

Πίνακας Περιεχομένων

LHMC Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας.....	3
Εφαρμόζεται σε.....	3
Αναφορές.....	3
Σκοπός.....	3
Ορισμοί.....	4
Επιλεξιμότητα για Οικονομική Βοήθεια από LHMC.....	10
Υπηρεσίες που δεν είναι Δικαιούμενες για Οικονομική Βοήθεια από LHMC.....	10
Διαθέσιμη Βοήθεια.....	11
Δημόσια Προγράμματα Βοήθειας.....	12
Βοήθεια μέσω του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας.....	13
Ο ρόλος του Συμβούλου Οικονομικής Βοήθειας.....	16
Υποχρεώσεις ασθενών.....	18
Νοσοκομειακή Οικονομική Βοήθεια.....	19
Εκπτώσεις Οικονομικής Βοήθειας.....	21
Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας.....	21
Λόγοι Απόρριψης.....	24
Θεωρητική Επιλεξιμότητα.....	25
Μη ασφαλισμένοι Ποσό Έκπτωσης και Εξαιρέσεις.....	25
Ιατρικές Υπηρεσίες Έκτακτης Ανάγκης.....	26
Πίστωση και Εισπράξεις.....	27
Ρυθμιστικές Απαιτήσεις.....	27
Παράρτημα 1.....	28
Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας.....	28
Παράρτημα 2.....	31
Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας.....	31

Παράρτημα 3.....	34
Διάγραμμα Έκπτωσης με Βάση τα Όρια Εισοδήματος και Περιουσιακά Στοιχεία.....	34
Παράρτημα 4.....	35
Γενικά Ποσά Χρέωσης (ΓΠΧ)	35
Παράρτημα 5.....	36
Πάροχοι και Κλινικές —Καλυπτόμενοι και μη.....	36
Παράρτημα 6.....	42
Πρόσβαση του Κοινού σε Έγγραφα.....	42
Ιστορικό Πολιτικής.....	43

ΛΗΜC Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας

Εφαρμόζεται σε Αυτή η πολιτική εφαρμόζεται στο Νοσοκομείο Lahey Clinic, Inc., Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο d/b/a Lahey και Lahey Ιατρικό Κέντρο, Peabody (“LHMC,” το “νοσοκομείο” ή το “Νοσοκομείο”), σε σχέση με τα νοσοκομεία που λειτουργούν και οποιαδήποτε ουσιαστικά σχετική οντότητα (όπως ορίζεται στους κανονισμούς του τμήματος 501 (ρ) του Υπουργείου Οικονομικών) και παρόχους που απασχολούνται ή συνεργάζονται με το LHMC (δείτε Παράρτημα Πέντε (5) για την πλήρη λίστα των παρόχων που καλύπτονται από αυτήν την πολιτική).

Αναφορές

ΕΙΘ: Συλλογή Οικονομικών Πληροφοριών
Πολιτική Πιστώσεων & Εισπράξεων
Ομοσπονδιακές οδηγίες για τη φτώχεια, Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ
IRS Ειδοποίηση 2015-46 και 29 CFR §§1.501(r)-(4)-(6)
Παράρτημα 1: Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Κοινωνική Μέριμνα
Παράρτημα 2: Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Ιατρική Φροντίδα
Παράρτημα 3: Διάγραμμα Έκπτωσης με Βάση τα Όρια Εισοδήματος και Περιουσιακά Στοιχεία
Παράρτημα 4: Γενικά Ποσά Χρέωσης (ΓΠΧ)
Παράρτημα 5: Πάροχοι και Κλινικές —Καλυπτόμενοι και μη
Παράρτημα 6: Πρόσβαση του Κοινού σε Έγγραφα

Σκοπός

Η αποστολή μας είναι να ξεχωρίσουμε μέσα από την αριστεία στη φροντίδα των ασθενών, την εκπαίδευση, την έρευνα και μέσω της βελτιωμένης υγείας στις κοινότητες που υπηρετούμε.

Το LHMC είναι αφοσιωμένο στην παροχή οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς που έχουν ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και δεν είναι ασφαλισμένοι, υποσφάλιστοι, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για κυβερνητικό πρόγραμμα ή διαφορετικά δεν μπορούν να πληρώσουν για επείγουσα περίθαλψη, έκτακτη περίθαλψη ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα με βάση την ατομική οικονομική τους κατάσταση. Αυτή η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας προορίζεται ώστε να συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς και πολιτειακούς νόμους για την περιοχή εξυπηρέτησης. Οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για οικονομική βοήθεια θα λάβουν έκπτωση φροντίδας που λαμβάνεται από την πιστοποίηση των παρόχων του LHMC. Ασθενείς που αποφασίστηκε να είναι δικαιούχοι για οικονομική βοήθεια από συνεργαζόμενο νοσοκομείο (συμπεριλαμβανομένου του νοσοκομείου Addison Gilbert.

Νοσοκομείο BayRidge. Ιατρικό Κέντρο Beth Israel Deaconess. Νοσοκομείο Beth Israel Deaconess – Milton. Νοσοκομείο Beth Israel Deaconess – Needham. Νοσοκομείο Beth Israel Deaconess – Plymouth. Νοσοκομείο Beverly. Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, Burlington. Ιατρικό Κέντρο Lahey, Peabody. Νοσοκομείο Mount Auburn. Νοσοκομείο New England Baptist. και Νοσοκομείο Winchester) δεν θα απαιτείται να υποβάλλουν ξανά αίτηση για Οικονομική Βοήθεια από το LHMC κατά τη διάρκεια της Περιόδου Ελέγχου.

Η Οικονομική Βοήθεια που παρέχεται βάσει αυτής της πολιτικής πραγματοποιείται με την προσδοκία ότι οι ασθενείς θα συνεργαστούν με τη διαδικασία υποβολής αίτησης της πολιτικής και με προγράμματα δημόσιας ωφέλειας ή κάλυψης που ενδέχεται να είναι διαθέσιμα για την κάλυψη του κόστους της περίθαλψης.

Δεν θα κάνουμε διακρίσεις με βάση την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τη θρησκεία, τις πεποιθήσεις, την αναπηρία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την ταυτότητα φύλου, την εθνική καταγωγή ή το καθεστώς μετανάστευσης του ασθενούς κατά τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας.

Ορισμοί

Οι ακόλουθοι ορισμοί ισχύουν για όλες τις ενότητες αυτής της πολιτικής.

Η ταξινόμηση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και μη έκτακτης ανάγκης βασίζεται στους ακόλουθους γενικούς ορισμούς, καθώς και στον ιατρικό προσδιορισμό του ιατρού. Οι ορισμοί της Περίθαλψης Έκτακτης Ανάγκης και της Επείγουσας Περίθαλψης που παρέχονται παρακάτω χρησιμοποιούνται περαιτέρω από το Νοσοκομείο για σκοπούς προσδιορισμού επιτρεπόμενης έκτακτης ανάγκης και επείγουσας κάλυψης επισφαλών χρεών στο πλαίσιο του προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένου του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας.

Γενικά Ποσά Χρέωσης (ΓΠΧ): Τα ΓΠΧ ορίζονται ως τα ποσά που χρεώνονται γενικά για επείγουσα περίθαλψη, έκτακτη περίθαλψη ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα σε άτομα που έχουν ασφάλιση που καλύπτει τέτοια φροντίδα. Το LHMC χρησιμοποιεί τη μέθοδο "Look-Back" που περιγράφεται στο 29 CFR § 1.501 (r) -5 (b) (3) για να προσδιορίσει το ποσοστό ΓΠΧ του. Το ποσοστό των ΓΠΧ υπολογίζεται μέσω της διαίρεσης του συνόλου όλων των ποσών των απαιτήσεων του LHMC για Περίθαλψη Έκτακτης Ανάγκης, Επείγουσα Περίθαλψης και άλλη ιατρικά απαραίτητη

φροντίδα που έχουν επιτραπεί από ιδιωτικούς ασφαλιστές και Φόρων Ιατρικής Περίθαλψης κατά τη διάρκεια της προηγούμενης χρήσης (1 Οκτωβρίου - 30 Σεπτεμβρίου) (συμπεριλαμβανομένων των νομισμάτων, των ιδίων συμμετοχών και των εκπτώσεων) με το άθροισμα των σχετικών ακαθάριστων χρεώσεων για αυτές τις αξιώσεις. Στη συνέχεια, τα ΓΠΧ προσδιορίζονται πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό ΓΠΧ με τις ακαθάριστες χρεώσεις για φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή. Το LHMC χρησιμοποιεί μόνο ένα μόνο ποσοστό ΓΠΧ και δεν υπολογίζει διαφορετικό για διαφορετικούς τύπους φροντίδας. Το ποσοστό ΓΠΧ θα υπολογιστεί ετησίως έως την 45η ημέρα μετά το κλείσιμο της προηγούμενης οικονομικής χρήσης και θα εφαρμοστεί έως την 120η ημέρα μετά το κλείσιμο της οικονομικής χρήσης. Μετά από τον προσδιορισμό ότι ένα άτομο είναι δικαιούχος για οικονομική βοήθεια βάσει αυτής της πολιτικής, το άτομο αυτό δεν μπορεί να χρεωθεί περισσότερο από το ΓΠΧ για επείγουσα περίθαλψη, έκτακτη περίθαλψη ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα.

Για περισσότερες πληροφορίες, δείτε το Παράρτημα Τέσσερα (4).

Περίοδος Αιτήσεων: Η περίοδος κατά την οποία οι αιτήσεις θα γίνονται αποδεκτές και θα υποβάλλονται σε επεξεργασία για οικονομική βοήθεια. Η περίοδος αίτησης ξεκινά την ημερομηνία κατά την οποία παρέχεται η πρώτη δήλωση χρέωσης μετά την απαλλαγή και λήγει στις 240 μετά την ημερομηνία αυτή.

Περιουσιακά στοιχεία: Αποτελούνται από:

- Λογαριασμούς ταμειευτηρίου
- Αποταμιευτικούς λογαριασμούς
- Λογαριασμούς αποταμίευσης υγείας (HSA) *
- Λογαριασμούς επιστροφής υγείας (HRA) *
- Ευέλικτους λογαριασμούς δαπανών (FSA) *

*Εάν ένας ασθενής / εγγυητής έχει (HSA), (HRA), (FSA) ή παρόμοιο ταμείο που έχει οριστεί για οικογενειακά ιατρικά έξοδα, το άτομο αυτό δεν είναι δικαιούχος για οικονομική βοήθεια έως ότου τέτοια περιουσιακά στοιχεία εξαντληθούν.

Κοινωνική Μέριμνα: Οι ασθενείς, ή οι εγγυητές τους, με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα στο ή κάτω από το 400% του ΕΟΕ, οι οποίοι διαφορετικά πληρούν άλλα κριτήρια επιλεξιμότητας που ορίζονται στην παρούσα πολιτική, θα λάβουν 100% απαλλαγή από το υπόλοιπο του ασθενούς για δικαιούμενες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από το LHMC.

Επιλεκτική υπηρεσία: Μια υπηρεσία Νοσοκομείου που δεν πληροί τις προϋποθέσεις ως επείγουσα περίθαλψη, έκτακτη περίθαλψη ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα (όπως ορίζεται παρακάτω).

Επείγουσα περίθαλψη: Αντικείμενα ή υπηρεσίες που παρέχονται με σκοπό την αξιολόγηση, τη διάγνωση ή / και τη θεραπεία μιας Έκτακτης Ιατρικής Κατάστασης.

Έκτακτη Ιατρική Κατάσταση: Όπως ορίζεται στην Ενότητα 1867 του Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης (42 U.S.C. 1395dd), ο όρος « Έκτακτη Ιατρική Κατάσταση» σημαίνει μια ιατρική κατάσταση που εκδηλώνεται από οξεία συμπτώματα επαρκούς σοβαρότητας, έτσι ώστε η απουσία ιατρικής περίθαλψης λογικά αναμένεται να οδηγήσει σε:

1. Κίνδυνο της υγείας του ατόμου (ή, σε σχέση με μια έγκυο γυναίκα, της υγείας της γυναίκας ή του αγέννητου παιδιού της),
2. Σοβαρή βλάβη στις σωματικές λειτουργίες,
3. Σοβαρή δυσλειτουργία οποιουδήποτε σωματικού οργάνου ή μέρους, ή
4. Όσον αφορά μια έγκυο γυναίκα που έχει συσπάσεις:
 - α. Υπάρχει ανεπαρκής χρόνος για την ασφαλή μεταφορά σε άλλο Νοσοκομείο για παράδοση, και
 - α. β. Αυτή η μεταφορά μπορεί να αποτελέσει απειλή για την υγεία ή την ασφάλεια της γυναίκας ή του αγέννητου παιδιού.

Οικογένεια: όπως ορίζεται από το Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ, μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων που διαμένουν μαζί και που σχετίζονται με τη γέννηση, τον γάμο ή την υιοθεσία. Εάν ένας ασθενής ισχυρίζεται ότι κάποιος εξαρτάται από τη δήλωση φόρου εισοδήματός του, σύμφωνα με τους κανόνες της Εσωτερικής Υπηρεσίας Εσόδων, μπορεί να θεωρηθεί εξαρτώμενος για τον καθορισμό της επιλεξιμότητας για αυτήν την πολιτική.

Οικογενειακό Εισόδημα: Το οικογενειακό εισόδημα ενός αιτούντος είναι το συνδυασμένο ακαθάριστο εισόδημα όλων των ενηλίκων μελών της οικογένειας που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό και περιλαμβάνονται στην πιο πρόσφατη ομοσπονδιακή φορολογική δήλωση. Για ασθενείς κάτω των 18 ετών, το οικογενειακό εισόδημα περιλαμβάνει εκείνο του γονέα ή των γονέων ή / και των θετών γονέων ή των επιστάτων συγγενών. Το οικογενειακό εισόδημα προσδιορίζεται χρησιμοποιώντας τον ορισμό του Γραφείου Απογραφής ως εξής κατά τον υπολογισμό των Ομοσπονδιακών Οδηγιών για τη Φτώχεια:

1. Περιλαμβάνει αποδοχές, αποζημίωση ανεργίας, αποζημίωση εργαζομένου, Κοινωνική Ασφάλιση, Συμπληρωματικό Εισόδημα Ασφάλισης, δημόσια βοήθεια, πληρωμές βετεράνου, παροχές

- επιζώντων, συνταξιοδοτικά εισοδήματα, τόκοι, μερίσματα, μισθώματα, δικαιώματα, έσοδα από κτήματα, καταπιστεύματα, εκπαιδευτικά επιδόματα, διατροφή και υποστήριξη παιδιών
2. Οι παροχές χωρίς μετρητά (όπως κουπόνια και επιδοτήσεις στέγασης) δεν υπολογίζονται
 3. Καθορίζεται σε βάση προ φόρων (ακαθάριστα)
 4. Εξαιρούνται τα κέρδη και οι ζημίες κεφαλαίου

Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας: Το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας (ΟΕΦ) χρησιμοποιεί τα κατώτατα όρια εισοδήματος που διαφέρουν ανάλογα με το μέγεθος και τη σύνθεση της οικογένειας για να προσδιορίσει ποιος βρίσκεται σε φτώχεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ενημερώνεται περιοδικά στο Ομοσπονδιακό Μητρώο από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών υπό την εποπτεία του εδαφίου (2) της Ενότητας 9902 του Τίτλου 42 του Κώδικα των Ηνωμένων Πολιτειών. Μπορείτε να ανατρέξετε στις τρέχουσες οδηγίες ΟΕΦ στη διεύθυνση <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Οικονομική Βοήθεια: Βοήθεια, που αποτελείται από Κοινωνική Μέριμνα και Ιατρική Φροντίδα, που παρέχεται σε δικαιούχους ασθενείς, οι οποίοι διαφορετικά θα αντιμετώπιζαν οικονομική δυσκολία, για να τους απαλλάξει από οικονομική υποχρέωση για Επείγουσα Περίθαλψη, Έκτακτη Περίθαλψη ή άλλη Ιατρικά Απαραίτητη Φροντίδα που παρέχεται από το LHMC.

Εγγυητής: Ένα άτομο εκτός του ασθενούς που είναι υπεύθυνο για τον λογαριασμό του ασθενούς.

Μεικτές Χρεώσεις: Συνολικές χρεώσεις με την πλήρη καθορισμένη τιμή για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας ασθενών πριν από την εφαρμογή των κρατήσεων από έσοδα.

Άστεγος: Όπως ορίζεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, και δημοσιεύθηκε στο Ομοσπονδιακό Μητρώο από το HUD: «Ένα άτομο ή οικογένεια που στερείται μίας σταθερής, κανονικής και επαρκούς νυκτερινής κατοικίας, που σημαίνει ότι το άτομο ή η οικογένεια έχει μια κύρια νυκτερινή κατοικία που είναι δημόσια ή ιδιωτική προορίζεται για ανθρώπινη κατοικία ή ζει σε δημόσιο ή ιδιωτικό καταφύγιο που έχει σχεδιαστεί για να παρέχει προσωρινές διαμονές. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει επίσης άτομα που βγαίνουν από ένα ίδρυμα όπου διέμειναν για 90 ημέρες ή λιγότερο που διέμειναν σε καταφύγιο έκτακτης ανάγκης ή σε μέρος που δεν προοριζόταν για ανθρώπινη κατοικία αμέσως πριν από την είσοδο στο ίδρυμα. »

Στο Δίκτυο: Το LHMC και οι συνεργάτες του συνάπτονται με την ασφαλιστική εταιρεία του ασθενούς για αποζημίωση σε τιμές με διαπραγμάτευση.

Ιατρική Φροντίδα: Οικονομική βοήθεια που παρέχεται σε δικαιούχους ασθενείς των οποίων οι ιατρικοί λογαριασμοί είναι μεγαλύτεροι ή ίσοι με το 25% του οικογενειακού τους εισοδήματος.

Απαραίτητη Ιατρική Φροντίδα: Ιατρικά απαραίτητα αντικείμενα ή υπηρεσίες, όπως υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς που παρέχονται με σκοπό την αξιολόγηση, τη διάγνωση ή / και τη θεραπεία τραυματισμού ή ασθένειας. Εκτός από την εκπλήρωση κλινικών κριτηρίων, τέτοια αντικείμενα ή υπηρεσίες ορίζονται συνήθως ως καλυπτόμενα από Medicare Fee-for-Service, Ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ή από τρίτους.

Medicare Fee-for-Service: Ασφάλιση υγείας που προσφέρεται από τη Medicare Μέρος A και Μέρος B του Τίτλου XVIII του Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης (42 USC 1395c-1395w-5).

Εκτός Δικτύου: Το LHMC και οι συνεργάτες του δεν συνάπτονται με την ασφαλιστική εταιρεία του ασθενούς για αποζημίωση με χρεωστικές τιμές, με αποτέλεσμα συνήθως μεγαλύτερη ευθύνη του ασθενούς.

Πλάνο Πληρωμής: Ένα πρόγραμμα πληρωμών που συμφωνείται είτε από το LHMC, ή έναν τρίτο προμηθευτή που εκπροσωπεί το LHMC, και τον ασθενή / Εγγυητή για τα έξοδα. Το πρόγραμμα πληρωμών θα λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές συνθήκες του ασθενούς, το οφειλόμενο ποσό και τυχόν προηγούμενες πληρωμές.

Θεωρητική επιλεξιμότητα: Υπό ορισμένες συνθήκες, οι Ασφαλισμένοι Ασθενείς μπορεί να θεωρηθούν ή να θεωρηθούν επιλέξιμοι για Οικονομική Βοήθεια με βάση την εγγραφή τους σε άλλα προγράμματα που έχουν δοκιμαστεί ή μέσω άλλων πηγών πληροφοριών, που δεν παρέχονται απευθείας από τον ασθενή, για να προβούν σε ατομική αξιολόγηση των οικονομικών αναγκών.

Ιδιωτικός Ασφαλιστής Υγείας: Οποιοσδήποτε οργανισμός που δεν είναι κυβερνητική μονάδα που προσφέρει ασφάλιση υγείας, συμπεριλαμβανομένων μη κυβερνητικών οργανισμών που διαχειρίζονται πρόγραμμα ασφάλισης υγείας στο Medicare Advantage.

Περίοδος Αξιολόγησης: Οι αιτούντες που έχουν αποφασιστεί να είναι επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια θα λάβουν βοήθεια για περίοδο έξι μηνών από την ημερομηνία έγκρισης. Οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για Οικονομική Βοήθεια μπορεί να βεβαιώσουν ότι δεν υπήρξαν αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση στο τέλος της περιόδου των έξι (6) μηνών για να επεκτείνουν την επιλεξιμότητα για άλλους έξι (6) μήνες.

Χρήστης Έκπτωση για τους αμετασφαλίστους: Έκπτωση που εφαρμόζεται σε ασφαλιστικούς ασθενείς που δεν έχουν ασφάλιση (δείτε τον καθορισμό παρακάτω) για ιατρικές υπηρεσίες που απαιτούνται. Οι εξαιρέσεις από αυτήν την έκπτωση ισχύουν και περιλαμβάνονται στην παρούσα πολιτική.

Ανασφάλιστος Ασθενής: Ένας ασθενής χωρίς κάλυψη τρίτων που παρέχεται από έναν ιδιωτικό ασφαλιστή υγείας, έναν ασφαλιστή ERISA, ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων χωρίς περιορισμό Medicare Fee-for-Service, Medicaid, SCHIP και CHAMPUS), αποζημίωση εργαζομένων ή άλλη βοήθεια τρίτων διαθέσιμη για την κάλυψη του κόστους των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης ενός ασθενούς. Αυτό θα περιλαμβάνει υπηρεσίες που δεν καλύπτονται λόγω περιορισμών στο δίκτυο, εξαντλημένων επιδομάτων ασφαλιστρών ή άλλων υπηρεσιών που δεν καλύπτονται.

Υποασφάλιστοι Ασθενείς: Κάθε άτομο με ιδιωτική ή κυβερνητική κάλυψη για το οποίο θα ήταν οικονομική δυσκολία να πληρώσει πλήρως τα αναμενόμενα έξοδα για τις ιατρικές υπηρεσίες του LHMC.

Επείγουσα Φροντίδα: Ιατρικά απαραίτητη φροντίδα που παρέχεται σε ένα Νοσοκομείο οξέων περιστατικών, μετά την ξαφνική έναρξη μιας ιατρικής πάθησης, σωματικής ή ψυχικής, που εκδηλώνεται από οξεία συμπτώματα επαρκούς σοβαρότητας (συμπεριλαμβανομένου του σοβαρού πόνου) έτσι ώστε ένας συνετός άνθρωπος να πιστεύει ότι η απουσία ιατρικής φροντίδας εντός 24 ωρών θα μπορούσε εύλογα να οδηγήσει σε κίνδυνο της υγείας ενός ασθενούς, σε διαταραχή της σωματικής λειτουργίας ή σε δυσλειτουργία οποιουδήποτε σωματικού οργάνου ή μέρους.

**Επιλεξιμότητα
για Οικονομική
Βοήθεια από το
LHMC**

Οι υπηρεσίες που είναι επιλέξιμες για οικονομική βοήθεια πρέπει να είναι κλινικά κατάλληλες και εντός αποδεκτών προτύπων ιατρικής πρακτικής και να περιλαμβάνουν:

1. Εντός δικτύου και εκτός δικτύου χρεώσεις για επείγουσα περίθαλψη όπως ορίζεται παραπάνω.
2. Εντός δικτύου και εκτός δικτύου επαγγελματικές αμοιβές για επείγουσα περίθαλψη όπως ορίζονται παραπάνω, που παρέχονται από παρόχους που απασχολούνται από το LHMC και οι συνεργάτες του, όπως αναφέρονται στο Παράρτημα Πέντε (5).
3. Εντός δικτύου χρεώσεις για επείγουσα περίθαλψη όπως ορίζεται παραπάνω.
4. Εντός δικτύου χρεώσεις για Απαραίτητη Ιατρική Περίθαλψη, όπως ορίζεται παραπάνω.
5. Εντός δικτύου επαγγελματικές αμοιβές για επείγουσα περίθαλψη και Απαραίτητη Ιατρική Περίθαλψη που παρέχονται από παρόχους που απασχολούνται από το LHMC και οι συνεργάτες του, όπως αναφέρονται στο Παράρτημα Πέντε (5).

**Μη
δικαιούμενες
υπηρεσίες από
το LHMC**

- Οι υπηρεσίες που δεν είναι δικαιούμενες για οικονομική βοήθεια περιλαμβάνουν:
1. Επαγγελματικές αμοιβές και χρεώσεις εγκαταστάσεων για επλέξιμες υπηρεσίες, όπως ορίζονται παραπάνω.
 2. Επαγγελματικές αμοιβές για φροντίδα που παρέχεται από παρόχους που δεν ακολουθούν την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας (π.χ. ιδιώτες ή ιατρούς ή επαγγελματίες υγείας εκτός του LHMC, μεταφορά ασθενοφόρων, κλπ.), όπως παρατίθεται στο Παράρτημα Πέντε (5). Οι ασθενείς παρακαλούνται να επικοινωνήσουν απευθείας με αυτούς τους παρόχους για να δουν εάν προσφέρουν οποιαδήποτε οικονομική βοήθεια και να κάνουν ρυθμίσεις πληρωμής. Ανατρέξτε

στο Παράρτημα Πέντε (5) για μια πλήρη λίστα παρόχων που δεν καλύπτονται από αυτήν την πολιτική.

3. Χρεώσεις εκτός δικτύου και επαγγελματικές αμοιβές για επείγουσα φροντίδα και ιατρικά απαραίτητη φροντίδα που δεν είναι επείγουσα περίθαλψη, όπως ορίζεται παραπάνω.

Διαθέσιμη Βοήθεια

Το LHMC προσφέρει στους ασθενείς βοήθεια για την υποβολή αιτήσεων για προγράμματα δημόσιας βοήθειας και Οικονομικής Βοήθειας, όπως περιγράφεται λεπτομερέστερα παρακάτω.

Το LHMC θα καταβάλει μεγάλες προσπάθειες για τη συλλογή της ασφαλιστικής κατάστασης του ασθενούς και άλλων πληροφοριών προκειμένου να επαληθεύσει την κάλυψη για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, νοσοκομειακού ή εξωτερικού ιατρού που θα παρέχονται από το Νοσοκομείο. Όλες οι πληροφορίες θα ληφθούν πριν από την παράδοση οποιωνδήποτε αντικειμένων ή υπηρεσιών που δεν αποτελούν Επείγουσα Φροντίδα ή Έκτακτη Φροντίδα. Το Νοσοκομείο θα καθυστερήσει οποιαδήποτε προσπάθεια απόκτησης αυτών των πληροφοριών κατά την παράδοση οποιασδήποτε έκτακτης περίθαλψης ή επείγουσας περίθαλψης επιπέδου ΕΙΘ, εάν η διαδικασία λήψης αυτών των πληροφοριών καθυστερεί ή παρεμβαίνει είτε στην ιατρική εξέταση ελέγχου είτε στις υπηρεσίες που αναλαμβάνονται για τη σταθεροποίηση κατάστασης έκτακτης ιατρικής ανάγκης.

Οι προσπάθειες δέουσας επιμέλειας του Νοσοκομείου να διερευνήσουν εάν μια ασφάλιση τρίτου μέρους ή άλλος πόρος μπορεί να είναι υπεύθυνη για το κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το Νοσοκομείο θα περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε, τον προσδιορισμό από τον ασθενή εάν υπάρχει μια ισχύουσα πολιτική για την κάλυψη των εξόδων, όπως: (1) πολιτική αστικής ευθύνης για οχήματα με κινητήρα ή ιδιοκτήτη σπιτιού, (2) γενική πολιτική προστασίας ατυχημάτων ή προσωπικών τραυματισμών, (3) προγράμματα αποζημίωσης εργαζομένων και (4) συμβόλαιο ασφάλισης σπουδαστών, μεταξύ άλλων. Εάν το Νοσοκομείο είναι σε θέση να εντοπίσει έναν υπεύθυνο τρίτο ή έχει λάβει πληρωμή από τρίτο μέρος ή άλλο πόρο

(συμπεριλαμβανομένου ενός ιδιωτικού ασφαλιστή ή άλλου δημόσιου προγράμματος), το Νοσοκομείο θα αναφέρει την πληρωμή στο ισχύον πρόγραμμα και θα το αντισταθμίσει, εάν ισχύει σύμφωνα με τις απαιτήσεις επεξεργασίας των εξόδων του προγράμματος, έναντι οποιασδήποτε αξίωσης που ενδέχεται να έχει πληρωθεί από τον τρίτο ή από άλλο πόρο. Για κρατικά προγράμματα δημόσιας βοήθειας που έχουν πράγματι πληρώσει για το κόστος των υπηρεσιών, το Νοσοκομείο δεν υποχρεούται να εξασφαλίσει ανάθεση στο

δικαίωμα ασθενούς για κάλυψη υπηρεσιών από τρίτους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι το ισχύον πρόγραμμα κατάστασης ενδέχεται να προσπαθήσει να ζητήσει ανάθεση στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή.

Το LHMC θα ελέγξει το Σύστημα Επαλήθευσης Επιλεξιμότητας της Μασαχουσέτης (ΣΕΕ) για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν είναι ασθενής χαμηλού εισοδήματος και δεν έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη ούτε για το MassHealth, το πρόγραμμα πληρωμής ασφαλιστικής βοήθειας που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος, το Πρόγραμμα Ιατρικής Ασφάλειας για τα Παιδιά, ή Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας, πριν από την υποβολή αξιώσεων στο Γραφείο Δικτύου Ασφάλειας Υγείας για κάλυψη επισφαλών χρεών.

**Προγράμματα
Δημόσιας
Βοήθειας**

Για Ανασφάλιστους ή Υποασφάλιστους Ασθενείς, το Νοσοκομείο θα συνεργαστεί με αυτούς τους ασθενείς για να τους βοηθήσει στην υποβολή αιτήσεων για προγράμματα δημόσιας βοήθειας που ενδέχεται να καλύπτουν μερικούς ή όλους τους απλήρωτους λογαριασμούς του Νοσοκομείου. Προκειμένου να βοηθηθούν οι Ανασφάλιστοι ή Υποασφάλιστοι Ασθενείς να βρουν διαθέσιμες και κατάλληλες επιλογές, το Νοσοκομείο θα παρέχει σε όλα τα άτομα μια γενική ειδοποίηση για τη διαθεσιμότητα προγραμμάτων δημόσιας βοήθειας κατά την αρχική προσωπική εγγραφή του ασθενούς στο Νοσοκομείο για μια υπηρεσία, σε όλα τα τιμολόγια χρέωσης που αποστέλλονται σε ασθενή ή Εγγυητή, και όταν ο πάροχος ειδοποιείται, ή μέσω της δικής του δέουσας επιμέλειας, γνωρίζει, για αλλαγή στην κατάσταση επιλεξιμότητας του ασθενούς για δημόσια ή ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη.

Οι ασθενείς του Νοσοκομείου μπορεί να είναι επιλέξιμοι για δωρεάν ή μειωμένο κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω διαφόρων κρατικών προγραμμάτων δημόσιας βοήθειας (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, της MassHealth, του προγράμματος ενίσχυσης πρωτοβάθμιας περίθαλψης που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος, του Παιδικού Ιατρικού Προγράμματος Ασφάλειας και του Δικτύου Υγείας). Τέτοια προγράμματα προορίζονται να βοηθήσουν ασθενείς με χαμηλό εισόδημα λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα κάθε ατόμου να συνεισφέρει στο κόστος της φροντίδας του. Για Ανασφάλιστους ή Υποασφάλιστους Ασθενείς, το Νοσοκομείο, όταν του ζητηθεί, θα τους βοηθήσει να υποβάλουν αίτηση για κάλυψη μέσω προγραμμάτων δημόσιας βοήθειας που μπορεί να καλύπτουν το σύνολο ή μερικούς από τους απλήρωτους λογαριασμούς του

Νοσοκομείου.

Το Νοσοκομείο είναι διαθέσιμο για να βοηθήσει τους ασθενείς να εγγραφούν σε κρατικά προγράμματα κάλυψης υγείας. Σε αυτά περιλαμβάνονται το MassHealth, το πρόγραμμα πληρωμής για την πριμοδότηση που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος της πολιτείας και το σχέδιο ιατρικής ασφάλειας των παιδιών. Για αυτά τα προγράμματα, οι αιτούντες μπορούν να υποβάλουν αίτηση μέσω ενός διαδικτυακού ιστότοπου (ο οποίος βρίσκεται σε κεντρική τοποθεσία στον ιστότοπο του Ιατρικού Συνδέσμου της πολιτείας), σε μια έντυπη αίτηση ή μέσω τηλεφώνου με έναν αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών που βρίσκεται είτε στο MassHealth είτε στο Σύνδεσμο. Τα άτομα μπορούν επίσης να ζητήσουν βοήθεια από χρηματοοικονομικούς συμβούλους του Νοσοκομείου (που ονομάζονται επίσης πιστοποιημένοι σύμβουλοι αιτήσεων) με την υποβολή της αίτησης είτε στον ιστότοπο είτε μέσω έντυπης αίτησης.

**Βοήθεια
του Δικτύου
Ασφάλειας
Υγείας**

Μέσω της συμμετοχής του στο Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας της Μασαχουσέτης, το Νοσοκομείο παρέχει επίσης οικονομική βοήθεια σε Ανασφάλιστους Ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και Υποασφάλιστους Ασθενείς που είναι κάτοικοι της Μασαχουσέτης και πληρούν τα προσόντα εισοδήματος. Το Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας δημιουργήθηκε για να κατανεμηθεί πιο δίκαια το κόστος παροχής μη αμειβόμενης περίθαλψης σε χαμηλού εισοδήματος Ανασφάλιστους και Υποασφάλιστους Ασθενείς με δωρεάν ή φροντίδα με έκπτωση σε Νοσοκομεία σοβαρών περιστατικών στη Μασαχουσέτη. Η συγκέντρωση του Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας της μη αμειβόμενης περίθαλψης επιτυγχάνεται μέσω μιας αξιολόγησης σε κάθε Νοσοκομείο για την κάλυψη του κόστους της φροντίδας για τους Ανασφάλιστους και Υποασφάλιστους Ασθενείς με εισόδημα κάτω από το 300% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας.

Οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα που λαμβάνουν υπηρεσίες στο Νοσοκομείο μπορεί να δικαιούνται οικονομική βοήθεια μέσω του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας, συμπεριλαμβανομένης δωρεάν ή μερικώς δωρεάν περίθαλψης για επιλέξιμες υπηρεσίες στο Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας που ορίζονται στο 101 CMR 613.00.

(α) Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας - Βασικό

Ανασφάλιστοι Ασθενείς που είναι κάτοικοι της Μασαχουσέτης με επαληθευμένο οικογενειακό εισόδημα MassHealth MAGI ή οικογενειακό εισόδημα, όπως περιγράφεται στο 101 CMR 613.04 (1), μεταξύ 0-300% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας μπορεί να καθοριστούν ως επιλέξιμοι για τις Επιλέξιμες Υπηρεσίες του Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας.

Η περίοδος επιλεξιμότητας και ο τύπος των υπηρεσιών για το Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Βασικό είναι περιορισμένη για τους ασθενείς που είναι επιλέξιμοι για εγγραφή στο Πρόγραμμα Πληρωμής Βοήθειας Premium που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος όπως περιγράφεται στο 101 CMR 613.04 (5) (α) και (β). Ασθενείς που υπόκεινται στις απαιτήσεις του Προγράμματος Υγείας των Φοιτητών του M.G.L. κ. 15A, § 18 δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Βασικό.

(b) Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας – Δευτερεύον

Ασθενείς που είναι κάτοικοι της Μασαχουσέτης με πρωτοβάθμια ασφάλιση υγείας και εισόδημα οικογενειακού εισοδήματος MassHealth MAGI ή οικογενειακό εισόδημα, όπως περιγράφεται στο 101 CMR 613.04 (1), μεταξύ 0 και 300% του ΟΕΦ μπορεί να καθοριστούν ως επιλέξιμοι για Επιλέξιμες Υπηρεσίες του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας. Η περίοδος επιλεξιμότητας και ο τύπος υπηρεσιών για το Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Δευτερεύον περιορίζεται για ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για εγγραφή στο Πρόγραμμα Πληρωμής Βοήθειας Premium που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος όπως περιγράφεται στο 101 CMR 613.04 (5) (α) και (β). Ασθενείς που υπόκεινται στις απαιτήσεις του Προγράμματος Υγείας των Φοιτητών του M.G.L. ντο. 15A, § 18 δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Δευτερεύον.

(c) Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας - Μερικές εκπτώσεις

Ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για το Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Βασικό ή Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Δευτερεύον με MassHealth MAGI Οικογενειακά Εισοδήματα ή Οικογενειακό Μετρήσιμο εισόδημα Ιατρικής Βοήθειας μεταξύ 150,1% και 300% του ΟΕΦ μπορεί να υπόκεινται σε ετήσια έκπτωση εάν όλα τα μέλη της Premium Billing Family Group (PBFG) έχουν εισόδημα που υπερβαίνει το 150,1% του ΟΕΦ. Αυτή η ομάδα ορίζεται σε 130 CMR 501.0001.

Εάν οποιοδήποτε μέλος του PBFG έχει ΟΕΦ κάτω από το 150,1%, δεν υπάρχει έκπτωση για κανένα μέλος του PBFG. Η ετήσια έκπτωση είναι ίση με το μεγαλύτερο από:

1. το χαμηλότερο κόστος Προγράμματος Πληρωμής Βοήθειας Premium που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος, προσαρμοσμένο για το μέγεθος του PBFG ανάλογα με τα πρότυπα εισοδήματος MassHealth ΟΕΦ, από την αρχή του ημερολογιακού έτους; ή
2. 40% της διαφοράς μεταξύ του χαμηλότερου εισοδήματος νοικοκυριού MassHealth MAGI ή του οικογενειακού εισοδήματος,

όπως περιγράφεται στο 101 CMR 613.04 (1), στο PBFG του αιτούντος και στο 200% του ΟΕΦ.

(d) Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας – Ιατρική Φροντίδα

Ένας κάτοικος της Μασαχουσέτης οποιουδήποτε εισοδήματος μπορεί να πληροί τις προϋποθέσεις για Δίκτυο Ασφάλεια Υγείας - Ιατρική Φροντίδα (Ιατρική Φροντίδα) μέσω του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας, εάν τα επιτρεπόμενα ιατρικά έξοδα έχουν εξαντλήσει τόσο το μετρήσιμο εισόδημά του που δεν είναι σε θέση να πληρώσει για υπηρεσίες υγείας. Για να πληροί τις προϋποθέσεις για ιατρική δυσκολία, τα επιτρεπόμενα ιατρικά έξοδα του αιτούντος πρέπει να υπερβαίνουν ένα καθορισμένο ποσοστό του Μετρήσιμου Εισοδήματος του αιτούντος που ορίζεται στο 101 CMR 613.

Η απαιτούμενη συνεισφορά του αιτούντος υπολογίζεται ως το καθορισμένο ποσοστό του Μετρήσιμου Εισοδήματος σε 101 CMR 613.05 (1) (b) βάσει του Οικογενειακού ΟΕΦ, πολλαπλασιασμένο επί του πραγματικού Μετρήσιμου Εισοδήματος μείον λογαριασμούς που δεν είναι επιλέξιμοι για πληρωμή από το Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας, για την οποία ο αιτών θα παραμείνει υπεύθυνος. Περαιτέρω απαιτήσεις για ιατρική δυσκολία καθορίζονται στο 101 CMR 613.05.

Το Νοσοκομείο μπορεί να ζητήσει προκαταβολή από ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για ιατρική φροντίδα. Οι καταθέσεις θα περιορίζονται στο 20% της συνεισφοράς Ιατρικής Φροντίδας έως και 1.000 €. Όλα τα υπόλοιπα υπόκεινται στους όρους του προγράμματος πληρωμής που καθορίζονται στο 101 CMR 613.08 (1) (ζ).

Για ιατρική φροντίδα, το Νοσοκομείο θα συνεργαστεί με τον ασθενή για να προσδιορίσει εάν ένα πρόγραμμα όπως η Ιατρική Φροντίδα θα ήταν κατάλληλο και θα υποβάλει αίτηση για ιατρική φροντίδα στο Δίκτυο Υγείας. Είναι υποχρέωση του ασθενούς να παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες όπως ζητά το Νοσοκομείο σε κατάλληλο χρονικό διάστημα για να διασφαλίσει ότι το Νοσοκομείο μπορεί να υποβάλει μια ολοκληρωμένη αίτηση.

**Ο ρόλος του
Συμβούλου
Οικονομικής
Βοήθειας**

Το Νοσοκομείο θα βοηθήσει τους Ανασφάλιστους Ασθενείς και τους Υποασφάλιστους Ασθενείς να υποβάλουν αίτηση για υγειονομική κάλυψη μέσω ενός προγράμματος δημόσιας βοήθειας (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, της MassHealth, του προγράμματος ενίσχυσης premium που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος και του Προγράμματος Ιατρικής Ασφάλειας των Παιδιών) και να συνεργαστεί με άτομα για εγγραφή τους ανάλογα. Το Νοσοκομείο θα βοηθήσει επίσης τους ασθενείς που επιθυμούν να υποβάλουν αίτηση για οικονομική βοήθεια μέσω του Δικτύου Ασφάλειας Υγείας.

Το Νοσοκομείο θα:

- α) παρέχει πληροφορίες σχετικά με το πλήρες φάσμα των προγραμμάτων, όπως το MassHealth, το πρόγραμμα πληρωμών premium που διαχειρίζεται ο Ιατρικός Σύνδεσμος, το Παιδικό Ιατρικό Πρόγραμμα Ασφάλειας και το Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας,
- β) βοηθήσει τα άτομα να συμπληρώσουν μια νέα αίτηση για κάλυψη ή να υποβάλουν ανανέωση για υπάρχουσα κάλυψη,
- γ) συνεργαστεί με το άτομο για να λάβει όλα τα απαιτούμενα έγγραφα,
- δ) υποβάλλει αιτήσεις ή ανανεώσεις (μαζί με όλα τα απαιτούμενα έγγραφα),
- ε) αλληλεπιδρά, κατά περίπτωση και όπως επιτρέπεται από τους τρέχοντες περιορισμούς συστήματος, με τα προγράμματα σχετικά με την κατάσταση τέτοιων αιτήσεων και ανανεώσεων,
- στ) βοηθήσει για τη διευκόλυνση της εγγραφής αιτούντων ή δικαιούχων σε ασφαλιστικά προγράμματα, και θα
- ζ) προσφέρει και θα παρέχει βοήθεια για την εγγραφή των υποψηφίων.

Το Νοσοκομείο θα ενημερώσει τον ασθενή για την υποχρέωσή του να παρέχει στο Νοσοκομείο και στην αρμόδια κρατική υπηρεσία ακριβείς και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με το πλήρες όνομα, τη διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου, την ημερομηνία γέννησης, τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης (εάν υπάρχει), τις τρέχουσες επιλογές ασφαλιστικής κάλυψης συμπεριλαμβανομένων οικιακών, μηχανοκίνητων οχημάτων και άλλης ασφάλισης αστικής ευθύνης) που μπορούν να καλύψουν το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας, τυχόν άλλους ισχύοντες οικονομικούς πόρους και πληροφορίες σχετικά με την ιθαγένεια και την κατοικία. Αυτές οι πληροφορίες θα υποβληθούν στην πολιτεία ως μέρος της αίτησης δημόσιας βοήθειας για τον καθορισμό της κάλυψης για τις υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο.

Εάν το άτομο ή ο Εγγυητής δεν είναι σε θέση να παράσχουν τις απαραίτητες πληροφορίες, το Νοσοκομείο μπορεί (κατόπιν αιτήματος του ατόμου) να καταβάλει εύλογες προσπάθειες για να λάβει τυχόν πρόσθετες πληροφορίες από άλλες πηγές. Τέτοιες προσπάθειες περιλαμβάνουν επίσης τη συνεργασία με άτομα, όταν ζητηθεί από το άτομο, για να προσδιοριστεί εάν πρέπει να σταλεί ένας λογαριασμός για υπηρεσίες για να βοηθήσει στην εκπλήρωση της εφάπαξ έκπτωσης. Αυτό θα συμβεί όταν το άτομο προγραμματίζει τις υπηρεσίες του, κατά την προεγγραφή, ενώ το άτομο εισάγεται στο Νοσοκομείο, κατά την έξοδο, ή για εύλογο χρονικό διάστημα μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Οι πληροφορίες που λαμβάνει το Νοσοκομείο θα διατηρηθούν σύμφωνα με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς και πολιτειακούς νόμους περί απορρήτου και ασφάλειας.

Το Νοσοκομείο θα ειδοποιήσει επίσης τον ασθενή κατά τη διαδικασία υποβολής αίτησης για την ευθύνη του να αναφέρει τόσο στο Νοσοκομείο όσο και στον κρατικό οργανισμό που παρέχει κάλυψη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οποιουδήποτε τρίτου που μπορεί να είναι υπεύθυνος για την πληρωμή αξιώσεων, συμπεριλαμβανομένης οικιακής, αυτόματης ή άλλης ασφαλιστικής ευθύνης πολιτική. Εάν ο ασθενής έχει υποβάλει αξίωση τρίτου ή έχει υποβάλει αγωγή εναντίον τρίτου, το Νοσοκομείο θα ειδοποιήσει τον ασθενή για την απαίτηση να ειδοποιήσει τον πάροχο και το κρατικό πρόγραμμα εντός 10 ημερών από αυτές τις ενέργειες.

Ο ασθενής θα ενημερωθεί επίσης ότι πρέπει να επιστρέψει στον αρμόδιο κρατικό φορέα το ποσό της υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτεται από το κρατικό πρόγραμμα εάν υπάρχει ανάκτηση στην αξίωση ή να εκχωρήσει δικαιώματα στο κράτος για να του επιτρέψει να ανακτήσει το ισχύον ποσό του.

Όταν το άτομο επικοινωνεί με το Νοσοκομείο, το Νοσοκομείο θα προσπαθήσει να εντοπίσει εάν ένα άτομο πληροί τις προϋποθέσεις για ένα πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας ή για οικονομική βοήθεια από το Νοσοκομείο. Ένα άτομο που είναι εγγεγραμμένο σε πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας μπορεί να δικαιούται ορισμένα οφέλη. Τα άτομα μπορούν επίσης να πληρούν τις προϋποθέσεις για πρόσθετη βοήθεια βάσει του προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας του Νοσοκομείου με βάση τα τεκμηριωμένα έσοδα, τα περιουσιακά στοιχεία και τα επιτρεπόμενα ιατρικά έξοδα.

**Υποχρεώσεις
Ασθενούς**

Πριν από την παροχή οποιωνδήποτε υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (εκτός από τις υπηρεσίες που παρέχονται για τη σταθεροποίηση ενός ασθενούς που έχει κριθεί σε επείγουσα ιατρική κατάσταση ή χρειάζεται επείγουσα περίθαλψη), ο ασθενής αναμένεται να παρέχει έγκαιρες και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα ασφαλιστική του κατάσταση, δημογραφικά στοιχεία, αλλαγές στο οικογενειακό εισόδημά του ή κάλυψη πολιτικής ομάδας (εάν υπάρχουν) και, εάν είναι γνωστές, πληροφορίες σχετικά με τις εκπτώσεις, τη συνασφάλιση και τις ιδίες συμμετοχές που απαιτούνται από το ισχύον ασφαλιστικό ή χρηματοοικονομικό τους πρόγραμμα. Οι λεπτομερείς πληροφορίες για κάθε στοιχείο πρέπει να περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε:

- Πλήρες όνομα, διεύθυνση, αριθμός τηλεφώνου, ημερομηνία γέννησης, αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (εάν υπάρχει), τρέχουσες επιλογές κάλυψης ασφάλισης υγείας, πληροφορίες σχετικά με την ιθαγένεια και την κατοικία και τους ισχύοντες οικονομικούς πόρους του ασθενούς που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πληρωμή του λογαριασμού του,
- Εάν ισχύει, το πλήρες όνομα του Εγγυητή του ασθενούς, η διεύθυνσή του, ο αριθμός τηλεφώνου, η ημερομηνία γέννησης, ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (εάν υπάρχει), οι τρέχουσες επιλογές κάλυψης ασφάλισης υγείας και οι ισχύοντες οικονομικοί πόροι τους που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την πληρωμή των λογαριασμών των ασθενών; και
- Άλλοι πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πληρωμή του λογαριασμού τους, συμπεριλαμβανομένων άλλων ασφαλιστικών προγραμμάτων, ασφαλιστηρίων συμβολαίων αυτοκινήτων ή ιδιοκτητών σπιτιού εάν η θεραπεία οφείλεται σε ατύχημα, προγράμματα αποζημίωσης εργαζομένων, ασφαλιστήρια συμβόλαια σπουδαστών και οποιοδήποτε άλλο οικογενειακό εισόδημα, όπως κληρονομιά, δώρα ή διανομές από μια έμπιστη πηγή, μεταξύ άλλων.

Ο ασθενής είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση του απλήρωτου λογαριασμού του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων τυχόν υπαρχουσών πληρωμών, συνασφάλισης και εκπτώσεων, και να επικοινωνεί με το Νοσοκομείο σε περίπτωση που χρειαστεί βοήθεια για την πληρωμή του λογαριασμού του. Ο ασθενής απαιτείται περαιτέρω να ενημερώσει είτε τον τρέχοντα ασφαλιστή υγείας του (εάν έχει) είτε την κρατική υπηρεσία που καθόρισε το καθεστώς επιλεξιμότητας του ασθενούς σε ένα δημόσιο πρόγραμμα για τυχόν αλλαγές στο οικογενειακό εισόδημα ή την κατάσταση ασφάλισης. Το Νοσοκομείο μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή με την ενημέρωση της επιλεξιμότητάς του σε ένα δημόσιο πρόγραμμα, όταν υπάρχουν αλλαγές στο οικογενειακό εισόδημα ή στην κατάσταση ασφάλισης, υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής ενημερώνει το Νοσοκομείο για τυχόν αλλαγές στην κατάσταση επιλεξιμότητας του ασθενούς.

Οι ασθενείς καλούνται επίσης να ενημερώσουν το Νοσοκομείο και το ισχύον πρόγραμμα στο οποίο λαμβάνουν βοήθεια (π.χ. MassHealth, Σύνδεσμος ή Δίκτυο ασφάλειας υγείας), για οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετίζονται με αλλαγή στο οικογενειακό εισόδημα ή εάν αποτελούν μέρος μιας ασφάλισης που μπορεί να καλύψει το κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το Νοσοκομείο. Εάν υπάρχει τρίτο μέρος (όπως, αλλά χωρίς περιορισμό, ασφάλιση κατοικίας ή αυτοκινήτου) που είναι υπεύθυνο για την κάλυψη του κόστους φροντίδας λόγω ατυχήματος ή άλλου συμβάντος, ο ασθενής θα συνεργαστεί με το Νοσοκομείο ή το ισχύον πρόγραμμα (συμπεριλαμβανομένων, αλλά δεν περιορίζεται σε αυτά, MassHealth, Σύνδεσμος ή Δίκτυο ασφάλειας υγείας) για την εκχώρηση του δικαιώματος ανάκτησης του καταβληθέντος ή μη καταβληθέντος ποσού για τέτοιες υπηρεσίες.

**Νοσοκομειακή
Οικονομική
Βοήθεια**

Η οικονομική βοήθεια θα επεκταθεί σε Ανασφάλιστους Ασθενείς, Υποασφάλιστους Ασθενείς και στους αντίστοιχους Εγγυητές τους που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια όπως ορίζονται παρακάτω. Αυτά τα κριτήρια θα διασφαλίσουν ότι αυτή η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας εφαρμόζεται με συνέπεια με το LHMC. Το LHMC διατηρεί το δικαίωμα να αναθεωρήσει, να τροποποιήσει ή να αλλάξει αυτήν την πολιτική όπως είναι απαραίτητο ή κατάλληλο. Το LHMC θα βοηθήσει τα άτομα να υποβάλουν αίτηση για Νοσοκομειακή Οικονομική Βοήθεια συμπληρώνοντας μια αίτηση (βλ. Παράρτημα 1 και Παράρτημα 2).

Οι πόροι πληρωμής (διαθέσιμες ασφάλειες μέσω απασχόλησης, Medicaid, Ταμεία, θύματα βίαιου εγκλήματος κ.λπ.) πρέπει να επανεξεταστούν και να αξιολογηθούν πριν εξεταστεί ο ασθενής για οικονομική βοήθεια. Εάν φανεί ότι ένας ασθενής μπορεί να είναι επιλέξιμος για άλλη βοήθεια, το LHMC θα παραπέμψει τον ασθενή στο κατάλληλο γραφείο για βοήθεια στη συμπλήρωση των αιτήσεων και των εντύπων ή θα βοηθήσει τον ασθενή με αυτές τις αιτήσεις. Οι αιτούντες βοήθεια πρέπει να εξαντλήσουν όλες τις άλλες επιλογές πληρωμής ως προϋπόθεση για την έγκρισή τους για Νοσοκομειακή Οικονομική Βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης της υποβολής αίτησης σε προγράμματα δημόσιας βοήθειας και στο Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας, όπως περιγράφεται παραπάνω.

Οι αιτούντες οικονομική βοήθεια είναι υπεύθυνοι για την υποβολή αιτήσεων σε δημόσια προγράμματα και την επιδίωξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ασθενείς / Εγγυητές που επιλέγουν να μην συνεργαστούν για την υποβολή αιτήσεων για προγράμματα που προσδιορίζονται από το LHMC ως πιθανές πηγές πληρωμής μπορεί να απορριφθούν για οικονομική βοήθεια. Οι αιτούντες

αναμένεται να συνεισφέρουν στο κόστος της φροντίδας τους με βάση την ικανότητά τους να πληρώνουν όπως περιγράφεται στην παρούσα πολιτική.

Ασθενείς / Εγγυητές που ενδέχεται να πληρούν τις προϋποθέσεις για Medicaid ή άλλη ασφάλιση υγείας πρέπει να υποβάλουν αίτηση για κάλυψη Medicaid ή να αποδείξουν ότι έχουν υποβάλει αίτηση για Medicaid ή άλλη ασφάλιση υγείας μέσω της Ομοσπονδιακής Αγοράς Ασφάλισης Υγείας εντός των προηγούμενων έξι (6) μηνών από την υποβολή αίτησης για Οικονομική Βοήθεια από το LHMC. Οι ασθενείς / Εγγυητές πρέπει να συμμορφώνονται με τη διαδικασία υποβολής αιτήσεων που περιγράφεται σε αυτήν την πολιτική, προκειμένου να πληρούν τις προϋποθέσεις για οικονομική βοήθεια.

Τα κριτήρια που πρέπει να ληφθούν υπόψη από το LHMC κατά την αξιολόγηση της καταλληλότητας ενός ασθενούς για Νοσοκομειακή Οικονομική Βοήθεια περιλαμβάνουν:

- Οικογενειακό Εισόδημα
- Περιουσιακά στοιχεία
- Ιατρικές υποχρεώσεις
- Εξάντληση όλης της διαθέσιμης δημόσιας και ιδιωτικής βοήθειας

Το πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας του LHMC είναι διαθέσιμο σε όλους τους ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας που ορίζονται σε αυτήν την πολιτική, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική τοποθεσία ή την κατάσταση κατοικίας. Η οικονομική βοήθεια θα χορηγηθεί σε ασθενείς / Εγγυητές βάσει οικονομικής ανάγκης και σύμφωνα με το νόμο της πολιτείας και του ομοσπονδιακού κράτους.

Η οικονομική βοήθεια θα προσφερθεί σε επιλέξιμους υποασφαλιστους ασθενείς, υπό την προϋπόθεση ότι η βοήθεια είναι σύμφωνη με τη συμβατική συμφωνία του ασφαλιστή. Η οικονομική βοήθεια γενικά δεν είναι διαθέσιμη για αποπληρωμή ασθενών ή υπόλοιπα σε περίπτωση που ο ασθενής δεν συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις ασφάλισης.

Οι ασθενείς με Λογαριασμό Ταμειυτηρίου Υγείας (HSA), Λογαριασμός Επιστροφής Υγείας (HRA) ή Λογαριασμός Ευέλικτης Δαπάνης (FSA) θα αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κεφάλαια λογαριασμού προτού θεωρηθούν επιλέξιμοι για Νοσοκομείο Οικονομική Βοήθεια. Το LHMC διατηρεί το δικαίωμα να αντιστρέψει τις εκπτώσεις που περιγράφονται σε αυτήν την πολιτική σε περίπτωση που καθορίσει εύλογα ότι οι όροι αυτοί παραβιάζουν οποιαδήποτε νομική ή συμβατική υποχρέωση LHMC.

Εκπτώσεις Οικονομικής Βοήθειας

Με βάση την εκτίμηση του οικογενειακού εισοδήματος, των περιουσιακών στοιχείων και των ιατρικών υποχρεώσεων του αιτούντος, οι ασθενείς μπορούν να λάβουν μία από τις εκπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω. Όλες οι εκπτώσεις που σημειώνονται αφορούν το τρέχον υπόλοιπο. Οι πληρωμές εκτός του δικτύου, η συνασφάλιση και οι εκπτώσεις δεν είναι επιλέξιμες για οικονομική βοήθεια. Ομοίως, οι ασφαλισμένοι ασθενείς που επιλέγουν να μην χρησιμοποιήσουν τη διαθέσιμη κάλυψη τρίτων («εθελοντική αυτοπληρωμή») δεν δικαιούνται Οικονομική Βοήθεια για το ποσό που οφείλεται σε οποιονδήποτε λογαριασμό εγγεγραμμένο ως εθελοντική αυτοπληρωμή. Σε καμία περίπτωση, ωστόσο, δεν θα χρεωθεί ένας ασθενής που είναι επιλέξιμος για Νοσοκομείο Οικονομική Βοήθεια περισσότερο από το ΓΠΧ.

Κοινωνική Μείριμνα: Το LHMC θα παρέχει φροντίδα με έκπτωση 100% σύμφωνα με αυτήν την πολιτική για ασθενείς / Εγγυητές των οποίων το οικογενειακό εισόδημα ανέρχεται σε ή κάτω από το 400% του τρέχοντος ΟΕΦ, οι οποίοι διαφορετικά πληρούν άλλα κριτήρια επιλεξιμότητας που ορίζονται στην παρούσα πολιτική.

Ιατρική Φροντίδα: Θα παρέχεται έκπτωση 100% για τους επιλέξιμους ασθενείς των οποίων το ιατρικό χρέος είναι μεγαλύτερο ή ίσο με το 25% του οικογενειακού εισοδήματός τους, οι οποίοι διαφορετικά πληρούν άλλα κριτήρια επιλεξιμότητας που ορίζονται στην παρούσα πολιτική.

Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας

Πληροφορίες σχετικά με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας του LHMC, Περίληψη Απλής Γλώσσας και Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας είναι διαθέσιμες, δωρεάν, στον ιστότοπο του LHMC, αναρτημένες σε τοποθεσίες του Νοσοκομείου και θα μεταφραστούν οποιαδήποτε γλώσσα είναι η κύρια γλώσσα που ομιλείται από λιγότερα από 1.000 άτομα ή το 5% των κατοίκων της κοινότητας που εξυπηρετούνται από το LHMC.

Επιπλέον, το LHMC αναφέρει πολιτικές πληρωμών και οικονομική βοήθεια σε όλες τις έντυπες μηνιαίες καταστάσεις ασθενών και επιστολές είσπραξης.

Πληροφορίες σχετικά με την πολιτική οικονομικής βοήθειας είναι διαθέσιμες, ανά πάσα στιγμή, κατόπιν αιτήματος.

1. Οι ασθενείς / εγγυητές μπορούν να υποβάλουν αίτηση για οικονομική βοήθεια ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της περιόδου αίτησης.
2. Προκειμένου να ληφθούν υπόψη για οικονομική βοήθεια, οι ασθενείς / εγγυητές πρέπει να συνεργάζονται και να παρέχουν χρηματοοικονομικά, προσωπικά ή άλλα έγγραφα σχετικά με τον προσδιορισμό της οικονομικής ανάγκης. Μπορείτε να λάβετε ένα έντυπο αίτησης οικονομικής βοήθειας με οποιονδήποτε από τους ακόλουθους τρόπους:
 - α. Στον ιστότοπο του LHMC:
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-record-s/financial-counseling-assistance/>
 - β. Αυτοπροσώπως στο Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων
41 Mall Road
Burlington, MA 01803
(781) 744-8815
 - γ. Καλώντας τον παραπάνω αριθμό για να ζητήσετε να αποσταλεί αντίγραφο
 - δ. Καλώντας τον παραπάνω αριθμό για να ζητήσετε ηλεκτρονικό αντίγραφο
3. Οι ασθενείς / εγγυητές οφείλουν να παρέχουν πιστοποιητικά των οικονομικών πόρων που είναι άμεσα διαθέσιμα στον ασθενή / εγγυητή. Το οικογενειακό εισόδημα μπορεί να επαληθευτεί χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε ή όλα τα ακόλουθα:
 - α. Τρέχουσες δηλώσεις W-2 και ή 1099
 - β. Τρέχουσες φορολογικές δηλώσεις πολιτείας ή ομοσπονδιακής
 - γ. Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα αντίγραφα μισθοδοσίας
 - δ. Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα αντίγραφα λογαριασμού και / ή ταμειυτηρίου
 - ε. Αποταμειευτικούς λογαριασμούς υγείας
 - στ. Ρυθμίσεις επιστροφής υγείας
 - ζ. Ευέλικτοι λογαριασμοί δαπανών
4. Πριν από την αξιολόγηση της καταλληλότητας για οικονομική βοήθεια, ο ασθενής / Εγγυητής πρέπει να αποδείξει ότι έχει υποβάλει αίτηση για Medicaid ή άλλη ασφάλιση υγείας μέσω της Ομοσπονδιακής Αγοράς Ασφάλισης Υγείας και πρέπει να παρέχει τεκμηρίωση για τυχόν υπάρχουσα κάλυψη τρίτων.

α. Οι χρηματοοικονομικοί σύμβουλοι θα βοηθήσουν τον ασθενή / τους εγγυητές να υποβάλουν αίτηση για Medicaid και στη συνέχεια θα βοηθήσουν τα ίδια άτομα να υποβάλουν αίτηση για Οικονομική Βοήθεια.

β. Εάν ένα άτομο υποβάλλει αίτηση για Οικονομική Βοήθεια κατά τη διάρκεια της ανοικτής εγγραφής στην Ομοσπονδιακή Ασφάλιση Υγείας, αυτό το άτομο απαιτείται να ζητήσει κάλυψη πριν από την αξιολόγηση του LHMC για οποιαδήποτε Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας.

5. Το LHMC ενδέχεται να μην απορρίψει την Οικονομική Βοήθεια αυτής της πολιτικής βάσει της αδυναμίας ενός ατόμου να παράσχει πληροφορίες ή έγγραφα που δεν περιγράφονται με σαφήνεια σε αυτήν την πολιτική ή στην αίτηση Οικονομικής Βοήθειας.
6. Το LHMC θα καθορίσει την τελική επιλεξιμότητα για Οικονομική Βοήθεια εντός τριάντα (30) εργάσιμων ημερών από την παραλαβή μιας συμπληρωμένης αίτησης.
7. Η τεκμηρίωση του τελικού προσδιορισμού επιλεξιμότητας θα γίνει σε όλους τους τρέχοντες (ανοιχτό υπόλοιπο) λογαριασμούς ασθενών αναδρομικά σε 6 μήνες από την αίτηση. Θα αποσταλεί επιστολή προσδιορισμού στον ασθενή / Εγγυητή.
8. Εάν ένας ασθενής / Εγγυητής υποβάλει μια ελλιπή αίτηση, θα σταλεί ειδοποίηση στον ασθενή / Εγγυητή που θα εξηγήσει ποιες πληροφορίες λείπουν. Ο ασθενής / Εγγυητής θα έχει τριάντα (30) ημέρες για να συμμορφωθεί και να παράσχει τις ζητούμενες πληροφορίες. Η μη ολοκλήρωση της αίτησης θα έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψη της Οικονομικής Βοήθειας.
9. Ο προσδιορισμός της επιλεξιμότητας για Οικονομική Βοήθεια βάσει της υποβολής αίτησης Οικονομικής Βοήθειας θα παραμείνει ενεργός για την περίοδο πιστοποίησης για όλες τις επιλέξιμες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται και θα περιλαμβάνει όλες τις εκκρεμείς απαιτήσεις για τους προηγούμενους έξι (6) μήνες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται σε κατάσταση εταιρικού χρέους. Ασθενείς που έχουν καθοριστεί να είναι επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια από το LHMC ή ένα συνεργαζόμενο Νοσοκομείο εντός της Περιόδου Πιστοποίησης θα θεωρηθούν αυτόματα επιλέξιμοι για Νοσοκομειακή Οικονομική Βοήθεια για την περίοδο 6 μηνών από την ημερομηνία του καθορισμού της επιλεξιμότητας. Είναι ευθύνη του ασθενούς / Εγγυητή να ειδοποιήσει το LHMC για οποιαδήποτε οικονομική μεταβολή κατά την περίοδο προεπιλογής. Εάν δεν το κάνει, μπορεί να προκληθεί απώλεια επιλεξιμότητας.
10. Οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για οικονομική βοήθεια θα λάβουν επιστροφή χρημάτων για τυχόν πληρωμές που

πραγματοποιούνται που υπερβαίνουν το ποσό που είναι προσωπικά υπεύθυνοι για να πληρώσουν.

**Λόγοι
Απόρριψης**

Το LHMC μπορεί να απορρίψει ένα αίτημα Οικονομικής Βοήθειας για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων, αλλά όχι περιοριστικά:

- Επαρκές Οικογενειακό Εισόδημα
- Επαρκή Περιουσιακά Στοιχεία
- Ασθενής που δεν συνεργάζεται ή δεν ανταποκρίνεται σε συνεχείς προσπάθειες για συνεργασία με τον ασθενή / Εγγυητή
- Μη ολοκληρωμένη Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας παρά τις συνεχείς προσπάθειες για συνεργασία με τον ασθενή / τον εγγυητή
- Εκκρεμεί αξίωση ασφάλισης ή ευθύνης
- Παρακράτηση ασφαλιστικών πληρωμών ή / και ασφαλιστικών ταμείων, συμπεριλαμβανομένων των πληρωμών που αποστέλλονται στον ασθενή / Εγγυητή για την κάλυψη υπηρεσιών που παρέχονται από το LHMC, και

**Θεωρητική
Επιλεξιμότητα**

Το LHMC κατανοεί ότι δεν μπορούν όλοι οι ασθενείς να συμπληρώσουν μια Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας ή να συμμορφωθούν με αιτήματα τεκμηρίωσης. Ενδέχεται να υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής / Εγγυητής πληροί τις προϋποθέσεις για Οικονομική Βοήθεια χωρίς να συμπληρώσει τη φόρμα αίτησης. Άλλες πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το LHMC για να προσδιοριστεί εάν ο λογαριασμός ασθενούς / Εγγυητή έχει απλήρωτες οφειλές και αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό της Θεωρητικής Επιλεξιμότητας. Η Θεωρητική Επιλεξιμότητα μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς βάσει της επιλεξιμότητάς τους για άλλα προγράμματα ή συνθήκες ζωής όπως:

- Ασθενείς / Εγγυητές που έχουν κηρύξει πτώχευση. Σε περιπτώσεις που συνεπάγονται πτώχευση, διαγράφεται μόνο το υπόλοιπο του λογαριασμού από την ημερομηνία αποπληρωμής.
- Ασθενείς / Εγγυητές που έχουν αποβιώσει χωρίς κληρονομιά.
- Ασθενείς / Εγγυητές που έχουν οριστεί ως άστεγοι.
- Λογαριασμοί που επιστράφηκαν από εισπρακτικές υπηρεσίες λόγω χρεών για οποιονδήποτε από τους παραπάνω λόγους και δεν έχει ληφθεί πληρωμή.
- Ασθενείς / Εγγυητές που πληρούν τις προϋποθέσεις για κρατικά προγράμματα Medicaid θα είναι επιλέξιμοι για Οικονομική Βοήθεια για οποιεσδήποτε υποχρεώσεις επιμερισμού του κόστους που σχετίζονται με το πρόγραμμα ή μη καλυπτόμενες υπηρεσίες.

Οι λογαριασμοί ασθενών στους οποίους εγκρίθηκε η Θεωρητική Επιλεξιμότητα θα επαναταξινομηθούν σύμφωνα με την πολιτική Οικονομικής Βοήθειας. Δεν θα σταλούν για είσπραξη ούτε θα υποβληθούν σε περαιτέρω ενέργειες είσπραξης.

**Μη
ασφαλισμένοι
Ποσό Έκπτωσης
και Εξαιρέσεις**

Οι ασθενείς/εγγυητές που δεν έχουν ασφάλιση υγείας και δεν πληρούν τα κριτήρια για το Masshealth ή τη χρηματοδοτική ενίσχυση θα έχουν έκπτωση 40% που εφαρμόζεται στις υπηρεσίες νοσοκομείου και των ιατρών, όπως αναφέρεται στο Παράρτημα 5 της Πολιτικής Χρηματοδοτικής Βοήθειας.

Αυτή η έκπτωση δεν είναι διαθέσιμη για τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Κοσμητικές Υπηρεσίες

- Υπηρεσίες Πληρωμής από τον Ασφαλισμένο (υπηρεσίες για τις οποίες υπάρχει ήδη αφιερωμένο χρονοδιάγραμμα πληρωμής από τον ίδιο)
- Υπηρεσίες Ανευρεξίας
- Αποζημιώσεις για Οχήματα
- Υπηρεσίες Παρέκκλισης Πέρασματος Εντέρου χωρίς καθορισμό του πληρωτή για ιατρική αναγκαιότητα
- Είδη όπως φακοί, ακουστικά βοηθήματα, εμφυτεύματα και οποιαδήποτε άλλα ειδικά αγορασμένα προϊόντα
- Αντικείμενα ευκολίας για τον ασθενή, όπως διανυκτερεύσεις που δεν είναι ιατρικά απαραίτητες

Η έκπτωση για τους μη ασφαλισμένους θα εφαρμοστεί κατά τη χρέωση και περιλαμβάνεται σε οποιαδήποτε εκτίμηση.

**Ιατρικές
Υπηρεσίες
Έκτακτης
Ανάγκης**

Σύμφωνα με τους κανονισμούς της Επείγουσας Ιατρικής Θεραπείας (ΕΙΘ), κανένας ασθενής δεν πρέπει να υποβληθεί σε έλεγχο για οικονομική βοήθεια ή πληροφορίες πληρωμής πριν από την παροχή υπηρεσιών σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Το LHMC μπορεί να ζητήσει την πραγματοποίηση πληρωμών καταμερισμού του κόστους του ασθενούς (δηλ. ιδίες συμμετοχές) κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας, υπό την προϋπόθεση ότι τέτοια αιτήματα δεν προκαλούν καθυστέρηση στην εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου ή απαραίτητη θεραπεία για τη σταθεροποίηση του ασθενούς σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Το LHMC θα παρέχει, χωρίς διακρίσεις, φροντίδα για επείγουσες ιατρικές καταστάσεις σε άτομα ανεξάρτητα από το εάν είναι επιλέξιμα βάσει αυτής της πολιτικής. Το LHMC δεν θα εμπλακεί σε ενέργειες που αποθαρρύνουν τα άτομα από την αναζήτηση επείγουσας φροντίδας.

Πίστωση και Εισπράξεις

Οι ενέργειες που ενδέχεται να αναλάβει το LHMC σε περίπτωση μη πληρωμής περιγράφονται σε ξεχωριστή Πολιτική Πίστωσης και Εισπράξεων.

Μέλη του κοινού μπορούν να λάβουν ένα δωρεάν αντίγραφο μέσω:

α.Επίσκεψης του ιστοτόπου του

<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>

β.Επίσκεψης στο Τμήμα Χρηματοοικονομικών Συμβούλων που βρίσκεται στη διεύθυνση:

41 Mall Road

Burlington, MA 01803

(781) 744-8815

γ.Καλώντας τον παραπάνω αριθμού για να ζητήσετε αποστολή αντιγράφου

δ.Καλώντας τον παραπάνω αριθμό για να ζητήσετε ηλεκτρονικό αντίγραφο

Ρυθμιστικές Απαιτήσεις

Το LHMC θα συμμορφώνεται με όλους τους ομοσπονδιακούς, πολιτειακούς και τοπικούς νόμους, κανόνες και κανονισμούς και τις απαιτήσεις αναφοράς

Εκλεκτικών Υπηρεσιών. Η πληρωμή του ποσού με διαπραγμάτευση πρέπει να πραγματοποιηθεί πλήρως εντός δεκαπέντε ημερών από την παραλαβή του πρώτου λογαριασμού του ασθενούς. Αυτή η έκπτωση δεν θα προσφέρεται για οποιαδήποτε υπηρεσία στην οποία έχει εκχωρηθεί ξεχωριστό πρόγραμμα αμοιβών αυτοπληρωμής. Επιπλέον, οι ιδίες συμμετοχές, η συνασφάλιση και οι εκπτώσεις στο δίκτυο και εκτός δικτύου δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την άμεση έκπτωση πληρωμής. Για την αποφυγή αμφιβολιών, αυτή η έκπτωση δεν θα προσφερθεί σε κανέναν ασθενή που πληρώνει υπηρεσίες σύμφωνα με ένα πρόγραμμα πληρωμών

που ενδέχεται να ισχύουν για δραστηριότητες σύμφωνα με αυτήν την πολιτική.

Αυτή η πολιτική απαιτεί το LHMC να παρακολουθεί την Οικονομική Βοήθεια που παρέχεται για την εξασφάλιση ακριβούς αναφοράς. Πληροφορίες σχετικά με την οικονομική βοήθεια που παρέχεται βάσει αυτής της πολιτικής θα αναφέρονται ετησίως στο έντυπο RIS 990 του

Προγράμματος H.

Το LHMC θα τεκμηριώσει όλη την Οικονομική Βοήθεια προκειμένου να διατηρήσει τους κατάλληλους ελέγχους και να πληροί όλες τις απαιτήσεις εσωτερικής και εξωτερικής συμμόρφωσης

Παράρτημα 1
Αίτηση
Κοινωνικής
Μέριμνας

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας Κοινωνικής Μέριμνας

Παρακαλώ Εκτυπώστε

Σημερινή Ημερομηνία: _____ Κοινωνική Ασφάλιση

Αριθμός Μητρώου: _____

Όνομα Ασθενούς: _____

Διεύθυνση: _____

Οδός

Αρ. Διαμ.

Πόλη

Νομός

Τ.Κ.

Ημερομηνία Νοσοκομειακών Υπηρεσιών: _____

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς _____

Είχε ο ασθενής ασφάλιση υγείας ή Medicaid** κατά τη διάρκεια των νοσοκομειακών υπηρεσιών;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν "Ναι", επισυνάψτε αντίγραφο της κάρτας ασφάλισης (εμπρός και πίσω) και συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: _____

Αριθμός Πολιτικής: _____

Ημερομηνία Ισχύος: _____

Τηλέφωνο Ασφάλειας: _____

** Πριν από την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, πρέπει να έχετε υποβάλει αίτηση για Medicaid τους τελευταίους 6 μήνες και θα πρέπει να δείξετε απόδειξη απόρριψης.

Σημείωση: Εάν ένας ασθενής / εγγυητής έχει Λογαριασμό Ταμειυτηρίου Υγείας (HSA), Λογαριασμό Αποζημίωσης Υγείας (HRA), Λογαριασμό Ενέλικτης Δαπάνης (FSA) ή παρόμοιο ταμείο που έχει οριστεί για οικογενειακά ιατρικά έξοδα, το άτομο αυτό δεν είναι δικαιούχος για οικονομική βοήθεια έως ότου τέτοια περιουσιακά στοιχεία εξαντληθούν.

Για να υποβάλετε αίτηση για ιατρική βοήθεια, συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των γονέων, των παιδιών ή / και των αδελφών, φυσικών ή υιοθετημένων, κάτω των 18 ετών που ζουν στο σπίτι.

Μέλος Οικογένειας	Ηλικία	Σχέση με τον Ασθενή	Πηγή Εισοδήματος ή Όνομα Εργοδότη	Μηνιαίο Ακαθάριστο Εισόδημα
1.				
2.				
3.				
4.				

Εκτός από την Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας χρειάζομαστε επίσης τα ακόλουθα έγγραφα που πρέπει να επισυνάπτονται σε αυτήν την αίτηση:

- A. Τρέχουσες δηλώσεις φόρου εισοδήματος
- B. Πρόσφατες Δηλώσεις W2 και/ή Έντυπα 1099
- C. Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα μισθοδοσίας
- D. Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα λογαριασμού μισθοδοσίας ή / και ταμειυτηρίου
- E. Διακανονισμοί οφειλών υγείας
- F. Αποταμειευτικός λογαριασμός υγείας
- G. Ευέλκτοι λογαριασμοί δαπανών
- H. Αντίγραφα όλων των ιατρικών λογαριασμών

Εάν αυτά δεν είναι διαθέσιμα, καλέστε το Τμήμα Χρηματοοικονομικών Συμβούλων για να συζητήσετε άλλα έγγραφα που μπορεί να παρέχουν.

Με την υπογραφή μου παρακάτω, βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει προσεκτικά την Πολιτική και την Εφαρμογή Οικονομικής Βοήθειας και ότι όλα όσα έχω δηλώσει ή οποιαδήποτε τεκμηρίωση έχω επισυνάψει είναι αληθή και σωστά από όσο γνωρίζω. Κατανοώ ότι είναι παράνομο να υποβάλω εν γνώσει μου ψευδείς πληροφορίες για να λάβω οικονομική βοήθεια.

Υπογραφή Αιτούντα: _____

Σχέση με τον Ασθενή: _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Εάν το εισόδημά σας συμπληρωθεί με οποιονδήποτε τρόπο ή αναφέρατε εισόδημα 0,00 € σε αυτήν την αίτηση, συμπληρώστε την παρακάτω δήλωση υποστήριξης από τα άτομα που παρέχουν βοήθεια σε εσάς και την οικογένειά σας.

Δήλωση Υποστήριξης

Έχω αναγνωριστεί από τον ασθενή / υπεύθυνο μέρος ως πάροχος οικονομικής υποστήριξης.

Ακολουθεί μια λίστα υπηρεσιών και υποστήριξης που παρέχω.

Πιστοποιώ και επαληθεύω ότι όλες οι πληροφορίες που δίνονται είναι αληθείς και σωστές από όσο γνωρίζω. Κατανοώ ότι η υπογραφή μου δεν θα με κάνει οικονομικά υπεύθυνο για τα ιατρικά έξοδα του ασθενούς.

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Περιμένετε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της συμπληρωμένης αίτησης για προσδιορισμό της επιλεξιμότητας.

Εάν είστε δικαιούχοι, η οικονομική βοήθεια χορηγείται για έξι μήνες από την ημερομηνία έγκρισης και ισχύει για όλες τις θυγατρικές της Beth Israel Lahey Health, όπως ορίζεται στο Παράρτημα 5 των αντίστοιχων Πολιτικών Οικονομικής Βοήθειας:

- Νοσοκομείο Anna Jaques
- Νοσοκομείο Addison Gilbert
- Νοσοκομείο BayRidge
- Ιατρικό Κέντρο Beth Israel Deaconess -Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Νοσοκομείο Beverly
- Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, Burlington
- Ιατρικό Κέντρο Lahey, Peabody
- Νοσοκομείο Mount Auburn
- Νοσοκομείο New England Baptist
- Νοσοκομείο Winchester

Προσωπικό Μόνο.
Η Αίτηση Παραλήφθηκε

AJH	☐
AGH	☐
BayRidge	☐
BIDMC	☐
BID Milton	☐
BID Needham	☐
BID Plymouth	☐
Beverly	☐
LHMC	☐
LMC Peabody	☐
MAH	☐
NEBH	☐
WH	☐

Παράρτημα 2
Αίτηση
Ιατρικής
Φροντίδας

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Ιατρική Φροντίδα
Παρακαλώ Εκτυπώστε

Σημερινή Ημερομηνία: _____
Κοινωνική Ασφάλιση # _____

Αριθμός Μητρώου: _____

Όνομα Ασθενούς: _____

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς _____

Διεύθυνση: _____

Οδός	Αρ. Διαμ.
_____	_____
Πόλη	Νομός T.K.

Είχε ο ασθενής ασφάλιση υγείας ή Medicaid κατά τη διάρκεια των νοσοκομειακών υπηρεσιών; Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν "Ναι", επισυνάψτε αντίγραφο της κάρτας ασφάλισης (εμπρός και πίσω) και συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: _____

Αριθμός Πολιτικής: _____

Ημερομηνία Ισχύος: _____

Τηλέφωνο Ασφάλειας: _____

Σημείωση: Εάν ένας ασθενής / εγγυητής έχει Λογαριασμό Ταμειωτηρίου Υγείας (HSA), Λογαριασμό Αποζημίωσης Υγείας (HRA), Λογαριασμό Ενέλικτης Δαπάνης (FSA) ή παρόμοιο ταμείο που έχει οριστεί για οικογενειακά ιατρικά έξοδα, το άτομο αυτό δεν είναι δικαιούχος για οικονομική βοήθεια έως ότου τέτοια περιουσιακά στοιχεία εξαντληθούν.

Για να υποβάλετε αίτηση για ιατρική βοήθεια, συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των γονέων, των παιδιών ή / και των αδελφών, φυσικών ή υιοθετημένων, κάτω των 18 ετών που ζουν στο σπίτι.

Μέλος Οικογένειας	Ηλικία	Σχέση με τον Ασθενή	Πηγή Εισοδήματος ή Όνομα Εργοδότη	Μηνιαίο Ακαθάριστο Εισόδημα
1.				

2.				
3.				
4.				

Εκτός από την Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας χρειαζόμαστε επίσης τα ακόλουθα έγγραφα που πρέπει να επισυνάπτονται σε αυτήν την αίτηση:

- I. Τρέχουσες δηλώσεις φόρου εισοδήματος
- J. Πρόσφατες Δηλώσεις W2 και/ή Έντυπα 1099
- K. Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα μισθοδοσίας
- L. Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα λογαριασμού μισθοδοσίας ή / και ταμειυτηρίου
- M. Διακανονισμοί οφειλών υγείας
- N. Αποταμειωτικός λογαριασμός υγείας
- O. Ευέλικτοι λογαριασμοί δαπανών
- P. Αντίγραφα όλων των ιατρικών λογαριασμών

Εάν αυτά δεν είναι διαθέσιμα, καλέστε το Τμήμα Χρηματοοικονομικών Συμβούλων για να συζητήσετε άλλα έγγραφα που μπορεί να παρέχουν.

Καταγράψτε όλα τα ιατρικά χρέη και δώστε αντίγραφα των λογαριασμών που πραγματοποιήθηκαν τους προηγούμενους δώδεκα μήνες:

Ημερομηνία Παροχής	Τόπος Παροχής	Οφειλή
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Δώστε μια σύντομη εξήγηση για το γιατί η πληρωμή αυτών των ιατρικών λογαριασμών θα είναι μια δυσχέρεια:

Με την υπογραφή μου παρακάτω, βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που υποβάλλονται στην αίτηση είναι αληθείς όσο γνωρίζω, καταλαβαίνω και πιστεύω.

Υπογραφή Αιτούντα:

Σχέση με τον
Ασθενή: _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Περιμένετε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της συμπληρωμένης αίτησης για προσδιορισμό της επιλεξιμότητας.

Εάν είστε δικαιούχος, η βοήθεια χορηγείται για έξι μήνες από την ημερομηνία έγκρισης και ισχύει για όλους τους συνεργάτες της Beth Israel Lahey Health, όπως ορίζεται στο Παράρτημα 5 των αντίστοιχων Πολιτικών Οικονομικής Βοήθειας.:

- Νοσοκομείο Anna Jaques
- Νοσοκομείο Addison Gilbert
- Νοσοκομείο BayRidge
- Ιατρικό Κέντρο Beth Israel Deaconess -Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
-
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Νοσοκομείο Beverly
- Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, Burlington
- Ιατρικό Κέντρο Lahey, Peabody
- Νοσοκομείο Mount Auburn
- Νοσοκομείο New England Baptist
- Νοσοκομείο Winchester

Προσωπικό Μόνο. Η Αίτηση Παραλήφθηκε	
AJH	☐
AGH	☐
BayRidge	☐
BIDMC	☐
BID Milton	☐
BID Needham	☐
BID Plymouth	☐
Beverly	☐
LHMC	☐
LMC Peabody	☐
MAH	☐
NEBH	☐
WH	☐

Παράρτημα 3
Εκπτωτικό
γράφημα με
βάση τα όρια
εισοδήματος
και περιουσια
ών στοιχείων

Οι εκπτώσεις για Οικονομική Βοήθεια και Ιατρική Φροντίδα εφαρμόζονται στο Υπόλοιπο του Ασθενούς για δικαιούμενες ιατρικές υπηρεσίες, όπως περιγράφεται στην πολιτική.

Έκπτωση Οικονομικής Βοήθειας για Δικαιούχους Ασθενείς:

Κοινωνική Μέριμνα

Επίπεδο Εισοδήματος	Έκπτωση
Λιγότερο από ή ίσο με 400% ΕΟΕ	100%

Ιατρική Φροντίδα

Οι ασθενείς θα καθοριστούν ως δικαιούχοι για Ιατρική Φροντίδα εάν οι ιατρικοί λογαριασμοί είναι μεγαλύτεροι ή ίσοι με το 25% του Οικογενειακού Εισοδήματος και θα λάβουν έκπτωση 100%.

Παράρτημα 4
Γενικά Ποσά
Χρέωσης
(ΓΠΧ)

Ανατρέξτε στον ορισμό των Γενικών Ποσών Χρέωσης στην πολιτική, παραπάνω, για μια περιγραφή του τρόπου υπολογισμού των ΓΠΧ χρησιμοποιώντας τη μέθοδο "Look-Back".

Το τρέχον ποσοστό των ΓΠΧ του LHMC με βάση τις απαιτήσεις για τη χρήση 2024 ισούται με 37.50%.

Τα ΓΠΧ υπόκεινται σε αλλαγές ανά πάσα στιγμή για τους ακόλουθους λόγους:

- Αλλαγές στη σύμβαση ιδιωτικού ασφαλιστή υγείας και αμοιβής υπηρεσιών υγείας
- Διακανονισμοί που λαμβάνονται από προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και υπηρεσίες υγείας

Ενημερώθηκε τον 01/2025

Παράρτημα 5
Πάροχοι και
Κλινικές
–Καλυπτόμενο
ι και μη

Αυτή η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας καλύπτει όλες τις χρεώσεις του Νοσοκομείου στις ακόλουθες τοποθεσίες:

- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 41 Mall Road, Burlington, MA*
- *Ιατρικό Κέντρο Lahey, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA*
- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 20 Wall Street, Burlington, MA*
- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 31 Mall Road, Burlington, MA*
- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 5 Federal Street, Danvers, MA*
- *Εξωτερική Ιατρική Lahey, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA*
- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 50 Mall Road, Burlington, MA*
- *Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey, 67 Bedford Street, Burlington, MA*

Αυτή η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας καλύπτει επίσης τις χρεώσεις από άτομα και οντότητες που αναφέρονται σε αυτήν την ενότητα παρακάτω για υπηρεσίες που παρέχονται στις εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου που αναφέρονται παραπάνω:

Lahey Clinic Inc. Departments Include:
Allergy
Anesthesiology
Audiology
Cardiology
Cardiothoracic Surgery
Colon Rectal Surgery
Dermatology and MOHS Surgery
Emergency Services
Endocrinology
Gastroenterology
General Surgery
Gynecology
Hematology and Oncology
Hospital Medicine
Hepatobiliary/Transplant
Infectious Disease
Lifestyle Health
Medical Weight Loss
Nephrology
Neurology

Neurosurgery
Occupational Therapy
Ophthalmology
Orthopedic Rehabilitation
Otolaryngology
Pain Center
Palliative Care
Pathology and laboratory
Physical Therapy
Plastic Surgery
Psychiatry
Pulmonary and Critical Care
Radiation Oncology
Radiology
Rheumatology
Surgical Critical Care
Transplantation
Urology
Vascular Surgery

Για τους παρόχους που αναφέρονται παρακάτω, αυτή η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας καλύπτει μόνο τη χρέωση του Νοσοκομείου. Δεν καλύπτει χρεώσεις παρόχου από τα άτομα και τις οντότητες που αναφέρονται παρακάτω. Οι ασθενείς παρακαλούνται να επικοινωνήσουν απευθείας με αυτούς τους παρόχους για να δουν εάν προσφέρουν οποιαδήποτε βοήθεια και να κάνουν ρυθμίσεις πληρωμής.

Non-Covered Providers			
Last Name	First Name	Middle Name	Title
Ahson	Imran	M.	DMD, MD
Ali	Omar	Azam	MD
Anania	Carol	Ann	MD
Ansevin	Carl	D.	MD
Aung	Soe	M.	MD
Bachur	Richard	G.	MD
Balan	Stefan		MD

Barbeau	Deborah	Nicolls	MD, PhD, MSPH
Barkan	Sophia		LAc
Baumgart	Egbert	D.	MD
Blander	Daniel	S.	MD
Blinderman	Raechel	L.	LICSW
Brammer	Michael	E.	LICSW
Brassett	Holly		RD
Breckwoldt	William	Lawrence	MD
Briere	Catherine	S.	RD
Brower	Jeffrey	V.	MD, PhD
Butte	Anjum	N.	MD
Canela	Milly		RD
Carithers	Katherine	F.	RD
Carlson	Sarah	J.	MD, MSc
Carper	Jane	M.	LICSW
Chahal	Karenjeet		MD
Chinamasa	Gordon		LICSW, PhD
Clark	Alicia	T.	MD
Corbin	Christine	Anne	LMHC
Corkery	Joseph	C.	MD
Cornell	Kelley	M.	MD
Courtney	Michael	W.	DMD, MD
De Peralta	Edgar	T.	MD
DiBenedetto	Tiana	Marie	RD
Dinges	Sharon		LMHC, MEd
Dore	Cortney	A.	LMHC
Drinis	Sophia		MD
Duclos	Sarah	Kruzel	PA
Duignan	Meagan		LICSW
Eccher	Matthew	A.	MD
Edirisinghe	Nayomi	K.	MD
Fallon	Paul	A.	MD
Faragi	Jennifer		LMHC
Fenton	Sarah	E.	LMHC, MA
Filbert	Kayla		LICSW
Foster	Lisa	A.	NP
Geigle	Danielle	L.	LMHC
Gianellis	Tina		PharmD
Glaser	Sarah	Rose	NP
Gomez	Ernest	D.	MD
Griffin	Olivia		LICSW
Gruskin	Karen	Dale	MD
Hadaway	Jolene		LMHC
Haftel	Elizabeth	Jude	PharmD, MPH
Haines	Frederick	W.	LMHC
Hannan	Joseph	C.	MD
Haque	Asim		MD, PhD

Harris	Stephen	L.	MD
Howard	Sarah	Leonido	PharmD
Hsu	Howard	C.	MD
Hung	Virginia	S.	MD
Hunter	Klaudia	U.	MD
Jalisi	Scharukh	M.	MD
Jarmusik	Ellen	M.	LMHC, MEd
Jiang	Naomi	Y.	MD
Katz	Matthew	S.	MD
Kempinski	Sharon	E.	LICSW
Keyser	Benjamin	R.	DMD, MD
Kim	Jaegak		DMD
Knab	Brian	R.	MD
Kowalik	Ania	I.	MD
Kumar	Kartik	R	MD
LeConte	Katheline		LICSW
Leduc	Christine	Vaudo	PharmD
Lefebvre	Katherine		LICSW, MSW
Lemons	Jeffrey	M.	MD
Lewis	Arantxa		MD
Lincoln	Kyle	J.	LMHC
Link	Taylor		LICSW
Littlefield	Lauren	M.	LICSW
Lloyd	Daniel		LMHC
Long	Jennifer	C.	LICSW
Ludvigson	Adam	E.	MD, MA
Maggio	Vijay		MD
Magliocchetti	Kimberly	Lane	NP
Mahadevan	Arul		MD
Maia	Kimberly		LMHC
Manning	Anne	E.	LMHC
Marcinkowski-Desmond	Dana		MD
Marenghi	Noelle	J	LICSW
Martinez	Tatiana		LICSW
Masia	Shawn	L.	MD
Massey	Hypatia		RD
McDermott	Anne	G.	LMHC
McGrail	Bernadette		LMHC
McKee	Andrea	B.	MD
McPhee	James	T.	MD
Merker	Laurie	Ann	MD
Messiner	Ryan	V.	DO
Metcalfe	Su	K.	MD
Michaels	Michael	J.	MD
Mir	Samy	S.	MD
Mitchell	Leslie	M.	PharmD
Moore	Omar	Jishi	MD

Moore Peng	Kate		PharmD
Morrison	Kristy	Anne	NP
Nahm	Frederick	K.	MD
Nayak	Vijay	K.	MD
Nellore	Malleeswari		MD
Nesto	Richard	W.	MD
Nixon	Asa	J.	MD
O'Brien	Sara	E.	RD
Okurowski	Lee		MD, MPH
O'Meara	William	P.	MD
Osa	Etin-Osa	O	MD
Ottaviani	Cynthia	M.	PharmD
Paradis	Audrey	F.	RD
Parnell	Andrew		RD
Patel	Vivek	L.	MD
Perry	Kelly	E.	LICSW
Pike	Christopher	T.	LICSW
Piper	Kylie		LICSW
Post-Anderle	Janine	L.	NP
Reiley	Luz	Elena	MD
Rinehart	Julia		RD
Roberts	Kristofer	W.	MD
Robles	Liliana		MD
Rockoff	Allison		RD
Rogers	John		LMHC, MEd
Rowe	Bryan	P.	MD
Schmitt	Courtney	A.	LICSW
Sen-Gupta	Indranil		MD
Servais	Andrew	B.	MD
Shad	Asfa	Y.	DO
Shah	Anushree	A.	LMHC
Shah	Nikhil	H.	MD
Sheldon	Thomas	A.	MD
Shin	Reuben	D.	MD
Shneker	Bassel	F.	MD
Silver	Chirlie	Perla	PharmD
Singh	Himanshu		MD
Smith	Benjamin	R.	MD
Smith	Clayton	P.	MD
Soccorso	Elizabeth	Ann	PCNS
Spinale	Alyssa	Lauren	NP
Steinberg	Lon	R.	MD
Sullivan	Patrick	B.	LMHC
Sullivan	Kenna	M.	LICSW
Tamez Aguilar	Hector		MD
Tanner	Adriana	Serje	MD
Tarasuk	Andrew	R.	LICSW

Thabet Nasif	Ramses	M.	MD
Thomas	George	P.	MD, PhD
Thompson	Zachary	W.	LMHC, MEd
Tillinger	Benjamin	A.	MD
Valdez Arroyo	Sherley	R.	MD
Venter	Jacob	J.	MD, MBA
Ward	Emine	Nalan	MD
Winters	Thomas	H	MD
Wixted	John	J.	MD
Wright	Christopher	M.	MD
Yeh	Robert	W.	MD
Zhou	Ping		MD

Ενημέρωση 04/2025

Παράρτημα 6
Πρόσβαση του
Κοινού σε
Έγγραφα

Πληροφορίες σχετικά με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας του LHMC, Περίληψη Απλής Γλώσσας, Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας, Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας και την Πολιτική Πίστωσης και Εισπράξεων του LHMC θα γίνουν διαθέσιμα στους ασθενείς και στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το LHMC μέσω διαφόρων πηγών, δωρεάν:

1. Οι ασθενείς και οι εγγυητές μπορούν να ζητήσουν αντίγραφα όλων των εγγράφων που σχετίζονται με την Οικονομική Βοήθεια και την Πίστωση και τις Εισπράξεις και μπορεί να ζητήσουν βοήθεια για την ολοκλήρωση τόσο των Αιτήσεων Οικονομικής Βοήθειας όσο και της Ιατρικής Φροντίδας, μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου ή αυτοπροσώπως στη διεύθυνση:

LHMC
Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων
41 Burlington Mall Road
Burlington, MA 01803

2. Οι ασθενείς και οι Εγγυητές μπορούν να κατεβάσουν αντίγραφα όλων των εγγράφων που σχετίζονται με την Οικονομική Βοήθεια και την Πολιτική Πίστωσης και Είσπραξης μέσω του ιστοτόπου του LHMC: [https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-record s/financial-counseling-assistance/](https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-record-s/financial-counseling-assistance/)

Η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας, Περίληψη Απλής Γλώσσας, Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας, Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας και Πολιτική Πιστώσεων και Εισπράξεων θα μεταφραστεί σε οποιαδήποτε γλώσσα που είναι η κύρια γλώσσα που ομιλείται από τον εκμισθωτή 1.000 ατόμων ή το 5% των κατοίκων στην κοινότητα που εξυπηρετούνται από το LHMC.

Το LHMC έχει δημοσιεύσει ειδοποιήσεις (ενδείξεις) διαθεσιμότητας Οικονομικής Βοήθειας όπως περιγράφεται σε αυτήν την πολιτική στις ακόλουθες τοποθεσίες:

1. Γενικές εισαγωγές, πρόσβαση ασθενούς, χώροι αναμονής / εγγραφής ή αντίστοιχο, συμπεριλαμβανομένης, για την αποφυγή αμφιβολιών, του χώρου αναμονής / εγγραφής του τμήματος έκτακτης ανάγκης,
2. Περιοχές αναμονής / εγγραφής ή ισοδύναμες εγκαταστάσεις εκτός του Νοσοκομείου με άδεια χρήσης. και

Περιοχές χρηματοοικονομικών συμβούλων ασθενών.
Οι καταχωρημένες ενδείξεις είναι ορατές (8,5 "x 11") και είναι ευανάγνωστες σε ασθενείς που επισκέπτονται αυτές τις περιοχές. Οι ενδείξεις αναγράφουν:

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Το Νοσοκομείο προσφέρει μια ποικιλία προγραμμάτων οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις. Για να μάθετε αν πληροίτε τις προϋποθέσεις για βοήθεια με τους λογαριασμούς σας στο Νοσοκομείο, το Γραφείο Οικονομικής Συμβουλευτικής μας στον 1ο όροφο του κεντρικού κτιρίου ή καλέστε στο 781-744-8815 για πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα προγράμματα και την διαθεσιμότητα τους.

Ιστορικό Πολιτικής

Ημερομηνία	Ενέργεια
Σεπτέμβριος 2016	Πολιτική εγκεκριμένη από το Διοικητικό Συμβούλιο
Ιούλιος 2020	Η λίστα παρόχων ενημερώθηκε
Αύγουστος 2020	Αναθεωρημένη πολιτική εγκεκριμένη από τον BILH EVP / CFO και τον Ταμία του Διοικητικού Συμβουλίου της LHMC ως εξουσιοδοτημένο όργανο του Διοικητικού Συμβουλίου
Απρίλιος 2024	Αναθεωρημένη πολιτική εγκεκριμένη από τον BILH EVP / CFO και τον Ταμία του Διοικητικού Συμβουλίου της LHMC ως εξουσιοδοτημένο όργανο του Διοικητικού Συμβουλίου