

HUNTINGTON HOSPITAL
АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПОЛИТИКА И ПРОЦЕДУРЫ

ТЕМА: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ)	НОМЕР ПОЛИСА: 329	. 1 23
УТВЕРЖДЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ЛИЦОМ: Caroline Balfour	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 11/07/2022	ЗАМЕНЯЕТ СОБОЙ благотворительную помощь

ЦЕЛЬ

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., осуществляющая свою деятельность под наименованием Huntington Hospital, и The Huntington Medical Foundation, осуществляющая свою деятельность под наименованием Huntington Health Physicians, (далее — «Организация») стремятся удовлетворять медицинские потребности всех пациентов местного сообщества и основывают свою деятельность на указанных далее принципах.
- i. Следует относиться ко всем людям справедливо, с достоинством, уважением и состраданием.
 - ii. Необходимо оказывать неотложную медицинскую помощь всем пациентам, независимо от того, могут ли они ее оплатить.
 - iii. Нужно помогать пациентам, которые не могут оплатить лечение частично или полностью.

Данная Политика демонстрирует приверженность Организации миссии, видению и принципам, которые предполагают удовлетворение потребностей незастрахованных пациентов с низким уровнем дохода и пациентов с недостаточным уровнем страхования. В рамках этой задачи Организация предоставляет необходимые по медицинским показаниям услуги бесплатно или по сниженной цене пациентам, которые соответствуют требованиям настоящей Политики.

- b. Настоящая Политика содержит рекомендации по выявлению пациентов, которые могут претендовать на финансовую помощь, и устанавливает критерии проверки платежеспособности для получения такой помощи. Критерии проверки платежеспособности, предусмотренные настоящей Политикой, основаны главным образом на нормах по федеральному прожиточному минимуму, установленных U.S. Department of Health and Human Services (Министерством здравоохранения и социальных служб США).
- c. Настоящая Политика применяется ко всем видам неотложной и другой медицинской помощи, оказываемой в Организации.
- d. Настоящая Политика соответствует федеральным законам и законам штата.

ПОЛИТИКА

- a. **Определения.** В разделе «Определения» в конце данной Политики приведены пояснения использованных в ней терминов. Определяемые термины начинаются с

заглавной буквы. Их пояснения можно найти в разделе «Определения» или в тексте этой Политики.

- b. **Учреждения, врачи и другие поставщики услуг, подпадающие под действие данной Политики.** Действие Политики распространяется на предоставляемые Организацией услуги, включая услуги врачей при Huntington Aligned Medical Group (далее — HAMG) и Huntington Foundation Medical Group (далее — HFMG). Политика не распространяется на такие учреждения Организации: Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC и Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.
- c. **Для учреждений, врачей и других поставщиков услуг, подпадающих под действие настоящей Политики, могут действовать отдельные политики финансовой помощи.** Другой медицинский персонал Организации также может обеспечивать финансовую помощь своим пациентам. По запросу Организация будет предоставлять список таких врачей (или медицинских групп) с информацией о том: (i) будут ли они предоставлять пациентам с низким уровнем дохода, не имеющим страхования, такие же скидки на оплату своих услуг, как и Организация, на основании критериев, установленных в Политике; (ii) примут ли они условия Организации, по которым определяется наличие у пациентов права на финансовую помощь; (iii) будут ли они соблюдать все применимые законы штата, федеральные и местные законы, нормативные акты, постановления, а также распоряжения в отношении взыскания задолженностей по потребительским счетам. Организация не несет ответственности за администрирование программ финансовой помощи таких врачей или за их практику выставления счетов.
- d. **Критерии определения права на получение помощи.**
 - i. **Финансовая помощь.** Пациентам, у которых семейный доход и активы не превышают 400 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) за текущий год, будет предоставляться полная финансовая поддержка. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Даже если доход включен в заявление о предоставлении финансовой помощи (далее — «Заявление»), он не будет учитываться при определении права на скидки. В приложении В приведено Заявление, а в приложении С — диапазон размеров финансовой помощи, предоставляемой Организацией.
 - ii. **Предварительно записанные пациенты (плановая и (или) неэкстренная медицинская помощь).** Пациенты, предварительно записанные для оказания плановой или неэкстренной медицинской помощи, должны получить предварительное разрешение на получение финансовой помощи от координатора финансовой помощи или уполномоченного им лица. Подтверждение предоставляется только для процедур, необходимых по медицинским показаниям. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур и последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в зоне обслуживания Организации или получили соответствующее разрешение от координатора финансовой помощи или уполномоченного им лица на другом основании. Организация оставляет за собой право в будущем не предоставлять финансовую помощь для оплаты предложенного пациенту неэкстренного и другого необязательного с

медицинской точки зрения лечения, руководствуясь необходимостью разумно распределять финансовые и клинические ресурсы Организации.

- iii. **Дополнительные финансовые ресурсы и требуемое от пациентов содействие.** Пациенты, для которых одобрено выделение помощи в соответствии с этой Политикой, дают согласие на оказание постоянного содействия в процессе получения возмещения за услуги Организации от третьих сторон, таких как California Victims of Crime (Калифорнийский фонд жертв преступлений), County Trauma Program (Программа округа для помощи пациентам с травмами), программа Medi-Cal и планы медицинского страхования, которые предлагают покрытие через California Health Benefit Exchange (Биржа медицинского страхования штата Калифорния) (далее — «Биржа»). Заявление пациента об оплате затрат на медицинское обслуживание пациента третьей стороной не исключает его права на помощь в соответствии с этой Политикой. Одним из условий получения финансовой помощи является подача пациентом заявления о покрытии затрат на медицинское обслуживание по программам Medi-Cal, Healthy Families или County Trauma Program в зависимости от обстоятельств и, если применимо, через Биржу. Вышеизложенное применимо также к пациентам, которые живут за пределами штата и подают заявление на покрытие Medicaid в своих штатах.

Организация направляет пациентов в соответствующие местные окружные учреждения, включая Healthy Families, Covered California, Medi-Cal и другие программы, для установления их соответствия критериям участия в таких программах.

Организация имеет право выставить счет любой сторонней страховой компании, в которой застрахован пациент. Медицинским страховым компаниям и планам медицинского страхования запрещено уменьшать размер возмещения Организации по страховым требованиям, даже если Организация отказывается взыскивать плату по счету пациента (полностью или частично) согласно данной Политике.

- iv. **Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами.** Основываясь на предыдущем опыте и текущих тенденциях в страховании, Организация предполагает, что пациенты, у которых нет страховки, не могут себе ее позволить. Организация изначально полагает, что эти пациенты соответствуют критериям программ финансовой помощи, и готова предоставить помощь всем таким пациентам, если только данные лица не дадут других распоряжений относительно услуг, оказываемых им в Организации.

1. Пациентам, которые оплачивают лечение собственными средствами, Организация автоматически выставит счет со скидкой (см. приложение D).
2. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами, имеют право на эти скидки без подачи заявления. Данная финансовая помощь не распространяется на плановые процедуры, кроме случаев, когда достигнута отдельная договоренность между Организацией и пациентом.

- v. **Неплатежеспособные пациенты (не соответствующие прочим критериям).** Неплатежеспособные пациенты, не соответствующие критериям предоставления финансовой помощи согласно этой Политике, также могут

запросить финансовую помощь в порядке, описанном в данной Политике. Запрос о предоставлении финансовой помощи в связи с медицинской неплатежеспособностью должен быть одобрен координатором финансовой помощи или уполномоченным им лицом по своему усмотрению.

е. **Программа финансовой помощи.** Финансовая помощь по данной программе предоставляется на основании Заявления, которое подается один раз. Процесс разработан таким образом, чтобы дать каждому заявителю возможность получать максимально допустимую финансовую помощь. Пациенту, обратившемуся за финансовой помощью, предлагается заполнить Заявление.

i. **Начало процесса подачи Заявления о предоставлении финансовой помощи.** Процесс подачи Заявления может быть инициирован самим пациентом или любым сотрудником Организации. Для этого необходимо обратиться в отдел обслуживания пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами, службу поддержки клиентов по телефону (323) 866-8600.

Этот процесс включает перечисленные ниже шаги.

1. Пациенту предоставляется формуляр Заявления, включая заявление Medi-Cal и информацию о консультациях по кредитованию.
2. Следующие отделы могут оказать заявителю помощь в заполнении форм: отдел обслуживания пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами, служба поддержки клиентов, отдел регистрации, отдел приема заявок и отделение неотложной помощи.
3. Заявление может быть заполнено устно при помощи сотрудников Организации, но при этом пациент или его представитель должны поставить свои подписи.

ii. **Рассмотрение Заявления**

1. **Окончательное решение.** При расчетах в качестве критерия соответствия требованиям используется текущий уровень FPL.
2. **Решения, вынесенные аффилированными лицами и одобренными партнерами сообщества.** Пациенты, заявления на получение финансовой помощи которых недавно были одобрены определенными аффилированными лицами или партнерами Организации, могут быть одобрены Организацией в ускоренном порядке по ее усмотрению. Организация сообщит пациентам, подающим Заявление о предоставлении финансовой помощи, о возможности такой ускоренной обработки запроса.
3. **Активы.** Учет активов при установлении соответствия критериям ограничен определением, приведенным в данной Политике.
4. **Доход** за неполные периоды должен быть включен в учетную ведомость в пересчете на год.
5. **Вычеты.** Будут учтены финансовые обязательства, в том числе расходы на проживание и другие обоснованные и необходимые затраты.

6. **Максимальные расходы, оплаченные собственными средствами пациента.** Все платежи пациента за услуги, на которые распространяется эта Политика, не могут превышать сумму AGB.
7. **Повторная оценка.** Организация может оценивать соответствие критериям повторно, если произойдет одно из нижеуказанных событий.
 - a. Изменится доход пациента.
 - b. Изменится размер семьи пациента.
 - c. Если будет обнаружено, что какая-либо часть Заявления о предоставлении финансовой помощи содержит неправдивые сведения или искажает факты, первоначальное решение о предоставлении финансовой помощи может быть отменено с обратной силой.
- iii. **Предоставление необходимых документов.** Организация требует, чтобы пациенты, подавшие Заявление о предоставлении финансовой помощи, представили различные документы для подтверждения их соответствия критериям. К этим документам относятся, помимо прочего, указанные далее.
 1. Заполненная форма заявления.
 2. Документы о доходе, в частности указанные далее.
 - a. Квитанции о начислении зарплаты за текущий период.
 - b. Налоговая декларация за прошлый год.
 - c. Письменное объяснение.
 3. Документы об активах, в частности указанные далее.
 - a. Копии выписок о состоянии банковского счета за прошлый месяц (все страницы).
 - b. Выписки с депозитных счетов денежного рынка.
 - c. Акции.
 - d. Облигации.
 - e. Депозитные сертификаты.
 - f. Брокерские счета (не запрашиваются документы, касающиеся планов пенсионного страхования и планов отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям Налогового управления США (Internal Revenue Service, IRS))).
 - g. Квитанции о начислении пособий по безработице, социальному обеспечению или инвалидности.
- iv. **Подача заполненной формы заявления.** Если пациент подаст заполненное Заявление в течение Периода подачи заявления, Организация будет действовать нижеописанным образом.
 1. Незамедлительно предпримет все возможные рациональные действия для приостановления или отмены каких-либо чрезвычайных мер по

взысканию задолженности (ЕСА), принятых против пациента с целью получения платы за медицинское обслуживание. Такие возможные рациональные действия обычно включают, среди прочего, рекомендации коллекторским агентствам прекратить взыскание долгов, меры по аннулированию судебного решения против пациента, по отмене любых взысканий или залогов на имущество пациента и по удалению из кредитной истории пациента всей негативной информации, которая была сообщена агентству по сбору данных о кредитоспособности потребителей или кредитному бюро.

2. В приемлемый срок вынесет решение о соответствии критериям или определит, что Заявление является неполным или требует дополнительной информации.
3. Незамедлительно уведомит пациента в письменном виде о решении относительно соответствия критериям (включая, если применимо, сведения о помощи, на которую имеет право пациент) и основаниях для такого решения.
4. Если пациент соответствует критериям получения финансовой помощи, Организация письменно уведомит пациента об этом, а также о доступной помощи, основании для вынесенного решения и даты обслуживания.
 - a. В противном случае никакие дальнейшие шаги не требуются, кроме компенсации выплаченных сумм, как указано в разделе «Возврат средств». Если на счету остались средства, Организация уведомит пациента в письменном виде о сумме, которую необходимо заплатить за обслуживание, и о том, каким образом пациент может получить дополнительную информацию о счете.
 - b. После одобрения предоставления пациенту финансовой помощи в течение периода утверждения с пациента не будет взиматься плата за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь, превышающая сумму AGB, указанную в данной Политике.
 - c. Подтвердить наличие права на получение помощи могут только специально уполномоченные Организацией сотрудники следующих отделов: отдел обслуживания пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами, служба поддержки клиентов, координатор финансовой помощи.
- v. **Пациенты, доступная информация о которых ограничена.** Отсутствие у Организации информации о финансовом положении пациента не исключает его права на финансовую помощь. При оценке всех факторов, которые касаются клинической, личной и демографической ситуации пациента, и прочих документов (включая сведения, предоставленные другими благотворительными организациями) Организация может установить, что пациент имеет право на получение финансовой помощи, сделав разумные предположения относительно доходов такого пациента.
- vi. **Неполное Заявление.** В случае подачи неполного заявления Организация незамедлительно направляет пациенту письменное уведомление, в котором приводится дополнительная информация и (или) перечень документов,

необходимые для Заявления, а также контактные данные лица, уполномоченного рассматривать запрос. Если пациент впоследствии внесет в Заявление необходимые данные в течение Периода подачи заявления (или более длительного периода времени по усмотрению Организации), Заявление будет считаться заполненным.

- vii. **Завершение внесения данных в неполное Заявление.** Если пациент, который подал неполное Заявление в Период подачи заявления, впоследствии до конца заполнит его в разумные сроки, данные ему для ответа на запрос дополнительной информации и (или) документов, считается, что пациент заполнил Заявление до конца и Организация прилагает разумные усилия для установления того, соответствует ли пациент критериям, и принимает иные меры, которые требуются согласно этой Политике в отношении до конца заполненных Заявлений.
- viii. **Правило противодействия злоупотреблениям для Заявлений с сомнительной информацией.** Организация не выносит решения о соответствии пациента критериям предоставления финансовой помощи на основании информации, относительно которой есть причина полагать, что она ненадежна, неправильна либо получена от пациента под давлением или с помощью принудительных методов. Принудительные методы включают отсрочку или отказ в неотложной медицинской помощи пациенту, пока он не предоставит информацию, запрошенную, чтобы определить, имеет ли пациент право на финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания, которое задерживается или в котором отказано.
- ix. **Обработка не до конца заполненных Заявлений.** Организация может учитывать факт непредоставления пациентом обоснованной и необходимой документации при принятии решения о предоставлении финансовой помощи. Однако Организация будет действовать разумно и вынесет оптимальное решение по мере возможности с учетом имеющейся информации.
- x. **Предварительное право на получение помощи.** Организация может установить, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи для оплаты текущих услуг на основании информации, полученной или оцененной без предоставления пациентом всех данных, необходимых в обычном процессе рассмотрения Заявления, или ввиду того, что пациент не имеет медицинской страховки. При этом могут учитываться прежние решения Организации относительно соответствия критериям, сведения, полученные от другой организации, предоставляющей услуги пациенту, или общая оценка информации, имеющейся у персонала Организации. В таких случаях Организация обязуется: а) уведомить пациента об основаниях для предоставления предварительного права на помощь и о том, каким образом можно подать заявление о предоставлении более обширной помощи в соответствии с этой Политикой; б) дать пациенту 120 (сто двадцать) дней на то, чтобы он подал Заявление о предоставлении более обширной помощи. Если пациент подаст заполненное Заявление о предоставлении более обширной помощи, Организация определит, имеет ли пациент право на нее, и примет другие меры в отношении заполненных Заявлений, необходимые согласно этой Политике. Пациентам, которые оплачивают медицинские услуги собственными средствами и получают скидки, описанные в этой Политике, такое уведомление

отправляется в виде Краткого изложения простым языком (см. приложение А), напечатанного на их платежных документах.

- xi. **Отказ пациента не освобождает Организацию от обязательств предпринимать разумные усилия.** Получение от пациента письменного или устного отказа, например, подписанного заявления о том, что пациент не желает подавать Заявление о предоставлении финансовой помощи в соответствии с Политикой или получать информацию, которая должна предоставляться пациентам согласно этой Политике, не является само по себе признанием несоответствия пациента критериям и не отменяет требования о приложении разумных усилий для определения того, отвечает ли пациент критериям, прежде чем принимать в отношении него ЕСА.
- xii. **Планы оплаты.** Если установлено, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи и на его счету остались средства, то у него есть возможность произвести оплату по плану с запланированным сроком. Организация обсудит с пациентом возможные варианты и разработает планы платежей, которые рассчитаны на период, не превышающий 12 (двенадцать) месяцев, и являются беспроцентными.
- xiii. **Разрешение споров.** В случае возникновения спора относительно соответствия критериям получения финансовой помощи пациент может подать в Организацию письменную апелляцию с запросом пересмотра решения. В письменной апелляции следует объяснить причину спора и приложить подтверждающие документы. Координатор финансовой помощи Организации незамедлительно рассмотрит апелляцию и предоставит пациенту письменное решение. В случае, если пациент считает, что рассмотрение первой апелляции не помогло разрешить спор, он может подать соответствующий запрос в письменном виде, а глава отдела предоставления финансовых услуг пациентам Организации рассмотрит его и вынесет окончательное письменное решение.
- xiv. **Конфиденциальность информации, содержащейся в Заявлении.** Организация будет обращаться со всеми данными, полученными от пациентов для определения их права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, как с конфиденциальной информацией. Информация, которая касается дохода и Активов, полученная в процессе подачи и проверки Заявления, будет храниться в файле отдельно от данных, которые могут использоваться для взыскания задолженности пациента.
- xv. **Срок заполнения Заявления (далее — «Период подачи Заявления»).** Пациентам дается 240 (двести сорок) дней на заполнение Заявления. Период подачи заявления начинается с даты первого предоставления медицинской помощи, являющейся предметом Заявления (с начала последнего курса лечения, если применимо несколько дат предоставления услуг).

f. Срок действия.

- i. Первоначальное решение о предоставлении помощи пациентам, которые соответствуют финансовым критериям, действует в течение 6 (шести) месяцев с даты подачи Заявления. По запросу пациента может быть проведена повторная оценка его соответствия критериям по истечении периода действия первоначального решения. На усмотрение Организации очередной период продолжительностью 6 (шесть) месяцев может быть утвержден без подачи

нового Заявления. Через 12 (двенадцать) месяцев пациент должен подать новое Заявление. Начиная с даты утверждения последнего Заявления задолженность по соответствующим требованиям открытым счетам будет списана за счет финансовой помощи. Сумма списания будет зависеть от уровня оказываемой помощи. В дальнейшем задолженность по соответствующим требованиям счетам за будущие 6 (шесть) месяцев будет списываться в рамках финансовой помощи.

г. Уведомления, письменные сообщения и заявления.

- i. Организация предоставляет нижеуказанные уведомления и информацию о финансовой помощи.
 1. Данная Политика.
 2. Краткое изложение Политики простым языком. Краткое изложение простым языком — это ясный, сжатый и простой для понимания документ, который информирует пациентов и других лиц о том, что Организация предлагает финансовую помощь в соответствии с этой Политикой. Краткое изложение простым языком должно быть написано так, чтобы представить важную информацию, в частности требуемую законами штата и федеральными законами, например критерии, по которым определяется наличие права на получение помощи, виды предлагаемой помощи в соответствии с этой Политикой, краткое описание процедуры подачи заявления для получения помощи в соответствии с этой Политикой, и информацию о том, как получить дополнительные сведения и содействие, включая материалы на других языках.
 3. Заявление.
 4. Политика Организации относительно взыскания долгов.
- ii. Данные материалы должны предоставляться различным образом, в том числе нижеперечисленными способами.
 1. **Веб-сайт.** Политика финансовой помощи (Financial Assistance Policy), Заявление о предоставлении финансовой помощи (Financial Assistance Application) и Краткое изложение Политики финансовой помощи простым языком (Financial Assistance Policy — Plain Language Summary) доступны на веб-сайте Организации. Ссылки на эти материалы можно также найти на веб-сайте.
 2. **Электронные (отправляются на эл. почту) и бумажные экземпляры.** Чтобы получить копии любых материалов, упомянутых в настоящей Политике, обращайтесь в отдел обслуживания пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами, службу поддержки клиентов по телефону (323) 866-8600.
 3. **Объявления на территории учреждения.** Краткое изложение простым языком будет размещено в отделении неотложной помощи, приемном отделении, отделе выставления счетов, центральных и децентрализованных зонах регистрации и в других амбулаторных отделениях, включая палаты наблюдения.

- iii. **Уведомления о регистрации и выставлении счетов.** Пациенты будут получать различную информацию и уведомления в сообщениях о регистрации и выставлении счетов. Примеры приведены в Политике Организации относительно взыскания долгов.
- iv. **Уведомления для местного населения.** Организация обязуется принимать различные меры для широкого освещения своих программ финансовой помощи, например распространять информацию в целевых общественных организациях, а также принимать другие меры по оповещению пациентов Организации о наличии программ финансовой помощи.
- h. **Перевод.** Сообщения для пациентов должны отвечать требованиям Организации. Не ограничивая вышеизложенное, уведомления, формальные сообщения и объявления, предусмотренные этой Политикой, должны предлагаться на английском и дополнительно на других языках в соответствии с законами штата и федеральными законами. Среди указанных дополнительных языков следующие: китайский, фарси, вьетнамский, арабский, чешский, русский, армянский, корейский и испанский.
- i. **Решения, основанные на необходимости обслуживания по медицинским показаниям и клиническим заключениям.** Оценка необходимости медицинского обслуживания пациента будет основываться на клиническом суждении, независимо от его страхового или финансового состояния. Если состояние пациента требует неотложной медицинской помощи, любая оценка финансовых условий будет осуществляться только после соответствующего медицинского скринингового обследования и принятия необходимых мер по стабилизации пациента согласно всем применимым законам штата и федеральным законам.
- j. **Возврат средств.** Организация возместит пациентам уплаченные ими суммы, которые превышают причитающиеся согласно этой Политике платежи, включая все выплаченные проценты, по ставке 10 % (десять процентов) годовых. Если сумма, подлежащая возврату пациенту, менее 5,00 долл. США (или другой суммы, установленной Налоговым управлением США (Internal Revenue Service)), Организация не обязуется возмещать пациенту эту сумму или выплачивать проценты. Организация возвратит средства пациенту в течение 30 дней.
- k. **Взыскание задолженностей.** С дополнительной информацией о мерах по взысканию задолженностей можно ознакомиться в Политике относительно взыскания долгов.
- l. **Отчетность.** Организация будет представлять данную Политику в Department of Health Care Access and Information (Департамент информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения, HCAI) каждые два года до 1 января или в течение 30 (тридцати) дней после внесения изменений в данную Политику. Если с момента представления предыдущей версии Политики изменений не произошло, Организация должна уведомить HCAI в течение 30 (тридцати) дней до 1 января следующего двухгодичного отчетного периода Организации.
- m. **Смежные Политики и Планы.**
 - i. Политика взыскания долгов.
 - ii. Указания Американской ассоциации больниц относительно выставления счетов пациентам (American Hospital Association Patient Billing Guidelines).
- n. **Контактная информация.** Вопросы, касающиеся настоящей Политики, следует задавать главе отдела предоставления финансовых услуг пациентам.

УТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛИТИК СОВЕТОМ ДИРЕКТОРОВ И ИХ ПОСТОЯННЫЕ ПРОВЕРКИ

Настоящая Политика, Политика взыскания долгов и все существенные изменения в них должны быть утверждены советом директоров Организации. Организации следует регулярно пересматривать настоящую Политику вместе с Политикой взыскания долгов, а также меры по взысканию долгов, чтобы убедиться, что они наилучшим образом отвечают потребностям пациентов и местного сообщества.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- a. **Суммы, на которые обычно выставляются счета (Amounts Generally Billed, AGB)** — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению, приведенному в Своде федеральных нормативных актов США (Code of Federal Regulations, C.F.R.) № 26, § 1.501(r)-5(b). Ежегодно обновляемые значения AGB и дополнительная информация о том, как Организация рассчитывает их, приведены в приложении D к этой Политике и публикуются среди доступных документов на веб-сайте State of California Department of Health Care Access and Information (Департамент информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения штата Калифорния) <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Заявление** — это Заявление о предоставлении финансовой помощи, подаваемое в Организацию.
- c. **Активы** — только денежные активы, которые легко переводятся в наличные, например банковские счета и котирующиеся на бирже акции. К активам не относятся планы пенсионного страхования и планы отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям IRS). Активами не считаются первые 10,000 долл. США (десять тысяч долларов) денежных активов пациента и 50 % (пятьдесят процентов) денежных активов пациента свыше первых 10,000 долл. США (десяти тысяч долларов).
- d. **Соответствующий критериям** — означает, что пациент отвечает установленным требованиям и имеет право на финансовую помощь согласно этой Политике.
- e. **Основные расходы на проживание** — это расходы на арендную плату или оплату и обслуживание жилья, питание и хозяйственные товары, коммунальные услуги и телефон, одежду, медицинские и стоматологические услуги, страховку, оплату обучения или ухода за детьми, алименты на содержание ребенка или супруга (-и), а также затраты на транспорт и собственный автомобиль (включая страхование, топливо и ремонт), платежи в рассрочку, затраты на услуги прачечной и уборки и другие непредвиденные расходы.
- f. **Чрезвычайные меры по взысканию задолженности (Extraordinary Collection Actions, ECA)** — коллекторская деятельность, которую Организация будет проводить только после того, как предпримет все разумные усилия для определения соответствия пациента критериям получения финансовой помощи в соответствии с этой Политикой. ECA отдельно описаны в Политике взыскания долгов.
- g. **Семья** означает следующее: 1) для лиц, которым исполнилось 18 лет — супруг (-а), сожитель (-ница) и дети-иждивенцы младше 21 года, проживающие или не проживающие с ними; 2) для лиц младше 18 лет — родители, родственники-опекуны и другие дети родителей или родственников-опекунов младше 21 года.

- h. **Федеральный прожиточный минимум (FPL)** — показатель, используемый для определения уровня бедности в США, который ежегодно публикует Department of Health and Human Services (Департамент здравоохранения и социальных служб, DHHS) на своей веб-странице <http://www.dhhs.gov/poverty>.
- i. **Пациент, соответствующий финансовым критериям** — это пациент, который запросил финансовую помощь от Cedars-Sinai, заполнил и подал Заявление, по результатам проверки которого было установлено, что пациент имеет право на полную или частичную финансовую помощь, и Заявление которого было утверждено в соответствии с этой Политикой, а также пациент, признанный Организацией предварительно соответствующим критериям получения финансовой помощи согласно данной Политике.
- j. **Финансовая помощь** — условия для предоставления пациентам медицинских услуг бесплатно или по сниженной цене в соответствии с этой Политикой. Услуги обычно предоставляются пациенту по сниженной цене на основании плана оплаты или автоматической скидки для пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами.
- k. **Высокие медицинские затраты** — это расходы, оплачиваемые за год пациентом из собственных средств, если доход его семьи превышает установленные Организацией пороговые значения для оказания финансовой помощи. Эти затраты рассматриваются, если они: (i) понесены пациентом в больнице Организации и превышают меньшую из двух величин — текущий доход семьи пациента или доход семьи за предыдущие 12 (двенадцать) месяцев — или (ii) являются медицинскими расходами, оплачиваемыми из собственных средств, которые превышают 10 % (десять процентов) от дохода семьи пациента, если пациент предоставляет документальное подтверждение его медицинских расходов, оплаченных пациентом или его семьей за предыдущие 12 (двенадцать) месяцев.
- l. **Медицинская неплатежеспособность** — неспособность пациента, который не имеет права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, оплатить услуги вследствие непредвиденно высокой стоимости обслуживания.
- m. **Пациент** — существующий или потенциальный пациент.
- n. **План оплаты** — это письменное соглашение между Организацией и пациентом, в котором Организация предлагает, а пациент принимает возможность оплаты своих обязательств посредством внесения ежемесячных платежей, не превышающих 10 % месячного дохода семьи пациента за вычетом основных расходов на проживание.
- o. **К законам штата и федеральным законам** — относятся, в частности, указанные далее нормативно-правовые акты.
 - i. U.S. Internal Revenue Code (Закон США о налогообложении), раздел 501(r)(3).
 - ii. Раздел 127400-127462 (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies) (Политики справедливого ценообразования за услуги больниц и врачей отделения неотложной помощи) California Health and Safety Code (Кодекс законов о здравоохранении и безопасности штата Калифорния).
 - iii. California Assembly Bill 1020: Health Care Debt and Fair Billing (Законопроект Законодательного Собрания штата Калифорния 1020: задолженность по медицинским услугам и справедливое выставление счетов), вступил в силу 1 января 2022 г.

- iv. California Assembly Bill 532: Fair Billing Policies (Законопроект Законодательного Собрания штата Калифорния 532: политика справедливого выставления счетов), вступил в силу 1 января 2022 г.
- v. Распоряжения Office of General Inspector, Department of Health and Human Services (Отдела генерального инспектора Департамента здравоохранения и социальных служб, OIG) относительно пациентов с недостаточным страхованием или без него, а также нормы, установленные IRS.
- vi. Любые нормативные акты и рекомендации учреждений, касающиеся вышеперечисленных положений.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЛОЖЕНИЙ

- A. Краткое изложение простым языком.
- B. Заявление о предоставлении финансовой помощи.
- C. Описание механизма предоставления скидки в рамках финансовой помощи.
- D. Описание суммы, на которую обычно выставляются счета.



КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И СРЕДСТВ ЗАЩИТЫ ОТ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ

В рамках своей миссии Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital и The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians (далее — «Организация») обязуются обеспечить местному населению доступ к высококачественным медицинским услугам и относиться ко всем пациентам с достоинством, уважением и состраданием. Учитывая это, в соответствии с нашей политикой финансовой помощи (далее — «Политика») мы предоставляем услуги бесплатно или по значительно сниженным ценам пациентам, которые не могут позволить себе оплатить лечение. Кроме того, мы предлагаем нашим пациентам различные планы оплаты в рассрочку и варианты оплаты, соответствующие их финансовому положению, даже если на них не распространяется действие Политики. В этом документе представлено краткое изложение Политики (далее — «Краткое изложение») простым языком.

Соответствие условиям Политики: полноценные скидки и снижение стоимости услуг
Финансовая помощь будет предоставляться пациентам, которым назначены процедуры по медицинским показаниям и чьи доходы и денежные активы (далее в совокупности — «Доход») не превышают 400 % федерального прожиточного минимума (federal poverty level, FPL) за текущий год. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Предоставляемые пациентам скидки определяются по скользящей шкале на основании размера семьи, уровня доходов и статуса страховки. Если пациент хочет, чтобы в рамках Политики финансовой помощи покрывались плановые медицинские услуги, ему следует предварительно получить подтверждение вице-президента Patient Financial Services (отдела предоставления финансовых услуг пациентам) или его уполномоченного лица. Подтверждение предоставляется только для процедур, необходимых по медицинским показаниям. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур и последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в зоне обслуживания Организации. Если пациент не соответствует критериям бесплатного оказания всех услуг, но имеет право на скидку согласно Политике, оплачиваемая им сумма не должна превышать сумму, на которую Организация обычно выставляет счет за оказание неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи.

Услуги врачей и другие услуги

Действие Политики распространяется на предоставляемые Организацией услуги, включая услуги врачей при Huntington Aligned Medical Group (далее — HAMG) и Huntington Foundation Medical Group (далее — HFMG). Политика не распространяется на такие учреждения Организации: Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC и Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

Подача Заявления о предоставлении финансовой помощи

Пациенты, которые хотят получить бесплатное медицинское обслуживание или скидку на него согласно данной Политике, должны заполнить форму заявления о предоставлении финансовой помощи (далее — «Заявление») и подать все необходимые документы. Организация рассмотрит Заявление и документы.

Контактная информация для получения формы Заявления, условий Политики или дополнительных сведений

Бесплатные экземпляры данного Краткого изложения, Политики или формы Заявления предоставляются на английском, китайском, вьетнамском, арабском, чешском, русском, корейском и испанском языках, а также на фарси. Чтобы запросить экземпляры вышеназванных документов или получить дополнительные сведения, в том числе ответы на вопросы о процессе предоставления финансовой помощи, можно выполнить указанное далее.

- Обратиться к сотрудникам за стойкой регистрации и приема.
- Позвонить в Patient Financial Services (отдел предоставления финансовых услуг пациентам) по номеру 323-866-8600.
- Посетить веб-сайт Организации по адресу huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance.

Порядок оплаты медицинских услуг за счет собственных средств

Пациенты, которые не имеют права на бесплатное медицинское обслуживание или скидки в соответствии с условиями Политики, могут воспользоваться другими программами Организации. Пациенты, у которых нет страховки, могут получить значительные скидки, подобные тем, которые мы предоставляем по планам страхования регулируемого медицинского обслуживания. Льготные услуги включают стационарное, амбулаторное лечение и неотложную помощь.

Информация о соответствии коллекторской деятельности нормативным требованиям

Мы передаем данные по некоторым просроченным счетам в сторонние коллекторские агентства. Эти агентства должны соблюдать все законы штата Калифорния и федеральные законы, а также условия политик и процедуры Организации. Более подробно о деятельности по взысканию долгов вы можете узнать, обратившись в Federal Trade Commission (Федеральная торговая комиссия) по номеру 877-FTC-HELP (877-382-4357). Если ваш счет передан в коллекторское агентство и у вас возникли проблемы, обратитесь в Patient Financial Services (отдел предоставления финансовых услуг пациентам) по номеру 323-866-8600.

Средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги

Все пациенты могут рассчитывать на защиту от неожиданных счетов за медицинские услуги. См. раздел Notice to Patients — Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills (Уведомление для пациентов. Ваши права и средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги) на нашем веб-сайте huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Ниже приведены дополнительные источники информации и сведения о процедуре выставления счетов, прозрачности тарифов и цен.

- Пациенты могут соответствовать критериям участия в государственных программах

помощи, таких как Medi-Cal, или на субсидированное покрытие через California Health Benefit Exchange (Covered California) (Биржа медицинского страхования Калифорнии). По вопросам, касающимся этих программ, страховых покрытий или других организаций, которые могут оказать помощь, обращайтесь в Health Hub (Центр здоровья) по номеру 626-397-2259.

- По вопросам, касающимся коммерческого медицинского страхования, оплаченного собственными средствами, обращайтесь по номеру 800-233-2771.
- Чтобы получить информацию о ценообразовании и об инструменте для выбора услуг, перейдите по ссылке huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care.
- Health Consumer Alliance (Альянс потребителей медицинских услуг, HCA) оказывает бесплатную помощь пациентам, которым необходимо получить или сохранить медицинское страховое покрытие и решить проблемы, связанные с планами страхования. Подробнее об этом можно узнать на странице healthconsumer.org.

Приложение В. Заявление о предоставлении финансовой помощи



Чтобы принять участие в нашей программе предоставления помощи в полной или частичной оплате медицинских услуг, заполните это заявление, чтобы помочь Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital и The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians (далее — «Организация») определить, имеете ли вы право на получение скидки на медицинские услуги. Мы не можем гарантировать, что вы получите право на предоставление помощи, даже если подадите соответствующее заявление. После получения заполненного заявления и другой соответствующей документации всем пациентам будет предоставлен письменный ответ с одобрением или отказом. Действие Политики финансовой помощи распространяется на необходимую по медицинским показаниям помощь, предоставляемую в Организации. Действие Политики распространяется на предоставляемые Организацией услуги, включая услуги врачей при Huntington Aligned Medical Group (далее — HAMG) и Huntington Foundation Medical Group (далее — HFMG). Это не касается услуг отделений Организации Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC, Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC, плановых косметических услуг, а также услуг любых других специалистов, не имеющих отношения к упомянутым выше учреждениям. Вы можете выслать заполненное заявление почтовым отправлением либо же по электронной почте или факсу. НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВСЕЙ НЕОБХОДИМОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИВЕДЕТ К ОТКАЗУ.

A. ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, НО СООТВЕТСТВУЕТЕ НЕОБХОДИМЫМ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL, ВЫ НЕ ОБЯЗАНЫ ЗАПОЛНЯТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ.

Если вы зарегистрированы в одной из следующих программ, отметьте соответствующий пункт.

- Women, Infants and Children Nutrition Program (Продовольственная программа для женщин, младенцев и детей, WIC)
- Программа поддержки психически недееспособных пациентов, интересы которых некому представлять
- Supplemental Nutrition Assistance Program (Программа дополнительной продовольственной поддержки, SNAP)
- Пациент имеет право на участие в программе Medi-Cal, но дата предоставления услуг не соответствует требованиям
- Бездомный (-ая)
- Умер (-ла), не оставив никакого имущества

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ			
Имя и фамилия пациента		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Домашний адрес		Город	Штат Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Адрес электронной почты	

ПРИЛОЖЕНИЕ В (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Сотовый телефон		Годовой доход семьи: \$	
Семейное положение: <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> холост / не замужем <input type="checkbox"/> проживаю отдельно <input type="checkbox"/> в разводе <input type="checkbox"/> вдовец / вдова		Количество членов семьи (как указано в налоговых документах):	
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Работаю не по найму <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Человек с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу):			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс
ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ / СОЖИТЕЛЕ (СОЖИТЕЛЬНИЦЕ) / ПАРТНЕРЕ (ПАРТНЕРШЕ) / РОДИТЕЛЕ / ПОРУЧИТЕЛЕ			
Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Сожитель (сожительница) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Поручитель <input type="checkbox"/> Другое:			
Имя и фамилия		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Сведения о занятости <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Работаю не по найму <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Человек с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу):			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат Почтовый индекс
Название медицинской страховки (предоставляемая работодателем, включая COBRA) <input type="checkbox"/> Медицинская страховка отсутствует			
СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ			
1. Соответствуете ли вы критериям получения какого-либо страхового покрытия?			
<input type="checkbox"/> Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Покрытие от Veterans Administration (Управление по делам ветеранов)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Иностраннный полис	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Если да, предоставьте нижеуказанные сведения.			

ПРИЛОЖЕНИЕ В (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса
Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

1. Связано ли получаемое вами лечение с одним из приведенных далее происшествий?

Авария Преступление Травма на рабочем месте Другое:

2. Нанимали ли вы адвоката, чтобы получить компенсацию за травму или болезнь?

а. Если да, предоставьте нижеуказанные сведения.

Имя и фамилия адвоката

Номер телефона адвоката

3. Подавали ли вы заявку на участие в программе Medi-Cal? (Мы, возможно, попросим вас сделать это.)

Да (ожидаю одобрения) Да (не соответствую критериям) Нет

а. Если нет, отметьте все подходящие варианты ниже.

Ваш возраст не превышает 19 лет

Вам 65 лет или больше

У вас слепота

Вы принимаете препараты для контроля диабета, высокого давления или судорог

Согласно заключению Social Security Administration (Управления социального обеспечения), вы относитесь к людям с ограниченными возможностями

Вы беременны

С вами проживают дети младше 19 лет

ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ И АКТИВАХ

Текущий ежемесячный доход	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Заработная плата до вычетов	\$	\$	\$
Чистый доход от индивидуального предпринимательства	\$	\$	\$
Проценты и дивиденды	\$	\$	\$
Доход от недвижимости, сдаваемой в аренду	\$	\$	\$
Выплаты по программе социального обеспечения, пенсия или пособие по инвалидности	\$	\$	\$
Алименты, выплаты на содержание супруги / супруга или детей	\$	\$	\$
Прочее	\$	\$	\$
Общий ежемесячный доход	\$	\$	\$

ПРИЛОЖЕНИЕ В (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Основные расходы на проживание	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Аренда или ипотека	\$	\$	\$
Налоги на недвижимость	\$	\$	\$
Коммунальные услуги и телефон	\$	\$	\$
ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ			
Основные расходы на проживание	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Алименты, выплаты на содержание супруги/супруга или детей	\$	\$	\$
Кредитные или лизинговые платежи за автомобиль	\$	\$	\$
Образование	\$	\$	\$
Школа и (или) уход за детьми (несовершеннолетними иждивенцами)	\$	\$	\$
Питание	\$	\$	\$
Страхование	\$	\$	\$
Прочие расходы	\$	\$	\$
Общая сумма ежемесячных расходов	\$	\$	\$
Текущий долг за медицинские услуги	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Непогашенный долг за медицинские услуги Cedars-Sinai	\$	\$	\$
Другие долги за медицинские услуги	\$	\$	\$
Активы (за исключением пенсионных счетов)	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Расчетные и сберегательные счета, а также счета в кредитном союзе	\$	\$	\$
Акции и облигации	\$	\$	\$
Депозитные счета денежного рынка и (или) брокерские счета	\$	\$	\$
Депозитные сертификаты	\$	\$	\$
Общая сумма активов	\$	\$	\$

Настоящим удостоверяю, что, насколько мне известно, указанная в этом Заявлении информация является достоверной и полной. Я даю согласие подать заявление на получение любой помощи на уровне штата, а также местном и федеральном уровне, на которую я могу иметь право, чтобы облегчить расходы на оплату больничных счетов и счетов за услуги врачей-специалистов. Я понимаю, что Организация может проверить

предоставленную мной информацию, и я разрешаю им связываться с третьими лицами для проверки достоверности данных, указанных в этом приложении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений или Заявления с существенной ошибкой или упущением я потеряю право на получение финансовой помощи. Если я уже получаю финансовую помощь, она может быть отменена в тот же момент, и я буду отвечать за погашение всей задолженности.

Подпись лица, подающего Заявление о предоставлении финансовой помощи _____ Дата

Подпись супруга (-и) / сожителя (сожительницы) / попечителя (если применимо) _____ Дата

**Приложение С. Описание механизма предоставления скидки в рамках
финансовой помощи**

**Предоставление скидки в рамках финансовой помощи
2022 Federal Poverty Guidelines (Нормы по федеральному
прожиточному минимуму за 2022 г. для получения скидки
в рамках финансовой помощи)**

Скидка для незастрахованных пациентов	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Скидка для лиц с недостаточным страховым покрытием	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Размер семьи	Годовая зарплата, соответствующая FPL в 2022 г.					
1	13 590 долл. США	54 360 долл. США	61 155 долл. США	67 950 долл. США	74 745 долл. США	81 540 долл. США
2	18 310 долл. США	73 240 долл. США	82 395 долл. США	91 550 долл. США	100 705 долл. США	109 860 долл. США
3	23 030 долл. США	92 120 долл. США	103 635 долл. США	115 150 долл. США	126 665 долл. США	138 180 долл. США
4	27 750 долл. США	111 000 долл. США	124 875 долл. США	138 750 долл. США	152 625 долл. США	166 500 долл. США
5	32 470 долл. США	129 880 долл. США	146 115 долл. США	162 350 долл. США	178 585 долл. США	194 820 долл. США
6	37 190 долл. США	148 760 долл. США	167 355 долл. США	185 950 долл. США	204 545 долл. США	223 140 долл. США
7	41 910 долл. США	167 640 долл. США	188 595 долл. США	209 550 долл. США	230 505 долл. США	251 460 долл. США
8	46 630 долл. США	186 520 долл. США	209 835 долл. США	233 150 долл. США	256 465 долл. США	279 780 долл. США
За каждое дополнительное лицо добавить	4720 долл. США					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Примечание. Последняя редакция таблицы: 11/7/22

**Приложение D. Определение понятия суммы, на которую обычно
выставляются счета**

Amounts Generally Billed (Суммы, на которые обычно выставляются счета, AGB) — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению C.F.R. № 26, § 1.501(r)-5(b).

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям стационарному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке. Чтобы соответствующий требованиям пациент получил дополнительные преимущества, при определении его обязательств Организация будет использовать меньшую из двух величин: AGB или сумму возмещения для клинико-статистических групп Medicare (Medicare Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG) за данный период лечения.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям амбулаторному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям пациенту отделения неотложной помощи на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке.

Ставки возмещения расходов на стационарное, амбулаторное лечение и услуги отделения неотложной помощи рассчитываются не реже одного раза в год на основе последних закрытых счетов Medicare и коммерческих счетов за последние 12 месяцев.

Организация	Скидки для незастрахованных пациентов, самостоятельно оплачивающих медицинские услуги⁽¹⁾	Процентная ставка возмещения (AGB)
Лечение в отделении неотложной помощи	82 %	18 %
Стационарное лечение	82 %	18 %
Амбулаторное лечение	81 %	19 %

⁽¹⁾ **Вступление в силу 11/7/22.**