

سياسة المساعدة المالية

AMITA HEALTH

الغرض

الغرض من هذه السياسة هو تحديد متطلبات إدارة المساعدة المالية السارية في نظام AMITA Health.

السياسة

تتمثل سياسة المؤسسات الواردة أسماؤها تحت هذه الفقرة (والتي يشار إلى كل منها باسم "المؤسسة") في ضمان تقديم ممارسات عادلة اجتماعياً لتوفير خدمات الرعاية في حالات الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في منشآت المؤسسة. وتم وضع هذه السياسة خصوصاً لتلبية أهلية الحصول على المساعدة المالية للمرضى الذين هم بحاجة للحصول عليها ويتلقون الرعاية من المؤسسة.

تطبق هذه السياسة على كلٍّ من المؤسسات التالية ضمن AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Holy Family Medical Center – Des Plaines

Mercy Medical Center - Aurora

Resurrection Medical Center

St. Francis Hospital - Evanston

Saint Joseph Hospital - Chicago

Saint Joseph Hospital - Elgin

Saint Joseph Medical Center - Joliet

Saints Mary and Elizabeth Medical Center

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

St. Mary's Hospital - Kankakee

ممارسات الأطباء العاملين

A. سُعِبَ جميع المساعدة المالية عن التزامنا بمراعاة الكرامة الإنسانية للأفراد والصالح العام وتعظيمنا لهما، وعن اهتمامنا الخاص بالأشخاص الذين يعانون من الفقر وغيرهم من الأشخاص الضعفاء وتضامننا معهم، وتُعَبَّر كذلك عن التزامنا بالعدالة التوزيعية والإدارة الجيدة.

B. تسري هذه السياسة على جميع الخدمات المُقدَّمة في حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي تقدمها المؤسسة، بما في ذلك خدمات الأطباء العاملين والصحة السلوكية. لا تسري هذه السياسة على رسوم الرعاية غير الطارئة وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية.

C. تقدم قائمة موفري الرعاية الذين تغطيهم سياسة المساعدة المالية قائمة بجميع موفري الرعاية الموجودين ضمن مرافق المؤسسة التي من شأنها أن تحدد موفري الرعاية سواء أكانوا يخضعون لسياسة المساعدة المالية أم لا.

التعريفات

تعريفات خاصة بالسياسة

A.(r)501"" تعني الفقرة 501(r) من قانون الضرائب الأمريكي واللوائح الصادرة بموجبه.

B. "المبالغ المدفوعة بصفة عامة" أو "AGB" تعني المبلغ الوراد في الفاتورة بشكل عام، فيما يتعلق بخدمات الرعاية المُقدّمة في حالات الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية، للأفراد الذين لديهم تأمين يُغطي مثل هذه الرعاية.

C. "المجتمع" يعني ولاية إلينوي. تعني "الحياة في المجتمع"، لأغراض هذه السياسة، أن تكون مقيماً في ولاية إلينوي، أي أن يكون الشخص يعيش في ولاية إلينوي ويعتزم البقاء فيها إلى أجل غير مسمى، ولكن لا يتضمن ذلك الشخص الذي انتقل إلى ولاية إلينوي لغرض تلقي الامتيازات الصحية. سيعتبر المريض أيضاً عضواً في مجتمع المؤسسة إذا كانت الرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي يحتاج إليها المريض عبارة عن استمرارية للرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي يتم تلقيها في منشأة صحية أخرى تابعة لـ AMITA Health حيث كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية لمثل هذه الحالة الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية.

D. "الرعاية الطارئة" تعني الرعاية لمعالجة الحالات الطبية التي تشتمل على أعراض مرضية حادة ذات درجة كافية من الخطورة (بما في ذلك الألام الحادة) إلى درجة أن غياب الرعاية الطبية الفورية قد يؤدي إلى حدوث تدهور بالغ في وظائف الجسم، أو خلل وظيفي خطير في أي عضو/جزء منه، أو تعرض صحة الفرد لخطر شديد.

E. "الرعاية الضرورية من الناحية الطبية" تعني الرعاية (1) المناسبة والمتسقة والضرورية للوقاية أو التشخيص أو العلاج لحالة المريض؛ (2) أنسب إمداد أو مستوى خدمة لحالة المريض يمكن توفيره بأمان؛ (3) لم يتم توفيرها في المقام الأول لراحة المريض أو عائلة المريض أو الطبيب أو القائم بالرعاية؛ و(4) من المرجح أن تؤدي إلى إفادة للمريض بدلاً من إلحاق الضرر به. كي تكون الرعاية المجدولة في المستقبل "رعاية ضرورية من الناحية الطبية"، يجب أن تتم الموافقة على الرعاية وتوقيت الرعاية من قِبَل كبير الموظفين الطبيين (أو من ينوب عنه) في المؤسسة. يجب أن يتم تحديد الرعاية الضرورية من الناحية الطبية من قِبَل موفر مرخص يقدم الرعاية الطبية للمريض، وحسب تقدير المؤسسة، من قِبَل الطبيب المعالج، و/أو طبيب الإحالة، و/أو كبير الأطباء أو أي طبيب مراجعة آخر (حسب نوع الرعاية الموصى بها). في حال تحديد أحد الأطباء المراجعين أن الرعاية التي طلبها أحد المرضى الذي تغطيه هذه السياسة غير ضرورية من الناحية الطبية، يجب أيضاً أن يؤكد الطبيب المسؤول أو طبيب الإحالة هذا القرار.

F. "المؤسسة" تعني AMITA Health والكيانات التي تغطيها سياسة المساعدة المالية هذه على النحو المنصوص عليه أعلاه في القسم الثاني.

G. "المريض" يعني هؤلاء الأشخاص الذين يتلقون الرعاية في حالات الطوارئ وغيرها من حالات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لدى المؤسسة والشخص المسؤول مادياً عن رعاية المريض.

H. "أهلية التسجيل الافتراضي" تعني استخدام مصادر المعلومات الخارجية، والتي قد تشمل السجلات العامة، أو الوسائل الموضوعية والمعقولة والدقيقة الأخرى لتقييم أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية.

I. "المريض غير المؤمن عليه" هو المريض غير المشمول بسياسة تأمين صحي وليس مستفيداً بموجب تأمين صحي عام أو خاص، أو امتيازات صحية، أو أي برنامج تغطية صحية أخرى، بما في ذلك خطط التأمين الصحي عالية الخصم، أو تعويضات العمال، أو التأمين ضد الحوادث، أو أي مسؤوليات تجاه الجهات الخارجية.

الإجراءات المطلوبة

A. تقتصر المساعدة المالية المشار إليها في هذا القسم على المرضى الذين يعيشون في المجتمع:

- سيكون المرضى الذين يقل دخلهم عن 250% من دخل مستوى الفقر الفيدرالي ("FPL") أو ما يعادله مؤهلين لتلقي الخصم بنسبة 100% على ذلك الجزء من الرسوم الذي يكون المريض مسؤولاً عنه بعد عملية الدفع من شركة التأمين، إن وجدت، وإذا تقرر أن هذا المريض مؤهل وفقاً لأهلية التسجيل الافتراضي (الموضحة في الفقرة 5 أدناه) أو قام بتقديم طلب مساعدة مالية ("طلب") مع حلول اليوم الـ 240 من تاريخ أول فاتورة بعد خروج المريض من المستشفى أو قبل ذلك ووافقت المؤسسة على الطلب. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية تصل إلى 100% إذا قدم المريض الطلب بعد مرور اليوم الـ 240 بعد أول فاتورة صادرة بعد خروج المريض من المستشفى، ولكن بعد ذلك يقتصر مبلغ المساعدة المالية المتاحة للمريض في هذه الفئة على رصيد المريض غير المدفوع بعد أخذ حساب أي مدفوعات تتم من حساب المريض في الاعتبار. لن يتحمل المريض المؤهل لهذه الفئة من المساعدة المالية أكثر من رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة.
- مع مراعاة الأحكام الأخرى الواردة في سياسة المساعدة المالية هذه، سيحصل المرضى غير المؤمن عليهم الذين تزيد دخولهم عن 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ولا تتجاوز 600% منه على خصم وفق مقياس متدرج على هذا الجزء من الرسوم المفروضة مقابل الخدمات التي تم توفيرها. ويحصل المرضى المؤمن عليهم والذين يزيد دخلهم عن 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكن لا يزيد عن 400% منه على خصم بموجب مقياس متدرج على هذا الجزء من الرسوم عن الخدمات المقدمة التي يكون المريض مسؤولاً عنها، بموجب شرح الامتيازات الخاص بخطة التأمين. تسري هذه الخصومات بعد أن يقوم المريض بتقديم طلب مع حلول اليوم الـ 240 بعد تلقي أول فاتورة بعد خروج المريض من المستشفى أو قبل ذلك وبعد أن توافق المؤسسة على الطلب. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على خصم المقياس المتدرج للمساعدة المالية إذا قدم المريض الطلب بعد مرور اليوم الـ 240 بعد أول فاتورة صادرة بعد خروج المريض من المستشفى، ولكن بعد ذلك يقتصر مبلغ المساعدة المالية المتاحة للمريض في هذه الفئة على رصيد المريض غير المدفوع بعد أخذ حساب أي مدفوعات تتم من حساب المريض في الاعتبار. لن يتحمل المريض المؤهل لهذه الفئة من المساعدة المالية أكثر من رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة.

سيكون الخصم على أساس تدرجي على النحو التالي: (FPL - دخل مستوى الفقر الفيدرالي)

المقياس المتدرج للمرضى المؤمن عليهم	%
0% - 250% من مستوى الفقر الفيدرالي	100%
251% - 300% من مستوى الفقر الفيدرالي	95%
301% - 400% من مستوى الفقر الفيدرالي	90%

المقياس المتدرج للمرضى غير المؤمن عليهم	%
0% - 250% من مستوى الفقر الفيدرالي	100%
251% - 300% من مستوى الفقر الفيدرالي	95%
301% - 400% من مستوى الفقر الفيدرالي	90%
401% - 600% من مستوى الفقر الفيدرالي	85%

- مع مراعاة البنود الأخرى الواردة في سياسة المساعدة المالية هذه، قد يكون المريض الذي يزيد دخله عن 600% من مستوى الفقر الفيدرالي (للمرضى غير المؤمن عليهم) و400% من مستوى الفقر الفيدرالي (للمرضى المؤمن عليهم) مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب "استطلاع الموارد المالية" للحصول على بعض الخصومات على الرسوم المفروضة على المريض مقابل الخدمات المقدمة من المؤسسة بناءً على إجمالي الديون الطبية الخاصة بالمريض. ويكون المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب استطلاع الموارد المالية إذا كان المريض عليه ديون طبية إجمالية مفرطة، والتي تشمل الديون الطبية لصالح موفري الرعاية الصحية داخل AMITA Health وأي موفر رعاية صحية آخر، مقابل الحصول على الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية، والتي تساوي أو تكون أكبر من الدخل الإجمالي لعائلة المريض. مستوى المساعدة المالية المقدمة بموجب استطلاع الموارد المالية هو المستوى نفسه الممنوح للمريض الذي لديه دخل بنسبة 600% من مستوى الفقر الفيدرالي (للمرضى غير المؤمن عليهم) و400% من مستوى الفقر الفيدرالي (للمرضى المؤمن عليهم) بموجب الفقرة 2 أعلاه، وإذا قدم هذا المريض طلباً مع حلول اليوم الـ 240 بعد تلقي أول فاتورة بعد خروج المريض من المستشفى أو قبل ذلك ووافقت المؤسسة على الطلب. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على خصم استطلاع الموارد المالية إذا قدم المريض الطلب بعد مرور اليوم الـ 240 بعد أول فاتورة صادرة بعد خروج المريض من المستشفى، ولكن بعد ذلك يقتصر مبلغ المساعدة المالية المتاحة للمريض في هذه الفئة على رصيد المريض غير المدفوع بعد أخذ حساب أي مدفوعات تتم من حساب المريض في الاعتبار. لن يتحمل المريض المؤهل لهذه الفئة من المساعدة المالية أكثر من رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة.

بالإضافة إلى ذلك، بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم المؤهلين للحصول على خصم متدرج كما هو موضح في الفقرة 2، يكون الحد الأقصى لعمليات التحصيل على مدار فترة 12 شهرًا بنسبة لا تتجاوز 20% كحد أقصى من دخل عائلة المريض كذلك.

4. قد لا يكون المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية الموضحة في الفقرات من 1 إلى 3 أعلاه إذا اعتُبر أن هذا المريض لديه أصول كافية للدفع بموجب "استطلاع الأصول". يتضمن استطلاع الأصول تقييمًا جوهريًا لقدرة المريض على الدفع بناءً على فئات الأصول المقاسة في الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية. لن يكون المريض الذي يمتلك مثل هذه الأصول التي تتجاوز 600% من مبلغ مستوى الفقر الفيدرالي الخاص بهذا المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

5. قد يتم تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية في أي وقت في دورة الإيرادات وقد تشمل أهلية التسجيل الافتراضي لمريض لديه رصيد غير مدفوع كافٍ في غضون الـ 240 يومًا الأولى بعد أول فاتورة يتم إصدارها بعد خروج المريض من المستشفى لتحديد أهلية المريض للحصول على 100% من الرعاية الخيرية بغض النظر عن عدم قدرة المريض على استكمال طلب المساعدة المالية ("الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية"). لا ينطبق قرار الأهلية بناءً على أهلية التسجيل الافتراضي إلا على نوبة الرعاية التي يتم تنفيذ إجراء أهلية التسجيل الافتراضي من أجلها.

سيتم اعتبار المرضى الذين ينطبق عليهم واحد أو أكثر من المعايير التالية مؤهلين افتراضياً للحصول على رعاية خيرية بنسبة 100%: المشردون، والمتوفون دون ممتلكات، وذوو الإعاقة الذهنية مع عدم وجود شخص للتصرف نيابة عن المريض، والمؤهلون للاستفادة من برنامج Medicaid، ولكن ليس في تاريخ الخدمة أو من أجل الخدمات غير الخاضعة للتغطية، والمسجلون في برنامج Medicaid في ولاية مختلفة حيث لا تعتبر المؤسسة ولا تعترّم أن تصبح موفرًا مشاركًا بها، والمشاركون في برنامج Medicaid ولكنهم استنفدوا كل حدود مدة الإقامة.

تشمل الفئات الإلزامية الإضافية التسجيل في البرامج التالية: برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)؛ برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)؛ برنامج الغذاء والإفطار المجاني في ولاية إلينوي؛ برنامج المساعدة في تكلفة الطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP)؛ التسجيل في برنامج مجتمعي منظم يوفر الوصول إلى الرعاية الطبية التي تقوم بتقييم وتوثيق الوضع المالي للمريض كمحدود للدخل كميّار لها؛ وتلقي مساعدة المنح للخدمات الطبية.

6. بالنسبة للمريض الذي يشارك في خطط تأمين معينة تعتبر المؤسسة "خارج نطاق شبكتها"، قد تقلل المؤسسة المساعدة المالية التي قد تتوفر بطريقة أخرى للمريض أو تلغيها اعتمادًا على مراجعة معلومات التأمين الخاصة بالمريض والحقائق والظروف الأخرى ذات الصلة.

7. يمكن أن يقوم المريض باستئناف أي رفض للأهلية للحصول على المساعدة المالية من خلال توفير معلومات إضافية إلى المؤسسة خلال أربعة عشر (14) يومًا تقويمياً من تاريخ تلقي الإشعار بالرفض. تتم مراجعة كل الاستئنافات من خلال المؤسسة من أجل الوصول إلى قرار نهائي. إذا أكد القرار النهائي الرفض السابق لتوفير المساعدة المالية، فسيتم إرسال إشعار مكتوب بذلك إلى المريض. تكون عملية تقديم المرضى وعائلاتهم استئنافات في قرارات المؤسسة فيما يتعلق بأهلية الحصول على المساعدة المالية على النحو التالي:

a. يجب أن يتم تلقي الاستئنافات مبدئيًا عبر قسم خدمات المرضى المالية لمراجعتها وطرح أسئلة المتابعة، إن وجدت.

b. ثم تجتمع لجنة بشكل شهري لمراجعة جميع الاستئنافات. يجب أن تشتمل عضوية اللجنة على تمثيل لقسم خدمات المرضى المالية، ودمج المهمة، وإدارة الحالات /الخدمات الاجتماعية والمالية/المدير المالي.

توزع الاستئنافات على أعضاء اللجنة قبل اجتماع اللجنة الشهري لمراجعتها.

c. ويجب أن يكون ممثل قسم الخدمات المالية للمرضى حاضرًا في اجتماع اللجنة لمناقشة كل حالة وتقديم المدخلات الإضافية التي ربما قام المريض بتقديمها.

d. ستقوم اللجنة بمراجعة الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية الذي قدمه مقدم الطلب مع الاهتمام بشكل خاص بالمعلومات الإضافية والنقاط التي أثارها موفر الطلب في عملية الاستئناف.

e. يجوز للجنة أن توافق على الاستئناف أو ترفضه أو تؤجله. يجوز للجنة تأجيل الاستئناف إذا كانت هناك معلومات إضافية مطلوبة بناءً على الأسئلة المطروحة في أثناء مناقشة الاستئناف.

f. سيقوم قسم خدمات المرضى المالية بإبلاغ المريض أو أفراد عائلته بنتيجة الاستئناف.

B. المساعدة الأخرى للمرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية

لا يزال المرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية، كما هو موضح أعلاه، مؤهلين للحصول على أنواع أخرى من المساعدة التي تقدمها المؤسسة. حفاظاً على مبدأ التكامل، تُدرج تلك الأنواع الأخرى من المساعدة هنا، على الرغم من أنها ليست قائمة على الاحتياجات ولم يتم وضعها لتكون خاضعة للفقرة 501(r) ولكن تم إدراجها هنا من أجل راحة المجتمع الذي تخدمه المؤسسة.

1. سيتم تقديم خصم للمرضى غير المؤمن عليهم وغير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية حسب الخصم المقدم للأشخاص ذوي أعلى معدل للدفع لتلك المؤسسة. يشكل الأشخاص ذوو أعلى معدل للدفع 3% من أعضاء المؤسسة على الأقل حيث تم قياس هذه النسبة وفقاً لإجمالي عائدات المرضى أو حجمها. إذا لم يقدم أحد الدافعين بمفرده أدنى مستوى من مقدار الدفع، يجب أن يسجل العقد الخاص بعدد من الدافعين مقدار دفع متوسطاً حيث تشكل شروط الدفع المستخدمة في حساب المتوسط هذا على الأقل 3% من حجم أعمال المؤسسة لهذا العام المحدد.

2. يمكن أن يحصل المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم، من غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية على خصم عند الدفع الفوري. يمكن أن يُقدم الخصم عند الدفع الفوري بالإضافة إلى الخصم الذي لا يغطيه التأمين المحدد في الفقرة السابقة مباشرة.

C. القيود المفروضة على تكاليف المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية

1. لا يتم فرض رسوم على المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بشكل فردي أكثر من (AGB) للخدمات في حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية ولا أكثر من الرسوم الإجمالية لجميع خدمات الرعاية الطبية الأخرى. تحسب المؤسسة نسبة مئوية واحدة لمبالغ (AGB) أو أكثر باستخدام طريقة "النظر للماضي" وبما في ذلك خدمات Medicare مدفوعة الأجر وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع المستحقات إلى المؤسسة، ويتم ذلك كله وفقاً للفقرة 501(r).

2. يمكن الحصول على نسخة مجانية من وصف حساب المبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) والنسبة (النسب) المئوية لها عبر موقع المؤسسة على الويب أو عن طريق الاتصال بالرقم 888-693-2252، أو عبر البريد الإلكتروني على amitafinancialassistance@amitahealth.org، أو كتابةً على:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
60440 Bolingbrook, IL

D. طلب الحصول على المساعدة المالية وغيرها من المساعدة

قد يكون المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من خلال أهلية التسجيل الافتراضي أو عن طريق التقدم للحصول على المساعدة المالية عن طريق إرسال طلب كامل بموجب سياسة المساعدة المالية. يتوفر الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية وتعليمات الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية على موقع المؤسسة على الويب أو عن طريق الاتصال بالرقم 888-693-2252، أو عبر البريد الإلكتروني على amitafinancialassistance@amitahealth.org، أو كتابةً على:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
60440 Bolingbrook, IL

ستطلب المؤسسة من الأشخاص غير المؤمن عليهم العمل مع مستشار مالي للتقدم بطلب للاستفادة من برنامج Medicaid أو غيره من برامج المساعدة العامة التي يكون المريض مؤهلاً للاستفادة منها من أجل الحصول على مساعدة مالية (باستثناء الحالات المؤهلة والمعتمدة من خلال أهلية التسجيل الافتراضي). قد يُحرم المريض من المساعدة المالية إذا قدم المريض معلومات خطأ في طلب بموجب سياسة المساعدة المالية أو فيما يتعلق بعملية أهلية التسجيل الافتراضي، أو إذا رفض المريض تعيين عائدات التأمين أو الحق في الدفع مباشرةً من قِبَل شركة التأمين التي قد تكون ملزمةً بدفع تكاليف الرعاية المقدمة، أو إذا رفض المريض العمل مع مستشار مالي للتقدم بطلب للاستفادة من برنامج Medicaid أو غيره من برامج المساعدة العامة التي يكون المريض مؤهلاً للاستفادة منها من أجل الحصول على مساعدة مالية (باستثناء الحالات المؤهلة والمعتمدة من خلال أهلية التسجيل الافتراضي). قد تنظر المؤسسة في طلب مكتمل مقدم بموجب سياسة المساعدة المالية قبل أقل من ستة أشهر من أي تاريخ لإصدار قرار الأهلية عند اتخاذ قرار بشأن الأهلية حول نوبة من نوبات الرعاية الحالية. لن تنظر المؤسسة في طلب مكتمل مقدم بموجب سياسة المساعدة المالية قبل أكثر من ستة أشهر من أي تاريخ لإصدار قرار

الأهلية.

E. إعداد الفواتير وتحصيلها

تم توضيح الإجراءات التي يمكن أن تتخذها المؤسسة في حالة عدم الدفع في سياسة فواتير وتحصيل منفصلة. يمكن الحصول على نسخة مجانية من سياسة الفوترة والتحصيل عبر موقع المؤسسة على الويب أو من خلال الاتصال بالرقم 2252-693-888، أو عبر البريد الإلكتروني على amitafinancialassistance@amitahealth.org، أو كتابةً على:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
60440 Bolingbrook, IL

F. التأويل

هذه السياسة، بالإضافة إلى جميع الإجراءات المعمول بها، تهدف إلى الامتثال للفقرة 501(r) ويتم تفسيرها وتطبيقها بموجبها باستثناء الحالات المشار إليها على وجه التحديد.

المراجع

- a. سياسة Ascension الإدارية رقم 600 - المساعدة المالية للمحتاجين
- b. نموذج طلب المساعدة المالية
- c. ملخص سياسة المساعدة المالية المكتوب بلغة بسيطة
- d. قائمة موفري الرعاية الخاضعين للتغطية وغير الخاضعين للتغطية بموجب سياسة المساعدة المالية
- e. المبالغ المدفوعة بصفة عامة