



Заявление о пользовании услугами хосписа по программе MassHealth

Учреждения, предоставляющие услуги хосписа, должны направить заявление о пользовании услугами хосписа по программе MassHealth в электронном виде через портал поставщиков хосписных услуг MassHealth LTSS (Long-Term Services and Supports, долгосрочные услуги и поддержка) или в бумажном виде в отдел хосписов MassHealth для платных участников программы MassHealth (Fee-For-Service, FFS) и участников программы MassHealth, включенных в план первичной медицинской помощи (Primary Clinician Plan, PCC Plan) или план первичной медицинской помощи АСО (Accountable Care Organization, уполномоченная организация по оказанию медицинской помощи), в следующих случаях:

- участник программы MassHealth, в том числе лицо, имеющее право на участие в двух программах страхования, выбирает услуги хосписа, отказывается от услуг хосписа или меняет хоспис, или
- хоспис исключает участника из программы хосписного обслуживания.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: MassHealth не оплачивает услуги хосписа, если не подано заполненное заявление о пользовании услугами хосписа по программе MassHealth. Кроме того, MassHealth не оплачивает услуги хосписа, оказанные до даты вступления заявления в силу, как это указано в заявлении. Дата начала оказания услуг хосписа не может быть раньше даты подписания заявления участником или его представителем.

ВНИМАНИЕ!

- Чтобы участник программы MassHealth, включенный в план управляемого обслуживания (Managed Care) или план комплексного обслуживания (Integrated Care Plan), далее — «планы медицинского обслуживания», мог выбрать хосписное обслуживание в рамках программы MassHealth, хоспис должен согласовать это с участником программы MassHealth и его планом медицинского обслуживания. Подача данного заявления от имени участника, включенного в план медицинского обслуживания, может привести к непреднамеренному исключению данного лица из плана медицинского обслуживания.
- Все участники программы MassHealth, также участвующие в программе Medicare («лица, имеющие право на участие в двух программах»), должны выбрать хосписное обслуживание и отказаться от него одновременно в рамках программ MassHealth и Medicare. Чтобы лица, имеющие право на участие в двух программах и включенные в план комплексного обслуживания (One Care, PACE или SCO), могли выбрать хосписное обслуживание по программам MassHealth и Medicare, хоспис должен согласовать это с участником программы MassHealth и его планом медицинского обслуживания.

Указания по заполнению заявления (подписывайте ТОЛЬКО тот раздел, который относится к выбранному вами варианту).

Для участников, выбирающих услуги хосписа:

- заполните разделы А, В, С и D.

Для участников, меняющих хоспис:

- заполните разделы А, В, С и E;
- новый хоспис обязан заполнить этот раздел.

Для участников, отказывающихся от услуг хосписа:

- заполните разделы А, В, С и F.

Для участников, выходящих или исключаемых из программы хосписного обслуживания:

- заполните разделы А, В, С и G.

Для лиц, желающих получить право на участие в программе MassHealth:

- заполните разделы А, В, С и H.
- хоспис должен предоставить это заявление о пользовании хосписными услугами в MassHealth после того, как MassHealth одобрит тип страхового покрытия, включающего услуги хосписа.

Инструкция по подаче заявления

Учреждения, предоставляющие услуги хосписа, могут подать эту форму в электронном виде через портал поставщиков услуг MassHealth LTSS по адресу: www.masshealthltss.com.

Кроме того, хосписы могут представить заполненное заявление по факсу: (855) 656-3381 или почтой по адресу:

MassHealth LTSS-Hospice Enrollment Unit
PO Box 159108
Boston, MA 02215

Если у вас есть вопросы, касающиеся данного заявления, свяжитесь с центром обслуживания MassHealth LTSS по телефону (844) 368-5184.

Раздел А: Информация о хосписе (заполнение обязательно)

Номер хосписа по программе MassHealth 	Номер телефона хосписа 	Номер NPI хосписа
Название хосписа	Адрес хосписа	
Название учреждения сестринского ухода (если применимо)		Номер NPI учреждения сестринского ухода (если применимо)
Адрес учреждения сестринского ухода (если применимо)		

Раздел В: Информация об участнике программы (заполнение обязательно)

Номер участника программы MassHealth 	
Полное имя участника (фамилия, имя, отчество)	Номер телефона участника
Адрес участника (номер дома, улица, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс)	

Дата рождения участника

____ / ____ / ____

Пациент детского возраста (до 21 года)

☐ Да ☐ Нет

Дата вступления в силу заявления о выборе хосписа по программе MassHealth не может быть раньше даты подписания заявления участником программы или его представителем.

Дата поступления в хоспис ____ / ____ / ____	Дата вступления в силу заявления о выборе хосписа по программе MassHealth ____ / ____ / ____	Диагностический код хосписа (ICD-10)
Имя лечащего врача (если применимо)		Номер телефона лечащего врача (если применимо)

Раздел С: MassHealth, Medicare и другая информация о страховании (заполнение обязательно)Участник состоит в программе MassHealth на момент поступления в хоспис ☐ да ☐ нет

Если нет, см. раздел Н: «Лица, желающие получить право на участие в программе MassHealth»

Участник также имеет покрытие по программе Medicare ☐ да ☐ нет Если да, укажите идентификационный номер участника программы Medicare 	Дата выбора хосписа по программе Medicare (если применимо) ____ / ____ / ____
---	--

Другая страховая информацияУчастник имеет другое страховое покрытие с правом на хосписное обслуживание (если известно) ☐ да ☐ нет

Название страховой компании (если применимо)	Номер полиса (если применимо)
--	-------------------------------

Раздел D: Заявление о выборе услуг (если применимо)

- а) Я подтверждаю, что мне полностью объяснили цели хосписной помощи и полученная информация мне понятна. Хосписная помощь предназначена для облегчения боли и других симптомов, связанных с моим неизлечимым заболеванием и сопутствующими состояниями, и не является лечебной. Основной задачей хосписной помощи является обеспечение комфорта и поддержка, предоставляемые мне и моей семье и лицам, осуществляющим уход за мной.
- б) Я соглашаюсь получать все хосписные услуги в указанном ниже учреждении. Я понимаю, что настоящим я обязуюсь получать все хосписные услуги в указанном ниже учреждении до тех пор, пока я не подпишу заявление о прекращении хосписного обслуживания или не сменю хоспис.

- Я подтверждаю и понимаю вышеизложенное и принимаю решение получать хосписные услуги по программе MassHealth в

(Дата вступлення в силу заявлення)



Примечание: участники программы MassHealth в возрасте до 21 года, выбирающие услуги хосписа, не отказываются от права на покрытие программой MassHealth услуг, связанных с лечением их неизлечимого заболевания и сопутствующих состояний.

_____, _____, _____
Дата подписания

Полное имя законного опекуна / уполномоченного представителя (если применимо)	Кем приходится участнику программы законный опекун / представитель
---	--

Раздел Е: Смена хосписа (если применимо)

Новый хоспис по программе MassHealth	Номер нового хосписа по программе MassHealth
Номер NPI нового хосписа по программе MassHealth 	
Полное имя участника (фамилия, имя, отчество)	Дата рождения участника
Номер участника программы MassHealth 	Название хосписа, где вы получаете услуги
Дата выписки из хосписа, где вы получали хосписные услуги 	
Дата вступления в силу решения о переходе в новый хоспис 	Примечание: дата вступления в силу решения о переходе в новый хоспис не может совпадать с датой выписки из предыдущего хосписа.

☐ Я хочу перейти в другой хоспис.

Дата подписания _____

Полное имя законного опекуна / уполномоченного представителя (если применимо)	Кем приходится участнику программы законный опекун / представитель
---	--

Раздел F: Отказ от услуг хосписа (если применимо)

Номер хосписа по программе MassHealth 	Номер NPI хосписа 	
Полное имя участника (фамилия, имя, отчество)	Дата рождения участника ____ / ____ / ____	
Номер участника программы MassHealth 	Дата вступления в силу отказа ____ / ____ / ____	
Участник также имеет покрытие по программе Medicare ☐ да ☐ нет		
Если да, укажите дату вступления в силу отказа от услуг хосписа по программе Medicare ____ / ____ / ____		

Я принимаю решение об отказе от хосписного обслуживания в рамках программы MassHealth и подтверждаю следующее:

- а) Мне не будут оказываться услуги хосписа по программе MassHealth пока я не оформлю новое заявление о получении хосписных услуг. Я могу оформить новое заявление о получении хосписных услуг в любой момент при условии, что я имею право на получение хосписной помощи.
- б) Отказываясь от хосписного обслуживания по программе MassHealth, я снова имею право на получение других услуг, покрываемых программой MassHealth.

Кроме того я понимаю, что если я одновременно участвую в программах MassHealth и Medicare, то я обязуюсь одновременно отказаться от хосписного обслуживания и в рамках программы MassHealth, и в рамках программы Medicare.

Подпись ☐ участник программы MassHealth ☐ законный опекун / уполномоченный представитель _____
Дата подписания

Это заявление можно подписать от руки, а затем отсканировать, либо подписать в электронном виде с помощью средств цифровой подписи, таких как DocuSign или Adobe Sign. В случае предоставления цифровой подписи подписывающее лицо может загрузить фотографию своей подписи от руки. Подпись в виде печатного текста не является приемлемой формой цифровой подписи

Полное имя законного опекуна / уполномоченного представителя (если применимо)	Кем приходится участнику программы законный опекун / представитель
---	--

Раздел G: Исключение из программы хосписного обслуживания (если применимо)

Номер хосписа по программе MassHealth 	Номер NPI хосписа 	
Полное имя участника (фамилия, имя, отчество)	Дата рождения участника ____ / ____ / ____	
Номер участника программы MassHealth 	Дата вступления в силу решения об исключении ____ / ____ / ____	

Причина выписки из хосписа (пожалуйста, отметьте один из следующих пунктов)

- ☐ Участник программы больше не является неизлечимо больным. (Его состояние здоровья улучшилось, и прогноз на шесть месяцев изменился.)
- ☐ Участник программы решил получать помощь в стационарном учреждении, с которым у хосписа нет договора.
- ☐ Участник программы включен в план управляемого обслуживания, который будет обеспечивать медицинский уход. (См. пункт "Внимание" на стр. 1 заявления о пользовании услугами хосписа.)
- ☐ Участник переехал из зоны обслуживания хосписного учреждения.
- ☐ Исключение по факту нарушений в соответствии с 42 CFR 418.26(a)(3), поскольку поведение пациента (или других лиц в доме пациента) нарушает порядок, является оскорбительным или демонстрирует нежелание сотрудничать до такой степени, что это всерьез подрывает оказание помощи пациенту или способность хосписа эффективно работать. Отмечая этот пункт, учреждение, оказывающее услуги хосписа, подтверждает, что:
- а) пациенту сообщили, что рассматривается вопрос об исключении по факту нарушений;
- б) были предприняты серьезные усилия для решения проблем, связанных с поведением пациента или возникшей ситуацией;
- с) было констатирувано, что запрос о выписке не связан с использованием пациентом необходимых хосписных услуг, а также

d) были задокументированы возникшие проблемы и усилия, предпринятые для их разрешения, и эта информация была внесена в медицинскую карту пациента.

☐ Другое (опишите подробно)

_____/_____/_____
Подпись сотрудника хосписа, заполняющего это заявление Дата подписания

Это заявление можно подписать от руки, а затем отсканировать, либо подписать в электронном виде с помощью средств цифровой подписи, таких как DocuSign или Adobe Sign. В случае предоставления цифровой подписи подписывающее лицо может загрузить фотографию своей подписи от руки. Подпись в виде печатного текста не является приемлемой формой цифровой подписи

Полное имя сотрудника хосписа, заполняющего заявление, печатными буквами

Раздел Н: Лица, желающие получить право на участие в программе MassHealth (если применимо)

Этот раздел необходимо заполнить, если это применимо, в одном из указанных ниже случаев. Заполнение этого раздела позволяет начать покрытие хосписных услуг в рамках программы MassHealth не ранее даты подписания данного заявления заявителем или его представителем и в соответствии с датой вступления в силу страхового покрытия данного лица по программе MassHealth.

Заявитель соответствует приведенным ниже критериям на момент поступления в хоспис ☐ да ☐ нет

1. Заявитель подтверждает, что он или его законный представитель подал заявление на получение медицинского и стоматологического страхового покрытия и помощи в оплате расходов в штате Массачусетс (ACA-3) или заявление на получение медицинского страхового покрытия для пожилых людей и лиц, нуждающихся в долгосрочном уходе (SACA-2), которое находится на рассмотрении для получения права на участие в программе MassHealth. Дата подачи заявления в MassHealth (если известно)

_____/_____/_____

или

2. В настоящее время заявитель не состоит в программе MassHealth, но может подать заявление на получение страхового покрытия MassHealth в будущем.

Если да, то ознакомьте заявителя и/или его представителя со следующим заявлением о выборе услуг.

Заявление о выборе услуг

- a) Я подтверждаю, что мне полностью объяснили цели хосписной помощи и полученная информация мне понятна. Хосписная помощь предназначена для облегчения боли и других симптомов, связанных с моим неизлечимым заболеванием и сопутствующими состояниями, и не является лечебной. Основной задачей хосписной помощи является обеспечение комфорта и поддержка, предоставляемые мне и моей семье и лицам, осуществляющим уход за мной.
- b) Я подтверждаю, что если я стану участником программы MassHealth, включающей хосписные услуги, то я соглашаюсь получать все хосписные услуги в указанном ниже учреждении. Я понимаю, что настоящим я обязуюсь получать все хосписные услуги в указанном ниже учреждении до тех пор, пока я не подпишу заявление о прекращении хосписного обслуживания или не сменю хоспис.
- c) Для лиц в возрасте от 21 года: Я подтверждаю, что если я стану участником программы MassHealth, включающей услуги хосписа, я понимаю, что, выбирая хосписное обслуживание в рамках программы MassHealth, я отказываюсь от всех прав на получение льгот MassHealth на какие-либо услуги MassHealth, связанные с лечением моего неизлечимого заболевания и сопутствующих состояний (за исключением проживания и питания в учреждении сестринского ухода). Я понимаю, что пока действует данное заявление в отношении выбора хосписа, MassHealth будет производить выплаты за уход, связанный с моим неизлечимым заболеванием и сопутствующими состояниями, только выбранному мною хоспису и лечащему врачу.
- d) Я понимаю, что если я стану участником программы MassHealth, включающей хосписные услуги, то услуги, не связанные с моим неизлечимым заболеванием или сопутствующими состояниями, будут по-прежнему покрываться программой MassHealth.
- e) Я понимаю, что если я стану участником программы MassHealth, включающей хосписные услуги, и участвую в программе Medicare, то я обязуюсь одновременно выбрать хосписное обслуживание и в рамках программы MassHealth, и в рамках программы Medicare.

Я подтверждаю и понимаю вышеизложенное, и если я стану участником программы MassHealth, включающей хосписные услуги, я выбираю получение хосписных услуг по программе MassHealth в

(Хоспис) с _____
(Дата вступления в силу заявления)

! Внимание: дата вступления заявления в силу не может быть ранее даты подписания данного заявления заявителем или его представителем.

Примечание: участники программы MassHealth в возрасте до 21 года, выбирающие услуги хосписа, не отказываются от права на покрытие программой MassHealth услуг, связанных с лечением их неизлечимого заболевания и сопутствующих состояний.

_____/_____/_____
Подпись ☐ заявителя ☐ законного опекуна / уполномоченного представителя Дата подписания

Это заявление можно подписать от руки, а затем отсканировать, либо подписать в электронном виде с помощью средств цифровой подписи, таких как DocuSign или Adobe Sign. В случае предоставления цифровой подписи подписывающее лицо может загрузить фотографию своей подписи от руки. Подпись в виде печатного текста не является приемлемой формой цифровой подписи

Полное имя законного опекуна / уполномоченного представителя (если применимо)	Кем приходится заявителю законный опекун / представитель
---	--