

BROJ DIREKTIVE: MV-04-005REVIZIJA: 1NAZIV
DIREKTIVE: PROGRAM FINANCIJSKE POMOĆIDATE: 1/1/16

SAGLASNOST

Dr. Albert D'AccurzioSenior Vice President/Chief Medical Officer
Viši potpredsjednik/Vrhovni medicinski funkcionarPatricia RoachSenior Vice President/Chief Nursing Officer
Viši potpredsjednik/Vrhovni bolničarski funkcionarVLASNIK: Linda L. Burt
Director of patient accounting FSLH
Direktor računovodstva za pacijenteODOBRENJE: Louis Aiello
Senior Vice President/Chief Financial Officer
Viši potpredsjednik/Vrhovni financijski funkcionar

1.0 SVRHA

Da se obezbjedi financijska pomoć za medicinski neophodne usluge svim našim pacijentima koji nisu osigurani ili imaju slabo osiguranje, kojima je ostao veliki dio računa nakon što je osiguranje platilo svoj dio i pacijenti koji nisu u sposobnosti da se posvete novčanom sporazumu.

2.0 DJELOKRUG Mohawk Valley Health System(MVHS) uključujući Faxton St. Luke's Healthcare (FSLH) i St. Elizabeth's Medical Center(SEMC).**3.0 NAPOMENA**

Javni zakon o zdravstvu države New York(New York State Public Health Law) 9-a sekcija 2807-k
Federalni porezni kod sekcija 501(r) (Federal Tax Code Section)
MV-04-005 Obrazac 1 Financijska pomoć Aplikacija/Determinacija

4.0 DEFINICIJE/SKRAĆENICE

MVHS Mohawk Valley Health System
FSLH Faxton St. Luke's Healthcare
SEMC St. Elizabeth Medical Center
FA Financijska pomoć(Financial Assistance)
FAP Program financijske pomoći(Financial Assistance Program)
FC Financijski savjetnik(Financial Counsler)

5.0 POSTUPAK/DIREKTIVA

5.1 Podobnost: Mohawk Valley Health System je voljan pružiti financijsku pomoć svim podobnim pojedincima koji prebivaju u Oneida, Madison ili Herkimer kantonu. Slučajeve pacijenata koji prebivaju u drugim kantonima ćemo pregedati na bazi od slučaja do slučaja. Mi ne ograničavamo kvalifikovanost za financijsku pomoć na osnovu mjesta prebivališta. Financijska pomoć(FA) je ponuđena pacijentima koji su imali urgentne, hitne i medicinski neophodne procedure u skladu sa odsjekom 9-a , sekcija 2870-k zakon o javnom zdravstvu države New York.

Morate spadati pod slijedeći kriterij kako bi se kvalifikovali za financijsku pomoć:

- a. Ako ne postoji imovinski posjed,i nema preživjelog supružnika ili ako je fond ograničen i advokat ima mogućnost nagodbe za manji iznos na računu. Ovo ne uključuje Medicare-ove loše debt račune.
- b. Svi pacijenti koji se ne kvalifikuju za Medicaid koji nam prilože dokumentaciju o ograničenom fondu.
- c. Maloljetna osoba kod koje se ne može utvrditi roditeljska odgovornost.
- d. Pacijenti koji su siromašni,privremeni i bez pokrića medicinskog osiguranja.

- e. Svi pacijenti koji se ne kvalifikuju za Medicaid, imaju ograničen fond, minimalno ili nikakvo medicinsko pokriće i nisu u mogućnosti platiti.
- f. Pacijenti koji su iscrpili sve beneficije medicinskog osiguranja i iskazuju daljnu nemogućnost plaćanja usluga.
- g. Računi vraćeni MVHS-u od naše agencije za prikupljanje dugova i označeni kao slučajevi koji se kvalifikuju za financijsku pomoć.
- h. Svi pacijenti kojima je nakon što je osiguranje platilo svoj dio računa ostalo da plate njihov dio računa ili participaciju, ne kvalifikuju se za Medicaid, imaju ograničene fondove ali su voljni da se nagode za manji iznos na računu.
- i. Jednokratna podobnost u vrijeme zatvorenog upisnog perioda Ministarstva Zdravstva države New York za trenutne usluge do novembra iste godine kada opet počinje upisni rok.

5.2 PROCES ZAHTJEVA

- a. Brošure i potpisni papiri na više jezika su dostupni na registracijskim recepcijama kako bi pacijenti i njihove familije bili obavješteni o postojanju i dostupnosti programa financijske pomoći (FAP). Bolnička web stranica i bolnički računi uključuju telefonski broj našeg financijskog savjetnika(FC). Vodič zdravstvenog osiguranja za naše pacijente uključuje sve naše opcije plaćanja računa i kontaktne informacije. MV-04-005 Obrazac 1 Financijska pomoć aplikacija/determinacija je dostupna na bolničkoj web stranici- www.mvhealthsystem.org/billing
- b. Pacijent ili garant koji zahtijeva financijsku pomoć će imati do 90 dana od datuma usluge ili otpusta da podnese zahtjev za program. Kao pomoć u donošenju odluke da bolnica pruži besplatnu njegu, sa popunjenim zahtjevom moraju biti dostupne i sljedeće informacije. Vremensko ograničenje može biti izostavljeno u olakšavajućim okolnostima kao što je čekanje na odobrenje Medicaid-a.
 - 1) MV-04-005 Obrazac 1 Financijska pomoć aplikacija/determinacija data od strane bolnice mora biti u potpunosti popunjena i dostavljena u roku od 30 dana od prijema zahtjeva.
 - 2) Dokaz o izvoru prihoda se zahtijeva od pacijenta i svih članova familije ako je to prikladno slučaju. Različite vrste dokaza o prihodu su izlistane na obrazcu Financijska pomoć aplikacija/determinacija MV-04-005 Form 1 Financial Assistance Application/Determinatin. Dokaz o prihodu uključuje ali se ne ograničava na: prihod od plata (platni isječak zadnja 3 mjeseca), prihod od samozaposlenja, prihod sa biroa za ne zaposlene, socijalni prihod(social security), penzije, kompenzacije, socijalna pomoć, alimentacija, dječiji dohodak, kamatni dobitak, rentalne dividende, VA naknade i potpuna kopija obrade taxe od prošle godine itd. Sljedeća imovina nije uključena: Pacijentova primarna rezidencija(Kuća u vlasništvu), auto koje koristi pacijent ili pacijentova familija, štedni racun za fakultet i porez na odloženo ili uporedivi štedni penzijski račun.
 - 3) Sljedeće se ne kvalifikuje za program financijske pomoći:
 - a) Računi kod agencija za prikupljanje dugova gdje pacijent ne pokazuje trud da plati njen/njegov raun.

- b) Ne poštivanje od strane pacijenta kada je u pitanju dostava svih potrebnih informacija kako bi se utvrdila podobnost.
- c) Usluge po izboru koje nemaju pokriće kao što su barijatrijska operacija, kozmetička operacija, operacije na zubima, aparati za sluh i terapije van domena doktorovih odredbi.

5.3 Pregled procesa

- a) Od datuma podnošenja zahtjeva računi će biti stavljeni na “čekanje” zbog bilo kojeg pokušaja prikupljanja duga dok se ne donese odluka o podobnosti za financijsku pomoć.
- b) Zahtjevi će biti pregledani od strane bolnice u roku 30 dana otkako primimo potpuniji zahtjev sa pratećim dokumentima. Računi će biti namješteni po principu klizne skale od datuma zahtjeva zajedno sa svim budućim računima koji se kvalifikuju sve do kraja kalendarske godine (decembar 31). Novi zahtjev za financijsku pomoć mora biti potpun svake godine kao i svi drugi potrebni popratni papiri.
- c) Pacijent će pismenim putem biti obavješten o odluci. Ako je obrazac odbijen, razlog odbijene će biti objašnjen osobi koja je podnijela zahtjev. Ako želite uložiti žalbu molimo vas kontaktirajte odgovarajući poslovni ured gdje su pružene usluge FSLH (315)624-5170 ili SEMC (315) 801-3108. Takođe možete kontaktirati NYS DOH 1(800) 804-5447 ili 1(518) 402-6993. Razlozi za odbijenicu zahtjeva uključuju:
 - 1) Pacijent se nije pridržavao police zahtjeva u roku 30 dana od podnošenja zahtjeva.
 - 2) Pacijentov prihod prelazi granicu da bi se kvalifikovao za financijsku pomoć. U slučaju toga sve opcije otplate će biti pregledane sa pacijentom. MVHS nudi peto - mjesecni (5 mjeseci) bolnički bezkamatni kredit i bankovni kredit bez kamate.
- d) Pismena žalba mora biti ispunjena u roku 30 dana otkako je pacijent primio našu odluku. Bolnica će pregledati žalbu i u roku 30 dana otkako je primila žalbu pismenim putem obavjestiti pacijenta o odluci. Proces žalbe je označen na pismu odluke koja je poslana pacijentu. Ako žalba nije uvažena pacijentu će biti poslano 5 izvještaja kroz 120 dana obračunskog ciklusa. Zadnji izvještaj će savjetovati pacijenta da će njen/njegov račun biti poslan agenciji za prikupljanje dugova.
- e) Žalba može biti zasnovana na slijedećem:
 - 1) Promjena u financijskom statusu pacijenta
 - 2) Ne tačnost priloženih informacija
 - 3) Olakšavajuće okolnosti

5.4 Financijski vodič

(pogledajte priloženu formu MV-04-005 Form 2 Schedule A)

5.5 Financijska pomoć

(Pogledajte priloženu formu MV-04-005 Form 2 Schedule A)

5.6 Aranžman plaćanja/prikupljanje

- a) Pacijent koji je primljen u program financijske pomoći mora redovno mjesečno plaćati dio bilance maksimalno 5 mjeseci, ali da se ne predje 10% od njegovog ukupnog mjesečnog dohodka. Ako se propuste 3 uzastopne otplate, račun će biti poslan vanjskoj agenciji za prikupljanje dugova.
- b) Svi dati popusti će ostati na snazi u slučaju da račun bude prebačen agenciji za prikupljanje dugova.
- c) MVHS neće tjerati pacijenta da proda ili izgubi pravo na njihovu primarnu stambenu rezidenciju kako bi se prikupio nenamiren račun.
- d) Agencije za prikupljanje dugova će prikupiti MVHS-ovo pismeno odobrenje prije nego počnu bilo kakve legalne akcije.
- e) Pacijent će biti obavjesten 30 dana prije nego što račun bude prebačen agenciji za prikupljanje dugova.
- f) Djela prikupljanja neće biti rađena na bilo kojim Medicaid podobnim uslugama.
- g) Direktor poslovnog ureda ili druga dodjeljena osoba će pratiti poštivanje ovih polica i procedura.

5.7 Brzi popust na plaćanje: Ako je vaš prihod prevelik i dobili ste odbijenicu za FAP, MVHS nudi popust za pacijente koji nemaju zdravstveno osiguranje i moraju sami platiti račun. Za pomoć kontaktirajte naš poslovni ured FSLH (315) 624-5170 ili SEMC (315) 734-3108.

6.0 DIJAGRAM TOKA-FLOWCHART/SIPOC (Ako je postupak u pitanju)

N/A.

