

CENTRUM MEDYCZNE MAIMONIDES

KOD: FIN-028 (Zmieniony)

DATA: 4 maja 2018 r.

PIERWSZE WYDANIE: 21 marca 2005 r.

DOTYCZY: ZASADY PRYZNAWANIA POMOCY FINANSOWEJ

I. ZASADY

Centrum Medyczne Maimonides (zwane dalej „Maimonides” lub „Szpital”) dąży do świadczenia najwyższej jakości usług medycznych każdemu pacjentowi, który zgłosi się do którejkolwiek z naszych placówek, niezależnie od możliwości finansowych pacjenta. Zasady Przyznawania Pomocy Finansowej (zwane dalej „FAP” lub „Zasady”) wprowadzają program pomocy finansowej Maimonides, za pośrednictwem którego pacjenci nie posiadający ubezpieczenia, którzy wykorzystali świadczenia w ramach swojego ubezpieczenia i są uznani za kwalifikujących się do uzyskania pomocy finansowej zgodnie z niniejszymi Zasadami, mogą uzyskać dostęp do bezpłatnej opieki medycznej lub po obniżonej cenie w nagłych wypadkach i innej niezbędnej opieki medycznej.

II. DOSTĘP DO INFORMACJI

Publikacje dotyczące FAP są powszechnie publikowane przez Maimonides zgodnie z niniejszymi Zasadami.

Maimonides udostępnia niniejsze zasady FAP, formularz wniosku o przyznanie FAP i podsumowanie FAP („Podsumowanie w przystępnej formie”) na dedykowanej stronie Pomocy Finansowej na portalu internetowym Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>).

Wydrukowane kopie tych dokumentów są dostępne na żądanie i bezpłatnie za pośrednictwem poczty i w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na oddziale ratunkowym, na izbie przyjęć i miejscach świadczenia usług dla pacjentów.

Maimonides powiadamia i informuje pacjentów Szpitala o FAP poprzez: oferowanie wydrukowanej kopii „Podsumowania w przystępnej formie” podczas przyjęcia i rejestracji; w tym pisemnego powiadomienia o oświadczeniach dotyczących płatności, które informuje odbiorców o dostępności pomocy finansowej w ramach FAP i zawiera numer telefonu do szpitalnego Działu Usług Finansowych i bezpośredni adres strony internetowej, na której dostępne są FAP, formularz wniosku FAP i Podsumowanie w przystępnej formie; oraz zapewnienie powszechnie widocznych informacji informujących pacjentów o FAP w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na oddziale ratunkowym i na izbie przyjęć. Pacjenci będą informowani o FAP Maimonides za pomocą wielojęzycznych oznaczeń.

Ponadto FAP, formularz wniosku FAP i Podsumowanie w przystępnej formie będą tłumaczone na podstawowe języki używane przez grupy osób o ograniczonej znajomości języka angielskiego („LEP”), którym Szpital każdego roku świadczy usługi, w tym na języki, jakimi posługuje się każda grupa językowa LEP, która stanowi 1000 osób lub 5% społeczności, której Szpital świadczy usługi, bądź która może potrzebować usług lub może zgłosić się do Szpitala. Ponadto Centrum Medyczne Maimonides również powiadamia i informuje członków społeczności, której szpital świadczy usługi, że oferuje pomoc finansową w ramach FAP oraz gdzie można uzyskać szczegółowe informacje i dokumenty dotyczące FAP, w sposób zrozumiały dla członków społeczności (w tym tłumaczenia na odpowiednie języki).

Pacjenci z konkretnymi pytaniami o pomoc finansową otrzymają „Podsumowanie w przystępnej formie”, informacje o powiązanych informacjach dostępnych na stronie internetowej Centrum Medycznego Maimonides oraz zostaną skierowani do doradcy finansowego. W przypadku, gdy dana osoba wskaże, że woli uzyskać dostęp do dokumentów lub informacji o FAP w formie elektronicznej, Centrum Medyczne Maimonides może dostarczyć takie dokumenty lub informacje w formie elektronicznej (w tym na ekranie elektronicznym, za pośrednictwem poczty e-mail lub poprzez podanie bezpośredniego adresu internetowego (adresu URL) strony internetowej, na której dokumenty lub informacje są opublikowane).

III. POMOC FINANSOWA

A. Kwalifikowanie się do otrzymania pomocy finansowej

W ramach niniejszych Zasad osoby spełniające poniższe kryteria kwalifikują się do otrzymania bezpłatnej opieki medycznej lub zniżek w zakresie opłat:

W przypadku medycznie niezbędnych usług, niezwiązanych z nagłym przypadkiem, do otrzymania pomocy finansowej kwalifikują się osoby o niskich dochodach, będące mieszkańcami jednej z pięciu dzielnic Nowego Jorku (Kings, New York, Queens, Richmond i Bronx), które są nieubezpieczone lub które wykorzystały zakres świadczeń z tytułu swojego ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku usług w nagłych przypadkach do otrzymania pomocy finansowej kwalifikują się osoby o niskich dochodach, będące mieszkańcami stanu Nowy Jork, które są nieubezpieczone lub które wykorzystały zakres świadczeń z tytułu swojego ubezpieczenia zdrowotnego.

Maksymalna wysokość opłaty, którą może być obciążony pacjent, który otrzymał opiekę medyczną w związku z nagłym przypadkiem lub inną medycznie niezbędną opiekę w Szpitalu, i kwalifikuje się do otrzymania

pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad FAP, jest określana jako kwota generalnie należna do zapłacenia (ang. „AGB”). Centrum Medyczne Maimonides ustala kwotę AGB jako łączną kwotę dopuszczalną przez Medicaid (dla opieki szpitalnej) i całkowitą kwotę dopuszczalną przez Medicare (za ambulatoryjne usługi chirurgiczne, kliniczne, oddziału ratunkowego, usługi ambulatoryjne i pomocnicze na podstawie skierowania). Zgodnie z wykazem zniżek opisanych w załącznikach A i B, zniżki oferowane pacjentom kwalifikującym się do otrzymania FAP, są mniejsze lub równe kwocie AGB. Po określeniu kwalifikacji pacjenta do otrzymania FAP, pacjent kwalifikujący się do otrzymania FAP nie może zostać obciążony kwotą większą niż kwota AGB za niezbędną opiekę medyczną lub opiekę w nagłych przypadkach.

Kryteria finansowe kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej i zniżek w ramach FAP opisano szczegółowo poniżej oraz w Załącznikach A i B. **Pacjenci z przychodem poniżej 300% federalnego progu ubóstwa przypuszczalnie kwalifikują się do otrzymania pomocy w ramach FAP, na podstawie informacji zawartych w części III.D poniżej.** Dodatkowym warunkiem kwalifikowania się jest dostarczenie przez pacjentów (a w przypadku pacjentów niepełnoletnich, przez ich rodziców lub opiekunów prawnych) wymaganych dokumentów do wniosku o pomoc finansową, a poza tym wymagana jest ich pełna współpraca z personelem szpitala, pomagającym im w tym procesie.

W zakresie, w którym pacjenci są uprawnieni do korzystania z państwowego programu ubezpieczeniowego (np. Medicaid, Child Health Plus („CHP”), Prenatal Care Assistance Program), pacjenci muszą korzystać z tego programu w zakresie pokrycia kosztów ich leczenia, zamiast z programu pomocy finansowej Maimonides. Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową (a w przypadku pacjentów niepełnoletnich, ich rodzice lub opiekunowie prawni) muszą dostarczyć do szpitala wszystkie informacje i dokumenty wymagane w celu ustalenia kwalifikowania się do przyznania im państwowego programu ubezpieczeniowego. Po przesłaniu przez pacjenta wniosku o objęcie go państwowym programem ubezpieczeniowym, pacjent będzie kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej z Maimonides, aż do czasu, gdy pacjent zostanie uznany za objętego innym programem, pod warunkiem, że pacjent w ogóle kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej.

Pomoc finansowa może być przyznana, każdorazowo na podstawie odrębnej decyzji, pacjentom, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej, ale stoją przed koniecznością pokrycia wyjątkowych kosztów leczenia. Prośby o przyznanie pomocy finansowej w tych okolicznościach będą kierowane do Działu Usług Finansowych pod adresem 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219, (718) 283-7790.

Pacjent z HMO/ubezpieczeniem komercyjnym, które nie jest akceptowane w Centrum Medycznym Maimonides, nie kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, o ile taki pacjent nie wykorzystał przysługujących mu świadczeń w ramach swojego ubezpieczenia.

Pacjent nie będzie kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, jeśli Dział Usług Finansowych stwierdzi, że pacjent podał fałszywe informacje (a w przypadku pacjentów niepełnoletnich, ich rodzice lub opiekunowie prawni) podczas procedury ubiegania się o pomoc finansową.

B. Usługi objęte programem

Program pomocy finansowej Maimonides obejmuje usługi w nagłych przypadkach i inne medycznie niezbędne usługi w Centrum Medycznym Maimonides. Do określenia, czy usługi są medycznie niezbędne wykorzystywane są wytyczne medyczne. Usługi pomocnicze, zlecane w związku z wizytami w przychodni, będą naliczane zgodnie z wielkością procentową skali suwakowej, która odpowiada danej wizycie w przychodni.

Poniższe usługi nie są objęte niniejszymi Zasadami:

- Usługi, które nie są medycznie niezbędne (np. zabiegi kosmetyczne);
- Usługi bez klinicznej lub terapeutycznej korzyści (np. opłaty za telefony, telewizory i koszty różnicy za pobyt w prywatnym pokoju);
- Usługi niefakturowane przez Szpital (np. usługi anestezyjologiczne i profesjonalne usługi świadczone przez lekarzy i niezależnych wykonawców, np. prywatne pielęgniarki dyżurne, usługi opieki domowej i usługi transportu medycznego), inne niż usługi świadczone przez osoby zasadniczo związane ze Szpitalem, zgodnie z określeniem tego terminu na podstawie przepisów federalnych; oraz
- Współfinansowanie i odliczenia.

Pacjenci, którzy zakwalifikowali się do ubezpieczenia Medicaid w nagłych wypadkach, przebywając w szpitalu w Maimonides, kwalifikują się do jednej bezpłatnej pooperacyjnej wizyty w poradni i wszelkich powiązanych usług dodatkowych, w terminie do 90 dni od daty zabiegu, i nie są zobowiązani do złożenia dokumentów, aby kwalifikować się do tej wizyty.

Pacjenci, którzy są przyjmowani na oddziale ratunkowym, ale nie są przyjmowani do szpitala, kwalifikują się do jednej bezpłatnej kontrolnej

wizyty w przychodni w związku z określonym stanem, który spowodował ich zgłoszenie się na oddział ratunkowy, i nie są zobowiązani do złożenia dokumentów, aby kwalifikować się do tej wizyty.

Niniejsze Zasady nie obejmują usług ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii, objętych przez „Zasady Pomocy Finansowej w zakresie Psychiatrycznych Usług Ambulatoryjnych” FIN-29. Niniejsze zasady obejmują szpitalne usługi psychiatryczne i związane z nimi usługi dodatkowe.

Załącznik C do niniejszych Zasad zawiera wykaz dostawców usług zapewniających opiekę w nagłych wypadkach lub inną medycznie niezbędną opiekę w Szpitalu, która jest objęta niniejszymi zasadami FAP, oraz rodzaje opieki, które nie są objęte niniejszymi zasadami FAP.

C. Ogólne procedury składania wniosku

W celu uzyskania pomocy w zakresie procesu składania wniosku o przyznanie FAP, ubiegania się o pomoc finansową lub uzyskania dodatkowych informacji o FAP, należy skontaktować się z Działem Usług Finansowych Szpitala pod numerem (718) 283-7790, mieszczącym się pod adresem 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219.

Każda osoba ubiegająca się o pomoc finansową będzie kierowana dalej do Doradcy Finansowego w ramach procesu selekcji. Doradca Finansowy:

1. Omówi, na podstawie otrzymanych informacji, różne alternatywne rozwiązania dostępne dla pacjenta (np. państwowe programy ubezpieczeniowe, ustalenia dotyczące płatności, zniżki, skale suwakowe, bezpłatna opieka).
2. W odpowiednich okolicznościach, (a) wypełni wniosek o Medicaid i złoży go w lokalnym Oddziale Opieki Społecznej w imieniu pacjenta; lub (b) skieruje pacjenta do odpowiedniego lokalnego biura Medicaid w celu wypełnienia wniosku CHP.
3. Oceni, czy pacjent może kwalifikować się do otrzymania dodatkowych zniżek, które mogą być dostępne za pośrednictwem specjalnych dotacji i programów w Centrum Medycznym Maimonides, niezależnie od ogólnego programu pomocy finansowej.
4. W razie potrzeby, zapewni wnioskodawcy do wypełnienia wniosek o pomoc finansową. Na życzenie Doradcy Finansowy udzieli pacjentowi pomocy w zrozumieniu zasad udzielania pomocy finansowej i wypełnieniu wniosek w jego imieniu podczas bezpośredniej rozmowy z pacjentem.

Formularze wniosków FAP zostaną przetłumaczone, zgodnie z częścią II, powyżej. Ponadto, usługi tłumaczeniowe będą dostępne dla wszystkich pacjentów wymagających takich usług, aby uzyskać dostęp do pomocy finansowej w Szpitalu. Personel uzyska dostęp do usług tłumaczeniowych zgodnie z AD-120 Tłumaczenia i Usługi Tłumaczy Ustnych.

Formularze wniosków będą zawierać pouczenie dla pacjentów, że po złożeniu wypełnionego wniosku, w tym wszelkich informacji lub dokumentów potrzebnych do określenia kwalifikacji pacjenta do otrzymania pomocy finansowej, pacjent może zignorować wszelkie rachunki dopóki Szpital nie wyda decyzji w sprawie wniosku.

Pacjenci mają prawo ubiegać się o pomoc finansową, przez co najmniej 240 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymali rachunek po wypisie ze szpitala. (Aby uzyskać więcej informacji o okresach składania wniosków zobacz FIN-55, Zasady rozliczeń i windykacji należności). Wnioski o uchyleniu tych wymagań mogą być kierowane do Wiceprezesa ds. Finansowych w celu zaopiniowania.

D. Kryteria kwalifikacji do otrzymania pomocy finansowej

1. Procedury określania kwalifikacji

Ustalenia kwalifikacji będą dokonywane przez Dział Usług Finansowych. Zgodnie z bardziej szczegółowym opisem poniżej w podczęści III.D.2, kwalifikowanie się pacjenta jest ustalane na podstawie następujących informacji:

- Miejsce zamieszkania;
- Roczny dochód przed opodatkowaniem;
- Aktywa płynne; i
- Liczebność rodziny.

W celu uzyskania tych danych zostaną wykorzystane informacje podane we wniosku pacjenta o przyznanie państwowego programu ubezpieczeniowego. Jeśli taki wniosek nie został złożony lub jest niedostępny, informacje niezbędne do ustalenia kwalifikacji pacjenta do otrzymania pomocy finansowej muszą być dostarczone przez pacjenta. Jeżeli brakuje którejkolwiek wymaganej informacji, pacjent zostanie powiadomiony o tym telefonicznie lub listownie.

2. Testy przychodu i aktywów płynnych

Załącznik A do niniejszych Zasad „Wykaz zniżek skali suwakowej opłat za usługi szpitalne” określa zniżki dla ujętych w programie usług szpitalnych. Załącznik B, „Tabela zniżek skali suwakowej opłat za

ambulatoryjne usługi chirurgiczne, kliniczne, oddziału ratunkowego, usługi ambulatoryjne i pomocnicze na podstawie skierowania” określa zniżki dla ujętych w programie usług ambulatoryjnych, klinicznych, oddziału ratunkowego, ambulatoryjnych i usług dodatkowych.

Każdy Załącznik określa dwa testy - test przychodów i test aktywów płynnych:

- *Test przychodów* jest obliczany przez porównanie „liczebności rodziny” pacjenta z przychodem rocznym brutto rodziny.
- *Liczebność rodziny*. Jeśli pacjent jest dorosły, liczebność rodziny pacjenta jest obliczana przez dodanie pacjenta, współmałżonka pacjenta (jeśli istnieje oraz jeśli mieszka z pacjentem) i wszelkich osób niepełnoletnich pozostających na utrzymaniu pacjenta lub współmałżonka pacjenta. Jeśli pacjent jest dzieckiem, liczebność rodziny pacjenta jest obliczana przez dodanie pacjenta, rodziców lub opiekunów prawnych, z którymi pacjent mieszka, oraz wszystkich osób niepełnoletnich pozostających na utrzymaniu rodziców lub opiekunów prawnych, z którymi pacjent mieszka (oprócz samego pacjenta). Kobieta w ciąży jest liczona jako dwóch członków rodziny.
- *Roczny przychód brutto*. Jeśli pacjent jest dorosły, roczny przychód brutto rodziny jest sumą przychodów pacjenta i współmałżonka pacjenta (jeśli istnieje oraz jeśli mieszka z pacjentem). Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, roczny przychód brutto rodziny jest przychodem rodziców lub prawnych opiekunów pacjenta, z którym pacjent mieszka. Przychód określa się na podstawie zarobków w ostatnich czterech tygodniach przed datą świadczenia usługi.
- *Roczny przychód brutto jest sumą następujących źródeł dochodów, zgodnie z dokumentacją wymaganą do załączenia do wniosku o FAP:*
 1. Zarobki/Dochody przed potrąceniem podatków.
 2. Zasiłki z opieki społecznej.
 3. Zasiłek dla bezrobotnych i ubezpieczenie z funduszu pracy.
 4. Zasiłek kombatancki.
 5. Alimenty/zasiłek na dziecko.
 6. Inne formy pomocy finansowej
 7. Wypłaty emerytury.
 8. Płatności ubezpieczenia lub renty.
 9. Dywidendy/odsetki.
 10. Przychód z tytułu wynajmu.

11. Przychód netto z działalności (praca na własny rachunek/zweryfikowany przez niezależne źródła).
12. Inne (zasiłki strajkowe, stypendia szkoleniowe, zasiłki dla rodzin wojskowych, dochód z nieruchomości i funduszy powierniczych).

Źródło dochodów powinno być obliczane poprzez dodanie kwot rzeczywiście otrzymanych, w przeciwieństwie do kwot, do których osoba może być uprawniona, ale ich nie otrzymała (na przykład, gdy były współmałżonek pacjenta nie płaci alimentów lub płatności z tytułu ubezpieczenia lub emerytalne są przedmiotem sporu).

- *Aktywa płynne* każdego pacjenta będą obliczane na podstawie łącznej wartości majątku pacjenta i jego współmałżonka (niezależnie, czy posiadanego odrębnie, czy wspólnie). Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, aktywa płynne pacjenta będą obliczane na podstawie łącznej wartości majątku posiadanego przez rodziców lub prawnych opiekunów pacjenta, z którymi pacjent mieszka. Rodzaje majątku, które będą brane pod uwagę obejmują gotówkę; rachunki oszczędnościowe; rachunki bieżące; świadectwa depozytowe; majątek w postaci nieruchomości (innych niż główne miejsce zamieszkania); i inne aktywa (bony skarbowe, zbywalne papiery wartościowe, akcje firm i obligacje). Test aktywów (majątku) nie bierze pod uwagę podstawowego miejsca zamieszkania pacjenta, aktywów posiadanych na rachunku podatku odroczonego lub porównywalnych oszczędności w funduszu emerytalnym, rachunków oszczędnościowych na poczet studiów, czy samochodów regularnie używanych przez pacjenta lub członków najbliższej rodziny. Pacjent z aktywami płynnymi o łącznej wartości stanowiącej dwukrotność kwoty dopuszczalnych poziomów środków przez Medicaid będzie uważany za posiadającego „*znaczące aktywa płynne*”. **Jeśli pacjent ma istotne aktywa płynne, kwota pomocy dla pacjenta będzie POMNIEJSZONA o zniżkę, do otrzymania której pacjent się kwalifikuje zgodnie z testem przychodów i testem aktywów płynnych.** Na przykład, jeżeli pacjent ma prawo do 50% zniżki na podstawie testu przychodu oraz do 25% zniżki na podstawie testu aktywów płynnych, obowiązuje zniżka w wysokości 25%. Jeśli dana osoba ma prawo do pomocy finansowej w ramach zarówno testu przychodu, jak i testu aktywów płynnych, maksymalna opłata, jaką może ponieść, wynosi 100% odpowiednio większej stawki Medicare lub Medicaid lub AGB (jak opisano powyżej).

Test aktywów płynnych - hospitalizacja jest obliczany poprzez podział kwoty pełnej stawki Medicaid za usługi świadczone pacjentowi przez „aktywa płynne” pacjenta.

Test aktywów płynnych - usługi ambulatoryjne jest obliczany poprzez podział kwoty pełnej stawki Medicare za usługi świadczone pacjentowi przez „aktywa płynne” pacjenta.

- **Jeżeli pacjent nie posiada istotnych aktywów płynnych, wówczas kwota pomocy dla pacjenta będzie niższą, do otrzymania której pacjent jest uprawniony na podstawie testu przychodu.**
- Jeśli wymagane jest, aby pacjent samodzielnie pokrył koszty według stawki podanej w Załącznikach A lub B, indywidualnie w każdym przypadku mogą być brane pod uwagę szczególne względy, jeśli pacjent niedawno stracił pracę lub nie jest w stanie pokryć codziennych kosztów swojego utrzymania (tj. czynszu, rachunków za telefon/gaz/energię elektryczną i żywność).

Wszelkie przypadki, w których wymagane jest wzięcie pod uwagę szczególnych względów, należy kierować do Dyrektora Działu Doradztwa Finansowego pod numerem (718) 283-7796. Pacjent może być zobowiązany do udokumentowania charakteru okoliczności, które wymagają wzięcia pod uwagę specjalnych względów.

E. Proces opiniowania wniosków

W ciągu 30 dni od otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową i wszystkich wymaganych dokumentów, Dział Usług Finansowych poinformuje pacjenta na piśmie, czy wniosek o przyznanie pomocy finansowej został zatwierdzony, czy odrzucony. Jeśli wniosek został zatwierdzony, pacjent zostanie poinformowany o procentowejniżce (np. 90% należnych opłat), do której jest uprawniony i otrzyma szczegółowe wyjaśnienie kwot należnych do zapłaty. Jeśli wniosek został odrzucony, pisemne powiadomienie powinno wskazywać, jak odwołać się od odmowy oraz zawierać informacje o tym, jak skontaktować się z Ministerstwem Zdrowia. Powiadomienie o odrzuceniu wniosku o FAP musi również szczegółowo wskazywać podstawę odmowy. W przypadku bezpośredniej rozmowy, pacjent jest niezwłocznie informowany o zatwierdzeniu wniosku i wielkości niżki, którą pacjent otrzyma lub o odrzuceniu wniosku. W takich przypadkach pisemne zawiadomienie również jest wysłane pocztą na adres pacjenta.

Ponadto, jeśli wniosek pacjenta o pomoc finansową został zatwierdzony, Dział Usług Finansowych udokumentuje ustalenie kwalifikowania się w rubryce „Uwagi” w systemie rejestracji (AHS), w tym o szczególnych obowiązujących zniżkach na (a) usługi szpitalne i (b) usługi ambulatoryjne, nawet jeśli tylko jeden rodzaj usług (np. usługi szpitalne) jest wymagany podczas bieżącej opieki nad pacjentem.

Zatwierdzenie kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej jest ważne przez rok, po upływie którego konieczne będzie ponowne obliczanie kwalifikowania się pacjenta. Przyszłe zmiany w ustalonych skalach suwakowych określonych w załącznikach A i B obowiązują w przypadku wszystkich nowych i obecnie kwalifikujących się pacjentów.

F. Uzgodnienia płatności w ratach

Na życzenie pacjenci otrzymujący pomoc finansową, będą mieli możliwość uzyskania uzgodnienia płatności w ratach bez konieczności uiszczania odsetek. Miesięczna rata nie będzie większa niż 10% miesięcznego przychodu brutto pacjenta oraz ewentualnych aktywów kwalifikujących się do rozpatrzenia w ramach testu aktywów przeprowadzonego przez Szpital. Odsetki nie będą naliczane od niezapłaconej kwoty, nawet w przypadku pominięcia płatności. W przypadku pominięcia płatności, nie będzie stosowany mechanizm przyspieszenia płatności.

G. Odwołania

Pacjent ma prawo do odwołania się od decyzji w sprawie kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej w oparciu o następujące kryteria:

- Została przekazana nieprawidłowa informacja;
- Wystąpiły zmiany w sytuacji finansowej pacjenta; lub
- Okoliczności wyjątkowe.

Odwołania będzie rozpatrywać Wiceprezes ds. Finansów (Usługi Finansowe). Odwołanie należy składać na piśmie (lub osobiście, po wcześniejszym umówieniu) u Wiceprezesa ds. Finansów (Usługi Finansowe) pod następującym adresem:

983 48th Street
Brooklyn, NY 11219
Telefon: (718) 283-7790

Odwołanie należy złożyć w ciągu 30 dni od daty powiadomienia o ustaleniu kwalifikowania się. Wiceprezes ds. Finansów (Usługi Finansowe) będzie dążyć do podjęcia decyzji w sprawie odwołania w

terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania odwołania pacjenta (tj. po otrzymaniu pisma lub odwołania przekazanego osobiście).

H. Odrębne zasady rozliczania i windykacji należności

Działania, które Centrum Medyczne Maimonides może podjąć w przypadku braku płatności, opisano w oddzielnych zasadach fakturowania i windykacji należności (FIN-55). Zasady te są dostępne na dedykowanej stronie Pomocy Finansowej na portalu internetowym Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Wydrukowane kopie niniejszych zasad są dostępne na żądanie i bezpłatnie za pośrednictwem poczty i w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na oddziale ratunkowym, na izbie przyjęć i miejscach świadczenia usług dla pacjentów.

I. Dostęp do opieki medycznej w nagłych przypadkach

Nie będzie żadnej dyskryminacji w zakresie świadczenia medycznego badania przesiewowego i koniecznego leczenia stabilizującego wobec osób uprawnionych do pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad. Centrum Medyczne Maimonides świadczy, bez dyskryminacji, opiekę medyczną w nagłych przypadkach medycznych na rzecz osób fizycznych, niezależnie od tego, czy te osoby są uprawnione do pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad FAP. Zobacz FIN-034 EMTALA - Zasady medycznych badań przesiewowych i leczenia stabilizującego.

J. Szkolenie i dodatkowe informacje

Cały personel, który ma kontakt z pacjentami lub jest odpowiedzialny za rozliczenia i windykację należności otrzyma kopię niniejszych zasad i zostanie przeszkolony w zakresie odpowiedniego postępowania w sprawie programu pomocy finansowej. Personel będzie również okresowo informowany o dodatkowych zniżkach lub funduszach, które mogą być dostępne poprzez specjalne dotacje lub programy, niezależnie od ogólnego programu pomocy finansowej. Wszelkie pytania personelu dotyczące zasad powinny być kierowane do Kierownika Działu Doradztwa Finansowego pod numerem (718) 283-7796.

Pracownicy Maimonides i osoby pozostające na ich utrzymaniu będą traktowane zgodnie z ustalonymi zasadami Centrum Medycznego (FIN-022).

K. Ocena zgodności z przepisami prawnymi

Dział Kontroli Wewnętrznej będzie oceniać co najmniej raz w roku zgodność z przepisami dotyczącymi przyznawania pomocy finansowej i niniejszymi zasadami. Wyniki takich kontroli będą udostępniane Wiceprezesowi ds. Rachunków Pacjentów, Wiceprezesowi ds. Finansowych (Dział Usług Finansowych) i Wiceprezesowi Zarządu ds. Prawnych i Dyrektorowi ds. Zgodności z Przepisami.

IV. KONTROLE

Wiceprezes ds. Finansowych (Dział Usług Finansowych) we współpracy z Zastępcą Wiceprezesa ds. sieci medycznych usług ambulatoryjnych i Wiceprezesem ds. Rachunków Pacjentów będą regularnie przeglądać dokumentacje główne pacjentów i rachunki pod kątem zgodności z protokołem Pomocy Finansowej podanym w niniejszych Zasadach.

Wiceprezes ds. Finansów (Usługi Finansowe) oraz Wiceprezes ds. Rachunków Pacjentów skierują odpowiednich Szefów Działu do zmiany protokołu Pomocy Finansowej określonego w niniejszych Zasadach, jeśli takie zmiany będą zatwierdzone lub wprowadzone jako obowiązkowe przez agencje rejestracyjne.

Kenneth D. Gibbs
Prezes Zarządu i Dyrektor Naczelny

INDEKS: Charity Care, Samodzielne pokrywanie kosztów, Pomoc
Finansowa
Piśmiennictwo: PHL 2807-k (9 i 9-a)
Pismo do Administratora z 15 lutego 2007 r. Ustawa o ochronie
pacjentów i przystępnych kosztach opieki medycznej §9007(a)
(23 marca 2010 r.) (dodająca 501(r) do IRC);
FIN-034 EMTALA - Zasady medycznych badań przesiewowych
i leczenia stabilizującego
FIN-029 (Zmienione) - Zasady Pomocy Finansowej w zakresie
Psychiatrycznych Usług Ambulatoryjnych
FIN-055 - Zasady rozliczania i windykacji należności
Pismo do Administratora z 15 listopada 2013 r.
Dodatkowe wymagania dla szpitali zapewniających bezpłatną
pomoc; Oceny potrzeb społeczeństwa w zakresie ochrony
zdrowia dla szpitali zapewniających bezpłatną pomoc;
Wymaganie Części 4959 zeznanie podatkowe dotyczące akcyzy i
termin wypełnienia zeznania podatkowego; Ostateczna zasada,
79 Kodeksu Federalnego 78954 (31 grudnia 2014 r.).
26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

DZIAŁ
INICJUJĄCY: Dział Prawny/Dział Usług Finansowych

KOD: FIN-28
 DATA: 2018

CENTRUM MEDYCZNE MAIMONIDES
WYKAZ ZNIŻEK OBOWIĄZUJĄCEJ W 2018 R. SKALI SUWAKOWEJ OPŁAT ZA USŁUGI SZPITALNE NA
PODSTAWIE STAWEK MEDICAID

Załącznik A

Test A – Test przychodu¹

Liczebność rodziny	Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa POZIOM I	Zakres przychodów POZIOM II		Zakres przychodów POZIOM III		Zakres przychodów POZIOM IV		Zakres przychodów POZIOM V		Zakres przychodów POZIOM VI		Zakres przychodów POZIOM VII		Test majątku Minimalny poziom środków finansowych
1	\$12,140	\$12,141	\$15,175	\$15,176	\$18,210	\$18,211	\$24,280	\$24,281	\$30,350	\$30,351	\$36,420	\$36,421	Kwota powyżej	\$30,300
2	\$16,460	\$16,461	\$20,575	\$20,576	\$24,690	\$24,691	\$32,920	\$32,921	\$41,150	\$41,151	\$49,380	\$49,381	“	\$44,400
3	\$20,780	\$20,781	\$25,975	\$25,976	\$31,170	\$31,171	\$41,560	\$41,561	\$51,950	\$51,951	\$62,340	\$62,341	“	\$50,028
4	\$25,100	\$25,101	\$31,375	\$31,376	\$37,650	\$37,651	\$50,200	\$50,201	\$62,750	\$62,751	\$75,300	\$75,301	“	\$56,550
5	\$29,420	\$29,421	\$36,775	\$36,776	\$44,130	\$44,131	\$58,840	\$58,841	\$73,550	\$73,551	\$88,260	\$88,261	“	\$63,078
6	\$33,740	\$33,741	\$42,175	\$42,176	\$50,610	\$50,611	\$67,480	\$67,481	\$84,350	\$84,351	\$101,220	\$101,221	“	\$69,600
7	\$38,060	\$38,061	\$47,575	\$47,576	\$57,090	\$57,091	\$76,120	\$76,121	\$95,150	\$95,151	\$114,180	\$114,181	“	\$76,128
8	\$42,380	\$42,381	\$52,975	\$52,976	\$63,570	\$63,571	\$84,760	\$84,761	\$105,950	\$105,951	\$127,140	\$127,141	“	\$82,650
9	\$46,700	\$46,701	\$58,375	\$58,376	\$70,050	\$70,051	\$93,400	\$93,401	\$116,750	\$116,751	\$140,100	\$140,101	“	\$89,176
10	\$51,020	\$51,021	\$63,775	\$63,776	\$76,530	\$76,531	\$102,040	\$102,041	\$127,550	\$127,551	\$153,060	\$153,061	“	\$95,700
W przypadku każdej dodatkowej osoby należy dodać	\$4,320	\$5,400	\$6,480	\$8,640	\$10,800	\$12,960	Nie dot.	\$6,526						
Kwota zniżki na podstawie Wspólnych Grup Diagnostycznych (DRG) Medicaid	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%							
Procent ponad federalny próg ubóstwa (FPL)	100% FPL	od 101% do 125% FPL	od 126% do 150% FPL	od 151% do 200% FPL	od 201% do 250% FPL	od 251% do 300% FPL	Ponad 300% FPL							

Test B – Test aktywów płynnych (obowiązuje wyłącznie w przypadku, gdy pacjent posiada dwukrotność (2x) kwoty środków dopuszczalnych przez Medicaid)

DRG Medicaid / Łącznie aktywa płynne	Ponad 90%	od 90% do 80%	od 79% do 70%	od 69% do 60%	od 59% do 50%	od 49% do 0%
--------------------------------------	-----------	---------------	---------------	---------------	---------------	--------------

KOD: FIN-28
DATA: 2018

Kwota zniżki	100%	75%	50%	25%	15%	0%
Przykład: Pełna stawka Medicaid wynosi 15 000 USD	0 USD	3 750 USD	7 500 USD	11 250 USD	15 000 USD	
$\begin{array}{r} \text{Stawka} \quad 15,000 \\ \hline \text{Aktywa} \quad 30,000 \end{array} \quad 50\% \quad \text{Pacjent pokrywa 85\% kwoty } 15\,000 \text{ USD} = \underline{12\,750}$						

Obowiązują pełne stawki Medicaid w przypadku pacjentów, których przychód przekracza 300% FPL lub w przypadku których stosunek opłat do aktywów płynnych wynosi 49% lub poniżej.

KOD: FIN-28
 DATA: 2018

CENTRUM MEDYCZNE MAIMONIDES

TABELA ZNIŻEK OBOWIĄZUJĄCEJ W 2018 R. SKALI SUWAKOWEJ OPŁAT ZA AMBULATORYJNE USŁUGI CHIRURGICZNE, KLINICZNE, ODDZIAŁU RATUNKOWEGO, USŁUGI AMBULATORYJNE I POMOCNICZE NA PODSTAWIE SKIEROWANIA NA PODSTAWIE STAWEK MEDICARE APC

Załącznik B

Test A – Test przychodu²

Liczebność rodziny	Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa POZIOM I	Zakres przychodów POZIOM II		Zakres przychodów POZIOM III		Zakres przychodów POZIOM IV		Zakres przychodów POZIOM V		Zakres przychodów POZIOM VI		Zakres przychodów POZIOM VII		Test majątku Minimalny poziom środków finansowych
1	\$12,140	\$12,141	\$15,175	\$15,176	\$18,210	\$18,211	\$24,280	\$24,281	\$30,350	\$30,351	\$36,420	\$36,421	Kwota powyżej	\$30,300
2	\$16,460	\$16,461	\$20,575	\$20,576	\$24,690	\$24,691	\$32,920	\$32,921	\$41,150	\$41,151	\$49,380	\$49,381	"	\$44,400
3	\$20,780	\$20,781	\$25,975	\$25,976	\$31,170	\$31,171	\$41,560	\$41,561	\$51,950	\$51,951	\$62,340	\$62,341	"	\$50,028
4	\$25,100	\$25,101	\$31,375	\$31,376	\$37,650	\$37,651	\$50,200	\$50,201	\$62,750	\$62,751	\$75,300	\$75,301	"	\$56,550
5	\$29,420	\$29,421	\$36,775	\$36,776	\$44,130	\$44,131	\$58,840	\$58,841	\$73,550	\$73,551	\$88,260	\$88,261	"	\$63,078
6	\$33,740	\$33,741	\$42,175	\$42,176	\$50,610	\$50,611	\$67,480	\$67,481	\$84,350	\$84,351	\$101,220	\$101,221	"	\$69,600
7	\$38,060	\$38,061	\$47,575	\$47,576	\$57,090	\$57,091	\$76,120	\$76,121	\$95,150	\$95,151	\$114,180	\$114,181	"	\$76,128
8	\$42,380	\$42,381	\$52,975	\$52,976	\$63,570	\$63,571	\$84,760	\$84,761	\$105,950	\$105,951	\$127,140	\$127,141	"	\$82,650
9	\$46,700	\$46,701	\$58,375	\$58,376	\$70,050	\$70,051	\$93,400	\$93,401	\$116,750	\$116,751	\$140,100	\$140,101	"	\$89,176
10	\$51,020	\$51,021	\$63,775	\$63,776	\$76,530	\$76,531	\$102,040	\$102,041	\$127,550	\$127,551	\$153,060	\$153,061	"	\$95,700
W przypadku każdej dodatkowej osoby należy dodać	\$4,320	\$5,400	\$6,480	\$8,640	\$10,800	\$12,960	Nie dot.	\$6,526						
Kwota zniżki na podstawie Wspólnych Grup Diagnostycznych (DRG) Medicaid	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%							
Procent ponad federalny próg ubóstwa (FPL)	100% FPL	od 101% do 125% FPL	od 126% do 150% FPL	od 151% do 200% FPL	od 201% do 250% FPL	od 251% do 300% FPL	Ponad 300% FPL							

KOD: FIN-28
DATA: 2018

Test B – Test aktywów płynnych (obowiązuje wyłącznie w przypadku, gdy pacjent posiada dwukrotność (2x) kwoty środków dopuszczalnych przez Medicaid)

APC Medicare / Łącznie aktywa płynne	Więcej niż 90%	od 90% do 80%	od 79% do 70%	od 69% do 60%	od 59% do 50%	od 49% do 0%
Kwota zniżki	100%	90%	80%	70%	60%	0%
Przykład: Stawka za usługi ambulatoryjne/chirurgiczne APC 1 000 USD	0 USD	100 USD	200 USD	300 USD	400 USD	1 000 USD
Stawka APC 1,000 Zasoby 30,000 = 33% Pacjent uprawniony do zniżki 0% Pacjent musi pokryć pełną stawkę z APC Medicare						

Obowiązują pełne stawki APC Medicare w przypadku pacjentów, których przychód przekracza 300% FPL lub w przypadku których stosunek opłat do aktywów płynnych wynosi 49% lub poniżej.