

## ASCENSION SETON

### ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

01 июля 2025 г.

#### ПОЛИТИКА И ПРИНЦИПЫ

Данная политика указанных далее в этом пункте организаций (далее — «Организация») разработана с целью обеспечения социально справедливой практики оказания неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг входящими в Организацию медицинскими учреждениями. Данная политика разработана специально для определения критериев правомочности и способов предоставления финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в такой финансовой помощи и получают медицинские услуги в Организации. Настоящая политика применяется к каждой из следующих Организаций в составе Ascension Seton:

- Dell Children’s Medical Center of Central Texas
- Ascension Seton Medical Center Austin
- Ascension Seton Hays
- Ascension Seton Williamson
- Ascension Seton Northwest
- Ascension Seton Southwest
- Ascension Seton Edgar B. Davis
- Ascension Seton Highland Lakes
- Ascension Seton Smithville
- Dell Seton Medical Center at The University of Texas
- Cedar Park Regional Medical Center

1. Вся финансовая помощь является отражением нашего уважения к достоинству человека и общему благу, нашего особого внимания к людям, живущим за чертой бедности, и другим уязвимым группам, нашей солидарности с ними, а также нашей приверженности справедливому распределению благ и ответственному руководству.
2. Данная политика применяется в отношении всех услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям лечения, предоставляемых Организацией, в том числе услуг врачей и отделения охраны психического здоровья. Эта политика не распространяется на оплату за медицинское обслуживание вне рамок неотложной медицинской помощи, а также за другое необходимое обслуживание по медицинским показаниям.
3. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие политики предоставления финансовой помощи, перечислены все поставщики услуг, обеспечивающие медицинский уход в учреждениях Организации. В нем также указано, действует ли в отношении конкретного поставщика политика предоставления финансовой помощи или нет.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В целях данной Политики предусмотрено применение указанных ниже определений.

- «501(r)» означает Раздел 501(r) Налогового кодекса США и нормативные акты, принятые в соответствии с ним.

- **«Сумма, обычно выставляемая к оплате»** или **«AGB»** означает, что, применительно к неотложной и иной необходимой с медицинской точки зрения помощи, сумму, обычно выставляемую к оплате лицам, у которых есть страховка, покрывающая такую помощь.
- **«Сообщество»** обозначает географические области, сгруппированы по округам, которые Ascension Seton использует для планирования в Центральном Техасе: 1.) Центральный — округ Travis, 2.) Южный — округа Hays и Caldwell, 3.) Северный — округ Williamson, 4.) Западный — округа Burnet, Blanco и Llano, 5.) Восточный — округа Bastrop, Fayette, Gonzales и Lee, а также округ San Saba. Пациент также считается членом Сообщества Организации, если необходимая ему неотложная и медицинская помощь является продолжением неотложной и медицински необходимой помощи, полученной в другом учреждении Ascension Health, где Пациент имел право на получение финансовой помощи для такой неотложной и медицински необходимой помощи.
- **«Неотложная медицинская помощь»** означает роды или медицинское состояние такой степени тяжести, при котором отсутствие немедленной медицинской помощи может обоснованно привести к серьезной угрозе здоровью пациента (или нерожденного ребенка), серьезному нарушению функций организма или серьезному нарушению функции любого органа или части тела.
- **«Необходимое обслуживание по медицинским показаниям»** — медицинское обслуживание, которое (1) подходит, соответствует и необходимо для профилактики, диагностики или лечения заболевания Пациента; (2) является наиболее подходящей помощью или уровнем обслуживания в соответствии с состоянием здоровья пациента, и не влечет опасных последствий; (3) не предоставляется исключительно для удобства Пациента, членов его семьи, врача или лица, осуществляющего уход; и (4), скорее всего, принесет Пациенту пользу, а не вред. Чтобы предстоящая плановая помощь считалась «необходимой по медицинским показаниям», медицинское обслуживание и сроки оказания помощи должен утвердить главный врач Организации (или назначенное им лицо). Заключение о предоставлении пациенту необходимого обслуживания по медицинским показаниям должен составить лицензированный поставщик, оказывающий медицинскую помощь Пациенту, и, по усмотрению Организации, врач приемного отделения, направивший пациента врач и/или главный врач или другой врач-эксперт (в зависимости от вида рекомендуемой медицинской помощи). Если врачом-экспертом установлено, что медицинская помощь, за которой обратился Пациент и на которую распространяются положения этой политики, не является необходимой по медицинским показаниям, такое заключение также должно быть подтверждено врачом приемного отделения или направившим пациента врачом.
- **«Организация»** обозначает Ascension Seton и включает:
  - Dell Children’s Medical Center of Central Texas
  - Ascension Seton Medical Center Austin
  - Ascension Seton Hays
  - Ascension Seton Williamson
  - Ascension Seton Northwest
  - Ascension Seton Southwest
  - Ascension Seton Edgar B. Davis
  - Ascension Seton Highland Lakes
  - Ascension Seton Smithville
  - Dell Seton Medical Center at The University of Texas
  - Cedar Park Regional Medical Center
- **«Пациент»** означает лиц, получающих неотложную и иную медицински необходимую помощь в Организации, а также лицо, несущее финансовую ответственность за оказание помощи пациенту.

## **Предоставляемая финансовая помощь**

Финансовая помощь, описанная в данном разделе, предоставляется только Пациентам, проживающим в Сообществе:

1. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты с доходом менее или равным 250% Федерального прожиточного минимума («FPL»), имеют право на благотворительную помощь в размере 100% за ту часть платы за услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такому Пациенту предоставлено право на получение помощи в соответствии с возможной рассчитываемой оценкой (как описано в пункте 5 ниже), или если он подаст заявление на получение финансовой помощи («Заявление») на 240-й день или ранее после первой оплаты по счету Пациентом, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в размере до 100%, если Пациент подаст Заявление через 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.
2. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты, чей доход выше 250% FPL, но не превышает 400% FPL, имеют право на частичную помощь по скользящей шкале на ту часть платы за предоставленные услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такой Пациент подаст Заявление на 240-й день или ранее после первой оплаты по счету Пациентом, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по скользящей шкале, если он подаст Заявление спустя 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB. Размер частичной помощи по скользящей шкале рассчитывается следующим образом:

Пациенты с уровнем дохода от 251% до 300% от федерального уровня бедности (FPL) получают помощь в размере 95%.

Пациенты с уровнем дохода от 301% до 350% от федерального уровня бедности (FPL) получают помощь в размере 90%.

Пациенты с уровнем дохода от 351% до 400% от федерального уровня бедности (FPL) получают помощь в размере 85%.
3. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенту с доходом, превышающим 400% от уровня FPL, может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости в размере некоторой части от расходов Пациента на предоставленные Организацией услуги, в зависимости от величины общей задолженности Пациента за медицинские услуги. Пациенту может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости, если у Пациента имеется обременительная общая задолженность за медицинские услуги, включая задолженность за медицинские услуги перед организацией Ascension и любым другим учреждением здравоохранения, за

неотложную и другую необходимую помощь по медицинским показаниям, сумма которой равна или превышает общий доход семьи такого Пациента. Уровень финансовой помощи, предоставляемой в рамках проверки нуждаемости, соответствует уровню, предоставляемому Пациенту с доходом на уровне 400% федерального уровня бедности (FPL) согласно пункту 2 выше, при условии что такой Пациент подаст Заявление не позднее 240-го дня после выставления первого счета при выписке и Заявление будет одобрено Организацией. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по результатам проверки нуждаемости, если он подаст Заявление спустя 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение финансовой помощи в данной категории, не будет оплачивать сумму, превышающую рассчитанную сумму AGB.

4. Пациент может не иметь права на получение финансовой помощи, описанной в пунктах 1–3 выше, если будет признано, что у такого Пациента имеются достаточные активы для оплаты в соответствии с «оценкой активов». Проверка имущества включает в себя основательную оценку платежеспособности Пациента на основании категорий активов, указываемых в Заявлении FAP. Пациенту, активы которого превышают 250% от уровня FPL для такого Пациента, не предоставляется право на получение финансовой помощи.
5. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов и может включать в себя процедуру расчета вероятной оценки для Пациента, имеющего достаточный невыплаченный остаток в течение первых 240 дней после первой оплаты счета Пациентом, с целью решения о предоставлении ему права на получения 100%-ной благотворительной помощи, даже если Пациент не заполнил Заявление на получение финансовой помощи («Заявление FAP»). Если Пациенту предоставляется 100%-я благотворительная помощь без подачи заполненного Заявления FAP и только на основе расчета возможной оценки, сумма финансовой помощи, на которую Пациент имеет право, ограничивается размером невыплаченного остатка Пациента после учета любых платежей, произведенных по его счету. Определение соответствия критериям на основе вероятной оценки применяется только к оказанию того вида медицинской помощи, для которой выполняется такая оценка.
6. Если Пациент участвует в определенных планах страхования, по которым Организация считается «не входящей в сеть», Организация может уменьшить финансовую помощь, которая в противном случае была бы доступна Пациенту на основании анализа страховой информации Пациента и других соответствующих фактов и обстоятельств, или отказать в ней.
7. С Пациентов, имеющих право на получение финансовой помощи, может взимается номинальная фиксированная сумма в 30 долларов США. Номинальная фиксированная сумма не будет превышать сумму оплаты AGB за услуги.
8. Пациент имеет право обжаловать отказ в получении Финансовой помощи, предоставив дополнительную информацию Организации в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента получения извещения об отказе. Все возражения рассматриваются Организацией с целью вынесения окончательного решения. Если в окончательном решении будет подтвержден предыдущий отказ в Финансовой помощи, Пациенту будет направлено письменное извещение. Процедура обжалования Пациентами и членами их семей решения Организации в отношении их права на получение финансовой помощи:

- a. Пациенты и семьи могут отправить письменное апелляционное письмо по почте в отдел финансового консультирования пациентов больницы. Апелляционное письмо должно содержать финансовую информацию, не учтенную в первоначальной Заявке Пациента на получение финансовой помощи, важную для пересмотра права Пациента на получение благотворительной помощи. В дополнение к письменному апелляционному письму Пациенты и их семьи должны приложить документацию, подтверждающую информацию для повторного рассмотрения, указанную в апелляционном письме. Рассмотрение апелляции может быть отложено до получения надлежащей документации. Апелляционное письмо и подтверждающая документация должны быть направлены по почте в отдел финансовых услуг для пациентов по адресу: абонентский ящик 204301, Dallas, TX 75320-4301.
- b. Все апелляции рассматриваются Советом по жалобам Организации по предоставлению финансовой помощи. Решения совета доводятся до Пациентов-заявителей или членов их семьи в письменной форме.

### **Другие виды помощи для Пациентов, не соответствующих критериям для получения Финансовой помощи**

Пациенты, не соответствующие описанным выше критериям для получения Финансовой помощи, могут рассчитывать на получение других видов помощи, предоставляемой Организацией. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи, и на них не распространяются положения раздела 501(r). Эти виды помощи приведены исключительно для сведения жителей региона, обслуживаемого Организацией.

1. Незастрахованным пациентам, которые не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, предоставляется скидка, рассчитываемая на основании скидки, предоставляемой плательщику, производящему максимально высокие выплаты в адрес данной Организации. На долю плательщика, производящего максимально высокие выплаты, должно приходиться не менее 3% всей совокупности Организации по объему или валовым поступлениям от пациентов. Если на долю единственного плательщика не приходится такой минимальный объем, необходимо усреднить контракты нескольких плательщиков, чтобы на условия оплаты, используемые для усреднения, приходилось по меньшей мере 3% от объема операций Организации за такой отдельно взятый год.
2. Незастрахованные и застрахованные Пациенты, не имеющие права на финансовую помощь, могут получить скидку за своевременную оплату. Скидка за своевременную оплату может предоставляться дополнительно к скидке для незастрахованных лиц, как указано в предыдущем пункте.

### **Ограничения на выставяемые суммы к оплате Пациентами, соответствующими критериям для получения финансовой помощи**

С Пациентов, соответствующих критериям для получения финансовой помощи, в индивидуальном порядке взимается сумма, не превышающая сумму AGB за услуги неотложной медицинской помощи и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не более общей суммы расходов за все прочие медицинские услуги. Организация рассчитывает одну или несколько процентных ставок AGB по ретроспективному методу look-back, включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare (fee-for-service) и всех частных медицинских страховых компаний, которые производят выплаты по страховым искам Организации в соответствии с разделом 501(r). Бесплатную копию расчетов AGB и процентных ставок можно получить на сайте Организации или по запросу в любой области приема. Пациенты также могут

запросить бесплатную копию расчетов AGB и процентных ставок по почте, позвонив в отдел финансовых услуг для пациентов по телефону 800-749-7624 и попросив направить копию по почтовому адресу Пациента.

### **Подача заявления на получение финансовой помощи и других видов помощи**

Право Пациента на получение финансовой помощи может быть определено на основе расчета его вероятной оценки или непосредственно на основе подачи им заполненной формы Заявления на FAP. Бланк Заявление FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP можно получить на сайте Организации или по запросу во время оказания услуг. Если Пациент желает подать Заявление на получение финансовой помощи после дня (дней) оказания услуг, он может получить доступ к Заявлению FAP и инструкциям по его заполнению и распечатать их непосредственно на сайте Ascension Seton. Пациенты также могут запросить копию Заявления FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP по почте. Чтобы запросить копию документов по почте, Пациенты должны позвонить в отдел финансового консультирования пациентов больницы по телефону 800-749-7624. В каждом из вышеуказанных мест Заявление FAP и инструкции по его заполнению доступны на английском, испанском, китайском, вьетнамском, корейском и арабском языках. Организация потребует от незастрахованных лиц сотрудничать с финансовым консультантом для подачи заявки на участие в программе Medicaid или других программах государственной помощи, на которые пациент считается потенциально имеющим право на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда пациент соответствует требованиям и утверждается методом предполагаемого скоринга). Пациенту может быть отказано в предоставлении финансовой помощи, если он предоставляет ложную информацию в Заявлении FAP или в процессе предположительной оценки права, если Пациент отказывается передать страховые выплаты или право на получение оплаты непосредственно от страховой компании, которая может быть обязана оплатить оказанную помощь, либо если Пациент отказывается сотрудничать с финансовым консультантом для подачи Заявления на Medicaid или другие государственные программы помощи, на которые Пациент потенциально имеет право, с целью получения финансовой помощи (за исключением случаев, когда право установлено и одобрено на основании предположительной оценки). При принятии решения о праве на получение помощи для конкретного случая оказания медицинской помощи Организация рассматривает Заявления на FAP, заполненные менее чем за шесть месяцев до любой даты определения соответствия критериям. Организация не рассматривает Заявления на FAP, заполненные более чем за шесть месяцев до даты определения соответствия критериям.

### **Выставление счета и взыскание оплаты**

Меры, которые могут быть предприняты Организацией в случае неоплаты счетов, приведены в отдельной политике по выставлению счетов и взысканию оплаты. Бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты можно получить на сайте Организации или направив запрос во время оказания услуг. Пациенты также могут запросить бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты по почте. Чтобы запросить копию документа по почте, Пациенты должны позвонить в отдел финансового консультирования пациентов больницы по телефону 800-749-7624.

### **Толкование**

Эта политика вместе со всеми применимыми процедурами соответствует положениям и подлежит толкованию и применению в соответствии с разделом 501(r), за исключением специально оговоренных случаев.