

Τομέας υπηρεσιών: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM POLICIES & PROCEDURES ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM	
Τίτλος: Πολιτική προγραμμάτων οικονομικής υποστήριξης		
Ημερομηνία έγκρισης 20/9/2013	Εγκρίνεται από: Boards of Trustees Senior Vice President, Finance	
Ημερομηνία ισχύος: 20/9/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital και Westerly Hospital	Ημερομηνία ελέγχου / αναθεώρησης: 21/1//2015, 30/9/2016, 16/12/2016, 1/6/2017, 15/7/18	
Διανομή: MCN Policy Manager	Τύπος πολιτικής (I ή II): Τύπος I	
Διαδέχεται τα έντυπα: Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (NC:F-4) Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (9-13) Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy		

ΣΚΟΠΟΣ

Το Yale New Haven Health System (“YNHHS”) αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς ενδέχεται να μην έχουν τη δυνατότητα να καταβάλουν το κόστος της ιατρικώς αναγκαίας περίθαλψής τους χωρίς οικονομική υποστήριξη. Συνεπώς προς την αποστολή του, το YNHHS δεσμεύεται προκειμένου να διασφαλίσει ότι η ικανότητα καταβολής του κόστους θα εξετάζεται προσεκτικά, κατά τον προσδιορισμό των οφειλόμενων ποσών για επείγουσες και άλλες ιατρικώς απαραίτητες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Ως επέκταση της αποστολής του, το YNHHS έχει θεσπίσει τα λεγόμενα FAP (Financial Assistance Programs, [προγράμματα οικονομικής υποστήριξης]) στους ασθενείς ως προς την πληρωμή επείγουσας και άλλης ιατρικώς απαραίτητης περίθαλψης. Οι στόχοι των FAP είναι:

- (i) Ο καθορισμός κάθε οικονομικής υποστήριξης διαθέσιμης στο πλαίσιο των FAP,
- (ii) Η παροχή ξεκάθαρης πληροφόρησης όσον αφορά τα κριτήρια επιλεξιμότητας, τις απαιτήσεις υποβολής αίτησης και τη μέθοδο που εφαρμόζεται για την υποβολή αίτησης για οικονομική υποστήριξη,
- (iii) Περιγραφή της βάσης υπολογισμού των ποσών που χρεώνονται στους επιλέξιμους για το FAP ασθενείς για επείγουσα ή άλλου είδους ιατρικώς αναγκαία φροντίδα, και

- (iv) Περιγραφή των ενεργειών των νοσοκομείων YNHHS για την ευρεία δημοσιοποίηση αυτού του FAP στις κοινότητες που εξυπηρετούνται από το YNHHS.

ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Η παρούσα πολιτική ισχύει για όλα τα αδειοδοτημένα νοσοκομεία που συνεργάζονται με το YNHHS, συμπεριλαμβανομένων των Bridgeport Hospital («BH»), Greenwich Hospital («GH»), Lawrence + Memorial Hospital («LMH»), Yale New Haven Hospital («YNHH») και Westerly Hospital («WH») (καθένα από αυτά καλούμενο «Νοσοκομείο»).

ΠΟΛΙΤΙΚΗ

I. Αντικείμενο και κατάλογος παρόχων

A. **Επείγουσα ή άλλου είδους ιατρικώς αναγκαία φροντίδα.** Το FAP ισχύει για επείγουσα ή άλλου είδους ιατρικώς αναγκαία φροντίδα συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής και της φροντίδας σε εξωτερικά ιατρεία, η οποία τιμολογείται από Νοσοκομείο. Από το FAP εξαιρούνται: (α) υπηρεσίες νοσοκόμων σε ιδιωτικούς χώρους ή από αποκλειστικές, (β) υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι απαραίτητες από ιατρικής πλευράς, όπως προαιρετική κοσμητική χειρουργική, (γ) άλλες προαιρετικές αμοιβές διευκολύνσεων, όπως χρεώσεις για τηλεόραση ή τηλεφωνία, και (δ) άλλες εκπτώσεις ή μειωμένες χρεώσεις οι οποίες δεν περιγράφονται ρητά σε αυτή την Πολιτική.

B. **Κατάλογος παρόχων.** Μπορείτε να βρείτε έναν κατάλογο παρόχων οι οποίοι παρέχουν επείγουσα ή άλλου είδους ιατρικώς αναγκαία φροντίδα σε ένα Νοσοκομείο, στην παρακάτω διεύθυνση: https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

Ο κατάλογος υποδεικνύει εάν ο πάροχος καλύπτεται υπό το FAP. Εάν ο πάροχος δεν καλύπτεται στο πλαίσιο του FAP, οι ασθενείς θα πρέπει να επικοινωνήσουν με το γραφείο του παρόχου για να διαπιστώσουν εάν ο πάροχος προσφέρει οικονομική υποστήριξη και εάν αυτό ισχύει, ποιες είναι οι καλύψεις της πολιτικής οικονομικής υποστήριξης του παρόχου.

C. **Συμμόρφωση με EMTALA.** Τα νοσοκομεία απαιτούνται να συμμορφώνονται με το Νόμο περί Επείγουσας Ιατρικής Θεραπείας και Ενεργού Τοκετού (EMTALA) σύμφωνα με τις πολιτικές τους και τους απαγορεύεται επίσης να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που θα αποθάρρυναν ένα άτομο να ζητήσει επείγουσα ιατρική φροντίδα.

II. Προγράμματα οικονομικής υποστήριξης και επιλεξιμότητα

Διατίθεται οικονομική υποστήριξη στους υπηκόους και μόνιμους κατοίκους των ΗΠΑ που συμπληρώνουν την απαιτούμενη αίτηση οικονομικής υποστήριξης και πληρούν τις επιπλέον προϋποθέσεις επιλεξιμότητας που περιγράφονται παρακάτω.

A. **Δωρεάν φροντίδα (Free care).** Το πρόγραμμα Free Care παρέχει δωρεάν φροντίδα σε ασθενείς Νοσοκομείων με ακαθάριστο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο ή ίσο του 250% που αναφέρεται στις Ομοσπονδιακές Οδηγίες περί Ορίου Φτώχειας (βλέπε Συνημμένο 1). Κάθε ασθενής ο οποίος, κατά την κρίση του Νοσοκομείου, έχει εγκριθεί για Πολιτειακή ιατρική υποστήριξη απαιτείται να λάβει την απόφαση της Πολιτείας μέσα στους τελευταίους έξι μήνες.

Financial Assistance Programs Policy

Επιπλέον, το YNHHS εκ μέρους των ΒΗ, ΓΗ, και ΥΝΗΗ χρησιμοποιεί ένα εξωτερικό εργαλείο διαλογής το οποίο λειτουργεί επικουρικά για τον εντοπισμό προσώπων με υπόλοιπα εξοφλούμενα από τους ίδιους, οι οποίοι δεν έχουν κάνει αίτηση για οικονομική υποστήριξη αλλά των οποίων το εισόδημα είναι μικρότερο ή ίσο του 250% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας (δηλαδή είναι επιλέξιμοι για δωρεάν φροντίδα). Εάν εντοπιστεί κάποιος ασθενής διαμέσου αυτής της διεργασίας, οι υπολειπόμενες οφειλές προς νοσοκομεία ενδέχεται να διευθετηθούν σε δωρεάν φροντίδα.

- B. Φροντίδα μειωμένου κόστους (Discounted care).** Εάν ένας ασθενής του Νοσοκομείου δεν έχει ασφάλεια υγείας και το μεικτό ετήσιο οικογενειακό εισόδημά του είναι μεταξύ 251% - 550% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας, το Νοσοκομείο θα παράσχει έκπτωση στην περίθαλψη στο AGB του Νοσοκομείου (όπως ορίζεται παρακάτω στην Ενότητα III και στο Συνημμένο 1).
- C. Κονδύλια νοσοκομειακών κλινών (Hospital Bed Funds).** Ενδέχεται να είστε επιλέξιμος για τη λήψη οικονομικής υποστήριξης από κονδύλια νοσοκομειακών κλινών, τα οποία κονδύλια αποτελούν δωρεά προς το Νοσοκομείο για την παροχή ιατρικής περίθαλψης στους ασθενείς. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα όρια εισοδήματος για τη λήψη κονδυλίων νοσοκομειακών κλινών. Η επιλεξιμότητα προσδιορίζεται ανά περίπτωση από τους δωρητές των κονδυλίων βάσει της οικονομικής δυσπραγίας του καθενός. Κάθε ασθενής που συμπληρώνει την απαιτούμενη αίτηση οικονομικής υποστήριξης θεωρείται αυτομάτως υποψήφιος για κονδύλια νοσοκομειακών κλινών.
- D. Άλλα προγράμματα Οικονομικής Υποστήριξης για συγκεκριμένα νοσοκομεία:**
- (i) **Yale New Haven Hospital, Πρόγραμμα «Εγώ και το μωρό μου».** Αυτό το πρόγραμμα είναι διαθέσιμο για τους ασθενείς του Yale New Haven Hospital. Παρέχει προγεννητική φροντίδα, φροντίδα κατά τον τοκετό και υπηρεσίες κύησης καθώς και κάποια δωρεάν επιλόχεια φροντίδα. Είναι πιθανόν να είστε επιλέξιμοι εάν ζείτε στο New Haven County, δεν έχετε ασφάλιση υγείας οποιουδήποτε είδους και η οικογένειά σας έχει εισόδημα χαμηλότερο από 2 ½ φορές το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας. Για περισσότερες πληροφορίες ή για να ζητήσετε αίτηση, αποταθείτε στους εκπροσώπους μας στο Yale New Haven Hospital Women’s Center ή καλέστε τον αριθμό 203-688-5470.
 - (ii) **Η Greenwich Hospital Outpatient Clinic** (εξωτερική κλινική) εξυπηρετεί τους ασθενείς που έχουν ασφάλεια υγείας της Medicare, της Medicaid ή ασφάλεια που παρέχεται μέσω του Access Health CT και που έχουν οικογενειακό εισόδημα κάτω από το τετραπλάσιο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας. Επιπλέον η κλινική παρέχει περίθαλψη σε μειωμένο κόστος σε κατοίκους του Greenwich που δεν είναι υποψήφιοι για ασφάλιση και που έχουν οικογενειακό εισόδημα κάτω από το τετραπλάσιο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας. Για περισσότερες πληροφορίες ή για να σας δοθεί η αίτηση καλέστε στο 203-863-3334.

III. Περιορισμός δαπανών - ποσά τιμολογούμενα στο FAP- επιλέξιμοι ασθενείς

Σε περίπτωση απονομής οικονομικής υποστήριξης η οποία δεν καλύπτει το 100% των χρεώσεων του YNHHS για την υπηρεσία, τα ποσά που θα χρεωθούν στους επιλέξιμους ασθενείς για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο αυτής της Πολιτικής δεν θα ξεπερνούν το ποσό το οποίο γενικά χρεώνει ένα Νοσοκομείο σε ασθενείς που διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη για μια τέτοια φροντίδα (“AGB”). Το YNHHS υπολογίζει το AGB σε ετήσια βάση ανά Νοσοκομείο χρησιμοποιώντας την αναλογιστική μέθοδο και με βάση τις μοναδιαίες τιμές αμοιβών ανά υπηρεσία του συστήματος Medicare, συμπεριλαμβανομένων των ποσών αναδιανομής κόστους ανά δικαιούχο του Medicare και όλες τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας οι οποίες καταβάλουν τις απαιτήσεις νοσηλείας σε κάθε νοσοκομειακή εγκατάσταση για το προηγούμενο Οικονομικό Έτος. Το YNHHS μπορεί να εφαρμόσει την ποσοστιαία έκπτωση ανά Νοσοκομείο

Financial Assistance Programs Policy

ή μπορεί να επιλέξει να χρησιμοποιήσει την ποσοστιαία έκπτωση που είναι τυχόν ευμενής για τους ασθενείς του YNHHS. Το AGB ορίζεται στο Συνημμένο 1 της παρούσας.

Όπως χρησιμοποιείται στην παρούσα, το “ποσό που γενικά χρεώνεται” και η “αναλογιστική μέθοδος” έχουν τις έννοιες που ορίζονται στον Φορολογικό Κώδικα των ΗΠΑ (Internal Revenue Code) §501(r)(5) και 1.501(r)-5.

IV. Μέθοδος εφαρμογής της υποστήριξης

Για να είναι ο ασθενής επιλέξιμος για οικονομική υποστήριξη, οφείλει να συμπληρώσει την απαιτούμενη αίτηση οικονομικής υποστήριξης («Αίτηση»). Στην Αίτηση αναφέρονται (i) τα διαθέσιμα προγράμματα του FAP και οι απαιτήσεις επιλεξιμότητας, (ii) οι απαιτήσεις ως προς τα δικαιολογητικά με τα οποία προσδιορίζεται η επιλεξιμότητα, και (iii) οι πληροφορίες επικοινωνίας για βοήθεια σε σχέση με το FAP. Στην Αίτηση αναφέρονται επίσης (i) ότι το Νοσοκομείο θα απαντήσει εγγράφως σε κάθε Αίτηση, (ii) οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν εκ νέου αίτηση για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του FAP ανά πάσα στιγμή και (iii) κάθε χρόνο διατίθενται πρόσθετα κονδύλια για δωρεάν κλίνες. Τα Νοσοκομεία δεν έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του FAP λόγω αδυναμίας παροχής πληροφοριών ή δικαιολογητικών τα οποία δεν απαιτούνται από το FAP ή την Αίτηση, ως μέρος της Αίτησης.

Τα Νοσοκομεία του YNHHS θα καταβάλουν εύλογες προσπάθειες για τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας και την τεκμηρίωση τυχόν καθορισμού της επιλεξιμότητας για οικονομική υποστήριξη στους αντίστοιχους λογαριασμούς των ασθενών. Μόλις ένα Νοσοκομείο καθορίσει ότι ένας ασθενής είναι επιλέξιμος για FAP, θα πρέπει να:

- (i) Παράσχει μια βεβαίωση οφειλών η οποία θα αναφέρει το ποσό που οφείλει το άτομο ως ασθενής επιλέξιμος για FAP, συμπεριλαμβανομένων του τρόπου προσδιορισμού του ποσού και θα αναφέρει - ή περιγράφει - πώς το πρόσωπο μπορεί να λάβει πληροφορίες σχετικά με το AGB για τη φροντίδα,
- (ii) Επιστρέφει στο πρόσωπο οποιοδήποτε ποσό έχει καταβληθεί από το τελευταίο για την φροντίδα, το οποίο υπερβαίνει το ποσό για το οποίο έχει προσδιοριστεί ότι φέρει ατομική ευθύνη για πληρωμή ως πρόσωπο επιλέξιμο για FAP, εκτός εάν το εν λόγω υπερβάλλον ποσό είναι λιγότερο από 5 δολάρια ΗΠΑ ή άλλο αντίστοιχο ποσό προβλέπεται από το IRS (Φορολογικές Αρχές των ΗΠΑ) και
- (iii) Λάβει εύλογα μέτρα για την αναστροφή οποιασδήποτε έκτακτης εισπρακτικής ενέργειας.

V. Αρνηση πληρωμής – νομικές ενέργειες

Ένα Νοσοκομείο (και τυχόν εισπρακτική επιχείρηση ή άλλο πρόσωπο προς το οποίο έχει εκχωρήσει το χρέος) δεν θα προβεί σε έκτακτες εισπρακτικές ενέργειες (ECA, Extraordinary Collection Action) προτού περάσουν 120 ημέρες από την έκδοση του πρώτου λογαριασμού για τη φροντίδα μετά το εξιτήριο και προτού καταβάλει εύλογες προσπάθειες να προσδιοριστεί εάν ένας ασθενής ή άλλο πρόσωπο το οποίο έχει οικονομικές υποχρεώσεις συμμετοχής στα νοσήλια (Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α)), το οποίο είναι επιλέξιμο για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του παρόντος FAP. Οποιαδήποτε ECA θα πρέπει να έχει την έγκριση του Vice President of Corporate Business Services ή του(των) πληρεξούσιου(ων) αυτού, και οι οποίοι θα επιβεβαιώσουν ότι έχουν ανταποκριθεί στις εύλογες απαιτήσεις προσπάθειες του παρόντος FPA.

Το Νοσοκομείο θα ακολουθήσει το δικό του κύκλο καταχώρισης εισπρακτέων λογαριασμών, σύμφωνα με τις εσωτερικές επιχειρησιακές διεργασίες και πρακτικές. Στο πλαίσιο αυτών των διεργασιών και πρακτικών, το Νοσοκομείο, κατ' ελάχιστο, θα ενημερώσει τους ασθενείς για το FAP του από την ημερομηνία που παρέχεται η φροντίδα και καθ' όλο τον κύκλο καταχώρισης εισπρακτέων λογαριασμών (ή το αντίστοιχο χρονικό διάστημα που προβλέπεται από το νόμο, οποιοδήποτε από τα δύο είναι μεγαλύτερο) με τον εξής τρόπο:

Financial Assistance Programs Policy

1. Σε όλους τους ασθενείς θα δοθεί μια σύνοψη σε απλή γλώσσα και ένα έντυπο αίτησης για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του FAP, ως μέρος της διαδικασίας εισαγωγής τους ή εξαγωγής τους από Νοσοκομείο.
2. Τουλάχιστον τρεις ξεχωριστές βεβαιώσεις εισπραχίας του ποσού της συμμετοχής θα σταλούν ταχυδρομικά ή με e-mail στην τελευταία γνωστή διεύθυνση του ασθενούς και τυχόν άλλου Υπεύθυνου(ων) Προσώπου(ων). Με την προϋπόθεση ωστόσο, ότι δεν χρειάζεται να αποσταλούν περαιτέρω βεβαιώσεις αφού ένα ή περισσότερα Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) προχωρήσει(ουν) στην υποβολή πλήρους αίτησης για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του FAP ή έχει εξοφλήσει το υπόλοιπό του. Τουλάχιστον 60 ημέρες έχουν παρέλθει μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας από τις τρεις αναγκαίες αποστολές. Το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) έχει την υποχρέωση να παράσχει σωστή ταχυδρομική διεύθυνση κατά το χρόνο παροχής της υπηρεσίας ή εάν αλλάξει ο τόπος κατοικίας. Εάν σε ένα λογαριασμό δεν αντιστοιχεί έγκυρη διεύθυνση, θα έχει ολοκληρωθεί ο προσδιορισμός της "εύλογης προσπάθειας". Όλες οι βεβαιώσεις λογαριασμών συμμετοχής για μεμονωμένους ασθενείς θα περιλαμβάνουν, αλλά όχι κατ' ανάγκη αποκλειστικά:
 - a. Μια ακριβή περίληψη των νοσοκομειακών υπηρεσιών που καλύπτει η βεβαίωση,
 - b. Τις χρεώσεις για τις εν λόγω υπηρεσίες,
 - c. Το ποσό που απαιτείται να καταβάλει το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) (ή εάν το ποσό αυτό δεν είναι γνωστό, μια εκτίμηση καλή τη πίστι του εν λόγω ποσού κατά την ημερομηνία της αρχικής βεβαίωσης), και
 - d. Μια ανοικτή έγγραφη ειδοποίηση με την οποία το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) ενημερώνεται και πληροφορείται σχετικά με τη διαθεσιμότητα της οικονομικής υποστήριξης στο πλαίσιο του FAP, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού τηλεφώνου του τμήματος και την απευθείας διεύθυνση της ιστοσελίδας όπου μπορεί να ληφθούν αντίγραφα των εγγράφων.
3. Τουλάχιστον μια από τις αποστέλλόμενες μέσω αλληλογραφίας ή e-mail βεβαιώσεις, θα περιέχει έγγραφη ειδοποίηση με την οποία το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) πληροφορείται σχετικά με τις ECA στις οποίες προτίθεται να προχωρήσει το νοσοκομείο εάν από το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) δεν υποβληθεί αίτηση για οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο του FAP ή δεν πληρωθεί το οφειλόμενο ποσό μέχρι την προθεσμία εξόφλησης. Η εν λόγω βεβαίωση θα πρέπει να χορηγείται στο Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την προθεσμία που αναφέρεται στη βεβαίωση. Η βεβαίωση αυτή θα συνοδεύεται από συνοπτικό σημείωμα σε απλή γλώσσα. Το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) έχει την υποχρέωση να παράσχει σωστή ταχυδρομική διεύθυνση κατά το χρόνο παροχής της υπηρεσίας ή εάν αλλάξει ο τόπος κατοικίας. Εάν σε ένα λογαριασμό δεν αντιστοιχεί έγκυρη διεύθυνση, θα έχει ολοκληρωθεί ο προσδιορισμός της "εύλογης προσπάθειας".
4. Πριν από την ενεργοποίηση οποιασδήποτε ECA, θα γίνει προσπάθεια τηλεφωνικής επικοινωνίας με το Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) στον τελευταίο γνωστό τηλεφωνικό αριθμό, εάν υπάρχει, τουλάχιστον μία φορά κατά τη σειρά των διαβιβαζόμενων με αλληλογραφία ή μέσω e-mail βεβαιώσεων, εφόσον ο λογαριασμός παραμένει ανεξόφλητος. Σε όλες τις συνδιαλέξεις, ο ασθενής ή το(α) Υπεύθυνο(α) Πρόσωπο(α) θα πληροφορείται σχετικά με την οικονομική υποστήριξη η οποία είναι ενδεχομένως διαθέσιμη στο πλαίσιο του FAP.
5. Με σκοπό τη συμμόρφωση με τις διατάξεις της παρούσας πολιτικής, ένα Νοσοκομείο του YNHHS δύναται να προχωρήσει σε έκτακτες εισπρακτικές ενέργειες τις ECA που απαριθμούνται στο Συνημμένο 2 της παρούσας Πολιτικής, για την εισπραχία των οφειλόμενων για τις υπηρεσίες

περίθαλψης.

VI. Διαθεσιμότητα Πολιτικής

Αντίγραφα του FAP, μια σύνοψη του FAP σε απλή γλώσσα και η αίτηση FAP διατίθενται στη διεύθυνση <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Κάθε Νοσοκομείο μπορεί να παράσχει δωρεάν αντίγραφα του FAP, μια σύνοψη του FAP σε απλή γλώσσα και την αίτηση FAP εφόσον ζητηθούν, μέσω ταχυδρομείου ή στα επείγοντα περιστατικά του Νοσοκομείου (Hospital Emergency Department) και σε κάθε σημείο εγγραφής, σε έντυπη μορφή στα αγγλικά και στην κύρια γλώσσα οποιουδήποτε συνόλου ατόμων με περιορισμένες γνώσεις αγγλικών που συνιστούν το λιγότερο από 1.000 άτομα ή 5% ή περισσότερο του πληθυσμού που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο. Βλ. Συνημμένο 3 για τον κατάλογο των γλωσσών.

Επικοινωνήστε με την υπηρεσία Corporate Business Services στον αριθμό 855-547-4584 χωρίς χρέωση, για πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητα ή τα προγράμματα που ενδέχεται να σας διατίθενται, για να ζητήσετε να σας ταχυδρομηθεί ένα αντίγραφο του FAP, μια σύνοψη του FAP σε απλή γλώσσα, το έντυπο αίτησης FAP ή η Πολιτική Χρεώσεων και Εισπράξεων (Billing and Collection Policy) ή εάν χρειάζεστε ένα αντίγραφο του FAP, μια σύνοψη του FAP σε απλή γλώσσα ή το έντυπο αίτησης FAP μεταφρασμένα σε γλώσσα άλλη εκτός των αγγλικών. Επιπλέον οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν τα ερωτήματά τους προς τα τμήματα Patient Registration, Patient Financial Services και Social Work/Case Management σχετικά με την ενεργοποίηση της διαδικασίας αίτησης FAP.

Άλλες προσπάθειες για την ευρεία δημοσιοποίηση του FAP περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις σε εφημερίδες γενικής κυκλοφορίας, την παροχή έγγραφης ενημέρωσης για το FAP σε όλους τους λογαριασμούς χρέωσης, τη γνωστοποίηση του FAP σε κάθε προφορική επικοινωνία με ασθενείς σχετικά με το ανεξόφλητό ποσό τους και τη διοργάνωση ημερίδων και άλλων πληροφοριακών συναντήσεων.

VII. Επιβλέπουσα επιτροπή διοίκησης (Management Oversight Committee)

Το FAP θα τελεί υπό την επίβλεψη μιας επιβλέπουσας επιτροπής διοίκησης της οποίας θα προεδρεύει ένας Senior Vice President του YNHHS και θα περιλαμβάνει αντιπροσώπους του τμήματος Corporate Business Services, των οικονομικών υπηρεσιών ασθενών, των σχέσεων με ασθενείς, του οικονομικού τμήματος και του νοσηλευτικού προσωπικού, εάν είναι απαραίτητο. Αυτή η επιτροπή θα συνέρχεται σε τρίμηνη βάση.

VIII. Συμμόρφωση με την πολιτειακή νομοθεσία

Κάθε Νοσοκομείο θα πρέπει να συμμορφώνεται με τη σχετική πολιτειακή νομοθεσία συμπεριλαμβανομένης, μεταξύ άλλων, της Γενικής Νομοθεσίας του Connecticut που διέπει τις Εισπράξεις των Νοσοκομείων από ανασφάλιστους ασθενείς (Collections by Hospitals from Uninsured Patients) και τις Πολιτειακές προδιαγραφές για παροχή φιλανθρωπικής φροντίδας (Statewide Standard for the Provision of Charity Care) του Rhode Island που αναγράφονται στην Ενότητα 11.3 του εντύπου Rhode Island Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions («RI Regulations») και τις Πολιτειακές προδιαγραφές για παροχή μη αμειβόμενης περίθαλψης (Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care) που αναγράφονται στην Ενότητα 11.4 των RI Regulations.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Internal Revenue Code 501(c)(3)
- Internal Revenue Code 501(r)
- Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

Financial Assistance Programs Policy

- RI Regulations 11.3 και 11.4

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

- YNHHS Billing and Collections Policy
- YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening/Stabilization, On-Call and Transfer
Yale-New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds NC:F-2
Greenwich Hospital Outpatient Center Policies and Procedures

Συνημμένο 1

Υπολογισμός του 250% & 550% των Ομοσπονδιακών Οδηγιών περί Ορίου Φτώχειας (FPG):

	Μέγεθος οικογένειας	100%	250%	550%	
	1	\$ 12.140	\$ 30.350	\$ 66.770	
	2	\$ 16.460	\$ 41.150	\$ 90.530	
	3	\$ 20.780	\$ 51.950	\$ 114.290	
	4	\$ 25.100	\$ 62.750	\$ 138.050	
	5	\$ 29.420	\$ 73.550	\$ 161.810	
	6	\$ 33.740	\$ 84.350	\$ 185.570	
		Δωρεάν φροντίδα: Προσθέστε \$ 10.800 για κάθε άλλο οικογενειακό μέλος			
		Φροντίδα με έκπτωση: Προσθέστε \$23.760 για κάθε άλλο οικογενειακό μέλος			

AGB (Amounts Generally Billed, ποσά που γενικά χρεώνονται):

Οι επιλέξιμοι για οικονομική υποστήριξη ασθενείς στο πλαίσιο αυτής της Πολιτικής, θα λάβουν υποστήριξη σύμφωνα με τα παρακάτω:

Όλα τα νοσοκομεία YNHHS:

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Ποσοστό έκπτωσης % επί των χρεώσεων	Η συμμετοχή του ασθενούς σε % των χρεώσεων
< ή = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	70%	30%*

*Για το ημερολογιακό έτος 2018, AGB (% χρεώσεων): BH 30,4%, GH 31,6%, LMH 38,7%, YNHHS 32,6% και WH 30,9%

Αναθ. 21 Μαρτίου 2018

Συνημμένο 2

ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Επισχές περιουσιακών στοιχείων.

Επισχές ιδιωτικών κατοικιών επιτρέπονται μόνο εάν:

- a) Ο ασθενής είχε την ευκαιρία να υποβάλει αίτηση για κονδύλια για δωρεάν κλίνες και είτε αμέλησε ή αρνήθηκε να ανταποκριθεί ή κρίθηκε μη επιλέξιμος για τα εν λόγω κονδύλια,
- b) Ο ασθενής δεν έχει κάνει αίτηση ή δεν έχει τις προϋποθέσεις για άλλη οικονομική υποστήριξη στο πλαίσιο της Πολιτικής Οικονομικής Υποστήριξης του Νοσοκομείου, προκειμένου να συνεισφέρει στην πληρωμή της οφειλής του(ης) ή έχει εν μέρει τις προϋποθέσεις αλλά δεν έχει καταβάλει τη συμμετοχή του(ης),
- c) Ο ασθενής δεν έχει καταβάλει προσπάθεια για να προβεί ή να συμφωνήσει σε ρύθμιση πληρωμής ή δεν συμμορφώνεται με ρύθμιση πληρωμής η οποία έχει συμφωνηθεί μεταξύ του Νοσοκομείου και του ασθενούς,
- d) Το συγκεντρωτικό υπόλοιπο των λογαριασμών ξεπερνά τα \$10.000 και το(α) περιουσιακό(ά) στοιχείο(α) που υπόκεινται σε επίσχεση έχουν εκτιμώμενη αξία τουλάχιστον \$300.000, και
- e) Η επίσχεση δεν θα συντελέσει σε αγωγή κατάσχεσης ιδιωτικής κατοικίας.

Συνημμένο 3

Γλώσσες με περιορισμένη γνώση των Αγγλικών

Αλβανικά
Αραβικά
Απλοποιημένα Κινέζικα
Γαλλικά
Γαλλικά Κρεόλ (Κρεόλ Αϊτής)
Γερμανικά
Ελληνικά
Χίντι
Ιταλικά
Ιαπωνικά
Κορεάτικα
Πάστο
Νταρί Περσίας
Φαρσί Περσίας
Πολωνικά
Πορτογαλικά
Πορτογαλικά Κρεόλ
Ρωσικά
Ισπανικά
Σουαχίλι
Ταγκαλόγκ
Τιγκρίνια
Τουρκικά
Βιετναμέζικα