



АДМИНИСТРАТИВНАЯ ДИРЕКТИВА

НОМЕР ДИРЕКТИВЫ: MV-04-005 ПЕРЕСМОТР: 1

ТИТУЛ ДИРЕКТИВЫ: ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДАТА: 1/1/16

СОГЛАСОВАННОСТЬ: _____
Dr. Albert D'Accurzio
Senior Vice President/Chief Medical Officer

Patricia Roach
Senior Vice President/Chief Nursing Officer

ВЛАДЕЛЕЦ Linda L. Burt УТВЕРЖДЕНИЕ Louis Aiello
Director of Patient Accounting FSLH Senior Vice President/Chief Financial Officer

1.0 ЦЕЛЬ

Предоставлять финансовую помощь на необходимое медицинское обслуживание для наших пациентов, которые незастрахованы или недостаточно застрахованы или накопили непоплаченных страховкой долгов, обязательства которых осуществить не способны.

2.0 СФЕРА

Mohawk Valley Health System (MVHS) включая Faxton St. Luke's Healthcare (FSLH) и St. Elizabeth's Medical Center (SEMC).

3.0 ССЫЛКИ

New York State Public Health Law 9-a Section 2807-k
Federal Tax Code Section 501 (r)
[MV-04-005 Form 1 Financial Assistance Application/Determination](#)

4.0 ОПРЕДЕЛЕНИЯ/АББРЕВИАЦИИ

MVHS Mohawk Valley Health System (Мохавк Валлы Хэлс Систем)
FSLH Faxton St. Luke's Healthcare (Фэкстон Сэйнт Лукс Хэлскер)
SEMC St. Elizabeth Medical Center (Сэйнт Елизабет Медикал Сэнтэр)
FA Financial Assistance (Финансовая Помощь)
FAP Financial Assistance Program (Программа Финансовой Помощи)
FC Financial Counselor (Финансовый Советник)

5.0 ПРОЦЕДУРА/ДИРЕКТИВА

5.1 Квалификация: Mohawk Valley Health System желает распространить финансовую помощь всем соответствующим критериям пациентам проживающим в Oneida, Madison или Herkimer Районах. Пациенты, проживающие в других районах будут рассмотрены на основании каждого конкретного случая. Мы не ограничиваем финансовую помощь на основании места проживания. Финансовая Помощь (FA) предоставляется пациентам которые имеют нужду в скорой, своевременной помощи в необходимых медицинских процедурах в соответствии с New York State Public Health Law, Subdivision 9-ato Section 2807-k.

Для получения финансовой помощи необходимо соответствовать следующим критериям:

- a. Если нет активов недвижимости и нет в живых супруга/ги или у вас ограниченные средства и юрист имеет возможность снизить сумму счета. Это не включает непоплаченные счета Medicare.

- b. Любой пациент который не проходит квалификацию для Medicaid страховки и предоставит документацию ограниченных средств.
- c. Лицо несовершеннолетнего возраста когда невозможно установить родительскую ответственность.
- d. Нуждающиеся, временно пребывающие и без медицинского страхования пациенты.
- e. Любой, не соответствующий Medicaid квалификации, с ограниченными средствами, с минимальной медицинской страховкой или без, и неплатёжеспособный пациент.
- f. Пациенты которые исчерпали свои страховые ресурсы и демонстрируют неспособность оплачивать счета за медицинское обслуживание.
- g. Счета возвращённые в MVHS нашими коллекторскими агентствами и обозначенные коллекторскими агентствами для финансовой помощи.
- h. Любой пациент, ответственный за долю сострахования, за доплату, ответственный за вычет или франшизу своей страховки, не подлежит Medicaid страхованию, ограничен средствами но способен и желает договориться об оплате счетов на меньшую сумму.
- i. Квалификация на одноразовой основе в период закрытой регистрации в Департаменте Здравоохранения Штата Нью-Йорк за текущие услуги до ноября того же года когда снова откроется период регистрации.

5.2 Аппликационный процесс

- a. Брошюры и вывески на разных языках доступны в местах регистрации для осведомления пациентов и их родственников о существовании Программы Финансовой Помощи (FAP). Веб-сайт госпиталя и платёжные ведомости содержат номер телефона офиса Финансового Советника (FC). Страховой путеводитель пациента включает в себя все варианты оплаты и контактную информацию. [MV-04-005 Form 1 Financial Assistance Application/Determination](#) доступна на веб-сайте госпиталя - www.mvhealthsystem.org/billing.
- b. Пациент или гарант который обращается за финансовой помощью, должен сделать это в течении девяноста (90) дней со дня предоставленных услуг/выписки из госпиталя. Следующая информация должна быть предоставлена вместе с заполненной аппликацией для того чтобы помочь госпиталю сделать решение для предоставления бесплатного обслуживания. Ограничение срока может быть отменено при смягчающих обстоятельствах, таких как ожидание решения на Medicaid страхование.
 - 1) [MV-04-005 Form 1 Financial Assistance Application/Determination](#) предоставленная Госпиталем должна быть заполнена и отправлена в течении (30) тридцати дней со дня её получения.
 - 2) Подтверждение дохода и ресурсов требуется от пациента и членов семьи, если необходимо. Различные типы подтверждения доходов перечислены на [MV-04-005 Form 1 Financial Assistance Application/Determination](#). Подтверждение доходов включает в себя но не ограничивается следующими: доход от зарплаты (Платёжные

квитанции за последние 3 месяца), самообеспечение работой, безработица, социальная секюрити, пенсия, компенсация, социальная помощь, алименты, процентный доход, рентный доход, пособие для ветеранов и копия всех форм налоговой декларации за предыдущий год, и др. Имущество которое не учитывается: главная резиденция пациента (свой дом), автомобиль используемый пациентом или его семьёй, сберегательный счёт для колледжа, налоговые сбережения или пенсионные сбережения.

3) Перечень того что не подходит под Программу Финансовой Помощи:

- a) Счета с коллекторскими агенствами для оплаты которых пациент не прилагал никаких усилий.
- b) Не соблюдение пациентом условий в предоставлении всей необходимой информации для определения квалификации.
- c) Отдельные услуги которые не покрываются, такие как бариатрическая хирургия, косметическая хирургия, стоматологическая хирургия, слуховые аппараты или терапии вне сферы врачебных предписаний.

5.3 Процесс Рассмотрения

- a. Попытки сбора платежей будут приостановлены со дня аппликации до времени когда будет сделано решение о квалификации финансовой помощи.
- b. Аппликации будут рассмотрены госпиталем в течении тридцати (30) дней со дня получения заполненной аппликации с подтверждающей документацией. Счета будут скорректированы по скользящей шкале со дня аппликации и всех соответствующих квалификации будущих счетов до конца календарного года (31 Декабря). Новая аппликация финансовой помощи должна быть заполнена каждый последующий год по мере нужды.
- c. Пациент будет уведомлён о решении в письменной форме. Если аппликация не будет принята, аппликанту будет предоставлена причина отказа. Если вы желаете апеллировать решение, пожалуйста, свяжитесь с соответствующим Бизнес Офисом на месте где были оказаны услуги FSLH (315) 624-5170 или SEMC (315) 801-3108. Вы можете также звонить в Департамент Здравоохранения Штата Нью-Йорк 1 (800) 804-5447 или 1 (518) 402-6993. Примеры причин отказа аппликации следующие:
 - 1) Пациент не соблюдал правила требований в течении тридцати (30) дней со дня аппликации.
 - 2) Доход пациента превышает лимит квалификации для финансовой помощи. В это время с пациентом будут рассмотрены все варианты оплаты. MVHS предоставляет 5-месячный безпроцентный госпитальный кредит и безпроцентный банковский кредит.

- d. Письменная апелляция может быть подана в течении тридцати (30) дней со дня уведомления пациента о решении. Госпиталь рассмотрит апелляцию и уведомит пациента о своём решении в письменной форме в течении тридцати (30) дней со дня её приёма от пациента. В письменном решении отправленном пациенту будет указан апелляционный процесс. Если в апелляции отказано, пациент будет получать пять единых платежных документов в течении 120 дневного платежного цикла. Последний платежный документ будет предупреждать пациента о том что его/её счёт будет отправлен в коллекторское агенство.
- e. Апелляция может быть основана на следующем:
 - 1) Изменение в финансовом статусе пациента.
 - 2) Предоставлена неправильная информация.
 - 3) Смягчающие обстоятельства.

5.4 Финансовые Указания

(See attached MV-04-005 Form 2 Schedule A)

5.5 Финансовая Помощь

(See attached MV-04-005 Form 2 Schedule A)

5.6 Организация платежей/Сбор платежей

- a. Пациенты зачисленные в Программу Финансовой Помощи обязаны осуществлять регулярные месячные платежи своих счетов в течении максимум пяти (5) месяцев, не превышая 10% валового ежемесячного дохода. Если платежи не осуществлялись три раза подряд, счета могут быть отправлены во внешнее коллекторское агенство.
- b. Любая предоставленная скидка будет оставаться в силе в случае если счет отправлен в коллекторское агенство.
- c. MVHS не будет оказывать давление на продажу или выкуп главной резиденции пациента для погашения непоплаченных счетов.
- d. Коллекторское агенство будет получать письменное разрешение от MVHS's прежде чем предпринять правовое действие.
- e. Пациент будет уведомлён как минимум за 30 дней до того как его/её счета будут переданы в коллекторское агенство.
- f. Действия по сбору платежей не будут распространяться на услуги подлежащие Medicaid.
- g. Директор Бизнес Офиса или другое уполномоченное лицо будет наблюдать за соблюдением этих постановлений и процедур.

5.7 Оперативная Платежная Скидка: если ваш доход превышает лимит и вам отказано в Финансовой Помощи, MVHS предлагает скидку для пациентов которые сами оплачивают счета и не имеют медицинского страхования. Обращайтесь за помощью в Бизнес Офис по тел. FSLH (315)624-5170 или SEMC (315)734-3108.

6.0 FLOWCHART/SIPOC (*If procedure*)

N/A.

