

**HUNTINGTON HOSPITAL
SPRÁVNÍ ZÁSADY & POSTUPY**

PŘEDMĚT: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (ZÁSADY FINANČNÍ POMOCI)	ZÁSADY Č.: 329	STRANA 1 Z 19
AUTORIZOVANÝ SOUHLAS: Caroline Balfour	DATUM ÚČINNOSTI: 11/07/2022	RUŠÍ/NAHRAZUJE Charitativní péče

ÚČEL:

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., pod obchodním názvem Huntington Hospital a The Huntington Medical Foundation pod obchodním názvem Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace“) se zavazují naplňovat potřeby zdravotní péče všech pacientů dané komunity, a to na základě následujících zásad:
- i. Jednat se všemi lidmi spravedlivě, důstojně, s úctou a pochopením.
 - ii. Poskytovat urgentní zdravotní péči všem bez ohledu na platební schopnost pacienta.
 - iii. Pomáhat pacientům, kteří nemohou hradit zcela nebo částečně péči, která je jim poskytována.

Tyto Zásady dokládají závazek Organizace plnit své poslání, vize a zásady tím, že pomáhá v naší komunitě zajišťovat potřeby nepojištěných pacientů s nízkými příjmy a pacientů s nedostatečným pojištěním. V rámci plnění tohoto závazku poskytuje Organizace nezbytné zdravotní služby, bezplatně nebo za sníženou cenu, pacientům, kteří splňují podmínky uvedené v těchto Zásadách.

- b. Tyto Zásady obsahují pokyny pro rozpoznání pacientů, kteří mohou mít nárok na finanční pomoc, a stanoví finanční kritéria, na jejichž základě se určí, kteří pacienti mají na finanční pomoc nárok. Finanční kritéria stanovená v těchto Zásadách vycházejí především z pokynů pro federální míru chudoby stanovených Ministerstvem zdravotnictví a sociálních služeb USA (U.S. Department of Health and Human Services).
- c. Tyto Zásady se vztahují na veškerou urgentní a jinou nezbytnou zdravotní péči poskytovanou Organizací.
- d. Tyto Zásady jsou koncipovány tak, aby byly v souladu se státními a federálními zákony.

ZÁSADY:

- a. **Definice.** Vysvětlení použitých termínů naleznete v části „Definice“ na konci tohoto dokumentu. Definované termíny jsou psány velkými písmeny buď v části „Definice“, nebo jsou definovány v textu těchto Zásad.
- b. **Zařízení, lékaři a další poskytovatelé, na které se tyto Zásady vztahují.** Zásady se vztahují pouze na služby poskytované Organizací a zahrnují pouze služby lékařů, pokud je poskytuje Huntington Aligned Medical Group („HAMG“) a Huntington Foundation Medical Group

(„HFMG“). Nezahrnují pracoviště Organizace Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC a Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

c. **Zařízení, lékaři a další poskytovatelé, na které se tyto Zásady nevztahují, mohou využívat vlastní zásady finanční pomoci.** Přístup k finanční pomoci mohou svým pacientům umožnit i další členové zdravotnického personálu Organizace. Organizace na požádání zveřejní seznam informací týkajících se těchto lékařů s uvedením, zda konkrétní lékaři (nebo jejich zdravotnická skupina): (i) poskytují pacientům s nízkými příjmy, kteří nejsou pojištěni, odpovídající slevy z poplatků za odborné služby lékaře, které poskytuje Organizace, a to na základě kritérií stanovených v Zásadách; (ii) akceptují rozhodnutí Organizace o nároku pacienta na finanční pomoc; a (iii) dodržují všechny platné federální, státní a místní zákony, předpisy, nařízení a příkazy týkající se vymáhání pohledávek spotřebitelů. Organizace neodpovídá za správu programů finanční pomoci těmito lékaři ani za jejich fakturační postupy.

d. **Kritéria přiznání nároku**

i. **Finanční pomoc.** Plná finanční pomoc bude poskytnuta pacientům, jejichž rodinné příjmy a majetek jsou nižší nebo činí 400 % federální míry chudoby (FPL) v aktuálním roce. Na zvýhodněnou péči mají nárok i pacienti s příjmem v rozmezí 401 až 600 % FPL. Přestože se v žádosti o finanční pomoc (dále jen „Žádost“) uvádí majetek, při určování nároku na slevy se k němu nepřihlíží. Žádost tvoří příloha B a v příloze C jsou uvedeny možnosti finanční pomoci, kterou může Organizace poskytnout.

ii. **Pacienti před zahájením poskytování služeb (plánovaná/urgentní péče).** Pacienti, kteří jsou objednáni jako plánovaní hospitalizovaní pacienti nebo jako neurgentní ambulantní pacienti, musí mít předchozí souhlas s finanční pomocí od koordinátora finanční pomoci (Financial Assistance Coordinator) nebo jím pověřené osoby. Na schválení mají nárok pouze zákroky, které jsou z lékařského hlediska nezbytné. Finanční pomoc na plánované zákroky a na následnou péči po propuštění z nemocnice je omezena na pacienty, kteří žijí v oblasti poskytování služeb Organizací nebo je tato pomoc jinak schválena koordinátorem finanční pomoci nebo jím pověřenou osobou. Organizace si vyhrazuje právo neposkytovat předem finanční pomoc v souvislosti s navrhovanou neurgentní a jinou péčí, která není z lékařského hlediska nezbytná, z toho důvodu, že Organizace musí své finanční a klinické zdroje přidělovat uvážlivě.

iii. **Další finanční zdroje a nezbytná spolupráce pacientů.** Pacienti, kterým byla schválena pomoc podle těchto Zásad, souhlasí s tím, že budou soustavně spolupracovat během procesu potřebného k získání proplacení služeb Organizace ze zdrojů třetích stran, jako jsou Kalifornské fondy pro oběti trestných činů (California Victims of Crime funds), Okresní traumatologický program (County Trauma Program), program Medi-Cal a plány zdravotní péče, které nabízejí úhrady prostřednictvím Kalifornské burzy zdravotních výhod (California Health Benefit Exchange) (dále jen „Burza“). Žádost pacienta o úhradu nákladů na zdravotní péči třetí stranou nevyklučuje nárok na pomoc podle těchto Zásad. Podmínkou finanční pomoci je, že pacient požádá o úhradu v rámci programu Medi-Cal, Zdravé rodiny (Healthy Families), případně Okresního traumatologického programu nebo případně o úhradu v rámci Burzy. Výše uvedené se vztahuje i na pacienty s bydlištěm mimo stát a jejich žádosti o Medicaid v rámci jejich státu.

Za účelem zjištění možného nároku na zdravotní péči se Organizace vhodným způsobem obrátí na místní okresní agentury, včetně programů Zdravé rodiny, burzy Covered California, Medi-Cal nebo jiných programů.

Organizace je oprávněna vystavit vyúčtování jakémukoli pojistiteli třetí strany poskytujícímu pacientovi pojistné krytí, včetně jakéhokoli zdroje zákonné odpovědnosti vůči třetím stranám. Zdravotním pojišťovnám a plánům zdravotní péče je zakázáno snížit úhradu pohledávky Organizaci, i když se Organizace v souladu s těmito Zásadami zřekla celého poplatku nebo jeho části.

- iv. **Samoplátcí.** Organizace na základě svých předchozích zkušeností a stávajícího pojistného stavu vychází z předpokladu, že pacienti, kteří nejsou pojištěni, si pojištění nemohou dovolit. Organizace má za to, že tito pacienti mají nárok na programy finanční pomoci, a všem takovým pacientům poskytne následující pomoc, pokud se pacient nedomluví na poskytování služeb Organizací jinak:
 1. Pacientům, kteří jsou samoplátcí, se automaticky vystaví účet se slevou pro Organizaci (viz příloha D).
 2. Na tyto slevy mají samoplátcí nárok bez nutnosti podávat Žádost. Tato finanční pomoc se nevztahuje na plánované zákroky, pokud Organizace a pacient neuzavřou konkrétní dohodu.
- v. **Pacienti bez zdravotního pojištění (jinak bez nároku na pomoc).** Pacienti, kteří nemají dostatek prostředků na zdravotní péči (Medically Indigent), ale kteří jinak nemají nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad, mohou přesto požádat o finanční pomoc v souladu s postupem stanoveným v těchto Zásadách. Žádost o finanční pomoc z důvodu nedostatku prostředků na zdravotní péči musí schválit koordinátor finanční pomoci nebo jím pověřená osoba podle vlastního uvážení.
- e. **Program finanční pomoci.** Tento program umožňuje využít jednorázovou, jednotnou Žádost pacienta o finanční pomoc. Tento proces je navržen tak, aby každý žadatel měl možnost získat maximální finanční pomoc, na kterou má nárok. Každý pacient, který žádá o finanční pomoc, bude požádán o vyplnění Žádosti.
 - i. **Podání Žádosti o finanční pomoc.** Proces podání Žádosti může iniciovat pacient nebo kterýkoli zaměstnanec Organizace tak, že se obrátí na: oddělení Samoplátcí (Self Pay), Zákaznický servis na čísle (323) 866-8600.

Tento proces zahrnuje následující:

1. Pacienti obdrží Žádost spolu s přihláškou do programu Medi-Cal a informacemi o úvěrovém poradenství.
2. Pomoc s vyplňováním formulářů nabízejí žadatelům následující oddělení: Samoplátcí, Zákaznický servis (Customer Service), Registrace (Registration), Příjem (Admitting) a ED.
3. Žádost lze vyplnit ústně s pomocí pracovníků Organizace, i když je nutné, aby ji pacient nebo jeho zástupce podepsal.

ii. Přezkum Žádosti

1. **Rozhodnutí.** Při výpočtu kritérií pro nárok na pomoc se jako měřítko používá aktuální FPL.
 2. **Rozhodnutí spřízněných subjektů a schválených komunitních partnerů.** Pacientům, jejichž žádosti o finanční pomoc byly v nedávné době schváleny některými spřízněnými subjekty nebo komunitními partnery Organizace, může Organizace podle svého uvážení schválit finanční pomoc ve zrychleném režimu. Organizace uvedomí pacienty žádající o finanční pomoc, zda je takový zrychlený režim schvalování možný.
 3. **Majetek.** Majetek se při přiznání nároku zohledňuje pouze v souladu s definicí uvedenou v těchto Zásadách.
 4. **Příjem** za dílčí období se zahrne do pracovních listů na základě anualizovaných údajů.
 5. **Srážky.** Posuzují se i další finanční závazky včetně životních nákladů a dalších položek přiměřené a nezbytné povahy.
 6. **Maximální hotové výdaje pacienta.** Veškeré platby od pacienta za služby hrazené na základě těchto Zásad jsou omezeny na částku nepřesahující Obecně účtovanou částku (AGB).
 7. **Opětovné posouzení.** Organizace může nárok na pomoc opětovně posoudit, pokud nastane některá z následujících skutečností:
 - a. Změní se výše příjmu pacienta.
 - b. Změní se velikost rodiny pacienta.
 - c. Pokud dojde ke zjištění, že některá část Žádosti o finanční pomoc je nepravdivá nebo zavádějící, může být původní finanční pomoc zpětně zamítnuta.
- iii. **Předložení požadované dokumentace.** Organizace požaduje od pacientů, kteří žádají o finanční pomoc, různé dokumenty k prokázání jejich nároku na pomoc. Mezi takové dokumenty mimo jiné patří:
1. Vyplněná Žádost.
 2. Dokladem o výši příjmu může být:
 - a. výplatní páska za aktuální období,
 - b. daňové přiznání za předchozí rok, nebo
 - c. písemné vysvětlení.
 3. Dokladem o majetku může být:
 - a. kopie bankovních výpisů za předchozí měsíc (všechny stránky),
 - b. výpisy z vkladového účtu (Money Market account),
 - c. akcie,
 - d. dluhopisy,

- e. depozitní certifikáty,
 - f. makléřské účty (nevztahuje se na dokumenty týkající se důchodového připojištění, plánů odloženého odměňování – kvalifikovaných i nekvalifikovaných podle zákoníku Federálního daňového úřadu (IRS)),
 - g. potvrzení o nezaměstnanosti, dávkách sociálního zabezpečení nebo dávkách pro osoby se zdravotním postižením.
- iv. **Předložení vyplněné Žádosti.** Pokud pacient předloží vyplněnou Žádost během Lhůty pro Žádost, Organizace provede následující:
1. Přijme neprodleně veškerá přiměřeně dostupná opatření k pozastavení nebo zrušení opatření k vymáhání pohledávek (ECA) pacienta za účelem získání úhrady za péči. Tato přiměřeně dostupná opatření obecně zahrnují mimo jiné doporučení agenturám vymáhajícím pohledávky, aby ukončily vymáhání pohledávek, opatření vedoucí ke zrušení rozsudku proti pacientovi, zrušení zabavení majetku a zástavního práva na majetek pacienta a odstranění jakýchkoli nepříznivých informací, které byly nahlášeny agentuře podávající informace o úvěruschopnosti zákazníka nebo úvěrové společnosti, ze zprávy o úvěruschopnosti pacienta.
 2. Rozhodne v přiměřené lhůtě o nároku na poskytnutí pomoci nebo sdělí, zda je Žádost neúplná nebo zda vyžaduje doplňující informace.
 3. Neprodleně písemně vyrozumí pacienta o rozhodnutí o přiznání nároku, včetně případné pomoci, na kterou má pacient nárok, a důvodu takového rozhodnutí.
 4. Pokud má pacient nárok na finanční pomoc, Organizace ho písemně vyrozumí o nároku, dostupné pomoci, důvodech jejího přiznání a termínech hrazených služeb.
 - a. Pokud pacientovi nevznikne žádná povinnost, není třeba podnikat žádné další kroky kromě vrácení zaplacených částek, jak je uvedeno v oddíle „Vrácení peněz“. V případě zůstatku na účtu musí Organizace uvědomit pacienta o částce, kterou pacient dluží za péči, a vysvětlit mu, jakým způsobem může získat další informace o účtu.
 - b. Jakmile je pacientovi přiznána finanční pomoc, během schváleného období se mu za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči nebude účtovat více, než je AGB popsaná v těchto Zásadách.
 - c. Schvalování nároku na pomoc mohou provádět pouze osoby výslovně pověřené Organizací, a to v následujících odděleních: Samoplátci, Zákaznický servis, Koordinátor finanční pomoci.
- v. **Pacienti s neúplnými informacemi pro podání Žádosti.** Chybějící finanční údaje o pacientovi, které nemá Organizace k dispozici, nevylučují nárok na finanční pomoc. Při hodnocení všech faktorů týkajících se klinické, osobní a demografické situace pacienta a případně dalších podkladů (včetně informací, které mohou být poskytnuty jinými charitativními organizacemi) může Organizace rozhodnout, že pacientovi

přizná nárok na finanční pomoc, a to na základě důvodných předpokladů týkajících se příjmů pacienta.

- vi. **Neúplná Žádost.** Pokud pacient podá neúplnou Žádost, Organizace jej musí neprodleně písemně vyrozumět o tom, jaké doplňující informace a/nebo doklady jsou k Žádosti zapotřebí, a uvést kontaktní údaje pro zpracování Žádosti. Pokud pacient následně Žádost doplní o požadované informace ve Lhůtě pro Žádost (nebo v delší lhůtě, kterou určí Organizace), bude Žádost považována za úplnou.
- vii. **Doplněná neúplná Žádost.** Pokud pacient, který ve Lhůtě pro Žádost podal neúplnou Žádost, Žádost následně doplní v přiměřené lhůtě stanovené pro vyjádření se k žádostem o doplňující informace a/nebo dokumentaci, bude se mít za to, že pacient předložil úplnou Žádost, a Organizace vynaloží přiměřené úsilí, aby rozhodla, zda má pacient nárok na poskytnutí pomoci, a to pouze v případě, že podnikne další kroky požadované těmito Zásadami v souvislosti s vyplněními Žádostmi.
- viii. **Pravidlo proti zneužití Žádostí s pochybnými údaji.** Organizace nesmí učinit rozhodnutí o tom, že pacient nemá nárok na finanční pomoc, na základě informací, o nichž má důvod se domnívat, že jsou nespolehlivé nebo nesprávné, nebo na základě informací získaných od pacienta pod nátlakem nebo za použití nátlakových praktik. Nátlaková praktika zahrnuje i odložení nebo odepření urgentní zdravotní péče pacientovi, dokud pacient neposkytne informace nutné pro rozhodnutí, zda má nárok na finanční pomoc na tuto odloženou nebo odepřenou péči.
- ix. **Vyřizování neúplných Žádostí.** Organizace může při rozhodování o finanční pomoci přihlídnout k tomu, že pacient nepředložil odpovídající a nezbytnou dokumentaci. Organizace však bude postupovat přiměřeně a na základě dostupných informací učiní nejlepší možné rozhodnutí.
- x. **Předpokládaný nárok na pomoc.** Organizace může rozhodnout, že pacient má nárok na poskytnutí finanční pomoci na stávající služby na základě informací, které získala nebo vyhodnotila, aniž by pacient musel poskytnout všechny informace požadované v rámci obvyklého postupu podávání Žádosti nebo na základě skutečnosti, že pacient nemá zdravotní pojištění. Rozhodnutí Organizace může spočívat v tom, že bude vycházet ze svého předchozího rozhodnutí, z informací poskytnutých jiným poskytovatelem péče o pacienta nebo z obecného posouzení informací, které mají pracovníci Organizace k dispozici. V takových případech Organizace (a) oznámí pacientovi důvody pro rozhodnutí o předpokládaném nároku a způsob, jakým může pacient požádat o štedřejší pomoc dostupnou podle těchto Zásad; (b) poskytne pacientovi sto dvacet (120) dnů na požádání o štedřejší pomoc; a pokud pacient podá úplnou Žádost o štedřejší pomoc, pak určí, zda má pacient nárok na větší slevu, a učiní další kroky stanovené těmito Zásadami ohledně vyplněných Žádostí. Pacienti, kteří jsou samoplátci a využívají slevy popsané v těchto Zásadách, obdrží toto oznámení prostřednictvím Přehledu napsaného ve srozumitelném jazyce (viz příloha A) vytištěného na jejich výpisech.
- xi. **Vzdání se práv ze strany pacienta nezbavuje Organizaci povinnosti vynaložit přiměřené úsilí.** Získání ústního nebo písemného zřeknutí se práv ze strany pacienta, například podepsaného prohlášení, že si pacient nepřeje požádat o pomoc podle těchto Zásad nebo dostávat informace, které mají být pacientům podle těchto Zásad poskytovány, samo o sobě neznamena, že pacient nemá nárok na pomoc a

nesplňuje požadavek na vynaložení přiměřeného úsilí za účelem zjištění, zda pacient má nárok na pomoc, předtím, než dojde k opatření ECA.

- xii. **Splátkové kalendáře.** Pokud je rozhodnuto, že pacient má nárok na finanční pomoc, a má zůstatek, má možnost zaplatit prostřednictvím splátkového kalendáře s plánovaným termínem splatnosti. Organizace s pacientem projedná možnosti splátkového kalendáře a vypracuje splátkové kalendáře s termíny splatnosti, které zpravidla nepřesáhnou dobu delší dvanácti (12) měsíců a jsou bezúročné.
- xiii. **Řešení sporů.** V případě, že dojde ke sporu ohledně nároku na finanční pomoc, může pacient podat Organizaci písemné odvolání k opětovnému posouzení. Písemné odvolání musí obsahovat vysvětlení důvodů sporu a příslušné podklady. Odvolání neprodleně přezkoumá koordinátor finanční pomoci Organizace a pacientovi předloží písemné rozhodnutí. V případě, že se pacient domnívá, že i po prvním odvolání spor nadále trvá, může písemně požádat ředitele finančních služeb pro pacienty Organizace (Director of Patient Financial Services) o přezkum a konečné písemné rozhodnutí.
- xiv. **Důvěrnost informací uvedených v Žádosti.** Všechny informace získané od pacientů, kteří žádají o přiznání nároku podle těchto Zásad, uchovává Organizace jako informace důvěrného charakteru. Informace o příjmech a majetku získané v rámci Žádosti a schvalovacího procesu musí být uloženy v souboru, který je veden odděleně od informací, které mohou být použity k vymáhání dlužných částek.
- xv. **Lhůta pro vyplnění Žádosti (dále jen „Lhůta pro Žádost“).** Na vyplnění Žádosti mají pacienti dvě stě čtyřicet (240) dnů. Lhůta pro Žádost začíná běžet dnem, kdy byla péče, která je předmětem Žádosti, poskytnuta poprvé (v případě více termínů poskytnutí služby se použije termín zahájení poslední léčby).

f. Doba trvání

- i. Počáteční finanční pomoc pro pacienta, na niž má finanční nárok pro schválené období, platí po dobu šesti (6) měsíců od data podání úplné Žádosti. Na konci počátečního schváleného období může být na Žádost pacienta jeho nárok opětovně posouzen. Na základě rozhodnutí Organizace může být schváleno další šestiměsíční (6) období, aniž by bylo nutné podávat novou Žádost. Po uplynutí dvanácti (12) měsíců musí pacient vyplnit novou Žádost. Počínaje datem schválení poslední Žádosti budou z otevřených kvalifikovaných účtů odepisovány prostředky na finanční pomoc v závislosti na výši poskytnuté pomoci. Na základě postupného odepisování by byly kvalifikované účty na dalších šest (6) měsíců oprávněně k odpisu finanční pomoci.

g. Oznámení, písemná sdělení a prohlášení

- i. Informace týkající se finanční pomoci poskytuje Organizace formou následujících oznámení a informací:
 - 1. Tyto Zásady.
 - 2. Přehled Zásad ve srozumitelném jazyce. Přehled napsaný srozumitelným jazykem je jasný, stručný a snadno pochopitelný dokument, který informuje pacienty a další osoby o tom, že Organizace nabízí finanční pomoc podle těchto Zásad. Přehled napsaný srozumitelným jazykem musí být vypracován tak, aby obsahoval relevantní informace včetně informací vyžadovaných státními a federálními zákony, jako jsou požadavky na oprávněnost nároku a

pomoc nabízenou v rámci těchto Zásad, dále stručný přehled toho, jak o pomoc podle těchto Zásad požádat, a informace o získání dalších informací a pomoci, včetně kopií v jiných jazycích.

3. Žádost.

4. Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.

ii. Tyto materiály musí být k dispozici v různých formách, a to včetně následujících:

1. **Webové stránky.** Zásady finanční pomoci, Žádost o finanční pomoc a Přehled zásad finanční pomoci ve srozumitelném jazyce se nacházejí na internetových stránkách této Organizace. Odkazy na tyto materiály jsou rovněž zveřejněny na webových stránkách.
2. **E-mail nebo kopie v papírové podobě.** O kopie všech materiálů uvedených v těchto Zásadách lze požádat na oddělení Samoplátci, Zákaznický servis, a to na telefonním čísle (323) 866-8600.
3. **Informační nápisy.** Přehled ve srozumitelném jazyce musí být vyvěšen na těchto místech: oddělení urgentního příjmu (Emergency Department), oddělení příjmu (Admitting Department), fakturační oddělení (Billing Department), centralizované a decentralizované registrační prostory a další ambulantní zařízení, včetně observačních oddělení.

iii. **Oznámení o registraci a vyúčtování.** Při registraci a vyúčtování obdrží pacienti řadu informací a sdělení. Viz například Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.

iv. **Oznámení komunitě.** Organizace vyvíjí řadu snah o širokou propagaci svých programů finanční pomoci, například rozesíláním informací cílovým komunitním organizacím nebo využíváním jiných způsobů, jak upozornit komunitu na dostupnost programů finanční pomoci, kterou Organizace nabízí.

h. **Překlady.** Komunikace s pacienty musí probíhat v souladu s požadavky Organizace. Bez omezení výše uvedeného musí být oznámení, formální sdělení a nápisy podle těchto Zásad v angličtině a v dalších jazycích vyžadovaných státními a federálními zákony. Těmito dalšími jazyky jsou čínština, perština, vietnamština, arabština, čeština, ruština, arménština, korejština a španělština.

i. **Nezbytnost lékařského ošetření/Klinická zjištění.** Posouzení nezbytnosti lékařského ošetření každého pacienta vychází z klinického posouzení bez ohledu na pojištění nebo finanční situaci. V případech, kdy nastane urgentní zdravotní stav, dojde k vyhodnocení finančních ujednání až po provedení příslušného lékařského screeningového vyšetření a poskytnutí nezbytných stabilizačních opatření v souladu se všemi platnými státními a federálními zákony.

j. **Vrácení peněz.** Organizace uhradí pacientům částky, které zaplatili nad rámec dlužných částek dle těchto Zásad, včetně zaplacených úroků, a to v sazbě deset procent (10 %) ročně. Pokud je dlužná částka pacienta nižší než 5,00 \$ (nebo jiná taková částka stanovená finančním úřadem), není Organizace povinna částku pacientovi uhradit ani zaplatit úroky. Organizace pacientovi vrátí peníze do 30 dnů.

k. **Vymáhání pohledávek.** Další informace o postupu při vymáhání pohledávek naleznete v Zásadách vymáhání pohledávek.

l. **Podávání zpráv.** Organizace předkládá tyto Zásady Odboru pro přístup ke zdravotní péči a informace (Department of Health Care Access & Information) (dále jen „HCAI“) každý druhý rok do 1. ledna, nebo do třiceti (30) dnů od provedení jejich aktualizace. Pokud od předchozího předložení Zásad k žádným změnám nedošlo, oznámí Organizace tuto skutečnost HCAI do třiceti (30) dnů před 1. lednem následujícího dvouletého termínu stanoveného Organizací pro podávání zpráv.

m. **Související Zásady a Plány**

- i. Zásady vymáhání pohledávek.
- ii. Pokyny Americké asociace nemocnic pro vystavování vyúčtování pacientům (American Hospital Association Patient Billing Guidelines).

n. **Kontaktní údaje.** S dotazy týkajícími se těchto Zásad se obračejte na ředitele finančních služeb pro pacienty (Director of Patient Financial Services).

SCHVÁLENÍ SPRÁVNÍ RADOU A PRŮBĚŽNÝ PŘEZKUM:

Tyto Zásady, Zásady vymáhání pohledávek a všechny podstatné změny těchto Zásad musí schválit správní rada Organizace. Tyto Zásady spolu se Zásadami vymáhání pohledávek a stavem vymáhání pohledávek Organizace pravidelně přezkoumává, aby bylo zajištěno, že slouží pacientům a komunitě co nejlépe.

DEFINICE

- a. **Obecně účtovanými částkami („AGB“)** se rozumí částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění hradící takovou péči, jež jsou stanoveny v souladu s ustanovením 26 C.F.R. §1.501, odst. (r)-5(b). Další informace o tom, jak Organizace provádí výpočet AGB a každoroční aktualizace procentních hodnot AGB jsou uvedeny v příloze D těchto Zásad a budou součástí výkazů zpřístupněných veřejnosti na internetových stránkách Odboru pro přístup ke zdravotní péči a informace státu Kalifornie na adrese <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Žádostí** se rozumí Žádost Organizace o finanční pomoc.
- c. **Majetkem** se rozumí pouze „peněžní aktiva“. Patří sem aktiva, která jsou snadno směnitelná za hotovost, jako jsou bankovní účty a veřejně obchodovatelné akcie. Penzijní připojištění, plány odloženého odměňování (kvalifikované i nekvalifikované podle daňového řádu) se neberou v úvahu. Do majetku se nezapočítává: prvních deset tisíc dolarů (10 000 \$) peněžních aktiv pacienta a padesát procent (50 %) peněžních aktiv pacienta nad prvních deset tisíc dolarů (10 000 \$).
- d. **Pacientem s nárokem na pomoc** se rozumí pacient, který splňuje požadavky na finanční pomoc podle těchto Zásad.
- e. **Nezbytnými životními náklady** se rozumí náklady na některé z následujících položek: nájemné nebo splátky za bydlení a jeho údržbu, potraviny a potřeby pro domácnost, dodávky energií a telefon, ošacení, platby za zdravotní a stomatologickou péči, pojištění, škola nebo předškolní zařízení, výživné na děti nebo manžela, výdaje na dopravu a auto, včetně pojištění, paliva a oprav, splátky, praní a úklid a další mimořádné výdaje.
- f. **Mimořádným opatřením k vymáhání pohledávek („ECA“)** se rozumí opatření k vymáhání pohledávek, která Organizace neprovede dříve, než vynaloží přiměřené úsilí, aby

zjistila, zda má pacient nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad. Opatření ECA jsou konkrétně popsána v Zásadách vymáhání pohledávek.

- g. **Rodinou** se rozumí následující: (1) V případě osob starších 18 let, manžel, druh a nezaopatřené děti mladší 21 let, ať už žijí v domácnosti, nebo ne, (2) V případě osob mladších 18 let, rodič, pečující příbuzní a další děti rodiče nebo pečujícího příbuzného, které jsou mladší 21 let.
- h. **Federální míra chudoby** („FPL“) je ukazatel, který se používá k určení chudoby ve Spojených státech a který pravidelně zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb („DHHS“) na svých internetových stránkách <http://www.dhhs.gov/porverty>.
- i. **Pacient s finančním nárokem** je pacient, který požádal Organizaci o finanční pomoc a vyplnil a předložil Žádost. Na základě přezkumu Žádosti se prokáže, že pacient má nárok na finanční pomoc a Žádost se schválí v souladu s těmito Zásadami, nebo Organizace rozhodne, že podle těchto Zásad má na finanční pomoc pacient předpokládaný nárok.
- j. **Finanční pomoc** představují ujednání podle těchto Zásad, na základě kterých jsou zdravotní služby poskytovány pacientovi bezplatně nebo za sníženou cenu. Snížené poplatky se zpravidla uplatňují na základě splátkového kalendáře nebo automatické slevy pro pacienty, kteří jsou samoplátcí.
- k. **Vysoké náklady na zdravotní péči** se vztahují k ročním hotovým výdajům pacienta, jehož rodinný příjem překračuje hranice, které Organizace stanovila pro poskytnutí finanční pomoci. Tyto náklady se posuzují, pokud se jedná buď: (i) o náklady vynaložené pacientem v nemocnici Organizace, které přesahují nižší z těchto částek: současný příjem rodiny pacienta nebo příjem rodiny za předchozích dvanáct (12) měsíců, nebo (ii) hotové výdaje na zdravotní péči, které přesahují deset procent (10 %) příjmu rodiny pacienta, pokud pacient předloží doklady o výdajích na zdravotní péči, které pacient nebo jeho rodina zaplatili za předchozích dvanáct (12) měsíců.
- l. **Nedostatek prostředků na zdravotní péči (Medical Indigency)** odkazuje na pacienta, který nemůže zaplatit za služby z důvodu neočekávané nákladné péče, ale který podle těchto Zásad nemá nárok na finanční pomoc.
- m. **Pacientem** se rozumí stávající nebo budoucí pacient.
- n. **Splátkový kalendář** je písemná dohoda mezi Organizací a pacientem, na jejímž základě Organizace nabídla a pacient přijal možnost splácet své závazky v měsíčních splátkách nepřesahujících 10 % příjmu rodiny pacienta za měsíc, s výjimkou srážek na nezbytné životní náklady.
- o. **Státní a federální zákony** mimo jiné zahrnují:
 - i. Ustanovení § 501, odst. (r)(3) daňového zákoníku USA (U.S. Internal Revenue Code).
 - ii. Kalifornský zákoník o zdraví a bezpečnosti (California Health & Safety Code Section), § 127400–127462 (Zásady spravedlivých cen pro nemocnice a Zásady spravedlivých cen pro lékaře na pohotovosti (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies)).

- iii. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 1020 (California Assembly Bill): Dluhy ve zdravotnictví a spravedlivé účtování (Health Care Debt and Fair Billing), účinný od 1. ledna 2022.
- iv. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 532 (California Assembly Bill): Zásady spravedlivého účtování (Fair Billing Policies), účinné od 1. ledna 2022.
- v. Pokyny Úřadu generálního inspektora (Office of General, „OIG“), Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb týkající se finanční pomoci nepojištěným a nedostatečně pojištěným pacientům a předpisy IRS.
- vi. Veškeré prováděcí předpisy a pokyny agentur týkající se výše uvedeného.

SEZNAM PŘÍLOH

- A. Přehled ve srozumitelném jazyce
- B. Žádost o finanční pomoc
- C. Popis slev v rámci finanční pomoci
- D. Popis obecně účtovaných částek



PŘEHLED O FINANČNÍ POMOCI A OCHRANĚ PROTI NEČEKANÝM ÚČTŮM

V rámci svého poslání se Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital a The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace”) zavazují poskytovat komunitě přístup ke kvalitní zdravotní péči a zacházet se všemi svými pacienty důstojně, s pochopením a úctou. To zahrnuje poskytování služeb zdarma nebo za výrazně snížené ceny, jak je stanoveno v našich Zásadách finanční pomoci (dále jen „Zásady”), pacientům s nárokem na pomoc, kteří si nemohou dovolit za péči zaplatit. Naším pacientům také nabízíme různé splátkové kalendáře a možnosti, jak vyhovět jejich finančním potřebám, i když nárok na finanční pomoc nemají. Tento dokument představuje náš přehled zásad ve srozumitelném jazyce (dále jen „Přehled”).

Nárok na pomoc – plné slevy a snížené sazby

Finanční pomoc je poskytována pacientům, kteří podstupují z lékařského hlediska nezbytné zákroky a jejichž příjem a peněžní aktiva (společně „příjem”) dosahují úrovně 400 % federální míry chudoby (FPL) pro aktuální rok nebo jsou nižší. Pacienti, jejichž příjem se pohybuje v rozmezí 401–600 % FPL, mají rovněž nárok na zvýhodněnou péči. Slevy poskytované pacientům se stanovují na základě klouzavé stupnice v závislosti na velikosti rodiny, výši příjmu a statutu pojištění. Pacienti, kteří žádají o finanční pomoc při sjednávání plánovaných služeb, musí mít předchozí souhlas viceprezidenta finančních služeb pro pacienty nebo jím pověřené osoby. Na schválení mají nárok pouze zákroky, které jsou z lékařského hlediska nezbytné. Finanční pomoc pro plánované zákroky a následnou péči po propuštění z nemocnice je omezena na pacienty, kteří žijí v místě, kde Organizace služby poskytuje. Pokud pacient nemá nárok na zcela bezplatné služby, ale má nárok na slevu podle Zásad, nebudou mu účtovány vyšší částky, než jaké Organizace obecně účtuje za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči.

Lékaři a služby

Zásady se vztahují pouze na služby poskytované Organizací a zahrnují pouze služby lékařů, pokud je poskytuje Huntington Aligned Medical Group („HAMG”) a Huntington Foundation Medical Group („HFMG”). Nezahrnují pracoviště Organizace Randall Breast Center, Huntington Ambulatory surgery Center, LLC a Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

Podání Žádosti o finanční pomoc

Pacienti, kteří žádají o bezplatnou nebo zvýhodněnou péči podle Zásad, musí vyplnit žádost o finanční pomoc (dále jen „Žádost”) a předložit všechny požadované dokumenty. Organizace provede přezkum Žádosti a dokumentace.

Kontaktní údaje pro získání Žádosti, Zásad nebo dalších informací

Bezplatné kopie tohoto Přehledu, Zásad nebo Žádosti jsou k dispozici v angličtině, čínštině, perštině, vietnamštině, arabštině, češtině, ruštině, korejštině a španělštině. Pokud chcete požádat

o kopie nebo získat další informace, včetně odpovědí na otázky týkající se procesu získání finanční pomoci, můžete se obrátit na:

- Zástupce u přepážky pro registraci nebo příjem.
- Zavolat na telefonní číslo 323-866-8600 na oddělení finančních služeb pro pacienty (Patient Financial Services).
- Navštívit webové stránky Organizace na adrese huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance.

Ujednání pro samoplátce

Pacientům, kteří nemají nárok na bezplatnou nebo zvýhodněnou péči podle těchto Zásad, mohou pomoci jiné programy této Organizace. Pacienti, kteří nejsou pojištěni, mohou získat výraznou slevu, podobnou slevám, které poskytujeme v rámci plánů pojištění řízené zdravotní péče. Mezi služby, na které lze získat nárok, patří služby ambulantní, pohotovostní a lůžkové péče.

Regulační oznámení pro vymáhání pohledávek

Některé nesplacené účty postupujeme agenturám pro vymáhání pohledávek třetích stran. Tyto agentury musí dodržovat všechny kalifornské a federální zákony a také zásady a postupy Organizace. Další informace o vymáhání pohledávek získáte u Federální obchodní komise (Federal Trade Commission) na telefonním čísle 877-FTC-HELP (877-382-4357). V případě, že je váš účet postoupen agentuře pro vymáhání pohledávek a nastanou problémy, obraťte se na naše oddělení finančních služeb pro pacienty na telefonním čísle 323-866-8600, kde vám poskytnou potřebnou podporu.

Ochrana proti nečekaným účtům za zdravotní péči.

Všichni pacienti jsou chráněni proti nečekaným účtům za zdravotní péči. Požádejte prosím o kopii nebo si přečtěte „Upozornění pro pacienty – Vaše práva a ochrana proti nečekaným účtům za zdravotní péči“ na našich webových stránkách huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Další zdroje a informace o vyúčtování, sazbách a transparentnosti cen:

- Pacienti mohou mít nárok na státní programy pomoci, jako je Medi-Cal, nebo mohou mít také nárok na dotované pojištění prostřednictvím Kalifornské burzy zdravotních výhod (Covered California). S dotazy ohledně těchto programů, pojistného krytí a dalších organizací, které vám mohou pomoci, se obraťte na zdravotní centrum (Health Hub) na telefonním čísle 626-397-2259.
- S dotazy týkající se výdajů na komerční zdravotní pojištění z hotových výdajů se obraťte na číslo 800-233-2771.
- Informace o cenách Organizace a nástroji pro nákup zdravotnických služeb předem najdete na adrese huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care.
- Aliance spotřebitelů zdravotní péče (Health Consumer Alliance, HCA) nabízí bezplatnou pomoc pacientům při získání nebo zachování zdravotního pojištění a při řešení problémů s plány zdravotní péče. Další informace naleznete na stránkách healthconsumer.org.

Příloha B – Žádost o finanční pomoc



ŽÁDOST O FINANČNÍ POMOC

Chcete-li být zařazeni do našeho programu plné nebo částečné pomoci, vyplňte prosím tuto žádost, která vám pomůže zjistit, zda máte nárok na zvýhodněnou péči od společnosti Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital a The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace“). Nemůžeme zaručit, že budete mít na pomoc nárok, a to ani v případě, že o ni požádáte. Poté, co obdržíme vaši vyplněnou žádost a dokumentaci, dostanou všichni pacienti písemnou odpověď, ve které bude potvrzeno schválení/zamítnutí žádosti. Zásady finanční pomoci se vztahují na nezbytnou zdravotní péči poskytovanou v Organizaci. Zásady se vztahují pouze na služby poskytované Organizací a zahrnují pouze služby lékařů, pokud je poskytuje Huntington Aligned Medical Group („HAMG“) a Huntington Foundation Medical Group („HFMG“). Nezahrnují pracoviště Organizace Randall Breast Center, Huntington Ambulatory surgery Center, LLC, Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC, vybrané kosmetické služby a další poskytovatele služeb mimo výše uvedené oblasti. Vyplněnou žádost můžete zaslat poštou, e-mailem nebo faxem. V PŘÍPADĚ NEDODÁNÍ VŠECH POŽADOVANÝCH INFORMACÍ BUDE ŽÁDOST ZAMÍTNUTA.

A. UPOZORNĚNÍ: POKUD NEJSTE POJIŠTĚNI A SPLŇUJETE KONKRÉTNÍ KRITÉRIA PRO PŘEDPOKLÁDANÝ NÁROK NA MEDI-CAL, TUTO ŽÁDOST VYPLŇOVAT NEMUSÍTE.

Zkontrolujte, zda jste zařazeni do některého z následujících programů:

- Výživový program pro ženy, kojence a děti (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- Duševní nezpůsobilost bez osoby, jež by mohla jednat jménem pacienta
- Program doplňkové výživy (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Nárok na Medi-Cal, ale bez data poskytnutí služby
- Bezdomovec
- Zesnulý/á bez pozůstalosti

INFORMACE O PACIENTOVI			
Jméno pacienta		Číslo sociálního pojištění	Datum narození
Adresa bydliště		Město	Stát PSČ
Číslo domu	Číslo mobilního telefonu	E-mailová adresa	
Preferovaný způsob kontaktu <input type="checkbox"/> Pošta USA <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon domů <input type="checkbox"/> Mobilní telefon			Roční příjem domácnosti: \$
Rodinný stav: <input type="checkbox"/> Ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> Svobodný/á <input type="checkbox"/> Odloučený/á <input type="checkbox"/> Rozvedený/á <input type="checkbox"/> Ovdovělý/á			Počet osob ve vaší domácnosti (podle daňového přiznání):
Zaměstnanecký stav <input type="checkbox"/> Zaměstnaný/á <input type="checkbox"/> OSVČ <input type="checkbox"/> Důchodce <input type="checkbox"/> Osoba se zdravotním postižením <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný/á – poslední odpracovaný den:			
Název zaměstnavatele		Telefonní číslo	
Adresa zaměstnavatele		Město	Stát PSČ

PŘÍLOHA B (POKRAČOVÁNÍ)INFORMACE O
MANŽELOVI/MANŽELCE/DRUHOVI/DRUŽCE/RODIČI/RUČITELI

Vztah <input type="checkbox"/> Manžel/manželka <input type="checkbox"/> Druh/družka <input type="checkbox"/> Rodič <input type="checkbox"/> Ručitel <input type="checkbox"/> Jiné:			
Jméno		Číslo sociálního pojištění	Datum narození
Zaměstnanecký stav <input type="checkbox"/> Zaměstnaný/á <input type="checkbox"/> OSVČ <input type="checkbox"/> Důchodce <input type="checkbox"/> Osoba se zdravotním postižením <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný/á – poslední odpracovaný den:			
Název zaměstnavatele		Telefonní číslo	
Adresa zaměstnavatele		Město	Stát PSČ
Název zdravotního pojištění (nabízeného zaměstnavatelem včetně COBRA) <input type="checkbox"/> Zdravotní pojištění neposkytnuto			
POJISTNÉ KRYTÍ			
1. Máte nárok na nějaké zdravotní pojištění?			
<input type="checkbox"/> Zdravotní pojištění	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Ministerstvo pro záležitosti veteránů	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Zahraniční pojistná smlouva	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte prosím následující informace.			
Pojištěnec	Pojistitel	Číslo pojistné smlouvy	
Pojištěnec	Pojistitel	Číslo pojistné smlouvy	

PŘÍLOHA B (POKRAČOVÁNÍ)

KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Souvisí poskytovaná léčba s některým z následujících případů?

Nehoda Trestný čin Pracovní úraz Jiné:

2. Najali jste si právníka nebo podáváte žalobu na odškodnění za úraz nebo nemoc?

a. Pokud ano, uveďte prosím:

Jméno právního zástupce

Telefonní číslo právního zástupce

3. Podali jste již žádost o Medi-Cal? (Můžeme vás o to požádat)

Ano – Čekám na schválení Ano – Nemám nárok Ne

a. Pokud ne, zaškrtněte prosím níže všechny údaje, které se vás týkají:

Je vám 19 let nebo méně.

Je vám 65 let nebo více.

Jste nevidomý/á.

Užíváte léky na cukrovku, vysoký krevní tlak nebo záchvaty.

Jste osoba se zdravotním postižením podle rozhodnutí správy sociálního zabezpečení.

Jste těhotná.

Žijí s vámi děti mladší 19 let.

INFORMACE O VÝDAJÍCH A MAJETKU

Současný měsíční příjem	Pacient	Manžel/manželka	Celkem
Výše hrubé mzdy	\$	\$	\$
Čistý příjem ze samostatné výdělečné činnosti	\$	\$	\$
Úroky a dividendy	\$	\$	\$
Nemovitosti nebo pronájem nemovitostí	\$	\$	\$
Sociální podpora/důchod/pracovní neschopnost	\$	\$	\$
Výživné na manžela/manželku, výživné na dítě	\$	\$	\$
Jiné	\$	\$	\$
Celkový měsíční příjem	\$	\$	\$

Nezbytné životní náklady	Pacient	Manžel/manželka	Celkem
Nájem nebo hypotéka	\$	\$	\$
Daně z nemovitostí	\$	\$	\$
Dodávky energií a telefon	\$	\$	\$

PŘÍLOHA B (POKRAČOVÁNÍ)**ŽÁDOST O FINANČNÍ POMOC**

Nezbytné životní náklady	Pacient	Manžel/manželka	Celkem
Výživné na manžela/manželku, výživné na dítě	\$	\$	\$
Splátka půjčky/leasingu na auto	\$	\$	\$
Vzdělávání	\$	\$	\$
Škola/předškolní zařízení (nezaopatřené nezletilé osoby)	\$	\$	\$
Potraviny	\$	\$	\$
Pojištění	\$	\$	\$
Jiné výdaje	\$	\$	\$
Celkové měsíční výdaje	\$	\$	\$
Současný dluh za zdravotní péči	Pacient	Manžel/manželka	Celkem
Nesplacený dluh za zdravotní péči (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Jiný dluh za zdravotní péči	\$	\$	\$
Majetek (kromě penzijních účtů)	Pacient	Manžel/manželka	Celkem
Šekové/spořicí/úvěrové účty Unie	\$	\$	\$
Akcie a dluhopisy	\$	\$	\$
Vkladové účty Money Market/Makléřské účty	\$	\$	\$
Depozitní certifikáty	\$	\$	\$
Celkový majetek	\$	\$	\$

Potvrzuji, že údaje uvedené v této žádosti jsou podle mého nejlepšího vědomí pravdivé a správné. Souhlasím s podáním žádosti o veškerou místní, státní a federální pomoc, na kterou mohu mít nárok, aby se snížily náklady na případné platby za hospitalizaci a odborné úkony. Beru na vědomí, že poskytnuté informace může Organizace ověřit, a zmocňuji ji, aby se obrátila na třetí strany za účelem ověření správnosti informací uvedených v této žádosti. Beru na vědomí, že pokud jsem vědomě uvedl/a nesprávné informace nebo pokud žádost obsahuje podstatnou chybu či opomenutí, nebudu mít na finanční pomoc nárok. Pokud mi byla finanční pomoc již dříve poskytnuta, může být v takovém případě zrušena a ponesu odpovědnost za dlužnou částku.

Osoba žádající o finanční pomoc Podpis _____ Datum _____

Manžel/Manželka/Druh/Družka/Ručitel Podpis (případně) _____ Datum _____

Příloha C – Popis slevy v rámci finanční pomoci

Sleva v rámci finanční pomoci Pokyny k federální chudobě 2022

Sleva pro nepojištěné osoby	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Sleva pro nedostatečně pojištěné osoby	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Jednotka o velikosti rodiny	2022 FPL roční plat					
1	13 590 \$	54 360 \$	61 155 \$	67 950 \$	74 745 \$	81 540 \$
2	18 310 \$	73 240 \$	82 395 \$	91 550 \$	100 705 \$	109 860 \$
3	23 030 \$	92 120 \$	103 635 \$	115 150 \$	126 665 \$	138 180 \$
4	27 750 \$	111 000 \$	124 875 \$	138 750 \$	152 625 \$	166 500 \$
5	32 470 \$	129 880 \$	146 115 \$	162 350 \$	178 585 \$	194 820 \$
6	37 190 \$	148 760 \$	167 355 \$	185 950 \$	204 545 \$	223 140 \$
7	41 910 \$	167 640 \$	188 595 \$	209 550 \$	230 505 \$	251 460 \$
8	46 630 \$	186 520 \$	209 835 \$	233 150 \$	256 465 \$	279 780 \$
Za každou další osobu přičtete	4 720 \$					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Poznámka: Poslední revize dodatku 11/7/22

Příloha D – Popis obecně účtovaných částek

Obecně účtované částky („AGB“) znamenají částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění pokrývající takovou péči, stanovené v souladu s ustanovením 26 C.F.R. § 1.501, odst. (r)-5(b).

Organizace použije metodu zpětného pohledu pro stanovení maximální částky, která by byla vyúčtována hospitalizovanému pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu hospitalizace v rámci systému Medicare a komerční sazby za hospitalizaci. V zájmu dalšího zvýhodnění hospitalizovaného pacienta s nárokem na pomoc použije pro tuto část péče Organizace při stanovení jeho odpovědnosti nižší z hodnot AGB nebo úhradu Medicare MS-DRG.

Organizace použije metodu zpětného pohledu při určování maximální částky, která by byla účtována ambulantnímu pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhrady ambulantní péče v rámci systému Medicare a komerční sazby za ambulantní péči.

Organizace použije metodu zpětného pohledu při určování maximální částky, která by byla účtována pacientovi na pohotovosti, který má nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu za pohotovost v rámci systému Medicare a komerční sazby za pohotovost.

Výpočet sazeb pro úhradu nákladů za hospitalizaci, ambulantní léčbu a pohotovost se provádí nejméně jednou ročně na základě posledních uzavřených účtů Medicare a komerčních účtů za posledních 12 měsíců.

Organizace	Slevy pro nepojištěné samoplátce ⁽¹⁾	Náhrada AGB %
Pohotovost	82 %	18 %
Hospitalizace	82 %	18 %
Ambulantní péče	81 %	19 %

(1) S účinností od 11/7/22