

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน

ASCENSION HEALTH

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่อระบุเกณฑ์ในการจัดการความช่วยเหลือทางการเงินตามระบบ ASCENSION Health

นโยบาย

นโยบายนี้เป็นนโยบายขององค์กรที่ระบุในรายชื่อถัดจากย่อหน้านี้ (ชื่อแต่ละชื่อคือแต่ละ "องค์กร") เพื่อให้มั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติที่ยุติธรรมต่อสังคมในการให้ความดูแลในกรณีฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ ณ สถานที่ของแต่ละองค์กร
นโยบายนี้ออกแบบมาเพื่อกล่าวถึงสิทธิ์ในการขอความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูแลจากองค์กรโดยเฉพาะ

นโยบายนี้จะปรับใช้กับองค์กรต่อไปนี้ภายในระบบ ASCENSION Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Saint Joseph Hospital - Chicago

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

Employed Physician Practices (แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงาน)

- ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล และประโยชน์ส่วนรวมของเรา
ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและความห่วงใยเป็นพิเศษของเราต่อบุคคลยากไร้และผู้ที่มีฐานะไม่มั่นคงอื่นๆ
และความมุ่งมั่นของเราที่จะให้ความยุติธรรมและการดูแลได้กระจายออกไป
- นโยบายนี้ใช้กับการให้บริการฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ให้บริการโดยองค์กร รวมทั้งการบริการแพทย์และสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่รับว่าจ้าง
นโยบายนี้ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลที่ไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ
- รายชื่อของผู้ให้บริการที่ได้รับความคุ้มครองโดยนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินอยู่ในรายชื่อผู้ให้บริการดูแลทางการแพทย์ภายในสถานที่ของแต่ละองค์กรที่ระบุว่าผู้ให้บริการรายใดบ้างได้รับความคุ้มครองโดยนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและรายใดไม่ได้รับความคุ้มครอง

บทนิยาม

คำจำกัดความเฉพาะนโยบาย

- A. **"501(r)"** หมายถึงมาตรา 501(r) ของบทบัญญัติแห่งประมวลรัษฎากร และข้อบังคับที่ประกาศเป็นไปตามนั้น
- B. **"ยอดเงินที่คิดโดยทั่วไป" หรือ "AGB"**
หมายถึงยอดเงินที่คิดโดยทั่วไปจากบุคคลที่มีประกันภัยคุ้มครองในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ
- C. **"ชุมชน"** หมายถึงรัฐอิลลินอยส์ การ "อยู่อาศัยในชุมชน" ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ หมายถึงการเป็นผู้อาศัยในรัฐอิลลินอยส์ - บุคคลที่อาศัยอยู่ในรัฐอิลลินอยส์ และผู้ที่ต้องการอาศัยอยู่ในรัฐอิลลินอยส์อย่างไม่มีกำหนด แต่ไม่ใช่คนที่ย้ายไปอยู่อิลลินอยส์เพื่อรับผลประโยชน์ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาเป็นสมาชิกชุมชนขององค์กรหากการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยนั้นต้องการมีลักษณะต่อเนื่องจากการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งเคยได้รับจากสถานสุขภาพของ ASCENSION แห่งอื่น ที่ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นเหล่านั้น
- D. **"การดูแลฉุกเฉิน"** หมายถึง การดูแลเพื่อรักษาสุขภาพทางการแพทย์ที่แสดงออกโดยอาการเฉียบพลันของความรุนแรงที่เพียงพอ (รวมถึงอาการปวดอย่างรุนแรง) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ในทันที อาจส่งผลให้การทำงานของร่างกายเสื่อมลงอย่างรุนแรง ความผิดปกติอย่างร้ายแรงของอวัยวะ หรือทำให้บุคคลตกอยู่ในอันตรายร้ายแรง
- E. **"การดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น"** หมายถึงการดูแลที่ (1) เหมาะสมและสอดคล้องกับ และจำเป็นสำหรับการป้องกันการวินิจฉัยหรือการรักษาสุขภาพของผู้ป่วย (2) การจัดหาหรือระดับบริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสภาพของผู้ป่วยที่สามารถให้บริการได้อย่างปลอดภัย (3) ไม่ได้ให้ไว้เป็นหลักเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ หรือผู้ดูแล และ (4) มีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าเป็นอันตราย การดูแลตามกำหนดการในอนาคตจะกลายเป็น "การดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์" การดูแลและระยะเวลานั้นจะต้องได้รับการอนุมัติจากประธานฝ่ายการแพทย์ขององค์กร (หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง) แล้ว การพิจารณาการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องทำขึ้นโดยผู้ให้บริการที่มีใบอนุญาตและเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยนั้นและขึ้นอยู่กับดุลยพินิจขององค์กร และโดยแพทย์ที่รับเข้ารักษา แพทย์ที่ส่งผู้ป่วยต่อ และ/หรือประธานฝ่ายการแพทย์ หรือแพทย์ผู้ตรวจสอบรายอื่น (พิจารณาจากรูปแบบของการดูแลที่แนะนำ) ในกรณีที่การดูแลที่ร้องขอโดยผู้ป่วยที่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้ถูกพิจารณาว่าไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์โดยแพทย์ที่ตรวจสอบ การตัดสินใจนั้นจะต้องได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่รับเข้ารักษาหรือแพทย์ที่ส่งต่อ
- F. **"องค์กร"** หมายถึง ASCENSION Health และหน่วยงานอื่น ๆ ภายใต้ขอบเขตของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินตามที่ได้ระบุไว้ในหมวด II ด้านบน
- G. **"ผู้ป่วย"** หมายถึงบุคคลที่ได้รับการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นที่องค์กร และบุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านการเงินสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- H. **"การให้คะแนนแบบสันนิษฐาน"** หมายถึงการใช้แหล่งข้อมูลของบุคคลที่สาม ซึ่งอาจรวมถึงบันทึกสาธารณะหรือวัตถุประสงค์อื่นๆ และวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในการประเมินสิทธิ์ของผู้ป่วยสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

- I. “ผู้ป่วยไม่มีประกัน” หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพ และไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้การประกันสุขภาพของรัฐหรือเอกชน ผลประโยชน์ด้านสุขภาพหรือโปรแกรมการประกันสุขภาพอื่นๆ รวมถึงแผนประกันสุขภาพหลักลดหย่อนสูง ค่าตอบแทนแรงงาน ประกันอุบัติเหตุรับผิด หรือความรับผิดชอบของบุคคลที่สามอื่นๆ

ขั้นตอนที่จำเป็น

A. ความช่วยเหลือทางการเงินที่อธิบายในส่วนนี้ จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่:

- ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เกิน 250% ของรายได้ที่เป็นระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (“FPL”) จะมีสิทธิได้รับส่วนลด 100%
ในค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยพึงรับผิดชอบหลังจากที่ผู้ประกันได้ชำระเงินไปแทนแล้ว หากมีผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีสิทธิตามการคิดคะแนนแบบสันนิษฐาน (ที่จะได้อธิบายในย่อหน้า 5 ด้านล่าง) หรือได้ส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (“ใบสมัคร”) ภายในวันที่ 240
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกและใบสมัครดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินมากถึง 100% หากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก
แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว
ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้
- ภายใต้ข้อกำหนดอื่นๆ ของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้
ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันซึ่งมีรายได้สูงกว่า 250% ของ FPL แต่ไม่เกิน 600% ของ FPL จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดในส่วนของค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการ
ผู้ป่วยที่มีประกันและมีรายได้สูงกว่า 250% ของ FPL แต่ไม่เกิน 400% ของ FPL จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดในส่วนของค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการที่ผู้ป่วยรับผิดชอบตามคำอธิบายของแผนประกันผลประโยชน์
ส่วนลดดังกล่าวจะใช้ได้หลังจากที่ผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกและใบสมัครนั้นได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว
ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240 หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก
แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว
ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้

ส่วนลดแบบขั้นบันไดเป็นดังนี้ (FPL - รายได้ที่เป็นระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง)

ส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน	%	ส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับผู้ป่วยมีประกัน	%
0% - 250% FPL	100%	0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%	251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%	301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%		

3. ภายใต้ข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้ ผู้ป่วยที่มีรายได้เกินกว่า 600% (ที่ไม่มีประกัน) และ 400% (มีประกัน) ของ FPL อาจมีสิทธิ์จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินได้จาก "แบบตรวจสอบรายได้" เพื่อรับส่วนลดบางส่วนสำหรับค่าบริการของผู้ป่วยจากองค์กร โดยพิจารณาจากนี้ทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินได้ตามแบบตรวจสอบรายได้หากผู้ป่วยมีหนี้ทางการแพทย์สูง ซึ่งรวมถึงหนี้ทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพภายใน ASCENSION Health และผู้ให้บริการด้านสุขภาพรายอื่น ๆ สำหรับการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งมีปริมาณไม่ต่ำกว่ารายได้สุทธิของครอบครัวผู้ป่วย ระดับความช่วยเหลือทางการเงินที่จะได้รับจากแบบตรวจสอบรายได้นั้นมีปริมาณเท่ากับระดับของผู้ป่วยที่มีรายได้เกินกว่า 600% (ที่ไม่มีประกัน) และ 400% (มีประกัน) ของ FPL ตามย่อหน้า 2 ด้านบน หากผู้ป่วยรายนั้นยื่นใบสมัครภายในวันที่ 240 นับแต่วันที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก และใบสมัครนั้นได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินในรูปของส่วนลดจากแบบตรวจสอบรายได้ได้หากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240 นับแต่วันที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้ นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยไม่มีประกันที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดตามที่ไต่ระบุไว้ในย่อหน้า 2 ด้านบน การเรียกเก็บเงินในระยะเวลา 12 เดือนจะมียอดสูงสุดไม่เกิน 20% ของรายได้ภายในครอบครัวของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยอาจมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามที่ไต่ระบุในย่อหน้า 1 ถึง 3 ด้านบนหากผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการพิจารณาแล้วว่า มีทรัพย์สินเพียงพอในการชำระเงินตาม "แบบทดสอบทรัพย์สิน" แบบทดสอบทรัพย์สินประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการชำระเงินของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยพิจารณาจากประเภทของทรัพย์สินที่ประเมินเอาไว้ในใบสมัคร FAP ผู้ป่วยที่มีทรัพย์สินดังกล่าวเกินกว่า 600% ของยอด FPL ของตนเองจะไม่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน
5. สิทธิ์ในการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินอาจถูกประเมินในช่วงระยะเวลาใดก็ได้ในวงจรรายได้ และอาจมีการใช้การคิดคะแนนแบบสันนิษฐานเข้ามาประกอบสำหรับผู้ป่วยที่มีปริมาณค่าใช้จ่ายที่ยังไม่ชำระมากเพียงพอภายใน 240 วันแรกหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกเพื่อนำมาประเมินสิทธิ์ในการได้รับการดูแลเพื่อการกุศล 100% โดยไม่พิจารณาถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้ยื่นใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ("ใบสมัคร FAP") การพิจารณาคุณสมบัติที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับ การให้คะแนนแบบสันนิษฐานใช้เฉพาะกับขั้นตอนการดูแลที่ดำเนินการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน
- ผู้ป่วยที่แสดงอย่างน้อยหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้ จะถือว่ามีสิทธิ์ได้รับการดูแลเพื่อการกุศล 100%: ไม่มีที่อยู่อาศัย เสียชีวิตโดยไม่มีมรดก ไร้ความสามารถทางสุขภาพจิต และไม่มีใครทำหน้าที่แทนผู้ป่วย มีสิทธิ์ได้รับ Medicaid แต่ไม่ใช่ในวันที่ให้บริการหรือสำหรับบริการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองการลงทะเบียน Medicaid ในรัฐอื่นที่องค์กรไม่ได้และไม่ได้ตั้งใจที่จะเป็นผู้ให้บริการที่เข้าร่วมและการมีส่วนร่วม

ใน Medicaid แต่เกินระยะเวลาการเข้าพักใดๆ

หมวดหมู่ที่ได้รับคำสั่งเพิ่มเติม ได้แก่การลงทะเบียนในโปรแกรมต่อไปนี้:

โครงการโภชนาการสำหรับผู้หญิง เด็กทารก และเยาวชน (WIC);

โครงการความช่วยเหลือด้านโภชนาการเพิ่มเติม (SNAP);

โครงการอาหารกลางวันและอาหารเข้าฟรีในรัฐอิลลินอยส์;

โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านที่มีรายได้น้อย(LIHEAP);

การลงทะเบียนในโครงการชุมชนที่จัดขึ้นทำให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ประเมินแล

ะจัดทำเอกสารจำกัดสถานะทางการเงินที่มีรายได้น้อยเป็นเกณฑ์;

และการรับความช่วยเหลือแบบให้เปล่าสำหรับบริการทางการแพทย์

6. สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในแผนประกันภัยที่พิจารณาว่าองค์กรมีลักษณะ "นอกเครือข่าย" องค์กรสามารถลดหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินที่ผู้ป่วยพึงได้รับได้เมื่อพิจารณาจาก การตรวจสอบข้อมูลด้านประกันภัยของผู้ป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงและบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
7. ผู้ป่วยอาจร้องเรียนการปฏิเสธสิทธิรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่อง ค์กรภายในสิบสี่ (14) วันนับจากวันที่ได้รับแจ้งการปฏิเสธ การอุทธรณ์ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรเพื่อพิจารณาขั้นสุดท้าย หากการพิจารณาขั้นสุดท้ายยืนยันการปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือทางการเงินครั้งก่อน จะมีการส่งแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังผู้ป่วย ขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่จะอุทธรณ์ต่อการตัดสินใจขององค์กรเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ เมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน คือดังต่อไปนี้:

- a. การอุทธรณ์ควรเริ่มต้นโดยบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบและคำถามเพิ่มเติม หากมี
- b. จากนั้นคณะกรรมการจะประชุมเป็นประจำทุกเดือนเพื่อทบทวนการอุทธรณ์ทั้งหมด สมาชิกของคณะกรรมการควรประกอบด้วยตัวแทนจากบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วย บุคลากรจากฝ่ายงานต่างๆ ฝ่ายจัดการเคส/ฝ่ายบริการสังคมและฝ่ายการเงิน/ประธานฝ่ายการเงิน

จะมีการส่งการอุทธรณ์ไปยังสมาชิกคณะกรรมการก่อนการประชุมคณะกรรมการประจำเดือนเพื่อพิจารณา
- c. ตัวแทนผู้ให้บริการทางการเงินควรอยู่ในที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อหารือเกี่ยวกับแต่ละกรณี และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยอาจระบุ
- d. คณะกรรมการจะตรวจสอบใบสมัคร FAP ของผู้สมัครโดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับข้อมูลเพิ่มเติมและคะแนนที่ทำโดยผู้สมัครในกระบวนการอุทธรณ์
- e. คณะกรรมการอาจอนุมัติ ไม่อนุมัติ หรือเลื่อนการอุทธรณ์ออกไป คณะกรรมการอาจเลื่อนการอุทธรณ์ออกไปหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยอิงจากคำถามที่ถามในระหว่างการหารือการอุทธรณ์
- f. ฝ่ายบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยจะแจ้งผลการร้องเรียนต่อผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร

B. การช่วยเหลืออื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์ได้รับ การช่วยเหลือทางการเงิน

ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินตามที่อธิบายไว้ข้างต้น อาจยังคงมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือประเภทอื่นๆ ที่นำเสนอโดยองค์กร เพื่อความครบถ้วน ประเภทความช่วยเหลืออื่นๆ ถูกแสดงรายการในที่นี้ แม้ว่าพวกเขาจะไม่จำเป็นต้องใช้และไม่ได้รับวัตถุประสงค์ที่จะอยู่ภายใต้การ 501 (r) แต่จะมีการรวมอยู่ที่นี้เพื่อความสะดวกของชุมชนซึ่งให้บริการโดยองค์กร

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่ไม่ได้มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับส่วนลดโดยอ้างอิงจากส่วนลดที่ให้กับผู้จ่ายเงินสูงสุดสำหรับองค์กรนั้น
ผู้จ่ายเงินสูงสุดต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนอย่างน้อย 3% ของประชากรขององค์กรตามที่วัดโดยปริมาณ หรือ รายรับรวมจากผู้ป่วย
ถ้าผู้จ่ายเงินรายเดียวจ่ายเงินไม่ถึงระดับขั้นต่ำของปริมาณนี้ สัญญาของผู้จ่ายเงินมากกว่าหนึ่งรายควรเฉลี่ยเงื่อนไขการชำระเงินนั้น ซึ่งใช้ในการถัวเฉลี่ยให้ถึงอย่างน้อย 3% ของรายรับของธุรกิจองค์กรสำหรับปีนั้นๆ
2. ผู้ป่วยที่มีประกันและไม่มีประกันที่ไม่ได้รับสิทธิ์สำหรับการช่วยเหลือทางการเงินอาจได้รับส่วนลดในทันที
อาจมีการเสนอส่วนลดในทันทีนอกเหนือจากส่วนลดที่ไม่มีประกันซึ่งอธิบายไว้ในย่อหน้าก่อนหน้า

C. ข้อจำกัดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยได้รับสิทธิ์การช่วยเหลือทางการเงิน

1. ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ์การช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกเรียกเก็บเป็นรายบุคคลมากกว่า AGB สำหรับกรณีฉุกเฉิน และการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ที่จำเป็น และไม่เก็บค่าใช้จ่ายยอดรวมสำหรับการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งหมด องค์กรจะคำนวณเปอร์เซ็นต์ค่า AGB อย่างน้อยหนึ่งรายการโดยใช้วิธีแบบ "look-back" และจะคิดค่าบริการสำหรับ Medicare และค่าประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนที่ชำระค่าประกันแก่องค์กรตาม 501(r)

2. สามารถรับสำเนาใบอธิบายการคำนวณค่าและเปอร์เซ็นต์ AGB

ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 833-272-7585 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมลที่ Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org หรือเขียนจดหมายส่งมาที่:

ASCENSION Health PFS

D. การยื่นขอความช่วยเหลือทางการเงิน และความช่วยเหลืออื่นๆ

ผู้ป่วยที่อาจมีคุณสมบัติสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินผ่านสิทธิจากคะแนนแบบสันนิษฐาน หรือโดยการยื่นการขอความช่วยเหลือทางการเงิน โดยการส่งใบสมัคร FAP ที่กรอกแล้ว สามารถเข้าถึงใบสมัคร FAP และคำแนะนำในการสมัคร FAP ได้ผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 833-272-7585 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมล

Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org หรือเขียนจดหมายส่งมายังที่อยู่นี้:

ASCENSION Health PFS

องค์กรจะแจ้งให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันประสานงานกับที่ปรึกษาด้านการเงินในการสมัคร Medicaid หรือโปรแกรมความช่วยเหลือสาธารณะอื่น ๆ

ที่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่าอาจมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (เว้นแต่จะมีคุณสมบัติและได้รับการอนุมัติผ่านการคิดคะแนนโดยสันนิษฐาน)

ผู้ป่วยอาจถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินหากผู้ป่วยให้ข้อมูลเท็จในใบสมัคร FAP หรือเกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจสอบสิทธิโดยการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน

หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมอบหมายเงินประกันหรือสิทธิที่จะจ่ายโดยตรงจากบริษัทประกันภัยที่อาจมีภาระผูกพันที่จะต้องจ่ายสำหรับการดูแล

หรือถ้าผู้ป่วยปฏิเสธที่จะทำงานกับที่ปรึกษาทางการเงินเพื่อสมัคร Medicaid หรือโปรแกรมความช่วยเหลือสาธารณะอื่นๆ

ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่ามีคุณสมบัติเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน (ยกเว้นกรณีที่มีสิทธิและได้รับการอนุมัติผ่านการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน)

องค์กรอาจพิจารณาใบสมัคร FAP ที่กรอกเสร็จสมบูรณ์ภายในหกเดือนก่อนวันกำหนดสิทธิ์ใดๆ ในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีสิทธิรับการดูแลในปัจจุบัน องค์กรจะไม่พิจารณาใบสมัคร FAP ที่กรอกไว้เกินกว่าหกเดือนก่อนวันกำหนดสิทธิ์ใดๆ

E. การเรียกเก็บเงินและการเก็บเงิน

การดำเนินการที่องค์กรอาจใช้ในกรณีที่มีการไม่ชำระ

ได้อธิบายไว้ต่างหากในนโยบายเรียกเก็บเงินและการเก็บเงิน

สามารถรับสำเนานโยบายการคิดและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้โดยไม่มีเสียค่าใช้จ่ายผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 833-272-7585 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมล

Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org หรือเขียนจดหมายส่งมาที่:

ASCENSION Health PFS

F. การตีความ

นโยบายนี้ รวมถึงแนวทางที่ปรับใช้ได้อื่น ๆ ทั้งหมด มีเจตจำนงให้เป็นไปตาม และให้ตีความหมาย รวมถึงปรับใช้ตาม 501(r) เว้นแต่จะได้ระบุไว้เป็นอื่นโดยเฉพาะ

การอ้างอิง

- a. นโยบายการบริหารการเรียกเก็บเงิน #600 – ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ที่ต้องการ
- b. แบบฟอร์มใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- c. ข้อมูลสรุปภาษาธรรมดาของนโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
- d. รายชื่อของผู้ให้บริการที่ได้รับความคุ้มครองและไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน
- e. จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป