

Название: AD - Политика финансовой помощи пациентам				
Уровень политики	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень системы - устанавливает ожидания для всех сотрудников JMH		
	<input type="checkbox"/>	Уровень подразделения - устанавливает ожидания для сотрудников <u>нескольких отделов</u> в рамках одного или нескольких подразделений		
	<input type="checkbox"/>	Уровень отдела - устанавливает ожидания для сотрудников только одного отдела в одном или нескольких учреждениях		
Отдел	<input type="checkbox"/>			
Подразделение(-я)	<input type="checkbox"/>	Concord Medical Center (CMC)	<input type="checkbox"/>	Walnut Creek Medical Center (WCMC)
	<input type="checkbox"/>	Physician Network (PN)	<input type="checkbox"/>	Behavioral Health Center (BHC)
Тип документа	<input type="checkbox"/> Политика <input type="checkbox"/> Процедура <input checked="" type="checkbox"/> Политика и процедура			

I. Цель:

Установить четкие критерии и справедливый процесс предоставления финансовой помощи пациентам, которые (i) нуждаются в необходимом с медицинской точки зрения больничном обслуживании и (ii) имеют ограниченные возможности или не могут оплатить такое лечение. Данная политика разработана в соответствии с Законом о справедливом ценообразовании в больницах Калифорнии (Кодекс здравоохранения и безопасности Калифорнии §127400 и след.), Законом Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и след.), разделом 501(r) Закона о внутреннем налогообложении США и руководством Управления генерального инспектора Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в отношении финансовой помощи незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам.

Определения:

Общепринятые языки: общепринятые языки: английский, испанский и любой другой язык, на котором говорят более 1000 пациентов (стационарные и амбулаторные), которые проходят лечение в больнице John Muir Health [JMH] за двенадцатимесячный период, согласно последнему исследованию наиболее используемых языков, проведенному Департаментом улучшения медицинского обслуживания JMH. Такая оценка должна проводиться и документироваться, как минимум, раз в три года по запросу финансового отдела JMH.

Семья: (1) Для лиц, достигших 18 лет, и старше - супруг/супруга, гражданский(-ая) супруг/супруга, согласно определению, предусмотренному в разделе 297 Семейного кодекса, и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или любого возраста, если они являются инвалидами, в соответствии с разделом 1614(a) части А раздела XVI Закона о социальном обеспечении, независимо от того, проживают они дома или нет.

(2) Для лиц младше 18 лет или для ребенка-иждивенца в возрасте от 18 до 20 лет, включительно, - родители, родственники, осуществляющие уход, и другие дети-иждивенцы родителей или родственников, осуществляющих уход, в возрасте до 21 года или любого возраста, если они являются инвалидами, в соответствии с разделом 1614(a) части А раздела XVI Закона о социальном обеспечении.

Особые обстоятельства при оказании медицинского обслуживания:

Финансовый директор JMН или уполномоченное им лицо может предусмотреть «особые обстоятельства при оказании медицинское обслуживания» в рамках данной политики, когда он/она решит, на свое усмотрение, что чрезвычайные, неотложные обстоятельства требуют временного расширения финансовой помощи в рамках данной политики.

Больничное обслуживание: больничное обслуживание – это обслуживание, которое (i) предоставляется больницей JMН в стационарных или лицензированных больницей амбулаторных условиях и (ii) оплачивается больницей JMН. Этот термин не включает (i) отдельно оплачиваемые услуги узкоспециализированных врачей или специалистов высокого уровня или (ii) услуги, предоставляемые любым лицом или учреждением вне лицензированной больницы.

Необходимое с медицинской точки зрения: обслуживание, необходимое с медицинской точки зрения – это обслуживание, которое (i) крайне необходимо для лечения или диагностики пациента, (ii) может негативно повлиять на состояние пациента в случае его непредоставления, и (iii) не считается плановым или косметическим вмешательством или лечением. Предполагается, что услуги, оказанные в больнице, являются необходимыми с медицинской точки зрения, если только направляющий поставщик не предоставит справку о том, что данные больничные услуги не были необходимы с медицинской точки зрения.

Обоснованный план выплат: обоснованный план выплат – это такой план, который предусматривает ежемесячные платежи в пользу больницы, которые составляют не более 10 процентов от семейного дохода пациента за месяц (после вычета основных бытовых расходов из такого дохода), и не включает начисление процентов на невыплаченный остаток. «Основные бытовые расходы» в контексте данного определения - это расходы на любое из следующего: аренда или оплата жилья и его содержание, питание и хозяйственные товары, коммунальные услуги и услуги телефонной связи, одежда, оплата медицинского обслуживания и услуг стоматолога, страхование, школа или уход за детьми, алименты на содержание детей или супруга, проезд и содержание автомобиля, включая страхование, бензин и ремонт, оплата в рассрочку, стирка и уборка, а также другие непредвиденные расходы.

Пациент без страховки: Пациент, у которого (i) доход семьи составляет 400% или менее от федерального прожиточного минимума (FPG) и (ii) отсутствует покрытие третьей стороны для конкретных предоставляемых больничных услуг. Пациент, у которого есть покрытие в пользу третьей стороны на определенное больничное обслуживание, будет самостоятельно оплачивать то больничное обслуживание, которое не входит в покрытие пациента (включая, без ограничений, не покрываемое больничное обслуживание, дни, когда было отказано в обслуживании, и отказ в госпитализации). Напротив, пациент, не имеющий общего медицинского страхового покрытия, не будет считаться как сам оплачивающий за медицинские услуги, если у него имеется конкретный источник оплаты за заболевание, послужившее основанием для предоставления больничных услуг (например, компенсация по трудовому увечью, автомобильная страховка).

Пациент с недостаточным уровнем страхования: пациент, у которого (i) семейный доход составляет 400% ФУБ или ниже; (ii) у которого есть покрытие в пользу третьей стороны на предоставленное больничное обслуживание, необходимое с медицинской точки зрения (т.е. он/она не является пациентом без страховки в отношении предоставленного больничного обслуживания, необходимого с медицинской точки зрения); и (iii) совокупные медицинские расходы из всех источников за предыдущие двенадцать (12) месяцев превышают 10% от меньшей из двух величин: прогнозируемого дохода семьи пациента в настоящее время или фактического дохода семьи за предыдущие 12 месяцев.

Пациент, соответствующий финансовым критериям: незастрахованный пациент или пациент с высокими медицинскими расходами после страхования, которые составляют 400% от федерального уровня бедности или ниже, согласно определению, приведенному в подразделе (b) раздела 127400.

Благотворительная помощь: означает бесплатное обслуживание. Незастрахованные пациенты или пациенты с высокими медицинскими расходами, которые находятся на уровне или ниже 400% от федерального уровня бедности, согласно определению, приведенному в подразделе (b) раздела 127400, имеют право на участие в политике благотворительной помощи больницы.

Оплата со скидкой: означает любую плату за обслуживание, стоимость которой была снижена, но не отменена. Политика оплаты со скидкой должна включать план платежей продленным сроком оплаты, который позволяет оплачивать стоимость со скидкой поэтапно. Политика должна предусматривать, что больница и пациент обсуждают условия плана платежей и принимают во внимание семейный доход пациента и его основные бытовые расходы. Больница может также учитывать наличие у пациента или его семьи медицинского сберегательного счета. Если больница и пациент не могут договориться о плане платежей, больница должна использовать формулу, описанную в подразделе (i) раздела 127400, чтобы составить обоснованный план выплат. JMN будет использовать это определение как основание для отказа в предоставлении благотворительной помощи, если доход семьи, превышает 400% от федерального уровня бедности, и установит порядок выплат в постановлении для пациента.

II. Политика:

Сфера применения: Данная политика разработана для оказания помощи пациентам, которые (i) нуждаются в необходимом, с медицинской точки зрения, больничном обслуживании, (ii) имеют семейный доход 400% или менее от действующего федерального уровня бедности и (iii) являются пациентами без страховки или пациентами с недостаточным уровнем страхования. Данная политика и критерии финансового отбора будут последовательно применяться ко всем случаям в JMН. Любые решения, принятые в рамках данной политики, включая решение о предоставлении или отказе в предоставлении финансовой помощи, должны основываться на определении финансовой потребности в каждом конкретном случае и не должны принимать во внимание расу, цвет кожи, национальное происхождение, гражданство, религию, вероисповедание, пол, сексуальные предпочтения, возраст или инвалидность.

A. **Исключения:** данная политика касается финансовой помощи только на необходимое, с медицинской точки зрения, больничное обслуживание. Она не включает в себя (i) больничное обслуживание, которое не является необходимым с медицинской точки зрения, (ii) любое обслуживание, кроме больничного, и (iii) отдельно оплачиваемые услуги специалистов, предоставляемые в больнице (даже если они являются необходимыми с медицинской точки зрения). Наконец, данная политика не будет применяться, если пациент или другая ответственная сторона (i) не предоставит информацию, указанную в данной политике, в ответ на обоснованные запросы со стороны JMН, и (ii) предоставит ложную информацию о финансовом положении.

B. **Профессиональные услуги:**

1. **Общие положения:** Как отмечалось выше, данная политика не предусматривает предоставление финансовой помощи за отдельно оплачиваемые услуги врачей и специалистов высшей категории, которые оказывают свои услуги в больнице. Скорее, такие специалисты самостоятельно решают, хотят ли они предложить финансовую помощь (и если да, то на каких условиях она будет предоставляться). JMН будет вести список всех дипломированных врачей и специалистов высшей категории, которые оказывают свои услуги в больнице («Список практикующих врачей»), и отдельно указывать для каждого из них, согласен ли он или согласна ли она следовать условиям политики. Список практикующих врачей должен обновляться ежеквартально, в нем должна быть указана дата последнего обновления, и он должен быть доступным онлайн, а также в любом месте, где размещена настоящая политика, или предоставляться в печатном виде бесплатно. Список можно получить, подав запрос на имя директора по финансовым услугам для пациентов или исполнительного директора по адресу: Ревенью Сайкл, 5003 Комершл Серкл, Конкорд, штат Калифорния 94520 (Revenue Cycle, 5003 Commercial Circle, Concord, CA

94520).

Но не следует забывать, что врач скорой помощи, который оказывает услуги скорой помощи в больнице JMH (или не JMH), обязан предоставлять скидки незастрахованным пациентам или пациентам с высокими медицинскими расходами, доход семьи которых составляет 400% от федерального уровня бедности или ниже. Это правило применяется независимо от того, согласен ли врач скорой помощи или его/ее клиенты соблюдать положения данной политики.

- C. **Ограничение на расходы:** пациент, соответствующим финансовым критериям, или пациент с недостаточным уровнем страхования, который получает необходимое, с медицинской точки зрения, больничное обслуживание, должен заплатить за предоставленное обслуживание разницу с суммой выплат по программе Medicare или Medi-Cal. Но по условиям данной политики пациентам, которые имеют право получать финансовую помощь, не будут выставляться счета на оплату соответствующего критериям обслуживания в период действия данной политики.

III. Процедура:

A. **Информирование о политике финансовой помощи**

1. Пациентам будет предоставлена брошюра и краткое изложение нашей политики финансовой помощи на общепринятых языках с указанием следующих моментов: (i) помощь, предлагаемая в рамках данной политики, (ii) критерии соответствия для получения помощи, (iii) как подать заявку на получение помощи, (iv) адрес веб-сайта и физический адрес, куда можно обратиться, чтобы бесплатно получить копию данной политики и форму заявления на получение финансовой помощи по почте, (v) контактные данные (включая номер телефона и физический адрес) офиса или отдела, куда пациент может обратиться за помощью в процессе подачи заявления, (vi) тот факт, что с лиц, которые имеют право на получение помощи в рамках данной политики, не может взиматься плата больше, чем допустимая по программе Medicare fee-for-service за необходимое, с медицинской точки зрения, больничное обслуживание, (vii) тот факт, что данная политика, краткое изложение на простом языке и форма заявления доступны на общепринятых языках.
2. Брошюра и краткое изложение на простом языке будут выдаваться пациентам на общепринятых языках в момент предоставления обслуживания, когда такие пациенты (i) находятся в приемном отделении, отделении неотложной помощи, регистратуре, отделении финансового обслуживания пациентов или других амбулаторных учреждениях больницы, где пациентам может быть выставлен счет за больничное обслуживание, даже если они не были госпитализированы,

- и (ii) не имеют покрытия в пользу третьей стороны.
3. Уведомление будет вывешено на общепринятых языках на видных местах по всей территории больницы, включая приемное отделение, отделение неотложной помощи, регистратуру, отделение финансового обслуживания пациентов или другие амбулаторные учреждения больницы, где пациентам могут выставлять счета за больничное обслуживание, даже если они не госпитализированы.
 4. Брошюра и краткое изложение на доступном языке также будут доступны на общепринятых языках на веб-сайте John Muir Health.
 5. Пациенты должны иметь возможность ознакомиться с информацией об этой политике в выписках счетов и письмах с требованием о взыскании задолженности.
 6. По мере необходимости могут использоваться и другие способы обучения и информирования пациентов и врачей о наличии программы финансовой помощи пациентам.

В. Определение соответствия критериям

1. Пациенты без покрытия в пользу третьей стороны:

Если пациент не указывает, что у него есть покрытие со стороны стороннего плательщика, или обращается за финансовой помощью, его следует проверить на соответствие требованиям программы Medi-Cal, предоставить ему заявление на участие в программе Medi-Cal, программе Healthy Families, покрытие, предлагаемое через Калифорнийскую биржу льгот в медицинском обслуживании, Калифорнийскую службу помощи детям CCS или другую программу медицинского страхования, финансируемую штатом или округом, до того, как пациент покинет больницу. Пациенту также нужно выдать направление в Центр потребителей услуг здравоохранения, Бей Эриа Лигал Эйд, 1735 Телеграф Авеню, Оукленд, штат Калифорния 94612 (Bay Area Legal Aid, 1735 Telegraph Ave, Oakland, CA 94612); (855) 693-7285, <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>, или в другое агентство в зависимости от ситуации.

- a. Заполнение заявки на участие в этих программах не является обязательным условием для прохождения отбора и получения финансовой помощи, если пациенты соответствуют другим критериям.
- b. Всем незастрахованным пациентам будет предоставлена возможность заполнить заявление на получение финансовой помощи. Форма доступна на каждом из общепринятых языков. Заявление о предоставлении финансовой помощи пациенту будет использоваться для определения права пациента на участие в местных, государственных и федеральных правительственных

программах, а также на получение помощи в рамках данной политики. Пациент, который хочет получить помощь в рамках данной политики, должен заполнить заявление, после чего будет проверен доход семьи. Проверка соответствия требованиям будет проводиться JMN или уполномоченным им лицом. Пациент обязан сотрудничать в процессе сбора информации.

2. Заявитель должен предоставить документацию о доходах, ограниченную периодом времени, когда пациенту впервые был выставлен счет, или двенадцатью (12) месяцами до того, когда пациенту впервые был выставлен счет. Документами, подтверждающими доход, должны быть (i) декларации о доходах или (ii) последние квитанции об оплате труда [последние квитанции об оплате труда - это квитанции об оплате труда за период в шесть (6) месяцев до или после того, как пациент впервые получил счет от больницы, или, если речь идет о предварительном обслуживании, на момент подачи заявления]. Документация о доходах, предоставленная в JMN при подаче заявления на получение финансовой помощи в соответствии с настоящей политикой, не будет использоваться для инкассации денежных средств.

- a. JMN будет ежемесячно рассматривать заявки на получение финансовой помощи и утверждать их.
- b. Пациент, у которого нет покрытия в пользу третьей стороны (и который не имеет права на покрытие по программам штата, округа и другим программам), будет иметь право на бесплатное необходимое, с медицинской точки зрения, больничное обслуживание в рамках данной политики, если сумма следующих показателей составляет 400% от ФУБ или ниже:

Доход семьи пациента будет определяться на основании документации, указанной в разделе 2 выше, для каждого члена семьи.

- c. Утвержденные остатки будут представлены для корректировки/уменьшения по коду транзакции, назначенному для финансовой помощи пациентам, и будут соответствовать полномочиям подписи в соответствии с Руководством по списанию средств JMN.
- d. John Muir Health проверяет через национально признанный инструмент Experian все остатки по оплатам за свой счет (без страховки) перед тем, как перевести счет пациента в просроченную задолженность. В файле используется номер социального страхования и демографическая информация пациента, чтобы определить его показатель FPG [федерального прожиточного минимума]. Для всех остатков по оплатам без страховки за

необходимое, с медицинской точки зрения, больничное обслуживание, которые указывают на доход семьи 400% или менее, создается файл, который передается в John Muir Health. После подтверждения того, что у пациента нет Medi-Cal, 100% остатка корректируется/снижается до уровня условной благотворительности.

Для пациентов, которые представляются как бездомные, без постоянного адреса проживания и не предоставляют достаточно информации для определения показателя FPG, остаток средств на счете списывается на счет условной благотворительности.

3. Пациенты с покрытием в пользу третьей стороны.

- a. Пациенты с покрытием третьей стороны, имеющие значительные расходы на медицинское обслуживание из своего кармана, будут проверены, чтобы определить, относятся ли они к категории недостаточно застрахованных пациентов. При обращении за финансовой помощью пациент будет проинформирован о критериях, позволяющих квалифицировать его как пациента с недостаточным уровнем страхования в соответствии с настоящей политикой, и о необходимости предоставить доказательства расходов на любое медицинское обслуживание, предоставленное в других медицинских учреждениях за последние двенадцать месяцев. Пациент сам решает, подавать ли ему заявление. Но больница должна убедиться, что пациенту была предоставлена вся информация, касающаяся политики финансовой помощи.
- b. Пациент, который хочет получить помощь в рамках данной политики, должен заполнить заявление на получение финансовой помощи. Доход семьи будет проверен.
- c. Проверка соответствия требованиям данной политики будет проводиться JMN или уполномоченным им лицом. Пациент обязан сотрудничать в процессе сбора информации. JMN будет ежемесячно рассматривать заявки на получение финансовой помощи и утверждать их.
- d. JMN отменит все расходы на оплату необходимых с медицинской точки зрения больничных услуг, предоставляемых недостаточно застрахованному пациенту, если его доход составляет 400% от федерального прожиточного минимума или ниже, а расходы на медицинское обслуживание за предыдущие двенадцать (12) месяцев превышают 10% от меньшей из двух величин: прогнозируемого дохода семьи пациента в настоящее время или фактического дохода семьи за предыдущие 12 месяцев.
 - i. Заявитель должен предоставить документацию о доходах, ограниченную периодом времени, когда пациенту впервые был выставлен счет, или двенадцатью (12) месяцами до того, когда

Ad - Политика финансовой помощи пациентам

пациенту впервые был выставлен счет. Документами, подтверждающими доход, должны быть (i) декларации о доходах или (ii) последние квитанции об оплате труда [последние квитанции об оплате труда - это квитанции об оплате труда за период в шесть (6) месяцев до или после того, как пациент впервые получил счет от больницы, или, если речь идет о предварительном обслуживании, на момент подачи заявления]. Пациенты, имеющие страховку, должны предоставить (iii) доказательства расходов на медицинское обслуживание, относящиеся к определению того, является ли пациент недостаточно застрахованным. Документация о доходах, предоставленная в JMН при подаче заявления на получение финансовой помощи в соответствии с настоящей политикой, не будет использоваться для инкассации денежных средств.

ii. Информация о средствах медицинского сберегательного счета [MCC], которые пациент/семья могут использовать для покрытия расходов на медицинское обслуживание.

e. Утвержденные остатки будут представлены для корректировки/уменьшения по коду транзакции, назначенному для финансовой помощи пациентам, и будут соответствовать полномочиям подписи в соответствии с Руководством по списанию средств JMН.

C. Процесс проверки:

1. Вышеуказанные требования будут рассматриваться и последовательно применяться в JMН в процессе принятия решения по каждому пациенту.
2. JMН может проверять информацию, указанную в заявлении на предоставление финансовой помощи пациенту. Подпись пациента на заявлении на предоставление финансовой помощи подтверждает, что информация, содержащаяся в форме, является достоверной и полной.
3. Любой пациент или его законный представитель, который обращается за благотворительной или льготной помощью в соответствии с данной политикой, должен приложить все разумные усилия, чтобы предоставить JMН документацию о доходах и всех медицинских льготах. Непредоставление информации может привести к тому, что ему/ей будет отказано в предоставлении финансовой помощи.
4. В случае стационарного больничного обслуживания заявление на предоставлении финансовой помощи пациенту нужно подавать каждый раз, когда пациент госпитализируется, и оно действительно для текущего приема плюс ретроактивное заявление для всего предыдущего неоплаченного больничного обслуживания. В случае амбулаторного больничного обслуживания пациент должен подавать заявление на предоставлении финансовой помощи пациенту каждые шесть месяцев.

Ad - Политика финансовой помощи пациентам

5. Пациенты будут письменно уведомлены о результатах рассмотрения: одобрении или причине отказа в оказании финансовой помощи, а также о праве на апелляцию (см. раздел «Процедуры подачи апелляций/отчетности»). Такое уведомление должно быть составлено на общепринятых языках.
6. Конкретные суммы ответственности за оплату скидок требуют определения эпизода ухода или плана лечения и ценообразования, чтобы обеспечить точность отчетности о возмещении расходов по федеральным программам здравоохранения. Для незастрахованных пациентов может потребоваться подождать, пока плательщик обработает претензию, чтобы определить финансовую ответственность пациента.
7. Суммы обязательств пациента по программе Medicare будут рассматриваться без какой-либо дискриминации и будут переданы для взыскания в первое коллекторское агентство, где будет продолжена работа по взысканию задолженности по оплате обслуживания с пациента. По истечении 120 дней, если счет не будет взыскан, он будет возвращен в JMН для корректировки до нуля для включения в отчет о расходах Medicare, как определено федеральными правилами.
8. Для утверждения программы Medi-Cal в штате используется 400% от федерального уровня бедности. Суммы доли расходов, не оплаченные пациентом, будут считаться соответствующими критериям для получения финансовой помощи в силу одобрения программы для получения услуг. Доля расходов по программе Medi-Cal оплачивается пациентом самостоятельно и может быть рассмотрена в процессе подачи заявления.

D. Практика выставления счетов и сбора платежей:

1. Пациентам, которые не предоставили доказательства покрытия расходов в пользу третьей стороны во время или до начала лечения, будет предоставлена выписка о стоимости больничных услуг («Расчет затрат»). Расчет затрат будет включать в себя (i) расчет стоимости предоставленного больничного обслуживания, (ii) просьбу предоставить больнице информацию о медицинском страховании или страховом покрытии в пользу третьей стороны, а также (iii) копию выписки. В заявлении также будет указано, что если у пациента нет медицинской страховки, то он претендовать на участие в программе Medi-Cal, программе «Здоровые семьи», покрытии, предлагаемом через Калифорнийскую биржу льгот медицинского обслуживания, Калифорнийскую службу детей, другое финансируемое государством медицинское покрытие или финансовую помощь по данной политике. Наконец, в заявлении должно быть указано, что (i) больница предоставит заявления на получение такого покрытия и помощи, (ii) телефон и физический адрес, по которому можно получить такие

заявления, и (iii) телефон и контактные данные местного центра помощи потребителям в местном отделе юридических услуг.

2. Перед тем как отправить счет на взыскание, пациент получит письмо с подробным описанием счетов, которые будут отправлены на взыскание, и вариантов их оплаты до того, как это произойдет. В письме будут указаны (i) даты предоставления услуг по основному лечению, (ii) организация, которая будет заниматься взысканием, (iii) порядок получения счета с разбивкой от больницы, (iv) организация, которая будет заниматься взысканием, (v) медицинская страховка пациента на момент оказания услуг (или ее отсутствие), (vi) заявление больницы о предоставлении финансовой помощи, (vii) дата или даты, когда пациенту ранее была предоставлена информация для подачи заявления о предоставлении финансовой помощи, и (viii) дата вынесения решения по любому предыдущему заявлению о предоставлении помощи.
3. Больница или привлеченные ею коллекторские агентства должны направить уведомление с указанием следующих сведений не менее чем за 30 (тридцать) дней до начала каких-либо действий по взысканию задолженности:

Действия по взысканию задолженности, которые может предпринять больница или привлеченное ею коллекторское агентство, и вероятные сроки, в течение которых они будут предприняты. Эта информация будет включена в направляемое письмо, которое отправляется до того, как счет пациента будет передан на взыскание. Пациенты могут запросить информацию о политике финансовой помощи пациентам в устной или письменной форме, и в этом случае пациенту будет предоставлено заявление о финансовой помощи пациентам. Письменная переписка с пациентом должна вестись на общедоступном языке.

4. Если пациент пытается претендовать на помощь в соответствии с настоящей политикой и добросовестно пытается урегулировать любой неоплаченный счет, больница не должна направлять неоплаченный счет в какое-либо коллекторское агентство или другому правопреемнику, если только эта организация не согласилась соблюдать условия настоящей политики. В любом случае пациенту будет предоставлена разумная возможность завершить процесс подачи заявления, прежде чем будут предприняты дальнейшие действия по взысканию задолженности.
5. Если апелляция пациента по поводу покрытия необходимого, с медицинской точки зрения, больничного обслуживания сторонним плательщиком находится на рассмотрении, и он прилагает разумные усилия, чтобы информировать JMN, JMN приостановит любые действия по взысканию до завершения рассмотрения апелляции или отказа пациента своевременно предоставлять

информацию о рассмотрении апелляции.

Если пациент получает судебное урегулирование, решение или постановление по иску ответственной третьей стороны, включающее оплату медицинских услуг или медицинского обслуживания, связанных с травмой, JMН может потребовать от пациента или поручителя возместить больнице стоимость соответствующих оказанных медицинских услуг в пределах суммы, обоснованно установленной в данном контексте.

6. Пациенты должны незамедлительно сообщать JMН о любых изменениях в своем финансовом положении.
7. Информация о семейном доходе пациента не должна использоваться для взыскания задолженности.
8. Перед тем как отложить или отказать в оказании необходимой, с медицинской точки зрения, помощи из-за неоплаты предыдущих счетов, JMН должна предоставить письменное уведомление о возможности получения финансовой помощи для тех, кто имеет на это право.
9. Единое служебное подразделение является отделом JMН, который уполномочен решать, предприняла ли больница разумные усилия, чтобы оценить, имеет ли пациент право на помощь в соответствии с данной политикой, прежде чем начинать какие-либо действия по взысканию задолженности.
10. Перед началом взыскания задолженности с пациента, который имеет право получить финансовую помощь в соответствии с настоящей политикой, больница и наши подрядные коллекторские агентства предоставят уведомление, (i) содержащее заявление о возможности получения консультаций по вопросам некоммерческого кредитования, (ii) включающее краткое изложение прав пациента, и (iii) следующее заявление: «Согласно законам штата и федеральным законам коллекторы должны относиться к вам справедливо, коллекторам запрещено делать ложные заявления или угрожать насилием, использовать непристойные или бранные выражения и вести некорректные переговоры с третьими лицами, включая вашего работодателя. За исключением внештатных ситуаций, коллекторы не имеют права связываться с вами до 8:00 или после 21:00. В целом, коллектор не имеет права передавать информацию о вашем долге другому лицу, кроме вашего адвоката или супруга. Коллектор может связаться с другим лицом, чтобы подтвердить ваше местонахождение или исполнить судебное решение. За дополнительной информацией о деятельности по сбору долгов вы можете обратиться в Федеральную торговую комиссию по телефону 1 877-FTCHELP или онлайн на сайте www.ftc.gov. Вышеуказанные уведомления также должны быть включены в любую переписку с пациентом, указывающую на

Ad - Политика финансовой помощи пациентам

возможность начала действий по взысканию задолженности.

11. Ни JMN, ни его нанятые ей коллекторские агентства не будут налагать арест на заработную плату или залоговые права на недвижимое имущество. Это требование не препятствует JMN добиваться возмещения от третьих сторон или других юридически ответственных лиц. Агентства, которые оказывают помощь больнице и могут направить заявление пациенту, должны подписать письменное соглашение о том, что они будут придерживаться стандартов больницы в отношении взыскания средств с пациентов.

Агентство также должно согласиться:

- a) Не сообщать неблагоприятную информацию в агентство по проверке кредитоспособности потребителей. Они также не имеют права начинать гражданский иск против пациента за неуплату в любое время до истечения 180 дней после первоначального выставления счета.
- b) Приостановить любые чрезвычайные меры по сбору средств, если пациент подал заявку на получение финансовой помощи.
- c) Не накладывать залог на недвижимое имущество.
- d) Соблюдать все требования, указанные в Законе о справедливом ценообразовании в больницах Калифорнии (Раздел кодекса здравоохранения и безопасности 127400 и след.), Законе о внутреннем налогообложении США 501(r) и Законе Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и след.).
- e) Соблюдать определение и применение обоснованного плана выплат, согласно определению, предусмотренному в разделе «Определение» выше.

В случае, если пациенту была переплачена сумма, превышающая \$5,00, больница должна возместить пациенту переплаченную сумму с процентами в размере 10% (Статья XV, Раздел 1 Конституции Калифорнии), рассчитанных с даты выявления переплаты. JMN не обязана возвращать платежи пациента, если прошло 5 [пять] или более лет с момента последнего платежа больнице, правопреемнику больницы, в соответствии с законом штата, действовавшим на момент возникновения задолженности, и если это произошло до 1 января 2022 г. Возврат средств должен быть произведен пациенту в течение 30 дней после завершения определения.

12. Пациенту не может быть отказано в финансовой помощи, которая была бы доступна в соответствии с политикой, опубликованной на веб-
Ad - Политика финансовой помощи пациентам

сайте больницы на момент, когда пациенту был выставлен первый счет.

Е. Процедура подачи апелляций отчетности:

Ответственность: отдел финансового обслуживания пациентов

В случае спора или отказа пациент может обратиться к директору финансовой службы. Финансовый директор больницы или уполномоченное им лицо рассматривает апелляцию второго уровня.

1. Настоящая политика, выписка и заявление о финансовой помощи пациентам должны предоставляться в Департамент доступа к медицинскому обслуживанию и информации (DHCAI), как минимум, один раз в два года 1 января. Если в период между подачей документов раз в два года вносятся существенные изменения, то подается промежуточный документ.
2. Если с момента предыдущего предоставления политики и формы финансовой информации JMN не внесла существенных изменений, Департамент доступа к медицинскому обслуживанию и информации (DHCAI) будет уведомлен об отсутствии существенных изменений.
3. При представлении данных, касающихся благотворительной помощи и скидок, только те списания и скидки, которые предоставляются в соответствии с настоящей политикой, будут учитываться при расчете «общественной льготы» в форме 990, подаваемой JMN.

- F. Особые обстоятельства при оказании медицинского обслуживания.** В случае особых обстоятельств при оказании медицинского обслуживания финансовый директор JMN или уполномоченное им лицо может временно изменить условия данной политики, расширив доступность финансовой помощи. Любые такие изменения будут оформлены в письменном виде с указанием даты вступления в силу и даты прекращения действия (при этом подразумевается, что установление и документирование даты прекращения действия может произойти в последующем уведомлении, если она не была известна на дату вступления в силу). JMN приложит разумные усилия в данных обстоятельствах, чтобы донести до общественности условия и срок действия любой такой поправки. При этом понимается, что требования особых обстоятельств могут не позволить осуществлять связь по всем каналам, описанным в разделе III.A и других разделах настоящей политики. В течение 10 (десяти) дней с момента внесения существенных временных поправок в настоящую политику в соответствии с данным подразделом финансовый директор JMN или его/ее уполномоченное лицо должны направить письменное уведомление Председателю Правления JMN и Председателю финансового комитета JMN с кратким изложением условий, даты вступления в силу и даты прекращения действия (если известна) любой такой поправки.

IV. Обучение пациентов/семей

Обеспечивается посредством публикации данной политики на веб-сайте JMН, прямого доведения до сведения со стороны уполномоченных лиц JMН и размещения информации, как указано в данной политике.

V. Документация: Не применимо

Ссылки/нормативные акты:	
Закон о справедливом ценообразовании в больницах Калифорнии (Кодекс здравоохранения и безопасности Калифорнии §127400 и след), раздел 501(r) Закона о внутреннем налогообложении США, Закон Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и след.), АВ2297.	
Заменяет:	
Имя и должность основного автора:	
Гретта Сенегал, директор по циклу доходов больницы и выставлению счетов врачам	
Имя и должность владельца(-ев):	
Гретта Сенегал, директор по циклу доходов больницы и выставлению счетов врачам	
Запись дат пересмотра	
Перечислите отзывы от заинтересованных сторон, комитетов, медицинского персонала и т.д.: (с датами утверждения)	
Джефф Смит, контролер Сентябрь 2025 г.	
Дата создания:	Декабрь 2006 г.

Запись дат утверждения - документы уровня системы или подразделения		
PPRC: Непосредственно Правлению		
JMPN: Непосредственно Правлению		
MEC - ВНС: Не применимо	MEC - WC: Не применимо	MEC - CC: Не применимо
Принятие решение касательно эффективности системы:	Непосредственно Правлению	Правление 12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22, 7/26/23, 9/24/25