

<b>Название: Политика финансовой помощи отдельным пациентам</b>				
<b>Политический уровень</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Системный уровень – устанавливает ожидания для всех сотрудников JMH		
	<input type="checkbox"/>	Уровень организации – устанавливает ожидания для сотрудников в <u>нескольких отделах</u> в рамках одной или нескольких организаций		
	<input type="checkbox"/>	Уровень отдела – устанавливает ожидания для сотрудников <u>только одного</u> отдела на одном или нескольких объектах		
<b>Отдел</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Организация(-ции)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Медицинский центр Конкорд (СМС)	<input checked="" type="checkbox"/>	Медицинский центр Уолнат-Крик (WCMC)
	<input type="checkbox"/>	Сеть врачей (PN)	<input checked="" type="checkbox"/>	Центр поведенческого здоровья (ВНС)
<b>Тип документа</b>	<input type="checkbox"/> Политика <input type="checkbox"/> Процедура <input checked="" type="checkbox"/> Политика и процедура			

I. Цель:

Установить четкие критерии и справедливый процесс предоставления финансовой помощи пациентам, которые (i) нуждаются в необходимых с медицинской точки зрения больничных услугах и (ii) имеют ограниченные возможности или не имеют возможности оплатить такое лечение. Данная политика разработана в соответствии с Законом Калифорнии о справедливом ценообразовании в больницах (Кодекс здравоохранения и безопасности Калифорнии § 127400 и далее), Законом Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и далее), разделом 501(r) Кодекса внутренних доходов США и руководством Управления генерального инспектора Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в отношении финансовой помощи незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам.

Определения:

**Определенные языки:** Определенные языки - это английский, испанский и любой другой язык, на котором говорят более 1000 пациентов (включая стационарных и амбулаторных пациентов), получающих помощь в больнице JMH за двенадцатимесячный период, согласно данным последнего исследования языка, проведенного Департаментом улучшения здоровья населения JMH. Такая оценка должна проводиться и документироваться не реже одного раза в три года по запросу JHM Finance.

**Семья:** Для пациентов в возрасте 18 лет и старше семья пациента определяется как его или ее (i) супруг или партнер по браку (как определено в разделе 297 Семейного кодекса Калифорнии) и (ii) дети-иждивенцы в возрасте до 21 года (независимо от того, проживают они дома или нет). Для лиц младше 18 лет семья пациента определяется как включающая (i) родителя(ов) или родственника(ов), осуществляющего уход, и (ii) других детей в возрасте до 21 года родителя или родственника, осуществляющего уход.

**Чрезвычайная ситуация в здравоохранении:** Финансовый директор JMN или его/ее уполномоченное лицо может определить "чрезвычайную ситуацию в здравоохранении" в соответствии с данной политикой, когда он/она определяет по своему усмотрению, что чрезвычайные, срочные обстоятельства требуют временного расширения финансовой помощи в соответствии с данной политикой.

**Больничная услуга:** Больничная услуга - это услуга, которая (i) предоставляется больницей JMN в стационарных или лицензированных больницей амбулаторных условиях и (ii) оплачивается больницей JMN. Термин не включает (i) оплачиваемые отдельно профессиональные услуги врачей или специалистов продвинутой практики или (ii) услуги, предоставляемые любым лицом или учреждением за пределами лицензированной больницы.

**Необходимая с медицинской точки зрения услуга:** Необходимая с медицинской точки зрения услуга - это услуга, которая (i) абсолютно необходима для лечения или диагностики пациента, (ii) может негативно повлиять на состояние пациента, если в ней будет отказано, и (iii) не считается факультативным или косметическим вмешательством или лечением.

**Разумный план оплаты:** Разумный план оплаты - это такой план, который предусматривает ежемесячные выплаты больнице, составляющие не более 10 процентов от семейного дохода пациента за месяц (после вычета из этого дохода основных жизненных расходов) и исключает начисление процентов на неоплаченный остаток. "Основные расходы на жизнь" для целей данного определения означают расходы на любое из следующего: аренда или оплата и содержание жилья, продукты питания и бытовые принадлежности, коммунальные услуги и телефон, одежда, оплата медицинских и стоматологических услуг, страхование, школа или уход за ребенком, алименты на ребенка или супруга, транспортные и автомобильные расходы, включая страхование, бензин и ремонт, платежи в рассрочку, стирка и уборка, и другие чрезвычайные расходы.

**Пациент, самостоятельно оплачивающий лечение:** Пациент, у которого (i) семейный доход составляет не более 400% от федерального уровня бедности ("FPL") и (ii) отсутствует страховое покрытие третьей стороной конкретных предоставляемых больничных услуг. Пациент, имеющий покрытие третьей стороны на определенные больничные услуги, будет иметь право на самооплату за те больничные услуги, которые выходят за рамки покрытия пациента (включая, без ограничений, не покрываемые больничные услуги, отказные дни, отказное пребывание). В отличие от этого, пациент, не имеющий общего медицинского страхования, не будет квалифицироваться как самооплачиваемый, если у него есть конкретный источник оплаты состояния, приведшего к больничным услугам (например, компенсация работника, автомобильное страхование и ответственность перед третьими лицами).

**Пациент с недостаточным уровнем страхования:** Пациент, который имеет (i) доход семьи на уровне или ниже 400% от FPL; (ii) покрытие третьей стороной оказанной необходимой с медицинской точки зрения больничной услуги (i.e. не является самооплачиваемым пациентом в отношении оказанной необходимой с медицинской точки зрения больничной услуги); и (iii) совокупные медицинские расходы из всех источников за предыдущие двенадцать (12) месяцев превышают 10% от меньшей из двух величин: годового значения текущего дохода семьи пациента или фактического дохода семьи за предыдущие 12 месяцев.

## II. Политика:

Общая область применения. Эта политика предназначена для оказания помощи пациентам, которые (i) нуждаются в медицинских услугах больницы, (ii) имеют семейный доход в размере 400% или менее от FPL и (iii) являются либо самозанятыми пациентами, либо недостаточно застрахованными пациентами. Эта политика и критерии финансовой проверки должны последовательно применяться ко всем случаям в рамках JMН. Любые решения, принимаемые в соответствии с настоящей Политикой, включая решение о предоставлении или отказе в финансовой помощи, должны основываться на индивидуальном определении финансовых потребностей и не должны принимать во внимание расу, цвет кожи, национальное происхождение, гражданство, религию, убеждения, пол, сексуальные предпочтения, возраст или инвалидность.

A. Исключения: Настоящая политика предусматривает финансовую помощь только для оказания медицинских услуг в больнице. Он прямо исключает (i) услуги больницы, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения, (ii) услуги, не относящиеся к услугам больницы, и (iii) отдельно оплачиваемые профессиональные услуги, предоставляемые в больнице (даже если они являются необходимыми с медицинской точки зрения). Наконец, данная политика не будет применяться, если пациент или другая ответственная сторона (i) не предоставляет информацию, указанную в данной политике, после обоснованных запросов JMН, (ii) предоставляет ложную информацию о финансовом соответствии, или (iii) не прилагает разумных усилий для подачи заявления и получения спонсируемых государством страховых выплат, на которые он или она может иметь право.

### B. Профессиональные услуги.

1. Общие. Как отмечалось выше, настоящая Политика не предоставляет финансовую помощь за отдельно оплачиваемые услуги врачей и специалистов высшей практики, оказывающих помощь в больнице. Скорее, такие специалисты самостоятельно решают, хотят ли они предложить финансовую помощь (и, если да, то на каких условиях она будет предложена). JMН будет вести список всех дипломированных врачей и специалистов передовой практики, оказывающих медицинскую помощь в больнице ("**Список практикующих врачей**"), и отдельно указывать для каждого идентифицированного врача, согласился ли он или она быть связанным условиями политики. Список практикующих врачей должен обновляться ежеквартально, указывать дату последнего обновления и быть доступным в режиме онлайн и в любом месте, где размещена настоящая Политика, или в печатном виде бесплатно. Список будет доступен после того, как будет подан запрос на имя директора отдела финансовых услуг для пациентов или исполнительного директора Revenue Cycle, 5003 Commercial Circle, Concord, CA 94520.
2. Следует отметить, однако, что врач скорой помощи, оказывающий услуги скорой медицинской помощи в больнице JMН (или не JMН), обязан предоставлять скидки незастрахованным пациентам или пациентам с высокими медицинскими расходами, доход семьи которых составляет 400% федерального уровня бедности или ниже. Это справедливо независимо от того, согласился ли врач скорой помощи или его или ее практика на конкретное соблюдение данной политики.

- C. Ограничение на оплату: Пациенту, оплачивающему самостоятельно, или пациенту с недостаточным уровнем страхования, получающему необходимые с медицинской точки зрения услуги больницы, предлагается заплатить не более суммы, превышающей размер оплаты по программе "Медицинское попечение" за предоставленную услугу. Однако, согласно условиям данной политики, пациентам, признанным имеющими право на получение финансовой помощи, не будут выставляться счета на оплату соответствующих требованиям услуг, покрываемых данной политикой.

### III. Процедура:

#### A. Политика передачи финансовой помощи

1. Пациентам будет предоставлена брошюра и краткое описание нашей политики финансовой помощи на определенных языках с указанием следующего: (i) помощь, предлагаемая в рамках данной политики, (ii) критерии права на получение помощи, (iii) как подать заявление на получение помощи, (iv) адрес веб-сайта и физическое местонахождение для получения по почте бесплатной копии данной политики и формы заявления на получение финансовой помощи, (v) контактная информация (включая номер телефона и физическое местонахождение) офиса или отдела, где пациент может получить помощь в процессе подачи заявления, (vi) тот факт, что с лиц, имеющих право на получение помощи в рамках данной политики, не может взиматься плата больше, чем допустимая по программе "Медицинское попечение" плата за услуги за необходимые с медицинской точки зрения больничные услуги; (vii) тот факт, что данная политика, краткое изложение на простом языке и форма заявления доступны на определенных языках.
2. Брошюра и краткое изложение на доступном языке будут выдаваться пациентам на указанных языках в момент оказания услуги, когда такие пациенты (i) находятся в приемном отделении, отделении скорой помощи, регистратуре пациентов, финансовой службе пациентов или других амбулаторных учреждениях больницы, где пациентам может быть выставлен счет за больничные услуги, даже если они не были госпитализированы, и (ii) не имеют покрытия третьей стороны.
3. Уведомление будет размещено на определенных языках на видных местах по всей территории больницы, включая приемное отделение, отделение скорой помощи, регистратуру пациентов, финансовое обслуживание пациентов или другие амбулаторные учреждения больницы, где пациентам могут выставлять счета за больничные услуги, даже если они не госпитализированы.
4. Брошюра и краткое изложение на доступном языке также будут доступны на специально определенных языках на нашем веб-сайте.
5. Пациенты должны получать информацию об этой политике в своих выписках счетов и письмах о взыскании задолженности.
6. Для обучения и информирования пациентов и врачей о доступности программы финансовой помощи пациентам могут быть использованы другие возможности, если это будет сочтено целесообразным.

## В. Определение приемлемости

1. Пациенты, не охваченные страхованием от третьих лиц.
  - a. Если пациент не указывает на покрытие со стороны стороннего плательщика или просит о финансовой помощи, ему следует предоставить заявление на участие в программе Medi-Cal, программе Здоровые семьи, покрытие, предлагаемое через Калифорнийскую биржу медицинских льгот, Калифорнийскую службу помощи детям CCS или другую программу медицинского покрытия, финансируемую штатом или округом, до того, как пациент покинет больницу. Пациенту также должно быть выдано направление в Центр потребителей медицинских услуг, Юридическая помощь в области Бэй, 1735 Телеграф Авеню, Окленд, Калифорния 94612; (855) 693-7285, <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>, или в другое агентство в зависимости от ситуации.
  - b. Всем незастрахованным пациентам будет предложена возможность заполнить заявление на получение финансовой помощи. Форма доступна на каждом из определенных языков. Заявление о предоставлении финансовой помощи пациенту будет использоваться для определения права пациента на участие в местных, государственных и федеральных правительственных программах, а также на получение помощи в рамках данной Политики. Пациент, желающий получить помощь в рамках данной Политики, должен заполнить Заявление, после чего будет проверен доход семьи. Срок подачи заявления составляет 240 дней с даты первой выписки пациента. Проверка соответствия требованиям будет проводиться JMН или назначенным ею лицом. Ответственность за сотрудничество в процессе сбора информации лежит на пациенте. Информация о конкретном пациенте будет предоставлена округу и штату в соответствии с руководящими принципами округа и штата по определению приемлемости.
2. Для того чтобы претендовать на получение финансовой помощи в рамках данной политики, заявитель должен предоставить следующее: (i) последнюю декларацию о доходах, поданную каждым членом семьи (или подтверждение того, что декларация не была подана на члена семьи), (ii) выписки о заработной плате за последние 3 месяца на каждого члена семьи (или (iii) три последние выписки по каждому банковскому счету или инвестиционному счету, который ведет член семьи (если заявитель хочет, чтобы его рассматривали на бесплатное обслуживание, а не просто на обслуживание со скидкой), (iv) доказательства медицинских расходов из личных средств, относящихся к определению того, является ли пациент пациентом с недостаточным уровнем страхования, (v) доказательства арендных или ипотечных платежей за последние три месяца, и (vi) разрешение на то, чтобы JMН или его агенты или представители связывались с третьими лицами для проверки точности и полноты представленных документов. Документы о доходах и имуществе, предоставленные JMН при подаче заявления на получение финансовой помощи в соответствии с настоящей Политикой, не будут использоваться для сбора средств.
  - a. Все потенциально подходящие пациенты должны подать заявку на получение помощи через государственные, окружные и другие правительственные программы, прежде чем финансовая помощь JMН будет рассмотрена в соответствии с этой Политикой. Финансовая помощь будет оказана в соответствии с этой политикой только после получения JMН копии отказа. Несоблюдение процедуры подачи заявки или

предоставления необходимых документов может быть рассмотрено в решении JMH. JMH будет ежемесячно рассматривать заявки пациентов на получение финансовой помощи для утверждения.

- b. Пациент, не имеющий покрытия третьей стороны (и не имеющий права на покрытие в рамках программ штата, округа и других программ), будет иметь право на бесплатные необходимые с медицинской точки зрения больничные услуги по данному полису, если сумма следующих расходов составляет 400% от FPL или ниже:
    - 1) Доход семьи пациента (подтвержденный последней поданной федеральной налоговой декларацией и квитанциями о заработной плате за последние три месяца от каждого члена семьи); и
    - 2) Денежные активы пациента (активы, которые легко конвертируются в наличные деньги, такие как банковские счета и акции, торгуемые на бирже) после исключения (i) первых 10 000 долл. денежных активов (ликвидных активов) и (ii) 50% денежных активов пациента (ликвидных активов), превышающих первые 10 000 долл. Пенсионные счета и определенные Налоговым управлением планы отсроченной компенсации (как квалифицированные, так и неквалифицированные) не считаются денежными активами и исключаются из рассмотрения.
  - c. Утвержденные остатки будут отправлены для списания в код транзакции, присвоенный финансовой помощи пациенту, и будут соответствовать полномочиям подписи в соответствии с Руководящими принципами списания JMH. Любые средства, возвращаемые на счет, будут идентифицированы, и будут предприняты шаги для обеспечения надлежащего отражения уменьшенной помощи в главной книге.
  - d. Прежде чем отправить счет пациента в "плохие долги", John Muir Health проверяет все остатки по самооплате через национально признанный инструмент Experian. Файл использует номер социального страхования пациента и демографическую информацию, чтобы получить его оценку FPL. Для всех остатков самообеспечения за необходимые с медицинской точки зрения больничные услуги, которые указывают на доход семьи в размере 400% или менее, создается файл, который передается в John Muir Health. После подтверждения того, что у пациента нет Medi-Cal, 100% остатка списывается на предполагаемую благотворительность.
    - 1) Для пациентов, которые представлены как бездомные без активного адреса и те, кто не предоставляет достаточно информации, чтобы собрать их бал FPL, баланс на их счете будет списан в Предполагаемую благотворительность.
3. Пациенты, застрахованные третьей стороной.
- a. Пациенты, застрахованные третьей стороной, которые, тем не менее, несут значительные расходы на медицинское обслуживание из собственных средств, будут проверены, чтобы определить, подпадают ли они под категорию пациентов с недостаточной страховкой. По запросу пациента о финансовой помощи пациент будет проинформирован о критериях отнесения его к категории пациентов с недостаточным страхованием в соответствии с настоящей Политикой и о необходимости предоставить доказательства расходов на любые медицинские услуги, оказанные

другими поставщиками за последние двенадцать месяцев. Пациент сам решает, хочет ли он или она подавать заявление. Однако больница должна убедиться, что вся информация, относящаяся к политике финансовой помощи, была предоставлена пациенту.

- b. Пациент, желающий получить помощь в рамках данной политики, должен заполнить заявление на получение финансовой помощи. Доход семьи будет подтвержден.
- c. Заявления не могут быть поданы более чем через 240 дней после даты первой выписки пациента. Проверка соответствия требованиям в соответствии с этой политикой будет проводиться JMN или назначенным ею лицом. Ответственность за сотрудничество в процессе сбора информации лежит на пациенте. JMN будет ежемесячно рассматривать заявки пациентов на получение финансовой помощи для утверждения.
- d. JMN откажется от оплаты из собственных средств за необходимые с медицинской точки зрения больничные услуги, предоставляемые пациенту с недостаточным уровнем страхования, если уровень дохода пациента составляет 400% от федерального уровня бедности или ниже, и за предыдущие двенадцать (12) месяцев у пациента были медицинские расходы из собственных средств, превышающие 10% от меньшей из двух величин: годового значения текущего дохода семьи пациента или фактического дохода семьи за предыдущие 12 месяцев.
  - 1) Доход семьи пациента (подтвержденный последней поданной федеральной налоговой декларацией и корешком платежной ведомости за последние три месяца от каждого члена семьи); и
  - 2) Денежные активы пациента (активы, которые легко конвертируются в наличные деньги, такие как банковские счета и акции, торгуемые на бирже) после исключения (i) первых 10 000 долл. денежных активов (ликвидных активов) и (ii) 50% денежных активов пациента (ликвидных активов), превышающих первые 10 000 долл. Пенсионные счета и определенные Налоговым управлением планы отсроченной компенсации (как квалифицированные, так и неквалифицированные) не считаются денежными активами и исключаются из рассмотрения.
- e. Утвержденные остатки будут отправлены для списания в код транзакции, присвоенный финансовой помощи пациенту, и будут соответствовать полномочиям подписи в соответствии с Руководящими принципами списания JMN. Любые возмещения на счет, который прошел квалификацию и был поглощен в соответствии с кодом корректировки помощи для обеспечения надлежащего отражения уменьшенной помощи в главной книге.

### C. Процесс рассмотрения

- 1. Вышеуказанные требования будут рассмотрены и последовательно применены во всем JMN при принятии решения по каждому случаю пациента.
- 2. Информация, собранная в заявке пациента на получение финансовой помощи, может быть проверена JMN. Может потребоваться отказ или освобождение, разрешающее больнице получать информацию о счете от финансового или коммерческого учреждения или другой организации, которая владеет или

Политика финансовой помощи отдельным пациентам

обслуживает денежные активы, для проверки их стоимости. Подпись пациента на заявлении о предоставлении финансовой помощи пациенту будет удостоверяет, что информация, содержащаяся в форме, является точной и полной.

3. Любой пациент или его законный представитель, который обращается за благотворительной помощью или льготным лечением в соответствии с настоящей политикой, должен приложить все разумные усилия, чтобы предоставить JMN документацию о доходах и всех медицинских пособиях. Непредоставление информации может привести к отказу в финансовой помощи.
4. В случае стационарных больничных услуг заявка на получение финансовой помощи пациенту будет требоваться при каждом поступлении пациента и действительна для текущей госпитализации плюс ретроактивная заявка на любые больничные услуги за шесть месяцев до текущей госпитализации. В случае амбулаторных больничных услуг заявление о финансовой помощи пациенту должно подаваться каждые шесть месяцев.
5. Пациент будет уведомлен в письменной форме об одобрении или причине отказа в финансовой помощи, а также о своих правах на апелляцию. Смотрите раздел о процедурах подачи апелляций/отчетности. Такое уведомление должно быть сделано на определенных языках.
6. Конкретное обязательство по оплате скидок потребует определения эпизода ухода или плана лечения и определения цены, чтобы обеспечить точность отчетности о возмещении расходов по федеральной программе здравоохранения. Для пациентов с недостаточным страхованием может потребоваться подождать, пока плательщик рассмотрит претензию, чтобы определить финансовую ответственность пациента.

#### D. Практика выставления счетов и сбора платежей с пациентов

1. Пациентам, которые не предоставили доказательство покрытия третьей стороной во время или до начала лечения, будет предоставлена выписка о стоимости больничных услуг ("**Выписка о расходах**"). Заявление о расходах будет включать (i) заявление о расходах за предоставленные больничные услуги, (ii) запрос о предоставлении больнице медицинской страховки или информации о страховании третьей стороной и (iii) копию резюме. В заявлении также будет указано, что если у пациента нет медицинской страховки, или он может иметь право на Medi-Cal, программу Здоровые семьи, покрытие, предлагаемое через Калифорнийскую биржу медицинских льгот, Калифорнийскую службу помощи детям, другое финансируемое государством медицинское покрытие или финансовую помощь по данному полису. В заключение в заявлении должно быть указано, что (i) больница будет предоставлять заявления на такое покрытие и помощь, (ii) телефон и физический адрес, по которому можно получить такие заявления, и (iii) телефон и контактная информация для местного центра помощи потребителям в офисе юридической службы сообщества.
2. Перед отправкой счетов на взыскание пациент получит письмо с подробным описанием счетов, которые будут отправлены на взыскание, и вариантов их оплаты до того, как это произойдет. В письме будут указаны (i) даты оказания услуг по основному уходу, (ii) организация, которая будет заниматься взысканием задолженности, (iii) как получить детализированный счет от



больницы, (iv) организация, которая будет заниматься взысканием задолженности, (v) медицинское покрытие пациента на момент оказания услуг (или отсутствие покрытия), (vi) заявление больницы на получение финансовой помощи, (vii) дата или даты, когда пациенту ранее предоставлялась информация для подачи заявления на получение финансовой помощи, и (viii) дата вынесения решения по любым предыдущим заявлениям на получение помощи.

3. Больница или привлеченные ею коллекторские агентства должны направить уведомление с указанием следующего не менее чем за тридцать (30) дней до начала действий по взысканию задолженности: (i) действия по взысканию задолженности, которые может предпринять больница или привлеченное коллекторское агентство, и (ii) вероятные сроки, в течение которых они будут предприняты. Эта информация будет включена в передаточное письмо, которое отправляется до того, как счет пациента будет передан на взыскание.
4. Пациенты могут запросить информацию о политике финансовой помощи пациентам устно или письменно, и пациенту будет предоставлено заявление о финансовой помощи пациента. Письменная переписка с пациентом должна вестись на определенном языке.
5. Если пациент пытается претендовать на помощь в соответствии с данной политикой и добросовестно пытается урегулировать любой неоплаченный счет, больница не должна отправлять неоплаченный счет какому-либо коллекторскому агентству или другому правопреемнику, если только эта организация не согласилась соблюдать данную политику. В любом случае пациенту будет предоставлена разумная возможность завершить процесс подачи заявления, прежде чем будут предприняты дальнейшие действия по взысканию задолженности.
6. Если пациент подал апелляцию на покрытие необходимой с медицинской точки зрения больничной услуги третьей стороной-плательщиком и прилагает разумные усилия для информирования JMN, JMN приостановит любые действия по взысканию до завершения рассмотрения апелляции или не предоставления пациентом своевременных обновлений относительно апелляции.
7. Пациенты обязаны незамедлительно сообщать JMN о любых изменениях в своей финансовой информации.
8. Информация о семейном доходе пациента не должна использоваться в поддержку усилий по взысканию задолженности.
9. Перед тем как отложить или отказать в необходимом с медицинской точки зрения уходе из-за неоплаты предыдущих счетов, JMN должен предоставить письменное уведомление о том, что финансовая помощь доступна для тех, кто имеет на это право, и подождать не менее 240 дней с даты уведомления после выписки.
10. Единый бизнес-офис является отделом JMN с окончательным правом определять, предприняла ли больница разумные усилия для оценки того, имеет ли пациент право на помощь в соответствии с данной политикой, прежде чем начать действия по взысканию задолженности.
11. Перед началом деятельности по взысканию долгов с пациента, имеющего

право на финансовую помощь в соответствии с настоящей Политикой, больницы и наши агентства по взысканию долгов, работающие по контракту, предоставят уведомление (i) содержащее заявление о возможности получения некоммерческих кредитных консультаций, (ii) включающее краткое изложение прав пациента, и (iii) следующее заявление: "Законодательство штата и федеральное законодательство требуют от коллекторов справедливого отношения к вам и запрещают коллекторам делать ложные заявления или угрожать насилием, использовать непристойные или нецензурные выражения, а также вести некорректные переговоры с третьими лицами, включая вашего работодателя. За исключением необычных обстоятельств, коллекторы не имеют права связываться с вами до 8:00 утра или 9:00 вечера. В целом, коллектор не имеет права передавать информацию о вашем долге другому лицу, кроме вашего адвоката или супруга. Коллектор может связаться с другим лицом, чтобы подтвердить ваше местонахождение или исполнить судебное решение. Для получения дополнительной информации о деятельности по взысканию долгов вы можете обратиться в Федеральную торговую комиссию по телефону 1 877-FTCHELP или онлайн на сайте [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov)." Вышеуказанные уведомления также должны быть включены в любое общение с пациентом, указывающее на возможное начало деятельности по взысканию задолженности.

12. Ни JMN, ни привлеченные им коллекторские агентства не будут налагать арест на заработную плату или залоговое право на первичное жилье. Это требование не лишает JMN права добиваться возмещения расходов за счет урегулирования ответственности третьих лиц или других юридически ответственных сторон. Агентства, которые оказывают помощь больнице и могут направить выписку пациенту, должны подписать письменное соглашение о том, что они будут придерживаться стандартов больницы в отношении сбора средств с пациентов.

Агентство также должно дать согласие на:

- a) Не сообщать неблагоприятную информацию в агентство по отчетности о потребительском кредите и не возбуждать гражданский иск против пациента за неуплату в любое время до истечения 180 дней после первоначального выставления счета.
  - b) Приостановить любые чрезвычайные меры по взысканию задолженности, если пациент подал незавершенное заявление на получение финансовой помощи.
  - c) Не устанавливать залоговые права на первичное жилье.
  - d) Соблюдать все требования, указанные в Законе Калифорнии о справедливом ценообразовании в больницах Кодекс здравоохранения и безопасности Калифорнии § 127400 и далее, Кодексе внутренних доходов 501(r) и Законе Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и последующие).
  - e) Соблюдать определение и применение Разумного плана платежей, как определено в разделе "Определение" выше.
13. В случае, если с пациента была взыскана сумма, превышающая \$5.00, больница должна возместить пациенту излишне взысканную сумму с 5% процентами (статья XV, раздел 1 Конституции штата Калифорнии), рассчитанными с даты выявления переплаты.

Политика финансовой помощи отдельным пациентам

## Е. Апелляции/Отчетность Процедуры

Ответственность: Финансовые услуги для пациентов

1. В случае возникновения спора или отказа пациент может обратиться за отзывом к директору отдела финансовых услуг для пациентов. Исполнительный директор Revenue Cycle рассматривает апелляцию второго уровня.
  2. Настоящая политика, Краткое изложение и Заявление о финансовой помощи пациентам должны предоставляться в Управление планирования и развития здравоохранения штата (OSHPD) не реже одного раза в два года 1 января. Если в период между полугодовыми подачами вносятся существенные изменения, то подается промежуточная заявка.
  3. Если JMN не внесла существенных изменений с момента предоставления политики и формы финансовой информации, OSHPD будет уведомлен об отсутствии существенных изменений.
  4. При представлении данных, относящихся к благотворительности и скидкам, только те списания и скидки, которые предоставляются в соответствии с настоящей Политикой, должны учитываться при расчете "общественной пользы" в Форме 990, подаваемой JMN.
- F. Неотложная медицинская помощь. Во время чрезвычайной медицинской ситуации финансовый директор JMN или назначенное им лицо могут временно изменить условия настоящей Политики, чтобы расширить доступность финансовой помощи. Любые такие поправки будут задокументированы в письменной форме с указанием даты вступления в силу и даты прекращения действия (при этом подразумевается, что установление и документирование даты прекращения действия может произойти в последующем уведомлении, если дата вступления в силу не известна). JMN предпримет разумные усилия при данных обстоятельствах, чтобы довести до сведения общественности условия и срок действия любой такой поправки. Однако следует понимать, что требования чрезвычайной ситуации могут не позволять осуществлять связь по всем каналам, описанным в Разделе III. А и другие разделы настоящей Политики. В течение десяти (10) дней после внесения существенных временных поправок в настоящую Политику в соответствии с этим подразделом финансовый директор JMN или назначенное им лицо должны предоставить письменное уведомление Председателю Правления JMN и председателю Финансового комитета JMN с кратким изложением условий, даты вступления в силу и даты прекращения (если известно) любой такой поправки.
- IV. Образование пациента/семьи: н/д, если не применимо
- Обеспечивается посредством публикации данной политики на веб-сайте JMN, прямого обучения со стороны уполномоченных лиц JMN и размещения информации, как указано в данной Политике.
- V. Документация: н/д

<b>Ссылка/Правила:</b>	
Закон Калифорнии о справедливом ценообразовании в больницах ( Кодекс здравоохранения и безопасности § 127350 и последующие), Раздел 501 (r) Налогового кодекса США, Закон Калифорнии о справедливой практике взыскания долгов (Гражданский кодекс Калифорнии 1788 и последующие).	
<b>Заменяют:</b>	
<b>Имя и должность основного спонсора:</b>	
Джефф Смит, Контроллер	
<b>Имя и должность владельца(-ов):</b>	
Джефф Смит, Контроллер	
<b>Запись о датах рассмотрения</b>	
<b>Перечислите заинтересованные стороны, Комитет, медицинский персонал и т.д. Отзывы: (с указанием дат утверждения)</b>	
<b>Дата создания:</b>	декабрь 2006

<b>Запись дат утверждения – Документы уровня системы или объекта</b>		
<b>PPRC:</b> Непосредственно на совещании/совете по производительности системы		
<b>JMPN:</b> Непосредственно на совещании/совете по производительности системы		
<b>MEC – ВНС:</b> н/д		<b>MEC – WC:</b> н/д
<b>MEC – CC:</b> н/д		
<b>Снижение производительности системы:</b>	9/15/22	<b>Правление</b> 12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22, 7/26/23