



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN (ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ШТАТА ВИСКОНСИН) КРАТКИЕ ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Orthopaedic Hospital of Wisconsin (OHOW) обязуется уважать достоинство каждого человека, уделяя особое внимание людям, испытывающим проблемы с доступом к услугам здравоохранения. В равной степени OHOW обязуется распоряжаться своими медицинскими ресурсами как услугой, предназначенной для всего местного сообщества. Для воплощения этих принципов OHOW предоставляет финансовую помощь некоторым лицам, получающим в OHOW уход, необходимый по медицинским показаниям. В этом документе представлен краткий обзор правил финансовой помощи OHOW.

Кто имеет право на получение финансовой помощи?

Если вы не застрахованы, возможно, вы сможете получить финансовую помощь. Как правило, размер финансовой помощи определяется на основании совокупного дохода домохозяйства по сравнению с федеральным прожиточным минимумом. Если ваш доход не превышает 250 % федерального прожиточного минимума, вам будет списано 100 % стоимости услуг, предоставленных вам больницей. Если ваш доход составляет от 250 до 400 % федерального прожиточного минимума, вам могут предложить льготные тарифы по скользящей шкале. Для пациентов, имеющих право на получение финансовой помощи, стоимость услуг не будет превышать сумм, обычно выставляемых для оплаты пациентам, имеющим страховое покрытие.

Какие услуги включены?

Правила предоставления финансовой помощи относятся к уходу, необходимому по медицинским показаниям. Эти термины определены в тексте правил предоставления финансовой помощи.

Как подать заявление?

Чтобы обратиться за финансовой помощью, обычно необходимо заполнить письменное заявление и представить подтверждающую документацию, как указано в правилах предоставления финансовой помощи и в форме заявления.

Как получить помощь при подаче заявления?

За помощью при подаче заявления можно обратиться в отдел финансовых услуг OHOW, позвонив по телефону: 414 961-6803.

Где можно получить дополнительную информацию?

Копи правил предоставления финансовой помощи и формы заявления на получение финансовой помощи можно найти на веб-сайте OHOW.com или получить, направив свой запрос по почте:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Кому: Financial Services
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212

Дополнительную информацию о правилах предоставления финансовой помощи также можно получить, позвонив в отдел финансовых услуг OHOW по телефону: 414 961-6803.



**ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN (ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ШТАТА ВИСКОНСИН)
ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**
Июнь 2016 г.

ПРАВИЛА:

Эти правила больницы Orthopaedic Hospital of Wisconsin (OHOW) регулируют социально справедливую практику предоставления ухода, необходимого по медицинским показаниям, на базе OHOW. Эти правила специально разработаны, чтобы определить критерии соответствия пациентов, нуждающихся в финансовой помощи и получающих лечение в OHOW.

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. Эти правила относятся ко всем оказываемым OHOW услугам, необходимым по медицинским показаниям. Эти правила не относятся к соглашениям об оплате плановых процедур и другого ухода, не являющегося необходимыми по медицинским показаниям.
3. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие правил предоставления финансовой помощи, приведен список поставщиков услуг, обеспечивающих медицинский уход на базе OHOW. В нем также указано, действуют ли в отношении конкретного поставщика правила предоставления финансовой помощи или нет.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

«**501(r)**» означает раздел 501(r) Налогового кодекса США и принятые в соответствии с ним нормативные правила.

«**Обычно выставляемая сумма (Amount Generally Billed) или AGB**» в отношении ухода, необходимого по медицинским показаниям, означает сумму, обычно выставляемую для оплаты пациентам, имеющим страховое покрытие такого ухода.

«**Регион**» означает округа Милуоки и Озоки.

«**Уход, необходимый по медицинским показаниям**» означает уход, признанный необходимым по медицинским показаниям на основании клинического заключения лицензированного поставщика медицинских услуг. Если врачом-экспертом установлено, что уход, запрашиваемый пациентом, который соответствует критериям этих правил, не является необходимым по медицинским показаниям, такое заключение также должно быть подтверждено принявшим или направившим пациента врачом.

«**Пациент**» — незастрахованное лицо, получающее в OHOW уход, необходимый по медицинским показаниям, а также лицо, несущее финансовую ответственность за медицинское уход за пациентом.

1. Предоставляемая финансовая помощь

- 1.1. Пациенты, доход которых не превышает 250 % федерального прожиточного минимума (ФПМ), имеют право на списание 100 % стоимости услуг, подлежащей оплате самим Пациентом.
- 1.2. Пациентам, доход которых составляет от 250 до 400 % ФПМ, как минимум будет предложен льготный тариф по скользящей шкале в отношении части стоимости предоставленных услуг, за которую отвечает пациент после выплаты страховой компании (если есть). С пациента, который имеет право претендовать на льготный тариф по скользящей шкале, будет взиматься сумма, не превышающая рассчитанную сумму AGB. Льготный тариф по скользящей шкале рассчитывается следующим образом:

Размер семьи	Размер списания стоимости услуг и % ФПМ			
	100 %	90 %	80 %	67 %
	250 %	300 %	350 %	400 %
	Уровень дохода не выше			
1	\$ 29 700	\$ 35 640	\$ 41 580	\$ 47 520
2	\$ 40 050	\$ 48 060	\$ 56 070	\$ 64 080
3	\$ 50 400	\$ 60 480	\$ 70 560	\$ 80 640
4	\$ 60 750	\$ 72 900	\$ 85 050	\$ 97 200
5	\$ 71 100	\$ 85 320	\$ 99 540	\$ 113 760
6	\$ 81 450	\$ 97 740	\$ 114 030	\$ 130 320
7	\$ 91 825	\$ 110 190	\$ 128 555	\$ 146 920
8	\$ 102 225	\$ 122 670	\$ 143 115	\$ 163 560
9	\$ 112 625	\$ 135 150	\$ 157 675	\$ 180 200
10	\$ 123 025	\$ 147 630	\$ 172 235	\$ 196 840

- 1.3. Право пациентов, которые подтвердили свою потребность в финансовой помощи, но имеют доход свыше 400 % от ФПМ, на некоторые скидки на услуги ОНОВ могут быть рассмотрено в рамках проверки платежеспособности (Means Test) на основании серьезной оценки их способности оплатить услуги. С пациента, имеющего право на скидку по результатам проверки Means Test, будет взиматься сумма, не превышающая рассчитанную сумму AGB.
- 1.4. Пациентам, имеющим право на списание 100 % стоимости услуг, может быть выставлена номинальная фиксированная сумма 0 долларов США.
- 1.5. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов и может включать использование процедуры предположительной оценки для определения соответствия, даже если претендент не заполнил заявление на получение финансовой помощи («Заявление на FAP»).
- 1.6. Право на получение финансовой помощи должно быть определено в отношении любого остатка, за уплату которого отвечает пациент, нуждающийся в финансовой поддержке.
- 1.7. Освобождение от обязательств в результате процедуры банкротства будет классифицироваться как благотворительная помощь. Освобождение от обязательств в результате банкротства будет считаться достаточной документацией, дающей поручителю право на благотворительную помощь.

2. Другие виды помощи для пациентов, не соответствующих требованиям для предоставления финансовой помощи

Пациенты, которые не могут претендовать на финансовую помощь, как описано выше, могут иметь право на получение других видов помощи, предлагаемых ОНОВ. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи и не подчиняются разделу 501(r). Они включены в этот документ исключительно для удобства жителей региона, обслуживаемого ОНОВ.

- 2.1. Пациентам, которые не могут претендовать на финансовую помощь, предоставляется 20 % скидка на самостоятельно оплачиваемые услуги.
- 2.2. Пациентам, которые не могут претендовать на финансовую помощь, может быть предоставлена 20 % скидка за быструю оплату. Скидка за быструю оплату может предлагаться дополнительно к скидке для незастрахованных, описанной одним параграфом выше.
- 2.3. Незастрахованные и застрахованные пациенты с доходом свыше 400 % от ФПМ могут получить финансовую помощь по результатам проверки Means Test.

3. Ограничение выставляемых к оплате сумм для пациентов, которые могут претендовать на финансовую помощь

- 3.1. С пациентов, отвечающих критериям получения финансовой помощи, в каждом отдельном случае будет взиматься сумма, не превышающая AGB за уход, необходимый по медицинским показаниям, и брутто-стоимость всего другого медицинского ухода. ОНОВ рассчитывает одну или более AGB по методу look-back (ретроспективно), включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare (fee-for-service) и всех частных страховщиков, оплачивающим страховые претензии ОНОВ, в соответствии с разделом 501(r). Бесплатную копию расчетов AGB и процентных ставок можно получить, направив запрос по следующему адресу:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Кому: Chief Financial Officer
475 W. River Woods Pkwy
Glendale, WI 53212

4. Подача заявления на получение финансовой помощи

- 4.1.1. Пациент может получить право на финансовую помощь путем оценки предположительной правомочности или подачи заполненного заявления FAP. Пациенту может быть отказано в финансовой помощи, если он сообщит ложную информацию в заявлении FAP или в связи с процедурой оценки предположительной правомочности. Заявление FAP и инструкции по заполнению заявления FAP для связанных с больницей услуг можно загрузить с нашего веб-сайта: ohow.com или заказать по телефону: (414)961-6803.

5. Выставление счетов и взыскание оплаты

- 5.1. Меры, которые могут быть предприняты ОНОВ в случае неуплаты, описаны в отдельных правилах выставления счетов и взыскания оплаты. Бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты можно получить, направив запрос по следующему адресу:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Кому: Chief Financial Officer
475 W. River Woods Pkwy
Glendale, WI 53212

6. Толкование

- 6.1. Эти правила составлены в соответствии с разделом 501(r), если однозначно не указано иное. Эти правила вместе со всеми применимыми процедурами подлежат толкованию и применению в соответствии с разделом 501(r), если однозначно не указано иное.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN (ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ШТАТА ВИСКОНСИН) ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Спасибо, что выбрали Orthopaedic Hospital of Wisconsin для своих медицинских нужд. Вы выразили заинтересованность в участии в программе финансовой помощи Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Для рассмотрения возможности участия в программе вы должны представить нам следующие документы:

- Заполненное заявление с подписью и датой.
- Подтверждение текущего ежемесячного дохода пациента/поручителя и супруга/супруги, включая доход от текущей занятости, пособие на ребенка, алименты, пособие по безработице, пособие по нетрудоспособности, социальное страхование, пенсия, пенсионный доход, другие проценты или дивиденды.
- Доход от сдачи в аренду недвижимости.
- Подтверждение государственной поддержки, включая продовольственные талоны, субсидируемое жилье или пособие в рамках программы помощи женщинам, новорожденным и детям (WIC).
- Полная копия последних поданных федеральных и государственных налоговых деклараций со всеми приложениями.
- Актуальная копия чековых и сберегательных счетов с текущим балансом.
- Подтверждение текущих активов, включая: депозитные сертификаты, ценные бумаги, страхование жизни, другое недвижимое имущество;
- заполненное аттестационное письмо в случае получения помощи на повседневные расходы.

НЕ отправляйте нам оригиналы подтверждающих документов.

Если мы не получим заполненное заявление и необходимую подтверждающую документацию в указанный срок, вам будет немедленно отказано в финансовой помощи.

Финансовая помощь не является планом страхования. Цель финансовой помощи — помочь незастрахованным пациентам оплатить счета Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Отказ подать заявление в государственные программы, на участие в которых вы имеете право, приведет к немедленному отказу в финансовой помощи. О нашем решении вы узнаете в течение 10 дней после получения нами заполненного заявления на предоставление финансовой помощи и подтверждающей документации.

Финансовая помощь не покрывает следующие услуги:

- страховые франшизы или доплату;
- судебные расходы (например, пособие по нетрудоспособности, компенсации за дорожно-транспортные происшествия и т. д.);
- оплату счетов других учреждений, в том числе других больниц, клиник и лабораторий, за врачебные услуги и транспортировку в скорой помощи.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, позвоните по телефону: 414 961-6803.



Заявление на обслуживание по месту жительства в Orthopaedic Hospital of Wisconsin

Чтобы указать информацию о дополнительном члене семьи или семейном предприятии, воспользуйтесь обратной стороной заявления.

<u>Номер MR и номер счета заполняются персоналом больницы</u>		Номер MR:	Номер счета(-ов):	
Представьте следующую информацию точно и в полном объеме. Информация подлежит проверке Все поля должны быть заполнены; если что-либо вас не касается, впишите «Н/п»				
Имя заявителя (имя, второе имя, фамилия):		Номер социального страхования:		Дата рождения:
Адрес:		Номера телефонов: Домашний: () Мобильный: ()		Место работы: ()
Город/штат/почтовый индекс:		Есть ли у вас медицинская страховка? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
		Название страховой компании		
Если вы состоите в браке, сведения о супруге и несовершеннолетних детях		Дата рождения каждого:	Номер социального страхования:	Отношение к пациенту:
1.				
2.				
3.				
Доход: Ежемесячный (пациента и супруга/супруги, если пациент состоит в браке) или родителей, если претендент несовершеннолетний		Других работодателей укажите на обороте		
Семейный доход (до налогов) (W2 или 1099), включая пособие по безработице	\$	Работодатель (заявитель) или родитель (если несовершеннолетний)	Номер телефона	
Пенсия/социальное страхование/пособие по инвалидности	\$	Дата приема на работу	Дата увольнения	
Полученные пособие на ребенка/алименты Приложите подтверждение ежемесячного пособия	\$	Другие работодатели в календарном году	Номер телефона	
Доход от сдачи в аренду недвижимости	\$	Дата приема на работу	Дата увольнения	
Активы: Состояние чекового / сберегательного счета без учета состояния пенсионных счетов	\$			
Информация о работе супруга/супруги	Номер телефона	Информация о других работодателях супруга/супруги за календарный год	Номер телефона	
Дата приема на работу	Дата увольнения	Дата приема на работу	Дата увольнения	

Я подтверждаю, что представленная выше информация точно и правильно отражает мою финансовую ситуацию. Я также подтверждаю отсутствие у этого пациента дополнительного страхового покрытия, кроме указанного во время регистрации. Я понимаю, что представление ложной информации приведет к отказу в финансовой помощи любого типа от Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Если я имею право на иск или урегулирование сторонними плательщиками, я приму все меры, необходимые или запрошенные Orthopaedic Hospital of Wisconsin, чтобы получить соответствующее возмещение и адресовать его больнице Orthopaedic Hospital of Wisconsin, а после получения возмещения уплачу Orthopaedic Hospital of Wisconsin все полученные суммы до общей суммы неоплаченного остатка моего счета. Мой отказ претендовать на такое возмещение, пройти процедуру подачи заявления либо принять обоснованно необходимые или запрошенные Orthopaedic Hospital of Wisconsin меры может привести к отклонению этого заявления. Я также разрешаю Orthopaedic Hospital of Wisconsin при необходимости проверить мою кредитную историю через кредитное бюро.

Для рассмотрения заполненное заявление должно быть подано до .

**Отправьте заполненное заявление по адресу: Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
Кому: Chief Financial Officer**

Незаполненное заявление может быть отклонено или возвращено для представления недостающей информации!

Подпись пациента (ответственной стороны)

Дата

Только для административного использования

Подпись утверждающего лица _____

Дата: _____



**ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ ПРАВИЛА
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Июнь 2016 г.

В соответствии с правилами, разделы 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F), и уведомлением 2015-46, в этом списке указываются поставщики ухода, необходимого по медицинским показателям, в больничном учреждении, к которым относятся правила предоставления финансовой помощи FAP). Действие FAP не распространяется на плановые процедуры и прочий уход, не являющиеся необходимым по медицинским показаниям, любого поставщика .

Поставщики, к которым относятся FAP	Поставщики, к которым не относятся FAP
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin 	<ul style="list-style-type: none"> • Blount Orthopaedic Associates
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Cedarburg Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Hand Surgery LTD
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Shorewood Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Consultants
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Hand Center
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Orthopaedic Group, Ltd.
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Bone & Joint, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Spinal Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspen Orthopaedic & Rehabilitation Specialists, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Watertown Pain Consultants, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • John A. Roffers, MD SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Advanced Pain Management
	<ul style="list-style-type: none"> • Glendale Anesthesia Associates
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Radiology Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Medical College of Wisconsin