
Политика

Финансовой

Помощи (FAP)

財務補助政策

Política de Assistência Financeira

Financial Assistance Policy

Política de Asistencia Financiera

Chính sách Hỗ trợ Tài chính

1. ЦЕЛЬ

Задачей Tufts Medical Center, в рамках данной политики называемого «Tufts MC» или «Больница», является оказание качественных медицинских услуг. Больница предоставляет необходимые по медицинским показаниям услуги всем пациентам, независимо от их платежеспособности. Больница оказывает услуги, никого не дискриминируя по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, гражданству, статусу иностранца, вероисповеданию, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или состоянию здоровья. Чтобы предоставлять высококачественные услуги и поддерживать местное сообщество, Tufts MC должен создать надежную финансовую основу, которая включает своевременный сбор счетов дебиторов.

МЦ Tufts понимает, что некоторые пациенты имеют ограниченные средства и, возможно, их медицинская страховка не покрывает всех услуг. Данная политика разработана с целью информирования незастрахованных пациентов, а также пациентов, имеющих недостаточное страховое покрытие и ограниченные финансовые ресурсы, о действующих в Больнице программах финансовой помощи, которые могут быть для них доступны.

Мы ожидаем, что пациенты, располагающие средствами, будут оплачивать услуги, предоставляемые МЦ Tufts. Данная политика предполагает, что пациенты, имеющие возможность оформить доступную по цене страховку, сделают это и будут ее поддерживать. Программы финансовой помощи МЦ Tufts предназначены, главным образом, для пациентов, у которых нет медицинской страховки из государственного (например, Medicare или Medicaid) или частного (например, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim и т.д.) источника и которые не имеют достаточных средств. При условии соблюдения определенных критериев, МЦ Tufts может предоставлять скидки пациентам, имеющим подтвержденную необходимость в финансовой помощи, связанную либо с ограниченными доходами, либо с тем, что оплата их счетов за медицинское обслуживание поглощает чрезмерную долю их дохода.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Неотложная помощь: необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые после возникновения медицинского состояния (физического или психического), сопровождающегося достаточно серьезными симптомами, включая сильную боль, при котором любой рассудительный человек со средними знаниями о здоровье и медицине может обоснованно предположить, что отсутствие неотложной медицинской помощи может привести к серьезному риску для здоровья данного пациента или другого лица, серьезному нарушению функций организма или серьезному ухудшению работы какого-либо органа или части тела, или, в случае беременной женщины, к ситуации, определяемой 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Медицинское скрининговое обследование и стабилизирующее лечение в случае состояния, требующего экстренных медицинских мер, включая, в частности, медицинский уход в стационаре или любое подобное обслуживание, предоставляемое в объеме, установленном как обязательный в Законе об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)), квалифицируется как услуги неотложной помощи.

Срочная помощь: необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые после внезапного возникновения медицинского состояния (физического или психического), сопровождающегося достаточно серьезными острыми симптомами (включая сильную боль), при котором любой рассудительный человек может обоснованно предположить, что отсутствие медицинской помощи в течение 24 часов может привести к риску для здоровья данного пациента, нарушению функций организма или ухудшению работы какого-либо органа или части тела. Срочная помощь предоставляется при состояниях, не угрожающих жизни и не представляющих риска серьезного вреда для здоровья пациента.

Необходимые по медицинским показаниям услуги, не являющиеся неотложными или срочными: услуги, не соответствующие определению неотложной или срочной помощи, но являющиеся необходимыми по медицинским показаниям. Пациент обычно, но не обязательно, планирует такие услуги заблаговременно.

Услуги, не являющиеся необходимыми по медицинским показаниям: процедура, анализ или услуга, не оказывающая влияния на уровень здоровья и не требующая оказания неотложной или срочной помощи.

3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

а. Участвующие организации

Данная политика относится к услугам, которые Больница предоставляет и предъявляет к оплате в пунктах обслуживания, перечисленных в Приложении А — «Пункты обслуживания»

Tufts Medical Center, участвующие организации». Данная политика не относится к услугам, которые предоставляются и предъявляются к оплате организациями, перечисленными в Приложении В — «Список аффилированных поставщиков услуг Tufts Medical Center, неучаствующие организации», даже если такие услуги, возможно, предоставляются в пунктах обслуживания Больницы, внесенных в Приложение А.

- b. Незастрахованные и не имеющие достаточного страхового покрытия пациенты МЦ Tufts – это:
 - 1. Пациенты, не имеющие медицинской страховки («незастрахованные»);
 - 2. Пациенты, единственная «страховка» которых – Массачусетская социальная программа охраны здоровья (Massachusetts Health Safety Net);
 - 3. Пациенты, за которыми числятся остатки сумм по счетам, связанные с «исчерпанными» льготами, предоставленными им в рамках их программы страхования; или
 - 4. Пациенты, у которых остатки сумм по счетам связаны с «непокрываемыми» услугами в случаях, когда страховая компания приняла решение, что полная ответственность за оплату таких услуг лежит на пациенте. Сюда относятся и услуги, оплачивать которые страховщик отказался по причине ограничений, установленных для сети данного страховщика.
- c. Обязанности пациента:
 - i. На пациента налагается ряд обязанностей, при выполнении которых можно получить право на получение от Больницы помощи в соответствии с данной политикой, включая:
 - 1. Обязанность оформить и сохранять страховку, если цена такой страховки доступна для пациента;
 - 2. Обязанность подать заявку в любую государственную программу страхования, на участие в которой пациент может иметь право;
 - 3. Обязанность своевременной подачи всех документов о доходах, активах, идентификации личности и месте проживания, требуемых для присоединения к программе государственного страхования и/или для подачи заявления о предоставлении финансовой помощи в МЦ Tufts;
 - 4. Обязанность предоставлять Больнице самые актуальные демографические сведения и информацию о страховании; и
 - 5. Обязанность оплачивать все остатки сумм в соответствии с согласованными сроками.
- d. Процедура финансовой координации МЦ Tufts:
 - i. Процедура Финансовой координации (ФК) является средством упреждающей проверки выявленных незастрахованных пациентов и пациентов с недостаточным страховым покрытием, которым назначено обслуживание. Кроме того, пациентов направляют на ФК отделения МЦ Tufts.
 - ii. ФК выявляет наличие у пациентов прав на включение в государственные и/или частные программы медицинского страхования
 - 1. МЦ Tufts проверяет, нет ли у пациентов прав на участие в программах штата и федеральных программах. Для получения права на скидки в рамках данной политики от пациента могут потребовать подать заявку на участие в различных программах штата и федеральных программах, включая, в частности, программы MassHealth и/или Medicare.
 - 2. Если пациент соответствует критериям для участия в государственной программе, сотрудник ФК порекомендует начать процедуру подачи заявки и по возможности окажет ему в этом помощь.
 - 3. Если пациент не соответствует критериям для участия в государственной программе (например, основанным на федеральном прожиточном минимуме («FPL»), иммиграционном статусе и пр.), если ему отказано в участии во всех доступных государственных программах, или если государственная программа не покрывает в полном объеме расходов пациента, ФК порекомендует варианты получения частной медицинской страховки и осуществит проверку на наличие у пациента прав на участие в дисконтной Программе финансовой помощи МЦ Tufts (см. Раздел IV ниже).

4. ДИСКОНТНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ МЦ TUFTS

- a. МЦ Tufts предлагает следующие дисконтные программы для пациентов:
 - 1. Программа скидок для пациентов с низким уровнем дохода (Low Income Patient Discount), в соответствии с установленными в МЦ Tufts пороговыми значениями, основанными на FPL (Раздел IV(g))
 - 2. Программа скидок для пациентов, испытывающих затруднения из-за медицинских расходов (Medical Hardship Discount), в соответствии с установленными в МЦ Tufts пороговыми значениями, основанными на FPL (Раздел IV(g))
 - 3. Программа скидок для незастрахованных пациентов и пациентов с недостаточным страховым покрытием (Uninsured and Underinsured Discount) (Раздел IV(i))

В рамках этих программ скидки могут быть предоставлены по всем остаткам сумм, входящим в сферу ответственности пациента и соответствующим установленным в МЦ Tufts пороговым значениям, указанным в Приложении С «Программа финансовой помощи Tufts Medical Center: размеры скидок», исключая доплаты, франшизы и суммы, выплачиваемые пациентом в рамках совместного страхования. Если пациент удовлетворяет требованиям для участия в нескольких программах, ему будет предоставлено право участвовать в программе с самыми большими скидками.

Скидки не предоставляются на основе каких-либо отношений, в которых пациент или члены его/ее семьи могут находиться с кем-либо из персонала Больницы или из членов ее административного совета. Скидки не увеличиваются по причине любых соображений «профессиональной любезности» по отношению к пациенту, являющемуся врачом, или членам его/ее семьи. Исключено предложение пациенту скидок, чтобы побудить его к получению услуг или к иным действиям, в результате которых возникает коммерческая деятельность, оплачиваемая в рамках какой-либо федеральной программы здравоохранения; кроме того, такие скидки не подлежат обмену на деньги, а также предметы или услуги, предоставляемые Больницей или любой другой организацией, относящейся к МЦ Tufts (включая скидки в магазине подарков, кафетерии и т.д.).

- b. Процедура подачи заявки и скрининга:
 - i. Пациент должен заполнить заявление о предоставлении финансовой помощи от Tufts Medical Center (Приложение D) и подать его вместе с необходимыми сопроводительными документами для рассмотрения возможности предоставления ему помощи. Необходимая документация может включать, помимо прочего: (1) документы о годовом доходе домохозяйства (справки о начислении заработной платы, данные о выплатах пособий по социальному обеспечению, письмо от работодателя, налоговые декларации или выписки о состоянии банковских счетов); (2) документы о гражданстве и удостоверение личности; (3) документы об иммиграционном статусе для лиц, не являющихся гражданами США (в соответствующем случае); (4) сведения об активах лиц старше 65 лет; (5) информация о страховании, включая сведения о страховом покрытии и об ограничениях, установленных для данной сети. Все сопроводительные документы должны быть поданы в течение 30 дней с даты подачи заявления о предоставлении финансовой помощи, чтобы данное заявление было рассмотрено Больницей.
 - ii. В отношении несовершеннолетних или лиц, подвергшихся жестокому обращению, могут быть поданы конфиденциальные заявления. Таким лицам следует обращаться в отдел финансовой координации.
 - iii. При принятии решения по поданному пациентом заявлению о предоставлении финансовой помощи Медицинский центр Tufts не учитывает прежние решения, признающие право данного пациента на получение такой помощи.
 - iv. МЦ Tufts оставляет за собой право на выполнение через каждые шесть месяцев повторной проверки наличия у пациента права на получение скидок.
- c. Одобрение на получение покрытия
 - i. Больница в письменном виде уведомит пациента о решении, принятом относительно его права на участие в программе МЦ Tufts. См. Приложение E «Уведомления о принятом решении о праве на участие в Программе Tufts Medical Center».
 - ii. Больница оставляет за собой право на отклонение заявлений в случае, если вся сопроводительная документация не была своевременно предоставлена.
 - iii. Апелляции по принятым решениям о праве на участие в программе могут быть рассмотрены, если податель апелляции предоставит Больнице новую информацию.
- d. Ограничения, основанные на уровне доходов пациента:
 - i. Для постоянных жителей Соединенных Штатов в качестве основного критерия определения скидок, описанных в Разделе IV(g) и Разделе IV(h), служат последние опубликованные версии FPL для общего дохода семьи.
 - ii. Лицам, не являющимся постоянными жителями США, и постоянным жителям США, удовлетворяющим требованиям, описанным в Разделе III(c) данной политики, но не соответствующим квалификационным критериям FPL, может быть предоставлена скидка для незастрахованных пациентов и пациентов с недостаточным страховым покрытием, как описано в нижеследующем Разделе IV(i).
 - iii. Все пациенты, удовлетворяющие требованиям Раздела III(c) данной политики, могут иметь право на получение скидки для пациентов МЦ Tufts, испытывающих затруднения из-за медицинских расходов, как описано в Разделе IV(h) ниже.

- e. Услуги, входящие в программу:
 - i. Данная политика, в целом, ограничивается услугами, необходимыми по медицинским показаниям, которые предоставляет предъявляет к оплате МЦ Tufts, включая:
 - 1. Услуги неотложной помощи
 - 2. Услуги срочной помощи и
 - 3. Услуги, не являющиеся неотложными или срочными.
- f. Исключения:
 - i. МЦ Tufts не предоставляет финансовую помощь для получения услуг, не являющихся необходимыми по медицинским показаниям, в соответствии с определением лечащего врача. Примером услуг, финансовую помощь по которым Больница не оказывает, могут служить, в частности, немедицинские услуги (например, социальные, образовательные, профобучение, косметическая хирургия, исследовательские и пр.). Право определять набор услуг, входящих в программу помощи в соответствии с данной политикой, принадлежит исключительно Больнице.
 - ii. МЦ Tufts, как правило, не предоставляет скидок пациентам, желающим получить услуги, не являющиеся неотложными или срочными, когда необходимость таких услуг предполагалась пациентом, и он обратился в МЦ Tufts, не принадлежа к зоне его обслуживания, чтобы получить услуги, которые оказываются и в зоне обслуживания, к которой он принадлежит.
 - iii. На осуществляемые пациентом доплаты, франшизы и суммы, выплачиваемые им в рамках совместного страхования, не распространяется помощь, определяемая данной политикой.
- g. Программа скидок для пациентов МЦ Tufts с низким уровнем дохода:
 - i. Для постоянных жителей Соединенных Штатов в качестве основного критерия определения скидок служат последние опубликованные версии FPL для общего дохода семьи. Скидки, зависящие только от уровня дохода, обычно предоставляются только пациентам, у которых доход семьи ниже 301% FPL.
 - ii. Пациентам, удовлетворяющим этому пороговому значению, будет предложена скидка в объеме, равном обычной сумме по счету (Amount Generally Billed, AGB) или превышающем эту сумму, как определено в [Разделе IV\(j\)](#) ниже.
 - iii. Определение размера скидки входит в сферу ответственности МЦ Tufts.
 - iv. Дополнительные сведения см. в [Приложении С](#) и [Приложении D](#).
- h. Программа скидок для пациентов МЦ Tufts, испытывающих затруднения из-за медицинских расходов:
 - i. Пациенты, не удовлетворяющие требованиям, основанным на пороговых значениях FPL, что являются необходимым критерием получения скидок для пациентов с низким уровнем дохода, тем не менее, могут иметь право на получение скидки, если они могут доказать, что их расходы на медицинское обслуживание превышают 20% семейного дохода. Расходы на медицинское обслуживание должны иметь место в течение 12 предшествующих месяцев и ограничиваются только теми расходами, которые потенциально могут соответствовать критериям медицинских расходов, изложенным в нормативах Налоговой службы США.
 - ii. Определение размера скидки входит в сферу ответственности МЦ Tufts.
 - iii. Дополнительные сведения см. в [Приложении С](#) и [Приложении D](#).
- i. Политика предоставления скидок незастрахованным и не имеющим достаточного страхового покрытия пациентам МЦ Tufts:
 - i. МЦ Tufts предлагает скидки пациентам с любыми уровнями дохода независимо от места их проживания, если они соответствуют критериям, установленным для «незастрахованных и не имеющих достаточного страхового покрытия пациентов», приведенным в [Разделе III\(b\)](#) выше, выполняют обязанности пациента, изложенные в [Разделе III\(c\)](#) выше, и подали заявление о предоставлении финансовой помощи в МЦ Tufts.
 - ii. Все незастрахованные и не имеющие достаточного страхового покрытия пациенты, удовлетворяющие условиям данной политики, имеют право на получение скидки в размере до 20% при оплате услуг, входящих в программу, если получена оплата или согласован план выплат, в течение 30 дней с даты оформления счета.
 - 1. Оплата услуг, не являющихся неотложными или срочными, должна производиться в полном объеме, или план выплат должен быть согласован, до предоставления услуги. Если фактическая стоимость превышает предварительную оценку, пациент должен уплатить образовавшуюся задолженность в течение 30 дней с даты оформления счета.
 - a. Если дополнительная стоимость своевременно не оплачена, все соглашение о предоставлении скидки в целом может быть аннулировано, а пациенту будет выписан счет на оплату услуг в полном объеме

2. Оплата услуг неотложной или срочной помощи должна быть произведена или план выплат должен быть согласован, в течение 30 дней с даты оформления счета.
- iii. При принятии решения о предоставлении скидки в соответствии с данной политикой МЦ Tufts, возможно, будет учитывать своевременную оплату всех задолженностей.
- j. Основа для расчета сумм, взыскиваемых с пациентов:
 - i. После установления наличия у пациента права на участие в программах предоставления скидок, описанных в Разделе IV(g) или Разделе IV(h) выше, взыскиваемая Больницей с пациента оплата за услуги, входящие в программу, не превысит обычной суммы по счету («AGB»).
 - ii. Tufts MC определяет AGB следующим образом: сначала разделив общую сумму платежей на общую сумму расходов за все планы по коммерческому обслуживанию и по бесплатному медицинскому обслуживанию (FFS) в сумме за предыдущий год, чтобы определить Показатель оплаты по счету (PAF) за предыдущий год. Минимальная скидка для пациентов с низким уровнем дохода, предоставляемая Tufts MC, равна обратной величине Показателя оплаты по счету (PAF) за предыдущий год, которая и является показателем AGB.
 - iii. Например, расчет суммы для стационарного больного:
 1. Общая сумма выплат, полученных от программы коммерческого страхования и от Medicare FFS: \$550
 2. Суммарные расходы для программ коммерческого страхования и Medicare FFS: \$1000
 3. PAF: 55%
 4. Скидка AGB для пациентов с низким уровнем дохода в МЦ Tufts: 45%
 - iv. Минимальная скидка для Пациентов с низким доходом Tufts MC, именуемая AGB (обычной суммой по счету), вступила в силу 10/1/2017 и составляет 42% для стационарного обслуживания и 69% для амбулаторного обслуживания. Эти значения были определены согласно требованиям оплаты для коммерческих планов и планов Medicare FFS на период с 6/1/2016 по 5/31/2017.

5. ПЛАН ВЫПЛАТ

Планы беспроцентной оплаты услуг, входящих в программу, предлагаются всем пациентам, которые удовлетворяют критериям, перечисленным в Разделе III(c) выше, по их требованию. Окончательное одобрение плана выплат происходит на основе всестороннего рассмотрения статуса пациента и его истории платежей. Обработку и мониторинг всех планов выплат, установленных для пациентов, осуществляет МЦ Tufts. При согласовании с пациентом плана выплат ожидается, что он будет полностью придерживаться этого плана. Если пациент пропускает две выплаты подряд, действие плана выплат прекращается, и Больница, возможно, отнесет данную учетную запись к безнадежным долгам, в соответствии с процедурами и мерами, которые установлены политикой Больницы в отношении предоставления кредитов и взыскания задолженностей (с нею можно ознакомиться по адресу www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance). Получив от пациента уведомление о том, что у него изменились финансовые обстоятельства, Больница, возможно, выполнит перерасчет его долга по просроченным платежам.

- a. От пациентов, признанных лицами с низким доходом или имеющих право на скидку для пациентов, испытывающих затруднения из-за медицинских расходов, в рамках Массачусетской социальной программы охраны здоровья (HSN), не требуется соответствие критериям, установленным в Разделе III(c), прежде чем Больница предложит им план выплат. Для пациентов, являющихся в рамках HSN лицами с низким доходом или испытывающими затруднения из-за медицинских расходов и имеющих остаток по счетам не более \$1000, такой план выплат будет установлен на срок не менее одного года, и это будет план беспроцентных выплат с минимальным размером ежемесячных выплат не более \$25. Для пациентов, являющихся в рамках HSN лицами с низким доходом или испытывающими затруднения из-за медицинских расходов и имеющих остаток по счетам более \$1000, такой план выплат будет установлен на срок не менее двух лет, и это будет план беспроцентных выплат.
- b. Пациенты, которые не отнесены к категории пациентов с низким уровнем дохода, могут подготовить ежемесячный план платежей с нулевой процентной ставкой по любому счету, даже по счету совместного платежа по страхованию здоровья, по совместному страхованию или по вычитаемой франшизе. Планы платежей ограничены сроком в 1 год в случае расчетного баланса до 1 000 долларов США и сроком в 2 года в случае расчетного баланса более 1 000 долларов США.

6. НЕУПЛАТА

В Больнице действует отдельная политика предоставления кредитов и взыскания задолженностей, определяющая меры, предпринимаемые Больницей в случае неуплаты, и включающая список пациентов, которые, по законам штата, могут обладать иммунитетом против любых действий по взысканию. Прежде, чем приступить к каким-либо чрезвычайным мерам, направленным на взыскание задолженности и соответствующим этой политике, Больница предпримет разумные усилия по выявлению наличия у пациента права на финансовую помощь в соответствии с данной политикой, уведомив его в письменной форме об имеющихся программах помощи и оказав ему содействие в заполнении заявления о предоставлении финансовой помощи от МЦ Tufts. С действующей в Больнице отдельной политикой предоставления кредитов и взыскания задолженностей можно ознакомиться, зайдя на веб-сайт Больницы по адресу www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

7. ПУБЛИКАЦИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ СВЕДЕНИЙ О ПОЛИТИКЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

- a. С отделом финансовой координации МЦ Tufts, предоставляющим консультации и помощь в финансовых вопросах, можно связаться:
 - i. Через Интернет по адресу www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance;
 - ii. По телефону 617-636-6013; или
 - iii. Лично посетив один из следующих пунктов МЦ Tufts:
 1. Biewend Building, 1st Floor, 260 Tremont Street, Boston, MA 02111
 2. Proger Building, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
 3. Emergency Department, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
- b. В Интернете
 - i. Наряду с отделом финансовой координации МЦ Tufts политика финансовой помощи МЦ Tufts, формы заявлений и краткий обзор, изложенный простым языком, доступны по адресу: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
 1. К этому веб-сайту также можно обратиться с домашней страницы МЦ Tufts (www.tuftsmedicalcenter.org) через меню *Patient Care + Services*, затем выберите *Financial Assistance*
 2. Веб-сайт предоставляет целый ряд способов подачи заявления на получение помощи от Больницы и содержит список филиалов отдела финансовой координации, а также номер телефона и электронный адрес центрального офиса. На веб-сайте размещена информация о том, что и формы заявлений, и помощь отдела финансовой координации предоставляются бесплатно.
- c. Больница распространяет сведения о доступной в рамках данной политики финансовой помощи следующими способами:
 - i. Крупный, хорошо заметный информационный плакат (8 X 14 дюймов) размещен на всех входах и в других местах большого скопления посетителей, включая отделение неотложной помощи, отдел финансовой координации и отдел обслуживания клиентов.
 - ii. В отделении неотложной помощи и у входов в здания имеются изложенные простым языком брошюры, информирующие о доступных вариантах финансовой помощи МЦ Tufts.
 - iii. Изложенные доступным языком краткие сведения о политике финансовой помощи предоставляются пациентам в рамках действующих в Больнице процедур приема пациентов на стационарное лечение и выписки.
 - iv. Экземпляры политики финансовой помощи, формы заявления, изложенные доступным языком краткие сведения предоставляются пациентам по их требованию, высказанному при личной встрече или по электронной почте. Информация предоставляется любому пациенту, у которого возникли конкретные вопросы.
 - v. Все материалы, включая политику, форму заявления и краткое изложение политики, предоставляются на английском, китайском, испанском, вьетнамском, португальском континентальном и русском языках.
 - vi. Персонал, отвечающий за реализацию социальных программ, прошел обучение по данной политике и должен информировать население о наличии программ финансовой помощи в МЦ Tufts.

8. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

a. Безнадежные долги Medicare:

- i. Эта политика также может использоваться для проверки степени бедности пациента с целью квалифицирования числящихся за ним остатков сумм по счетам, возникших в ходе участия в программах совместного страхования или из неоплачиваемых сумм за услуги, покрываемые Medicare, когда действует положение Medicare о безнадежных долгах. Критерием для такого определения являются сведения о текущих доходах пациента с учетом заявленного уровня его активов. Чтобы соответствовать критериям, пациент должен иметь доход менее 201% от FPL и активы менее \$10 000 для первого члена семьи плюс дополнительно \$3000 для каждого последующего члена семьи. При определении активов в качестве актива никогда не учитывается ни основное место проживания, ни основной автомобиль. Заполнение пациентом формы заявления на получение финансовой помощи МЦ Tufts является доказательством того, что пациент не способен использовать активы для оплаты своих задолженностей по счетам.

b. Индивидуальная оценка:

- i. Пациентам рекомендуется информировать о возникновении уникальных финансовых обстоятельств отдел финансовой координации или отдел финансового обслуживания пациентов. В отдельных случаях МЦ Tufts может увеличить размер предусмотренных данной политикой скидок, признавая уникальность некоторых ситуаций, порождающих финансовые затруднения.
- ii. Скидки, предоставляемые в большем размере, чем описывает данная политика, возможно, будут одобрены отделом финансовой координации Больницы.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ПУНКТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ TUFTS MEDICAL CENTER, УЧАСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Данная политика распространяется на услуги, которые Медицинский центр Tufts предоставляет и предъявляет к оплате в перечисленных ниже пунктах обслуживания:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children at Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI at Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors, Stoneham, MA 02180

ПРИЛОЖЕНИЕ В

СПИСОК АФФИЛИРОВАННЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ TUFTS MEDICAL CENTER, НЕУЧАСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Данная политика не распространяется на услуги, которые предоставляют и предъявляют к оплате следующие организации, связанные с Медицинским центром Tufts:

1. Организация специалистов-медиков Медицинского центра Tufts (Tufts Medical Center Physicians Organization), включая:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.
18. Cardiovascular Center (Центр сердечно-сосудистых заболеваний) в Tufts Medical Center, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Отделение неотложной помощи Tufts Medical Center находится по адресу: 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – отделение физиотерапии находится по адресу: Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Специалисты по пластической хирургии, не входящие в нашу зону

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Частная клиника терапевтической медицины находится по адресу: Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

Всем организациям специалистов-медиков, связанным с МЦ Tufts, включая перечисленные выше, рекомендуется, но от них не требуется следовать данной политике.

ПРИЛОЖЕНИЕ С

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ TUFTS MEDICAL CENTER: РАЗМЕРЫ СКИДОК

Размер семьи	100% FPL	До 150% FPL	До 300% FPL	Более 301% FPL
1	\$12,492	\$18,744	\$37,476	\$37,477
2	\$16,920	\$25,368	\$50,736	\$50,737
3	\$21,336	\$32,004	\$63,996	\$63,997
4	\$25,752	\$38,628	\$77,256	\$77,257
5	\$30,180	\$45,264	\$90,516	\$90,517
6	\$34,596	\$51,888	\$103,776	\$103,777
7	\$39,012	\$58,524	\$117,036	\$117,037
8	\$43,440	\$65,148	\$130,296	\$130,297
Каждое лицо >8	\$4,428	\$6,636	\$13,260	\$13,261
Скидка для стационарных больных	100%	49.5%	20%	
Скидка для амбулаторных больных		69.5%		
Ожидаемый от стационарного пациента размер оплаты	0%	50.5%	80%	
Ожидаемый от амбулаторного пациента размер оплаты		30.5%		

Аббревиатура FPL означает Federal Poverty Level (федеральный прожиточный минимум) на январь 2019 г., определенный Federal Register (Федеральным реестром).

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА TUFTS

Заявление на получение финансовой помощи

Tufts Medical Center

Tufts Medical Center гордится тем, что все наши пациенты без исключения получают наилучшее обслуживание. Политика предоставления финансовой помощи, принятая в Tufts MC, предусматривает возможность покрытия расходов на экстренную помощь и помощь, необходимую по медицинским показаниям. Финансовая помощь Tufts MC не предусматривает оплату обслуживания которое не является необходимым по медицинским показаниям. Кроме того, она не предусматривает скидок на долевые выплаты по программе страхования, сострахования или франшизе.

Мы ожидаем, что пациенты, имеющие такую возможность, будут сами оплачивать услуги в Tufts MC. Однако у вас может быть право на получение финансовой помощи. Мы настоятельно рекомендуем пациентам подавать заявление на все доступные государственные программы помощи, такие как MassHealth, ConnectorCare или Health Safety Net, прежде чем обратиться к программе финансовой помощи Tufts MC. **В случае, если вы не подавали заявление на помощь по государственной программе, на которую вы можете иметь право, мы можем отклонить ваше заявление или продлить срок его рассмотрения.** Если вам требуется содействие в подаче заявления на государственную программу финансовой помощи, обратитесь за ним к одному из финансовых координаторов Tufts MC.

Ваше право на участие в программе финансовой помощи зависит от того, насколько полно и точно вы заполнили данное заявление на получение финансовой помощи.

Если у вас возникли вопросы, обратитесь в отдел финансовой координации Tufts MC по электронной почте или телефону:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance

617-636-6013

или лично в следующих отделениях Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111

■ ИНСТРУКЦИЯ

Полностью заполните заявление на получение финансовой помощи и приложите к нему копии следующих документов для всех заявителей. Если вы не предоставите все необходимые документы в течение 30 дней, заявление будет отклонено. Прилагайте именно копии всех документов, так как они не будут возвращены.

- Заполните все необходимые разделы заявления и обязательно **подпишите официальное свидетельство на странице 4.**
- Приложите копию **водительского удостоверения, иного удостоверяющего личность документа с фотографией или документов, которые подтверждают ваше текущее место жительства.** На всех прилагаемых документах должно быть указано ваше имя.
- Приложите копию **карт страхования.**
- Приложите документы, **подтверждающие доход:**
 - Приложите копию **последних форм W-2.**
 - Если за последнее время ваш **доход изменился**, включите такие документы, как квитанции о начислении заработной платы (не менее 4-х), подтверждение получения пособия по безработице, выписки с банковских и инвестиционных счетов и/или подтверждение получения социального пособия.
- Если пациент **скончался**, приложите копию свидетельства о смерти и письмо с указанием статуса наследственного имущества.

Отправьте заполненное заявление по адресу:

Tufts Medical Center
Financial Coordination
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

10482RU rev01/11/19

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА TUFTS

СТР. 2

1 О ПАЦИЕНТЕ / ЗАЯВИТЕЛЕ

Заполните данный раздел о пациенте и/или заявителе.

НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: приложите документацию, удостоверяющую ваше место жительства: водительское удостоверение, другой удостоверяющий личность документ с фотографией, документы, подтверждающие ваше текущее место жительства. На всех прилагаемых документах должно быть указано имя пациента.

Дата подачи заявления _____

Имя пациента _____

Дата рождения пациента / /

№ соц. обеспечения пациента / /

№ мед. инф. пациента _____

Имя заявителя _____

Номер телефона заявителя _____

Адрес заявителя _____

Заявителем является либо сам пациент, либо лицо, несущее финансовую ответственность за пациента.

Формат даты рождения: ММ/ДД/ГГГГ

СОСТАВ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Укажите имена и даты рождения всех проживающих вместе с заявителем и то, кем они приходятся заявителю.

Член домохозяйства 1 _____

Дата рождения / /

Кем приходится пациенту _____

Член домохозяйства 2 _____

Дата рождения / /

Кем приходится пациенту _____

Член домохозяйства 3 _____

Дата рождения / /

Кем приходится пациенту _____

Член домохозяйства 4 _____

Дата рождения / /

Кем приходится пациенту _____

Член домохозяйства 5 _____

Дата рождения / /

Кем приходится пациенту _____

Да Нет Являетесь ли вы гражданином США?

Да Нет Если НЕТ, есть ли у вас законное разрешение на постоянное проживание в США*?

*Если пациент является постоянным резидентом, предоставьте копию официального документа.

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА TUFTS

СТР. 3

2 ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ

Заполните данный раздел о страховании пациента.

НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: в случае применимости приложите копию карт(ы) страхования пациента; уведомления от Medicaid; уведомление о непокрываемых услугах; документацию об ограничениях обслуживания в данной сети. На всех прилагаемых документах должно быть указано имя пациента.

- Да Нет Подавали ли вы заявление в Medicaid за последние 6 месяцев?
- Да Нет Есть ли у вас утвержденное или ожидающее утверждения заявление в Medicaid?
- Да Нет Было ли отклонено ваше заявление в Medicaid?
- Да Нет Есть ли у вас медицинская страховка?
- Да Нет Предусматривает ли ваша программа страхования покрытие расходов в Tufts Medical Center?
- Да Нет Есть ли услуги, которые не оплачивает ваша страховая компания?

Если да, укажите эти услуги _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСНОВНОМ СТРАХОВАНИИ

Наименование страховщика _____

Адрес страховщика _____

№ полиса / идентификатор _____

№ группы _____

Подписчик _____

Дата рождения подписчика / /

Кем приходится подписчику _____

Место работы подписчика _____

Дата вступления в силу / /

ИНФОРМАЦИЯ О ВТОРИЧНОМ СТРАХОВАНИИ

Наименование страховщика _____

Адрес страховщика _____

№ полиса / идентификатор _____

№ группы _____

Подписчик _____

Дата рождения подписчика / /

Кем приходится подписчику _____

Место работы подписчика _____

Дата вступления в силу / /

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА TUFTS

СТР. 4

3 ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД И АКТИВЫ

Заполните данный раздел о трудовом доходе и активах пациента и всех работающих членов домохозяйства, перечисленных в Разделе 1. Укажите валовой доход, то есть доход до вычета налогов и отчислений.

Раздел 3 не подлежит заполнению, если пациент и члены его (ее) домохозяйства не имеют трудового дохода или активов.

НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: приложите документацию, которая подтверждает данный доход: квитанции о начислении заработной платы, документы о подоходном налоге, форму W2, банковские выписки, выписки с брокерских счетов и иные подтверждающие документы.

ДОХОД ДОМОХОЗЯЙСТВА

	ПАЦИЕНТ	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 1	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 2	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 3	ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 4	(ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК)
Заработная плата / чаевые						
Пособие по безработице						
Социальное обеспечение						
Детское пособие + алименты						
Доход от индивидуальной трудовой деятельности						
Доход в виде процентов / дивидендов						
Пенсия						
Индивидуальный пенсионный счет / акции / облигации						
Доход от сдачи недвижимости						
Трастовые выплаты						
Компенсация работникам						
Ветеранские пособия						

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДОХОДА

Если у вас **нет дохода** и вы находитесь на иждивении у другого лица, попросите его заполнить и подписать нижеследующее заявление.

Имя пациента _____

в настоящее время не имеет дохода. В настоящее время я обеспечиваю его (ее) необходимыми пищей, кровом и одеждой. Также я предоставляю ему (ей) финансовую помощь на сумму

\$ _____ в среднем за месяц.

Подпись опекуна _____

Дата / /

АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА — РАСЧЕТНЫЕ И СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА

ВИД СЧЕТА	БАНК / ОРГАНИЗАЦИЯ	БАЛАНС

Вид счета: расчетный или сберегательный.

Раздел 3 (продолжение на стр. 5)

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА TUFTS

СТР. 5

ПРОЧИЕ ИСЧИСЛИМЫЕ АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

ВИД СЧЕТА	БАНК / ОРГАНИЗАЦИЯ	БАЛАНС
Акции / облигации		
Депозитарный сертификат		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет (HSA)		
Сберегательный сертификат		
Рождественские клубы и таймшеры		
Прочее		

4 ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Данный раздел необходимо заполнить только некоторым пациентам. Заполните его только в случае наличия счетов за медицинское обслуживание на значительные суммы. Перечислите расходы на лечение в Tufts Medical Center и у других поставщиков. На этом этапе не требуется представлять подтверждающие документы, однако это может потребоваться в будущем.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ	ИТОГО	ПЕРИОДИЧНОСТЬ РАСХОДОВ	(ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК)
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	

ОФИЦИАЛЬНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО — ПОДПИСЬ ОБЯЗАТЕЛЬНА

Я клянусь (или подтверждаю), что вся информация, представленная в данном документе, достоверна и точна и представлена мною по мере моих сил, возможностей, знаний и убеждений. Я обязуюсь в течение одной недели сообщать Tufts Medical Center о любых изменениях, связанных с моими доходами, финансовыми ресурсами и любой информацией, представленной в данном заявлении, если они могут повлиять на мое право на получение финансовой помощи в Tufts Medical Center. Я осознаю, что моя кредитная и прочая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего права на участие в программе. Я осознаю, что в течение 30 дней я обязуюсь направить точную подтверждающую документацию, необходимую для рассмотрения заявки на получение скидки.

Документы, сфальсифицированные пациентом в целях получения финансовой помощи, будут переданы в прокуратуру штата Массачусетс. Пациенты, уличенные в фальсификации заявления, будут лишены права на участие в программе и должны будут задним числом покрыть все расходы, понесенные в связи с их участием в программе начиная с первого дня.

Официальное свидетельство должно быть подписано всеми заявителями. В противном случае заявление будет отклонено.

Подпись заявителя _____

Дата / /

10482 RU Appl

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Approval Letter—Partial Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Благодарим Вас за подачу заявления на получение помощи в оплате Ваших счетов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center. Мы рассмотрели Ваше заявление и подтверждающие документы и установили, что с учетом Ваших доходов Вы имеете право на оплату услуг в рамках Программы по льготному тарифу.

Мы установили, что Ваш доход составляет _____ на семью из _____ человек, таким образом, Вы имеете право на оплату только _____ от нашего обычного тарифа. Счета на сумму _____ за услуги, оказанные __/__/____ пациенту _____, уменьшены до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы помочь с организацией оплаты оставшейся части счета, и готовы предоставить подробный счет по запросу. Учтите, что скидка по данной Программе не применяется к любым доплатам, суммам совместного страхования или суммам франшизы, которые Вам по-прежнему необходимо оплатить.

Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. Если Вы не согласны с этим решением и считаете, что имеете право на дальнейшее уменьшение платежей, свяжитесь с финансовым координатором, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
т 617 636-5000
tuftsmcmedicalcenter.org

[Approval Letter—100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Благодарим Вас за подачу заявления на получение помощи в оплате Ваших счетов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). Мы рассмотрели Ваше заявление и подтверждающие документы и установили, что с учетом Ваших доходов Вы имеете право на бесплатное получение услуг в рамках Программы. Мы списали задолженность в сумме _____ за услуги, оказанные __/__/____ пациенту _____. Вы больше не получите от нас никаких счетов за эти услуги.

Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. При возникновении вопросов обращайтесь к финансовому координатору, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Пересмотр — изменение частичной скидки на скидку 100 %]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Данное письмо направлено в связи с нашим исходным решением от __/__/__ о том, что вы имеете право на частичное сокращение расходов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). По Вашему запросу мы пересмотрели наше исходное решение в отношении Вашего заявления и установили, что с учетом Ваших доходов Вы имеете право на бесплатное получение услуг в рамках Программы. Мы списали задолженность в сумме _____ за услуги, оказанные __/__/__ пациенту _____. Вы больше не получите от нас никаких счетов за эти услуги. Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. При возникновении вопросов обращайтесь к финансовому координатору, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Пересмотр — изменение отказа в скидке на скидку 100 %]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Данное письмо направлено в связи с нашим исходным решением от __/__/__ о том, что вы имеете право на частичное сокращение расходов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). По Вашему запросу мы пересмотрели наше исходное решение в отношении Вашего заявления и установили, что с учетом Ваших доходов Вы имеете право на бесплатное получение услуг в рамках Программы. Мы списали задолженность в сумме _____ за услуги, оказанные __/__/__ пациенту _____. Вы больше не получите от нас никаких счетов за эти услуги. Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. При возникновении вопросов обращайтесь к финансовому координатору, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

**Tufts Medical
Center**

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Пересмотр — изменение отказа в скидке на частичную скидку]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Данное письмо направлено в связи с нашим исходным решением о том, что вы не имеете права на финансовую помощь по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). По Вашему запросу мы пересмотрели наше исходное решение и установили, что с учетом Ваших доходов Вы имеете право на оплату услуг в рамках Программы по льготному тарифу.

Мы установили, что Ваш доход составляет _____ на семью из _____ человек, таким образом, Вы имеете право на оплату только _____ от нашего обычного тарифа. Счета на сумму _____ за услуги, оказанные __/__/____ пациенту _____, уменьшены до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы помочь с организацией оплаты оставшейся части счета, и готовы предоставить подробный счет по запросу. Учтите, что скидка по данной Программе не применяется к любым доплатам, суммам совместного страхования или суммам франшизы, которые Вам по-прежнему необходимо оплатить.

Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. Если Вы не согласны с этим решением и считаете, что имеете право на дальнейшее уменьшение платежей, свяжитесь с финансовым координатором, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

**Tufts Medical
Center**

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Пересмотр — исходное решение о частичной скидке остается в силе]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Данное письмо направлено в связи с нашим исходным решением от __/__/__ о том, что вы не имеете права на помощь по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). По Вашему запросу мы повторно рассмотрели наше исходное решение в отношении Вашего заявления и установили, что с учетом Ваших доходов Вы по-прежнему имеете право только на частичную скидку в рамках Программы.

Как указано в нашем исходном решении, счета на сумму _____ за услуги, оказанные __/__/__ пациенту _____, уменьшены до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы помочь с организацией оплаты оставшейся части счета, и готовы предоставить подробный счет по запросу. Учтите, что скидка по данной Программе не применяется к любым доплатам, суммам совместного страхования или суммам франшизы, которые Вам по-прежнему необходимо оплатить.

Данное подтверждение действительно в течение 6 (шести) месяцев. Если Вы по-прежнему не согласны с этим решением, свяжитесь с финансовым координатором, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Пересмотр — исходное решение об отказе в скидке остается в силе]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Данное письмо направлено в связи с нашим исходным решением от __/__/____ о том, что вы не имеете права на помощь по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). По Вашему запросу мы повторно рассмотрели наше исходное решение в отношении Вашего заявления и установили, что с учетом Ваших доходов Вы не имеете права на помощь в рамках Программы.

Если Вы по-прежнему не согласны с этим решением или хотите обсудить варианты оплаты, свяжитесь с финансовым координатором, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Отказ — общее несоответствие]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Благодарим Вас за подачу заявления на получение помощи в оплате Ваших счетов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). Мы рассмотрели Ваше заявление и подтверждающие документы и установили, что с учетом Ваших доходов Вы не имеете права на получение скидки в рамках Программы.

Мы установили, что Ваш доход составляет _____ на семью из _____ человек и превышает установленный предел _____.

Если Вы не согласны с этим решением или в последнее время у Вас изменились обстоятельства, мы с готовностью повторно рассмотрим Ваше заявление с учетом любой новой информации, которую Вы можете предоставить. При возникновении вопросов обращайтесь к финансовому координатору, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Отказ — неполное заявление]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Благодарим Вас за подачу заявления от __/__/__ на получение помощи в оплате Ваших счетов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center. На данный момент мы не получили необходимых подтверждающих документов для обработки Вашего заявления и в силу этого отклоняем Ваше заявление о предоставлении помощи.

Когда Вы соберете необходимую подтверждающую документацию, мы рекомендуем Вам подать новое заявление о предоставлении финансовой помощи. При возникновении вопросов обращайтесь к финансовому координатору, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: (FAP) — ПИСЬМА-УВЕДОМЛЕНИЯ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
Т 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Отказ — услуги не отвечают требованиям]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая)!

Благодарим Вас за подачу заявления от __/__/__ на получение помощи в оплате Ваших счетов по Программе финансовой помощи, предлагаемой Tufts Medical Center (далее — «Программа»). С сожалением сообщаем Вам о том, что услуги, которые Вы получили __/__/__, не считаются необходимыми с медицинской точки зрения и поэтому не могут быть оплачены в рамках Программы. Просим незамедлительно оплатить счета во избежание дополнительных мер по взысканию задолженности.

Если Вы не согласны с этим решением или у Вас возникли вопросы, свяжитесь с финансовым координатором, данные которого приведены ниже.

С уважением,

Name

Title, Telephone