mount Auburn Hospital - Реабилитационные услуги

Приложение 6

Свободный
доступ к
документации

Обновлено 10/01/2023

Информацию о Политике финансовой помощи МАН, 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 МАН 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:

2.

Mount Auburn Hospital
Mount Auburn Hospital Отдел Службе Поддержки 330
Mount Auburn Street, Clark Building, 2nd Floor
Cambridge, MA, 02138
Телефон (617) 499-5560

3. Пациенты и поручители могут скачать копии всех документов, касающихся Политики финансовой помощи и Политики установления платежеспособности и взыскания оплаты, на публичном веб-сайте госпиталя МАН:

<https://www.mountauburnhospital.org/patients-visitors/billing-insurance/billing-policies/>

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 МАН.

Госпиталь МАН 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 учреждениях за пределами объекта;
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:

Служба Финансового Консультирования в Mount Auburn Hospital

Служба Финансового Консультирования оказывает помощь в подаче заявки на участие в программе MassHealth, программе Медицинского Страхования Детей, планах Connector Care, Премияльных Налоговых Льготах и HSN (БЕСПЛАТНО). Мы стремимся работать с вами, чтобы изучить лучшие доступные варианты, которые будут соответствовать вашим потребностям, включая организацию разумных периодических платежей по вашим счетам за больницу. Наши услуги полностью конфиденциальны, и наши сотрудники стремятся обеспечить высочайший уровень индивидуального обслуживания. Чтобы получить дополнительную информацию о нашей Службе Финансового Консультирования или назначить встречу, позвоните нам по телефону 617-499-5560 с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30.

История Политики

Дата	Действие
Сентябрь 2016	Политика утверждена Советом Директоров
Август 2019	Пересмотренная Политика одобрена Исполнительным Директором/Финансовым Директором BILH и Казначеем Совета Директоров BIDMC в качестве Уполномоченного Органа Совета Директоров
Август 2020	Пересмотренная Политика одобрена Исполнительным Директором/Финансовым Директором BILH и Казначеем Совета Директоров BIDMC в качестве Уполномоченного Органа Совета Директоров

Апрель 2024	Пересмотренная Политика одобрена Исполнительным Директором/Финансовым Директором BILH и Казначеем Совета Директоров BIDMC в качестве Уполномоченного Органа Совета Директоров
-------------	--