

خطمشی کمک مالی

ASCENSION HEALTH

هدف

هدف این خطمشی مشخص کردن الزامات اجرایی «کمک مالی» در «سیستم ASCENSION Health» است.

خطمشی

این خطمشی برای سازمانهای ذکر شده در زیر این پاراگراف کاربرد دارد (که هر یک «سازمان» نامیده می‌شود) و هدف آن تضمین عملکرد اجتماعی عادلانه برای ارائه مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی در مراکز «سازمان» است. هدف از طراحی این خطمشی بررسی صلاحیت دریافت کمک مالی برای بیمارانی است که نیازمند کمک مالی هستند و از «سازمان» مراقبت دریافت می‌کنند.

این خطمشی برای هر یک از «سازمانهای» زیر تحت ASCENSION Health کاربرد دارد:

بیمارستان Alexian Brothers Behavioral Health

پزشکی Alexian Brothers - الک گروو

بیمارستان Saint Joseph - شیکاگو

مرکز پزشکی St. Alexius - هافمن استیتز

اقدامات پزشک استخدامی

A. تمام کمک‌های مالی تعهد ما نسبت به انسانها و احترام به شأن آنها و رفاه همگانی، توجه ویژه ما به افراد نیازمند و سایر اقشار آسیب‌پذیر، همبستگی با آنان، و همچنین تلاش برای گسترش عدالت و حمایت از این اقشار را نشان می‌دهد.

B. این خطمشی بر همه مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی ارائه‌شده توسط «سازمان» (از جمله خدمات پزشکان استخدامی و سلامت رفتاری) اعمال می‌شود. این خطمشی برای هزینه مراقبت‌هایی که در دسته مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی قرار نمی‌گیرند کاربرد ندارد.

C. فهرست ارائه‌دهندگان تحت پوشش «خطمشی کمک مالی»، فهرست تمام ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی در مراکز «سازمان» را نشان می‌دهد و در آن مشخص شده است که کدام یک تحت پوشش خطمشی کمک مالی قرار می‌گیرد و کدام یک قرار نمی‌گیرد.

تعاریف

تعاریف ویژه خطمشی

A. 501(r)» به معنای بند 501(r) از «قانون درآمدهای داخلی» (Internal Revenue Code) و مقررات وضع‌شده تحت آن است.

B. «مبلغ صورتحساب کلی» یا «AGB» در ارتباط با مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی، به معنای مبلغی است که معمولاً برای افرادی که بیمه آنها این خدمات مراقبتی را پوشش می‌دهد در قالب صورتحساب صادر می‌شود.

C. «اجتماع» به معنای ایالت ایلینوی است. منظور از «زندگی در اجتماع» برای اهداف این «خطمشی»، ساکنین ایلینوی است - شخصی که در ایلینوی زندگی می‌کند و قصد دارد به‌طور نامحدود در ایلینوی زندگی کند، اما منظور شخصی نیست که با هدف دریافت مزایای سلامتی به ایلینوی نقل مکان کرده باشد. اگر مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های ضروری پزشکی که بیمار نیاز دارد در ادامه مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های ضروری پزشکی دریافت‌شده در مرکز Health ASCENSION دیگری باشد که در آنجا بیمار واجد شرایط کمک مالی برای این مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های ضروری پزشکی بوده است، این بیمار از اعضای «اجتماع سازمان» در نظر گرفته خواهد شد.

D. «مراقبت‌های اضطراری» به معنای مراقبت برای درمان بیماری است که با علائم حاد با شدت کافی (از جمله درد شدید) خود را نشان دهد به گونه‌ای که عدم توجه فوری پزشکی احتمالاً منجر به اختلال جدی در عملکرد بدن، یا اختلال جدی در عملکرد هر عضو یا بخشی از بدن شود، یا سلامت فرد را در معرض خطر جدی قرار دهد.

E. «مراقبت‌های ضروری پزشکی» به معنای مراقبتی است که (۱) برای پیشگیری، تشخیص یا درمان وضعیت بیمار مناسب، سازگار و ضروری باشد؛ (۲) مناسب‌ترین عرضه یا سطح خدمات برای وضعیت بیمار باشد که می‌توان به‌طور ایمن ارائه داد؛ (۳) در درجه اول برای راحتی بیمار، خانواده بیمار، پزشک یا سرپرست ارائه نشده باشد؛ و (۴) به احتمال بیشتر منجر به مزیت برای «بیمار» شود تا ضرر. برای اینکه مراقبت‌های برنامه‌ریزی‌شده در آینده جزو «مراقبت‌های ضروری پزشکی» محسوب شود، آن مراقبت و زمان آن باید توسط «مدیر ارشد پزشکی سازمان» (یا فرد تعیین‌شده) تأیید شود. مراقبت‌های ضروری پزشکی را باید ارائه‌دهنده مجازی که مراقبت‌های پزشکی به بیمار ارائه می‌دهد، پزشک پذیرش، پزشک ارجاع، و/یا «مدیر ارشد پزشکی» یا پزشک ناظر دیگر (بسته به نوع مراقبت توصیه‌شده) به صلاحدید «سازمان» تشخیص دهد. اگر پزشک ناظر تشخیص دهد که مراقبت‌های درخواست‌شده توسط بیماری که تحت پوشش این خطمشی است، جزو مراقبت‌های ضروری پزشکی محسوب نمی‌شود، این تشخیص را باید پزشک پذیرش یا پزشک ارجاع نیز تأیید کند.

F. «سازمان» به معنای ASCENSION Health و نهادهایی است که تحت پوشش این «خطمشی کمک مالی» هستند، همانطور که در «بند ۲» ذکر شده است.

G. «بیمار» به معنای افرادی است که مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی را در «سازمان» دریافت می‌کنند و فردی که مسئول مالی مراقبت از بیمار است.

H. «امتیازگیری احتمالی» به معنای استفاده از منابع اطلاعاتی شخص ثالث است که ممکن است شامل سوابق عمومی یا دیگر ابزار دقیق معقول و عینی برای ارزیابی واجد شرایط بودن بیمار جهت دریافت کمک مالی باشد.

I. «بیمار بیمه‌نشده» به معنای بیماری است که تحت پوشش خطمشی بیمه سلامت نیست و ذینفع بیمه سلامت دولتی یا خصوصی، مزایای درمانی یا دیگر برنامه‌های پوشش سلامت (از جمله طرح‌های بیمه سلامت با فرانشیز بالا، جبران خسارت کارگران، بیمه مسئولیت حادثه یا دیگر مسئولیت‌های شخص ثالث) نیست.

رویه‌های الزامی

A. کمک مالی شرح داده شده در این بخش محدود به «بیمارانی» است که در «اجتماع» زندگی می‌کنند:

1. بیماران با درآمد کمتر از یا مساوی ۲۵۰٪ از درآمد «سطح فقر فدرال» («FPL»)، برای دریافت ۱۰۰٪ تخفیف آن بخش از هزینه‌هایی که «بیمار» به دنبال پرداخت بیمه‌گر خودش باید پرداخت کند (در صورت وجود) واجد شرایط هستند، به شرطی که بیمار مطابق با امتیازگیری احتمالی (که در پاراگراف ۵ در پایین شرح داده شده است) واجد شرایط باشد یا درخواست کمک مالی («درخواست») را در روز ۲۴۰ام از صدور اولین صورتحساب ترخیص بیمار یا قبل از آن ارسال کرده باشد و «سازمان» «درخواست» را تأیید کرده باشد. اگر بیمار «درخواست» را بعد از روز ۲۴۰ام از صدور اولین صورتحساب ترخیص بیمار ارسال کرده باشد، برای دریافت حداکثر ۱۰۰٪ کمک مالی واجد شرایط خواهد بود، اما پس از آن مقدار کمک مالی در دسترس برای بیمار در این دسته محدود به تراز پرداخت نشده بیمار بعد از در نظر گرفتن همه پرداخت‌های انجام شده در حساب بیمار خواهد بود. بیماری که برای این دسته از کمک مالی واجد شرایط باشد، بیشتر از هزینه AGB محاسبه شده پرداخت نخواهد کرد.

2. منوط به دیگر مفاد این «خطمشی کمک مالی»، بیماران بیمه نشده با درآمد بالای ۲۵۰٪ «سطح فقر فدرال» و پایین تر از ۶۰۰٪ «سطح فقر فدرال»، تخفیفی با مقیاس متغیر برای آن بخش از هزینه‌های مربوط به خدمات ارائه شده دریافت خواهند کرد. بیماران بیمه شده و با درآمد بالای ۲۵۰٪ «سطح فقر فدرال» اما کمتر از ۴۰۰٪ «سطح فقر فدرال»، تخفیفی با مقیاس متغیر برای آن بخش از هزینه خدماتی که بیمار باید پرداخت کند دریافت خواهند کرد (طبق توضیحات مزایای طرح بیمه). این تخفیف‌ها در صورتی اعمال می‌شود که بیمار «درخواست» را در روز ۲۴۰ام از صدور اولین صورتحساب ترخیص بیمار یا قبل از آن ارسال کرده باشد و «سازمان» «درخواست» را تأیید کند. اگر بیمار «درخواست» را بعد از روز ۲۴۰ام از اولین صورتحساب ترخیص بیمار ارسال کرده باشد، برای کمک مالی با تخفیف مقیاس متغیر واجد شرایط خواهد بود، اما پس از آن مقدار کمک مالی در دسترس برای بیمار در این دسته محدود به تراز پرداخت نشده بیمار بعد از در نظر گرفتن همه پرداخت‌های انجام شده در حساب «بیمار» خواهد بود. بیماری که برای این دسته از کمک مالی واجد شرایط باشد، بیشتر از هزینه AGB محاسبه شده پرداخت نخواهد کرد.

تخفیف با مقیاس متغیر به شرح زیر است: (FPL – درآمد سطح فقر فدرال)

مقیاس متغیر بیمار بیمه شده	٪
FPL ۰٪ - ۲۵۰٪	۱۰۰٪
FPL ۲۵۱٪ - ۳۰۰٪	۹۵٪
FPL ۳۰۱٪ - ۴۰۰٪	۹۰٪

مقیاس متغیر بیمار بیمه نشده	٪
FPL ۰٪ - ۲۵۰٪	۱۰۰٪
FPL ۲۵۱٪ - ۳۰۰٪	۹۵٪
FPL ۳۰۱٪ - ۴۰۰٪	۹۰٪
FPL ۴۰۱٪ - ۶۰۰٪	۸۵٪

3. منوط به دیگر مفاد این «خطمشی کمک مالی»، بیمار با درآمد بالای ۶۰۰٪ (برای بیمه نشده) و ۴۰۰٪ (برای بیمه شده) «سطح فقر فدرال»، ممکن است طبق «آزمون وسع» برای برخی تخفیف‌های کمک مالی مربوط به هزینه‌های بیمار برای خدمات دریافتی از «سازمان» (بر اساس مجموع بدهی پزشکی بیمار) واجد شرایط باشد. اگر بیمار مجموع بدهی پزشکی زیادی داشته باشد که شامل بدهی پزشکی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در ASCENSION Health و هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دیگر برای مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی شود و این بدهی معادل با درآمد ناخالص خانوار بیمار یا بیشتر از آن باشد، بیمار پیرو «آزمون وسع» برای دریافت کمک مالی واجد شرایط خواهد بود. اگر بیمار در روز ۲۴۰ام از صدور اولین صورتحساب ترخیص بیمار یا قبل از آن درخواست ارسال کند و سازمان این «درخواست» را تأیید کند، سطح کمک مالی ارائه شده پیرو «آزمون وسع» همان مقداری است که به بیمار با درآمد ۶۰۰٪ (برای بیمه شده) و ۴۰۰٪ (برای بیمه شده) «سطح فقر فدرال» طبق پاراگراف ۲ در بالا اعطا می‌شود. اگر بیمار «درخواست» را بعد از روز ۲۴۰ام از اولین صورتحساب ترخیص بیمار ارسال کرده باشد، طبق «آزمون وسع» برای تخفیف کمک مالی واجد شرایط خواهد بود، اما پس از آن مقدار کمک مالی در دسترس برای بیمار در این دسته محدود به تراز پرداخت نشده بیمار بعد از در نظر گرفتن همه پرداخت‌های انجام شده در حساب بیمار خواهد بود. بیماری که برای این دسته از کمک مالی واجد شرایط باشد، بیشتر از هزینه AGB محاسبه شده پرداخت نخواهد کرد.

علاوه بر این، برای بیماران بیمه نشده‌های که واجد شرایط تخفیف با مقیاس متغیر هستند (همانطور که در پاراگراف ۲ ذکر شده است)، مطالبات وصول شده طی ۱۲ ماه قبل باید به ۲۰٪ درآمد خانوار بیمار محدود باشد.

4. اگر پیرو «آزمون دارایی» مشخص شود که بیمار دارایی کافی برای پرداخت دارد، بیمار برای کمک مالی شرح داده شده در پاراگراف‌های ۱ تا ۳ واجد شرایط نخواهد بود. در «آزمون دارایی»، توانایی بیمار در پرداخت براساس دسته‌های دارایی سنجش شده در «درخواست کمک مالی» به‌طور کامل ارزیابی می‌شود. ممکن است بیماری که دارایی‌هایش بیش از ۶۰۰٪ مقدار «سطح فقر فدرال» چنین بیماری باشد، برای دریافت کمک مالی واجد شرایط نباشد.
5. ممکن است واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی در هر زمانی از چرخه درآمد تعیین شود و شامل استفاده از امتیازگیری احتمالی برای بیمار با تراز پرداخت‌نشده کافی ظرف ۲۴۰ روز اول از صدور اولین صورتحساب ترخیص بیمار شود تا براین اساس واجد شرایط بودن برای ۱۰۰٪ مراقبت خیریه تعیین شود، حتی اگر متقاضی نتوانسته باشد درخواست کمک مالی («درخواست FAP») را تکمیل کند. تعیین واجد شرایط بودن براساس امتیازگیری احتمالی فقط برای جلسه‌ای از مراقبت اعمال می‌شود که امتیازگیری احتمالی برای آن انجام شده باشد.
- بیمارانی که یکی از چند معیار زیر را داشته باشند، احتمالاً برای ۱۰۰٪ مراقبت خیریه واجد شرایط در نظر گرفته می‌شوند: بی‌خانمان، متوفی بدون املاک، ناتوانی ذهنی بدون داشتن کسی که از جانب بیمار اقدام کند، واجد شرایط بودن برای Medicaid، اما نه در تاریخ خدمات یا برای خدمات خارج از پوشش، ثبت‌نام Medicaid در ایالت دیگری که در آن «سازمان» ارائه‌دهنده نیست و قصد ندارد به‌عنوان ارائه‌دهنده مشارکت داشته باشد، و عضویت در Medicaid اما اتمام محدودیت‌های مدت اقامت.
- دسته‌های الزامی دیگر شامل ثبت‌نام در برنامه‌های زیر می‌شود: برنامه تغذیه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛ برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP)؛ برنامه ناهار و صبحانه رایگان ایلینوی؛ برنامه کمکی انرژی خانگی برای اقشار کم‌درآمد (LIHEAP)؛ ثبت‌نام در برنامه اجتماع‌محور سازمانده‌ی شده که مراقبت پزشکی ارائه می‌دهد و وضعیت مالی کم‌درآمد محدود را به‌عنوان معیار ارزیابی و مستند می‌کند؛ و دریافت کمک هزینه برای خدمات پزشکی.
6. در رابطه با بیماری که عضو طرح‌های بیمه مشخصی است که از نظر آنها «سازمان» «خارج از شبکه» محسوب می‌شود، «سازمان» می‌تواند کمک مالی را که با توجه به بررسی اطلاعات بیمه بیمار یا سایر حقایق و شرایط مربوطه به بیمار ارائه می‌شود کاهش دهد یا قطع کند.
7. بیمار می‌تواند با ارائه اطلاعات تکمیلی به «سازمان» ظرف چهارده (۱۴) روز تقویمی پس از دریافت اعلان استتکاف، درخصوص رد واجد شرایط بودن برای کمک مالی درخواست تجدیدنظر دهد. همه درخواست‌های تجدیدنظر برای تعیین صلاحیت نهایی توسط سازمان بررسی خواهد شد. اگر تصمیم نهایی، رد شدن قبلی برای دریافت کمک مالی را تأیید کند، اعلانی کتبی برای بیمار ارسال خواهد شد. فرآیند درخواست تجدیدنظر بیمار و خانواده‌ها نسبت به تصمیمات اتخاذ شده «سازمان» درباره واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی به این صورت است:
- درخواست تجدیدنظر در ابتدا باید توسط «خدمات مالی بیمار» برای بررسی و سؤالات بعدی دریافت شود (در صورت لزوم).
 - سپس کمیته‌ای به‌صورت ماهانه برای بررسی کلیه درخواست‌های تجدیدنظر جلسه تشکیل می‌دهد. اعضای کمیته باید شامل نماینده «خدمات مالی بیمار»، «یکپارچه‌سازی مأموریت»، «مدیریت پرونده/خدمات اجتماعی» و «امور مالی/CFO» باشد.
 - درخواست‌های تجدیدنظر قبل از جلسه ماهانه کمیته به‌منظور بررسی بین اعضای کمیته توزیع می‌شود.
 - نماینده «خدمات مالی بیمار» باید در جلسه کمیته حضور داشته باشد تا درباره هر پرونده بحث کند و اطلاعات دیگری را که شاید بیمار ارائه کرده باشد ارائه دهد.
 - کمیته «درخواست کمک مالی» (FAP) متقاضی را با توجه ویژه به اطلاعات تکمیلی و نکاتی که متقاضی در روند تجدیدنظر ارائه داده است بررسی خواهد کرد.
 - کمیته می‌تواند درخواست تجدیدنظر را تأیید یا رد کند یا به‌تعویق بیندازد. اگر براساس سؤالاتی که در طول بحث تجدیدنظر پرسیده می‌شود، اطلاعات تکمیلی درخواست گردد، کمیته می‌تواند درخواست تجدیدنظر را به‌تعویق بیندازد.
 - «خدمات مالی بیمار» نتیجه درخواست تجدیدنظر را به‌صورت کتبی به اطلاع بیمار یا اعضای خانواده خواهد رساند.

B. سایر کمک‌ها برای بیماران که واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند

همانطور که در بالا شرح داده شد، ممکن است بیماران که واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند همچنان صلاحیت بهرماندی از سایر کمک‌های ارائه‌شده توسط «سازمان» را داشته باشند. سایر کمک‌ها به منظور تکمیل گزارش در اینجا ذکر شده است، اگرچه این موارد مبتنی بر نیاز افراد و مرتبط با 501(r) نمی‌باشند، اما برای راحتی اجتماع توسط «سازمان» در اینجا لحاظ شده است.

1. بیماران بیمه‌شده‌ای که واجد شرایط کمک مالی نیستند، براساس تخفیفی که به پرداخت‌کننده دارای بالاترین درآمد در آن سازمان تعلق می‌گیرد، از تخفیف برخوردار خواهند شد. پرداخت‌کننده دارای بالاترین درآمد باید براساس حجم یا درآمد ناخالص بیمار محاسبه‌شده، حداقل ۳٪ از جمعیت «سازمان» را شامل شود. اگر یک پرداخت‌کننده حداقل حجم را تشکیل ندهد، بیش از یک قرارداد پرداخت‌کننده به‌صورت میانگین در نظر گرفته می‌شود، به‌طوری که شرایط پرداختی که برای میانگین‌گیری استفاده می‌شود، حداقل ۳٪ از حجم فعالیت‌های تجاری «سازمان» در آن سال را شامل شود.

2. بیماران بیمه‌شده و بیمه‌شده‌ای که واجد شرایط کمک مالی نیستند، ممکن است تخفیف پرداخت فوری دریافت کنند. ممکن است علاوه بر تخفیف بیمار بیمه‌شده که در پاراگراف قبل توضیح داده شد، تخفیف پرداخت فوری نیز ارائه شود.

C. محدودیت‌های هزینه‌های بیماران واجد شرایط کمک مالی

1. مبلغی بیش از مبلغ صورتحساب کلی (AGB) مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری و بیش از هزینه‌های ناخالص سایر خدمات پزشکی از بیماران واجد شرایط کمک مالی مطالبه نخواهد شد. «سازمان» محاسبه یک یا چند درصد AGB را با استفاده از روش «بازگشتی» و لحاظ کردن کارانه Medicare و همه بیمه‌گران سلامت بخش خصوصی که مطالبات را به «سازمان» پرداخت می‌کنند، کاملاً مطابق با 501(r) انجام می‌دهد.

2. می‌توانید نسخه رایگان درصد(ها) و شرح محاسبه AGB را از وبسایت «سازمان»، از طریق تماس با شماره ۸۸۸-۶۹۳-۲۲۵۲، از طریق ارسال ایمیل به نشانی Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org، یا نوشتن نامه به نشانی روبرو دریافت کنید:

ASCENSION
Health PFS

D. درخواست کمک مالی و سایر کمک‌ها

واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی می‌تواند از طریق حالت امتیازگیری احتمالی یا درخواست کمک مالی با تکمیل و ارسال «درخواست کمک مالی» مشخص گردد. «درخواست کمک مالی» و «دستورالعمل‌های درخواست کمک مالی» در وبسایت «سازمان» یا از طریق تماس با شماره ۸۸۸-۶۹۳-۲۲۵۲، ارسال ایمیل به نشانی Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org، یا نوشتن نامه به نشانی روبرو در دسترس است:

ASCENSION
Health PFS

«سازمان» افراد بیمه‌شده را ملزم می‌کند برای درخواست Medicaid یا سایر برنامه‌های کمک عمومی که به‌طور بالقوه واجد شرایط آن هستند از مشاور مالی کمک بگیرند تا صلاحیت دریافت کمک مالی آنها احراز شود (به‌استثنای مواردی که توسط امتیازگیری احتمالی واجد شرایط و تأیید شده باشند). ممکن است درخواست کمک مالی بیمار در موقعیت‌های زیر رد شود: اگر بیمار اطلاعات اشتباه در «درخواست کمک مالی» یا در ارتباط با روند واجد شرایط بودن امتیازگیری احتمالی ارائه دهد؛ اگر بیمار از اختصاص دادن عواید بیمه یا حق پرداخت مستقیم از طرف شرکت بیمه‌ای که ممکن است مسئول پرداخت هزینه مراقبت ارائه‌شده باشد خودداری کند؛ یا اگر بیمار از همکاری با مشاور مالی برای ارائه درخواست Medicaid یا سایر برنامه‌های کمک عمومی که به نظر می‌رسد بیمار به‌صورت بالقوه برای آنها واجد شرایط است تا صلاحیت دریافت کمک مالی داشته باشد اجتناب کند (به‌استثنای مواردی که توسط امتیازگیری احتمالی واجد شرایط و تأیید شده باشد). «سازمان» ممکن است درخواست کمک مالی را که کمتر از شش ماه قبل از

تاریخ تعیین واجد شرایط بودن تکمیل شده است در تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط بودن یک جلسه فعلی مراقبت در نظر بگیرد. سازمان درخواست کمک مالی را که بیش از شش ماه قبل از تاریخ تعیین واجد شرایط بودن تکمیل شده است در نظر نمی‌گیرد.

E. صدور صورتحساب و وصول مطالبات

اقداماتی که «سازمان» در صورت عدم پرداخت مبالغ توسط افراد انجام می‌دهد در خطمشی جداگانه‌ای با عنوان «صدور صورتحساب و وصول مطالبات» شرح داده شده است. می‌توانید نسخه رایگان خطمشی صدور صورتحساب و وصول مطالبات را از وبسایت «سازمان»، از طریق تماس با شماره ۲۲۵۲-۶۹۳-۸۸۸، از طریق ارسال ایمیل به نشانی Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org، یا نوشتن نامه به نشانی روبرو دریافت کنید:

ASCENSION

F. تفسیر

این خطمشی به انضمام تمام رویه‌های قابل اجرا، به جز مواردی که به‌طور خاص مشخص شده است، باید با بخش 501(r) سازگار باشد با توجه به آن تفسیر و اجرا شود.

مرجع‌ها

- a. خطمشی اجرایی Ascension #600 – کمک مالی برای نیازمندان
- b. فرم درخواست کمک مالی
- c. خلاصه خطمشی کمک مالی به زبان ساده
- d. فهرست ارائه‌دهندگانی که تحت پوشش «خطمشی کمک مالی» قرار دارند یا قرار ندارند
- e. مبلغ صورتحساب کلی