

SYS FI 05	الصفحة 1 من 23	Ascension Saint Agnes دليل الإجراءات وسياسة النظام
	تاريخ السريان: 05/2	الموضوع:
	تاريخ المراجعة: تاريخ المراجعة: 03/3، 01/3، 98/4، 91/6، 91/1، 90/11، 08/6، 09/9، 16/6، 17/7، 18/7، 19/7، 20/2، 20/6، 20/10، 21/1، 21/4، 21/7، 21/12، 22/03	Ascension Saint Agnes سياسة المساعدة المالية
		الموافقات:
نهاي - الرئيس / الرئيس التنفيذي: _____ التاريخ: _____		
التزامن: _____ التاريخ _____ (تدخل السياسات حيز التنفيذ بعد 30 يومًا من توقيع المدير التنفيذي عليها).		

السياسة/المبادئ

تتمثل سياسة المنظمة الوارد اسمها تحت هذه الفقرة (والتي يشار إلى كل منها باسم "المنظمة") في ضمان تقديم ممارسات عادلة اجتماعيًا لتوفير خدمات الرعاية في حالات الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في منشآت المنظمة. وتم وضع هذه السياسة خصيصًا لتلبية أهلية الحصول على المساعدة المالية للمرضى الذين بحاجة للحصول عليها ويتلقون الرعاية من المنظمة. تنطبق هذه السياسة على كل منظمة من المنظمات التالية داخل Ascension Saint Agnes:

Ascension Saint Agnes Hospital، Ascension Medical Group، Seton Imaging، Lab Outreach،
Integrated Specialist Group، Radiologists Professional Services، Anesthesia Professional
Services

1. سنعبر 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، ونعبر كذلك عن التزامنا بالعدالة التوزيعية والإدارة الجيدة.
2. تسري هذه السياسة على جميع الخدمات المقدمة في حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي تقدمها المنظمة، بما في ذلك خدمات الأطباء العاملين والصحة السلوكية. لا تسري هذه السياسة على رسوم الرعاية غير الطارئة وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية.
3. تقدم قائمة موفري الرعاية الذين تغطيهم سياسة المساعدات المالية قائمة بجميع موفري الرعاية الموجودين ضمن مرافق المنظمة التي من شأنها أن تحدد موفري الرعاية سواء كانوا يخضعون لسياسة المساعدات المالية أو لا.

النطاق

تنطبق هذه السياسة على جميع كيانات Ascension Saint Agnes.

التعريفات

لأغراض تتعلق بهذه السياسة، تُطبّق التعريفات التالية:

- "501(r)" تعني الفقرة 501 (r) من قانون الإيرادات الداخلية واللوائح الصادرة بموجبه.
- "المبالغ المدفوعة بصفة عامة" أو "AGB" يعني المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام فيما يتعلق بخدمات الرعاية المقدمة في حالات الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية للأفراد الذين لديهم تأمين يُغطي مثل هذه الرعاية.
- يُقصد بمصطلح "المجتمع" المرضى المقيمين في المناطق ذات الرموز البريدية التالية بما يتفق مع تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع

(CHNA) الخاص بالمنظمة: أربوتوس 21227، بروكلين / لينثيكوم، 21225، كاتونسفيل 21250، 21228، كيرتس باي 21226، جوين أوك 21207، ساوث بالتيمور سيتي 21223، 21230، ساوث إيست بالتيمور سيتي 21229، ويست بالتيمور سيتي 21215، 21216، 21217. سيعتبر المريض أيضاً عضواً في مجتمع المنظمة إذا كانت الرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي يحتاجها المريض عبارة عن استمرارية للرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية التي يتم تلقيها في منشأة صحية أخرى تابعة لـ Ascension حيث كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية لمثل هذه الحالة الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية.

- تعني "الرعاية الطارئة" علاج حالة طبية تظهر من خلال الأعراض الحادة التي تكون شديدة الخطورة (بما في ذلك الألم الشديد والاضطراب النفسي و / أو أعراض الإدمان) والتي من المتوقع أن يؤدي غياب العناية الطبية الفورية عنها إلى:
 - a. تعريض صحة الفرد (أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل أو صحة المرأة أو الجنين) لخطر شديد؛
 - b. أو إلحاق ضرر خطير بوظائف الجسم؛
 - c. أو خلل خطير في أداء أي عضو أو جزء من أجزاء الجسم.
- "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 قِبل كبير الموظفين الطبيين (أو من ينوب عنه) في المؤسسة. يجب أن يتم تحديد الرعاية الضرورية من الناحية الطبية من قِبل موفر مرخص يقدم الرعاية الطبية للمريض، وحسب تقدير المنظمة، من قبل 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.
- "المنظمة" تعني Ascension Saint Agnes.
- "المريض" يعني هؤلاء الأشخاص الذين يتلقون الرعاية في حالات الطوارئ وغيرها من حالات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لدى المنظمة والشخص المسؤول مادياً عن رعاية المريض.

المساعدات المالية المقدمة

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

1. مع مراعاة الأحكام الأخرى لسياسة المساعدة المالية هذه، فإن المرضى الذين لديهم دخل أقل من أو يساوي 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ("FPL") سيكونون مؤهلين للحصول على رعاية خيرية بنسبة 100% على ذلك الجزء من رسوم الخدمات الذي يتحمله المريض بعد أن تدفع شركة التأمين، إن وجدت، حصتها، إذا تم تقرير أن هذا المريض مؤهل وفقاً لأهلية التسجيل الافتراضي (الموضحة في الفقرة 7 أدناه) أو إذا قام المريض بتقديم طلب للمساعدة المالية ("الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية.") مع أو قبل حلول اليوم 240 بعد إصدار أول فاتورة للمريض وبعد أن تتم الموافقة على الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية من قبل المنظمة. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية تصل إلى 100% إذا قدم المريض الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية بعد مرور اليوم 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، ما لم تتم الإشارة إلى ضرورة رد الأموال بموجب قانون ولاية ماريلاند والقسم 3(b) من سياسة الفوترة والتحصيل الخاصة بالمنظمة.² لن يتحمل المريض المؤهل لهذه الفئة من المساعدة المالية أكثر من الرسوم ناقص هامش ربح المستشفى المبالغ أو رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة، أيهما أقل.
2. مع مراعاة البنود الأخرى الواردة في سياسة المساعدة المالية هذه، سيحصل المرضى الذين تزيد دخولهم عن 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكن لا تتجاوز 400% من مستوى الفقر الفيدرالي على خصم متدرج على هذا الجزء من رسوم الخدمات المقدمة والتي

¹ وفقاً لقانون ولاية ماريلاند القسم (i)(2)(b)19-214.1، يجب حساب دخل المرضى في وقت تقديم الخدمة أو تحديده، حسب الضرورة،

لمراعاة أي تغيير في الظروف المالية للمريض يحدث في غضون 240 يوماً بعد تقديم الفاتورة الأولية من المستشفى. بموجب القسم (3)(1)(c)19-214.2 من قانون ولاية ماريلاند، إذا اكتشفت المنظمة أن المريض كان مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية في التاريخ المحدد للخدمة (باستخدام معايير الأهلية الخاصة بالمنظمة والمطبقة في تاريخ الخدمة هذا) وكان تاريخ الخدمة المحدد هذا في غضون عامين (2) من وقت اكتشاف ذلك، يُرد للمريض المبالغ التي تلقتها المنظمة من المريض أو من ضامن للمريض والتي تتجاوز خمسة وعشرين دولاراً. إذا وثقت المنظمة نقص التعاون من المريض أو الضامن في تقديم المعلومات اللازمة لتحديد أهلية المريض للحصول على رعاية مجانية، فقد يتم تقليل فترة العامين (2) إلى ثلاثين (30) يوماً من تاريخ الطلب الأولي للحصول على معلومات المريض. إذا كان المريض مسجلاً في رعاية صحية حكومية تقوم على استطلاع الموارد المالية وتتطلب من المريض أن يدفع من جيبه مقابل نفقات الرعاية الصحية، فلن يُعاد للمريض أي مبلغ قد يؤدي إلى فقدان المريض للأهلية المالية للحصول على تغطية هذه الخطة الصحية.

يتحملها المريض بعد أن تدفع شركة التأمين حصتها، إن وجدت، إذا قام هذا المريض بتقديم طلب بموجب سياسة المساعدة المالية مع حلول 240 يوماً من تاريخ أول فاتورة أو قبل ذلك ووافقت المنظمة على الطلب³. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على خصم المقياس المتدرج إذا قدم المريض الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية بعد مرور اليوم 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 الرسوم ناقص هامش ربح المستشفى المبالغ أو رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة، أيهما أقل. سيكون الخصم على أساس تدرجي على النحو التالي:

نطاق المساعدات المالية
بدءاً من الأول من فبراير 2022

خدمات منشآت المستشفى فقط (الخاضعة للرقابة)

برنامج المساعدة المالية						الرعاية الخيرية				عدد أفراد العائلة
إلى 400%	إلى 375%	إلى 350%	إلى 325%	إلى 300%	إلى 275%	إلى 250%	إلى 225%	إلى 200%	100%	
\$51,520	\$48,300	\$45,080	\$41,860	\$38,640	\$35,420	\$32,200	\$28,980	\$25,760	\$12,880	1
\$69,680	\$65,330	\$60,970	\$56,620	\$52,260	\$47,910	\$43,550	\$39,200	\$34,840	\$17,420	2
\$87,840	\$82,350	\$76,860	\$71,370	\$65,880	\$60,390	\$54,900	\$49,410	\$43,920	\$21,960	3
\$106,000	\$99,380	\$92,750	\$86,130	\$79,500	\$72,880	\$66,250	\$59,630	\$53,000	\$26,500	4
11.5%	12%	15%	25%	50%	75%	100%	100%	100%	100%	خصم مستشفى Saint Agnes

للخدمات المهنية (غير الخاضعة للرقابة)*

برنامج المساعدة المالية						الرعاية الخيرية				عدد أفراد العائلة
إلى 400%	إلى 375%	إلى 350%	إلى 325%	إلى 300%	إلى 275%	إلى 250%	إلى 225%	إلى 200%	100%	
\$51,520	\$48,300	\$45,080	\$41,860	\$38,640	\$35,420	\$32,200	\$28,980	\$25,760	\$12,880	1
\$69,680	\$65,330	\$60,970	\$56,620	\$52,260	\$47,910	\$43,550	\$39,200	\$34,840	\$17,420	2
\$87,840	\$82,350	\$76,860	\$71,370	\$65,880	\$60,390	\$54,900	\$49,410	\$43,920	\$21,960	3
\$106,000	\$99,380	\$92,750	\$86,130	\$79,500	\$72,880	\$66,250	\$59,630	\$53,000	\$26,500	4
50.7%	55%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	خصم مستشفى Saint Agnes

* تشمل الخدمات التالية:

Seton Imaging
Lab Outreach
Seton Medical Group
Ascension Medical Group
Saint Agnes Medical Group
Integrated Specialist Group
Radiologists Professional Services
Anesthesia Professional Services

3. مع مراعاة الأحكام الأخرى لسياسة المساعدة المالية هذه، المريض الذي لديه (1) دخل أكبر من 400% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكن لا يتجاوز 500% من مستوى الفقر الفيدرالي و(2) ديون طبية، والتي تشمل الديون الطبية إلى Ascension وأي موفر رعاية صحية آخر، مقابل الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية، والتي يتكبدها المريض على مدى فترة اثني عشر (12) شهراً تساوي أو تزيد عن 25% من إجمالي دخل عائلة المريض سيكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية على النحو المبين في هذه الفقرة. مستوى المساعدة المالية المقدمة هو نفس المستوى الممنوح للمريض الذي لديه دخل بنسبة 400% من مستوى الفقر الفيدرالي بموجب الفقرة 2 أعلاه، إذا قدم هذا المريض طلباً بموجب سياسة المساعدة المالية مع حلول اليوم 240 بعد تلقي أول فاتورة بعد خروج المريض من المستشفى أو قبل ذلك ووافقت المنظمة على الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على هذه المساعدة المالية إذا قدم المريض الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية بعد مرور اليوم 240 بعد أول فاتورة صادرة بعد خروج

³وفقاً لقانون ولاية ماريلاند القسم 19-114.1(ب)(2)(1)، يجب حساب دخل المرضى في وقت تقديم الخدمة أو تحديده، حسب الضرورة، لمراعاة أي تغيير في الظروف المالية للمريض يحدث في غضون 240 يوماً بعد تقديم الفاتورة الأولية من المستشفى.

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 الرسوم ناقص هامش ربح المستشفى المبالغ أو رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة، أيهما أقل.

4. مع مراعاة البنود الأخرى الواردة في سياسة المساعدة المالية هذه، قد يكون المريض الذي يزيد دخله عن 500% من مستوى الفقر الفيدرالي 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 Ascension 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 نفس المستوى الممنوح للمريض الذي لديه دخل بنسبة 400% من مستوى الفقر الفيدرالي بموجب الفقرة 2 أعلاه، إذا قدم هذا المريض طلباً بموجب سياسة المساعدة المالية مع حلول اليوم 240 بعد تلقي أول فاتورة بعد خروج المريض من المستشفى أو قبل ذلك ووافقت المنظمة على الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية. سيكون المريض مؤهلاً للحصول على خصم استطلاع الموارد المالية إذا قدم المريض الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية بعد مرور اليوم 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 الرسوم ناقص هامش ربح المستشفى المبالغ أو رسوم المدفوعة بصفة عامة (AGB) المحسوبة، أيهما أقل.

5. سيكون المريض مؤهلاً للاستفادة من خطة دفع إذا كان دخل المريض بين 200% و 500% من سياسة المساعدة المالية وطلب المريض المساعدة من خلال تقديم طلب بموجب سياسة المساعدة المالية.

6. يجب أن يشمل تحديد دخل المريض مراعاة حجم عائلة المريض، والتي تتكون من المريض والأفراد التاليين: (1) الزوج (بغض النظر عما إذا كان المريض والزوج يتوقعان تقديم إقرار ضريبي فيدرالي أو مشترك للولاية)؛ و(2) أطفال بيولوجيون أو متبنون أو الأرباب؛ و(3) أي شخص يطالب المريض بإعفاء شخصي له في الإقرارات الضريبية الفيدرالية أو الخاصة بالولاية. إذا كان المريض طفلاً، يجب أن يتكون عدد أفراد العائلة من الطفل والأفراد التاليين: (1) الوالدان البيولوجيان أو الأباء بالتبني أو زوج الأم / زوجة الأب أو الأوصياء، (2) الأشقاء البيولوجيون أو الأشقاء بالتبني أو الأشقاء الأرباب؛ و(3) أي شخص يطالب والدا المريض أو الأوصياء عليه بإعفاء شخصي له في الإقرار الضريبي الفيدرالي أو الخاص بالولاية.

7. قد لا يكون المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية الموضحة في الفقرات من 1 إلى 4 أعلاه إذا اعتُبر أن هذا المريض لديه أصول كافية للدفع بموجب "اختبار الأصول"⁴. يتضمن اختبار الأصول تقييماً جوهرياً 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 250% من مبلغ مستوى الفقر الفيدرالي الخاص بهذا المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

8. يمكن تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية في أي وقت في دورة الإيرادات، شريطة أن يظل المريض مؤهلاً لمدة اثني عشر (12) شهراً على الأقل بدءاً من تاريخ تلقي الرعاية لأول مرة، وقد يشمل استخدام أهلية التسجيل الافتراضي لمريض لديه رصيد كافٍ غير مدفوع في غضون الـ 240 يوماً 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 بموجب سياسة المساعدة المالية. إذا تم منح المريض رعاية خيرية بنسبة 100% دون تقديم طلب مكتمل بموجب سياسة المساعدة المالية وعبر أهلية التسجيل الافتراضي فقط، فإن مقدار المساعدة المالية التي يكون المريض مؤهلاً لها يكون مقتصرًا على رصيد المريض غير المدفوع بعد أخذ حساب أي مدفوعات تتم من حساب المريض في الاعتبار. لا ينطبق قرار الأهلية بناءً على أهلية التسجيل الافتراضي إلا على نوبة الرعاية التي يتم تنفيذ إجراء أهلية التسجيل الافتراضي من أجلها.

9. بالنسبة للمريض الذي يشارك في خطط تأمين معينة تعتبر المنظمة "خارج نطاق شبكتها"، قد تقلل المنظمة المساعدات المالية التي قد تتوفر بطريقة أخرى للمريض أو تلغيها اعتماداً على مراجعة معلومات التأمين الخاصة بالمريض والحقائق والظروف الأخرى ذات

4 وفقاً للوائح قانون ولاية ماريلاند (COMAR) رقم . (8)(A)-26. وقسم قوانين ماريلاند رقم (ii)(8)(b)-1-213-19، يجب استبعاد الأصول التالية القابلة للتحويل إلى نقد من اختبار الأصول: (1) أول 10000 دولار من الأصول النقدية؛ و(2) حقوق ملكية "الملاذ الآمن" بقيمة 150000 دولار في مسكن رئيسي؛ و(3) أصول التقاعد التي منحها مصلحة الضرائب معاملة ضريبية تفضيلية كحساب تقاعد، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خطط التعويض المؤجلة المؤهلة بموجب قانون الإيرادات الداخلية أو خطط التعويض المؤجلة غير المؤهلة؛ و(4) سيارة واحدة تستخدم لاحتياجات النقل للمريض أو أي فرد من أفراد أسرته؛ و(5) أي موارد مستبعدة في تحديد الأهلية المالية بموجب برنامج المساعدة الطبية بموجب قانون الضمان الاجتماعي؛ و(6) صناديق التعليم العالي المدفوعة مسبقاً في حساب برنامج 529 بولاية ماريلاند. الأصول النقدية المستبعدة من تحديد الأهلية بموجب سياسة المساعدة المالية هذه يجب تعديلها سنوياً فيما يتعلق بالتضخم وفقاً لمؤشر أسعار المستهلك.

10. يُعد المرضى المتلقون / المستفيدون من برامج الخدمة الاجتماعية التالية التي تقوم على استطلاع الموارد المالية مؤهلين للحصول على رعاية خيرية، ما لم يكن المريض مؤهلاً للاستفادة من Medicaid أو CHIP، شريطة أن يقدم المريض إثباتاً أو تسجيلاً في غضون 30 يوماً ما لم يطلب المريض أو ممثل المريض 30 يوماً إضافية:

- العائلات التي لديها أطفال يشاركون في برنامج الغذاء المجاني أو مخفض التكلفة؛
- برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- برنامج مساعدة الطاقة للعائلات ذات الدخل المنخفض؛
- برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)؛
- برنامج خدمات اجتماعية آخر يقوم على استطلاع الموارد المالية يعتبر مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية في المستشفى من قبل إدارة الصحة والصحة العقلية ولجنة مراجعة تكاليف الخدمات الصحية (HSCRC).

11. يمكن أن يقوم المريض باستئناف أي رفض للأهلية للحصول على المساعدة المالية من خلال توفير معلومات إضافية إلى المنظمة خلال أربعة عشر (14) يوماً تقويمياً من تاريخ تلقي الإشعار بالرفض. تتم مراجعة كل الاستئنافات من خلال المنظمة 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 المنظمة فيما يتعلق بأهلية الحصول على المساعدات المالية على النحو التالي:

- سيتم إخطار المرضى بعدم الأهلية للحصول على المساعدة المالية من خلال خطاب رفض المساعدة المالية للمستشفى. يمكن للمرضى أو العائلات استئناف القرارات بشأن الأهلية للحصول على المساعدة المالية عن طريق الاتصال بـ: قسم خدمات المرضى المالية عبر المراسلة المكتوبة على العنوان 900Caton Ave., Baltimore, Md. 21229. سيتم النظر في جميع الاستئنافات من قِبل لجنة استئنافات المساعدة المالية في المنظمة، وسيتم إرسال قرارات اللجنة بصيغة مكتوبة إلى المريض أو العائلة التي قدمت الاستئناف.

خدمات أخرى للمرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدات المالية (تتطلب على الخدمات خارج المستشفى فقط)

لا يزال المرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية، كما هو موضح أعلاه، مؤهلين للحصول على أنواع أخرى من المساعدة التي تقدمها المنظمة. 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 (r)501 ولكن تم إدراجها هنا من أجل راحة المجتمع الذي تخدمه المنظمة.

1. سيتم تقديم خصم للمرضى غير المؤمن عليهم والذين يتلقون الخدمات في Seton Imaging أو Lab Outreach Professional Services وغير المؤهلين للحصول على المساعدات المالية حسب الخصم المقدم للأشخاص ذوي أعلى معدل للدفع لتلك المنظمة. يشكل الأشخاص ذوو أعلى معدل للدفع 3% من أعضاء المنظمة 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 المنظمة لهذا العام المحدد.

خدمات أخرى للمرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدات المالية (تتطلب على الخدمات خارج المستشفى فقط)

لا يزال المرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية، كما هو موضح أعلاه، مؤهلين للحصول على أنواع أخرى من المساعدة التي تقدمها المنظمة. 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 (r)501 ولكن تم إدراجها هنا من أجل راحة المجتمع الذي تخدمه المنظمة.

1. سيتم تقديم خصم للمرضى غير المؤمن عليهم والذين يتلقون الخدمات في Seton Imaging أو Lab Outreach Professional Services وغير المؤهلين للحصول على المساعدات المالية حسب الخصم المقدم للأشخاص ذوي أعلى معدل للدفع لتلك المنظمة. يشكل الأشخاص ذوو أعلى معدل للدفع 3% من أعضاء المنظمة 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 المنظمة لهذا العام المحدد.

القيود المفروضة على تكاليف المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية

c. 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 للمبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام (AGB) أو أكثر باستخدام طريقة "النظر فيما حدث" وخدمات الرعاية الطبية المدرجة مدفوعة الأجر وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع المستحقات إلى المنظمة، ويتم ذلك كله وفقاً للفقرة 501(r). يمكن الحصول على نسخة مجانية من وصف المبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) والنسبة (النسب) المئوية لها عبر موقع المنظمة على الإنترنت أو عن طريق الاتصال بقسم الخدمات المالية للمرضى عبر المراسلة البريدية / بشكل شخصي وجهاً لوجه في العنوان 900S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

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 المنظمة على الويب أو عبر الاتصال بقسم المساعدة المالية للمرضى على الرقم 1-667-234-2140. تتوفر طلبات بموجب سياسة المساعدة المالية أيضاً في مواقع التسجيل المختلفة في جميع أنحاء المستشفى. ستطلب المؤسسة من 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 خاطئة في طلب بموجب سياسة المساعدة المالية أو فيما يتعلق بعملية أهلية التسجيل الافتراضي، إذا رفض المريض تعيين عائدات التأمين أو الحق في الدفع مباشرة من قبل شركة التأمين التي تكون ملزمة 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 المنظمة 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 المنظمة في طلب مكتمل مقدم بموجب سياسة المساعدة المالية قبل أكثر من ستة أشهر من أي تاريخ لإصدار قرار الأهلية.

توفر المنظمة معلومات كتابية إلى المريض أو ممثله أو الوصي القانوني أو عائلته، حسب الضرورة، فيما يتعلق بتوافر خطط سداد الأقساط. يجب على المنظمة تقديم هذه المعلومات قبل خروج المريض من المستشفى، مع فاتورة المستشفى، عند الطلب، وفي كل اتصال مكتوب إلى المريض فيما يتعلق بتحويل ديون المستشفى. لمدة 180 يوماً على الأقل بعد إصدار فاتورة المريض الأولى، لا يجوز للمنظمة الإبلاغ عن معلومات سلبية عن المريض إلى أي وكالة تقارير ائتمانية عن المستهلكين أو بدء دعوى مدنية لعدم السداد.

إعداد الفواتير وتحصيلها

تم توضيح الإجراءات التي يمكن أن تتخذها المنظمة في حالة عدم الدفع في سياسة فواتير وتحصيل منفصلة. يمكن الحصول على نسخة مجانية من سياسة الفوترة والتحويل عبر موقع المنظمة على الويب أو من خلال الاتصال بقسم الخدمات المالية للمرضى على الرقم 1-667-234-2140.

التفسير

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

Ascension Saint Agnes

قائمة موفري الرعاية المشمولين بسياسة المساعدات المالية بدءاً من الحادي والثلاثين من مارس 2022

توضح القائمة الواردة أدناه موفري الخدمات الطبية في حالات الطوارئ وخدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية الأخرى في منشأة المستشفى التي تغطيها سياسة المساعدات المالية (FAP). **يرجى ملاحظة أن أي رعاية غير طارئة وغير ذلك من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لا تغطيها سياسة المساعدة المالية لأي موفر رعاية.**

<u>موفرو الرعاية الذين تشملهم سياسة المساعدات المالية</u>	<u>موفرو الرعاية الذين تشملهم سياسة المساعدات المالية</u>
ABBAS,ALI MD	Seton Medical Group
ABDELAZIM,SUZANNE A D.O.	Ascension Medical Group
ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD	Integrated Specialist Group
ABERNATHY,THOMAS MD	Saint Agnes Medical Group
ADAMS,SCOTT MD	Vituity
AFZAL,MUHAMMAD MD	CEP America
AHLUWALIA,GURDEEP S MD	
AHMED,AZRA MD	
AKABUDIKE,NGOZI M MD	
AKHTAR,YASMIN DO	
ALBUERNE,MARCELINO D MD	
ALEX,BIJU K MD	
ALI,LIAQAT MD	
ALLEN,DANISHA MD	
ALONSO,ADOLFO M MD	
AMERI,MARIAM MD	
AMIN,SHAHRIAR MD	
ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD	
ANDRADE,JORGE R MD	
ANSARI,MOHSIN MD	
ANTHONY,JAMES D MD	
APGAR,LESLIE MD	
APOSTOLIDES,GEORGE Y MD	
ARCHER,CORRIS E MD	
ARSHAD,RAJA R MD	
ASHLEY JR,WILLIAM W MD	
AWAN,HASAN A MD	
AWAN,MATEEN A MD	
AZIE,JULIET C MD	
AZIZ,SHAHID MD	
BAJAJ,BHAVANDEEP MD	
BAJAJ,HARJIT S MD	
BANEGURA,ALLEN T MD	
BARBOUR,WALID K MD	

BARNES,BENJAMIN T MD
BASKARAN,DEEPAK MD
BASKARAN,SAMBANDAM MD
BASSI,ASHWANI K MD
BASTACKY,DAVID C DMD
BECK,CLAUDIA MD
BEHRENS,MARY T MD
BELTRAN,JUAN A MD
BERGER,LESLY MD
BERKENBLIT,SCOTT I MD
BERNIER,MEGHAN M.D.
BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD
BHARGAVA,NALINI MD
BHASIN,SUSHMA MD
BHATNAGAR,RISHI MD
BHATTI,NASIR I MD
BIRCHES,DAMIAN E MD
BLAM,OREN G MD
BLANK,MICHAEL DDS
BODDETI,ANURADHA MD
BODDU,ROHINI MD
BORDON,JOSE M MD
BOYKIN,DIANE MD
BRANDAO,ROBERTO A DPM
BRITT,CHRISTOPHER J MD
BROOKLAND,ROBERT K M.D.
BROUILLET, JR.,GEORGE H MD
BROWN,JACQUELINE A MD
BURROWS,WHITNEY MD
CAHILL,EDWARD H MD
CALLAHAN,CHARLES W DO
CALLENDER,MARC MD
CAO,QI MD
CARPENTER,MYLA MD
CARTER,MIHAELA M.D.
CERCONE,KRISTEN MD
CHANG,HENRY MD
CHANG,JOSEPH J M.D.
CHATTERJEE,CHANDANA MD
CHEIKH,EYAD MD
CHEN,WENGEN MD
CHEN,YIBO N MD

CHEUNG,AMY M MD
CHINSKY,JEFFREY M MD
CHOUDHRY,SHABBIR A MD
CLONMELL,DIANE J LCPC
COHEN,BERNARD MD
COHEN,GORDON MD
COLANDREA,JEAN MD
COSENTINO,ENZO MD
CRESS,JANE M NP
CROWLEY,HELENA M MD
CUNEO,CHARLES N MD
DANG,KOMAL K MD
DA SILVA,MONICA L MD
DAVALOS,JULIO MD
DAVIS,NNEKA N DMD
DEBORJA,LILIA L MD
DEJARNETTE,JUDITH MD
DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS
DELLABADIA JR,JOHN MD
DESAI,KIRTIKANT I MD
DESAI,SHAUN C MD
DESIKAN,SARAIJHAA K MD
DIAZ-MONTES,TERESA P MD
DICKSTEIN,RIAN MD
DIDOLKAR,MUKUND S MD
DILSIZIAN,VASKEN MD
DOHERTY,BRENDAN MD
DOVE,JOSEPH DPM
DROSSNER,MICHAEL N MD
DUA,VINEET MD
DUBOIS,BENJAMIN MD
DUNNE,MEAGAN MD
DUONG,BICH T MD
DUSON,SIRA M MD
DZIUBA,SYLWESTER MD
EGERTON,WALTER E MD
EISENMAN,DAVID J MD
EMERSON,CAROL MD
ENELOW,THOMAS MD
ENGLUM,BRIAN R MD
ERAS,JENNIFER L MD
FALCAO,KEITH D MD

FATTERPAKER,ANIL MD
FELTON,PATRICK M. DPM
FERNANDEZ,RODOLFO E MD
FILDERMAN,PETER S MD
FLOYD,DEBORA M LCPC
FOLGUERAS,ALBERT J MD
FRAZIER,JAMES MD
FRAZIER,TIMOTHY S MD
FRIEDBERG,JOSEPH S MD
FUGOSO,VALERIANO P MD
GABLE,NICOLE J MD
GALITA,OLIVER C MD
GANGALAM,AJAY B M.D.
GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA
GARCIA,LORI MD
GARCIA,PABLO MD
GARG,PRADEEP MD
GEORGIA,JEFFREY MD
GERSH,STEVEN DPM
GERSTENBLITH,DANIEL DPM
GIARDINA,VITO N DPM
GITLITZ,DAVID B MD
GLASER,STEPHEN R MD
GOBRIAL,EVEIT E MD
GOLDFARB,ROBERT A MD
GOLDMAN,MICHAEL H MD
GOMA,MONIQUE L MD
GORMLEY,PAUL E MD
GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
GREEN-SU,FRANCES M MD
GROCHMAL,JAY C MD
GROSSO,NICHOLAS MD
GRUNEBERG,SHERRI L MD
GUARDIANI,ELIZABETH A MD
GUEYE,AMY H MD
GURETZKY,TARA MD
HABIB,FADI M.D.
HAJJ,SAMAR J MD
HAMMOND,SHARICE MD
HANSEN,CHRISTIAN H MD
HAROUN,RAYMOND I MD
HATTEN,KYLE M MD

HAYWARD,GERALD MD
HEBERT,ANDREA M MD
HECTOR,ROGER M.D.
HENNESSY,ROBERT G MD
HENRY,GAVIN MD
HERTZANO,RONNA MD
HESSAN,HOWARD S MD
HEYMAN,MEYER R MD
HICKEN,WILLIAM J MD
HILL,TERRI MD
HOCHULI,STEPHAN U MD
HOFERT,SHEILA MD
HORMOZI,DARAB MD
HUANG,CINDY Y MD
HUANG,LIGUANG M.D.
HUAPAYA CARRERA,JULIO A MD
HUDES,RICHARD MD
HUNDLEY,JEAN C MD
HUNT,NICOLE A MD
IM,DWIGHT D MD
IMIRU,ABEBE MD
ISAIAH,AMAL MD
IWEALA,UCHECHI A MD
JACKSON,PRUDENCE MD
JACOB,ASHOK C MD
JACOBS,MARIANNE B DO
JANZ,BRIAN A MD
JOHNSON,GLEN E MD
JULKA,SURJIT S MD
JUSTICZ,NATALIE S MD
KAHL,LAUREN MD
KALRA,KAVITA B MD
KANTER,MITCHEL A MD
KANTER,WILLIAM R MD
KHAN,JAVEED MD
KHAN,RAO A MD
KHULPATEEA,BEMAN R MD
KHURANA,ARUNA Y MD
KIM,CHRISTOPHER MD
KIM,LISA MD
KIM,SOON JA MD
KLEBANOW,KENNETH M MD

KLEINMAN,BENJAMIN DPM
KNAISH,KINAN MD
KOLI,EMMANUEL N MD
KOPACK,ANGELA M MD
KUMAR,RAMESH MD
KUPPUSAMY,TAMIL S MD
LAFFERMAN,JEFFREY MD
LALA,PADMA M MD
LAL,BRAJESH K M.D.
LANCELOTTA,CHARLES J MD
LANDIS,JEFFREY T MD
LANDRUM,B. MARK MD
LANDRUM,DIANNE J MD
LANDSMAN,JENNIFER MD
LANE,ANNE D MD
LANGER,KENNETH F MD
LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A
LEBLANC,DIANA M.D.
LEE,DANA M MD
LENING,CHRISTOPHER B MD
LEVIN,BRIAN M MD
LEVY,DAVID MD
LIANG,DANNY MD
LIM,JOSHUA J MD
LIN,ANNIE Z MD
LIPTON,MARC DPM
LI,ROBIN Z MD
LIU,JIA MD
LONG,ADRIAN E MD
LOTLIKAR,JEFFREY P MD
LOWDER,GERARD M MD
LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.
MACIEJEWSKI,SHARON PT
MADDEN,JOSHUA S MD
MAKONNEN,ZELALEM MD
MALLALIEU,JARED DO
MALONEY,PATRICK MD
MAMO,GEORGE J MD
MANDIR,ALLEN S MD
MATSUNAGA,MARK T MD
MAUNG,CHO C MD
MAUNG,TIN O MD

MAYO,LINDA D OTS
MCCARUS,DAVID MD
MCCORMACK,SHARON J MD
MEDWIN,IRINA MD
MEININGER,GLENN R MD
MILLER,KAREN J MD
MILLER,PAUL R MD
MINAHAN,ROBERT E M.D., JR
MITCHERLING,JOHN J DDS
MITCHERLING,WILLIAM W DDS
MOORE,JAMES T MD
MOORE,ROBERT F M.D.
MORGAN,ATHOL W MD
MOUSSAIDE,GHITA MD
MUMTAZ,M. ANWAR MD
MURPHY,ANNE MD
MURTHY,KALPANA MD
MYDLARZ,WOJCIECH MD
NAKAZAWA,HIROSHI MD
NALLU,ANITHA M.D.
NARAYEN,GEETANJALI MD
NARAYEN,VIJAY MD
NEUNER,GEOFFREY MD
NEUZIL,DANIEL F MD
NUCKOLS,JOSEPH MD
O'BRIEN,CAITLIN MD
O'CONNOR,MEGHAN P MD
ODUYEBO,TITILOPE M.D.
OLLAYOS,CURTIS MD
OTTO,JAMES MD
OWUSU-ANTWI,KOFI MD
OWUSU-SAKYI,JOSEPHINE MD
OZA,MANISH N MD
PAIVANAS,BRITTANY M MD
PARIKH,JYOTIN MD
PARK,CHARLES MD
PASS,CAROLYN J MD
PASUMARTHY,ANITA MD
PATAKI,ANDREW M MD
PATEL,ALPEN MD
PATEL,ANOOP MD
PATEL,JANKI MD

PATEL,KRUTI N MD
PEREZ,DANIEL DPM
PERVAIZ,KHURRAM MD
PETERS,MATTHEW N MD
PETIT,LISA MD
PIEPRZAK,MARY A MD
PIROUZ,BABAK MD
POLSKY,MORRIS B MD
POMERANTZ,RICHARD M MD
POON,THAW MD
POULTON,SCOTT C MD
POWELL-DAVIS,MONIQUE M M.D.
PRESTI,MICHAEL S DPM
PULLMANN,RUDOLF MD
PURDY,ANGEL MD
QURESHI,JAZIBETH A MD
RAIKAR,RAJESH V MD
RAJA,GEETHA MD
RANKIN,ROBERT MD
RAVEKES,WILLIAM MD
RAVENDHRAN,NATARAJAN MD
RECKORD,MARGARET M RN
REDDY,ANURADHA MD
REED,ANN MD
REHMAN,MALIK A MD
REILLY,CHRISTINE MD
REINER,BARRY J MD
REMY,KENNETH MD
REYAL,FARHANA S MD
RIAZ,AWAIS MD
RICHARDSON,LEONARD A MD
ROBERTSON,KAISER MD
ROSEN,DANIEL C MD
ROTH,JOHN DPM
ROTTMANN,EVA I DO
RUSSELL,JONATHON O MD
RYU,HYUNG MD
SABOURY SICHANI,BABAK MD
SAIEDY,SAMER MD
SAINI,ANJALI MD
SAINI,RUMNEET K MD
SALAS,LOUIS MD

SALAZAR,ANDRES E MD
SALENGER,RAWN V MD
SALIM,MUBADDA MD
SALVO,EUGENE C MD
SANDERSON,SEAN O M.D.
SANDHU,RUPINDER MD
SANGHAVI,MILAN MD
SANTOS,MARIA L MD
SARDANA,NEERAJ MD
SAVAGE,ANGELA Y DPM
SCHNEYER,MARK MD
SEIBEL,JEFFREY L MD
SETYA,VINEY R MD
SHAH,BANSARI H M.D.
SHAIKH,NAOMI N MD
SHAMS-PIRZADEH,ABDOLLAH MD
SHAPIRO ,BRUCE K
SHEEHAN,CHARLES E M.D.
SHORTS,ALISON MSCCC-SLP
SHUSTER,JERI MD
SIEGEL,ELIOT L MD
SILBER,GLENN MD
SILBER,MOLLY H MD
SILHAN,LEANN MD
SILVERSTEIN,SCOTT MD
SIMLOTE,KAPIL MD
SIMMONS,SHELTON MD
SIMO,ARMEL MD
SINGH,GURTEJ MD
SINNO,FADY MD
SKLAR,GEOFFREY MD
SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD
SMITH,BRANDON M MD
SMITH,DENNIS MD
SMITH,RACHELLE MD
SMITH,WARREN J MD
SNOW,GRACE E MD
SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
SOLOMON,MISSALE MD
SPEVAK,PHILIP J MD
STAUBER,ZIVA Y MD
STERN,MELVIN S MD

STEWART,SHELBY J MD
STRAUCH,ERIC MD
SUNDEL,ERIC M.D.
SURMAK,ANDREW J MD
SWANTON,EDWARD MD
SWETT,JEFFREY T DO
SYDNEY,SAM V MD
TAGHIZADEH,MAAKAN MD
TANSINDA,JAMES MD
TAYLOR,AISHA K MD
TAYLOR,RODNEY J MD
THOMAS,RADCLIFFE MD
THOMPSON III,WILLIAM R MD
TOLLEY,MATTHEW DPM
TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UCUZIAN,ARECK A MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD
VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VOIGT,ROGER W MD
VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARDEN,MARJORIE K MD
WARD,FRANCISCO A DO
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WOLLNEY,DANA E MD
WORMSER,BENJAMIN K MD
XIE,KE MD
YI,MING MD
YIM,KENNETH MD
YU,WARREN D. M.D.
ZADE,RALPH MD

ZAIM,BULENT R MD

ZHANG,LINDY MD

ZHAO,JUN MD

ZHU,WEIMIN MD

ZUNIGA,LUIS M MD

Ascension Saint Agnes

حساب المبلغ المدفوع بصفة عامة

07/01/2021

تُحسب منشآت Ascension St. Agnes نسبتين مؤبقتين للمبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) – واحدة لنفقات مرفق المستشفى، والأخرى للرسوم المهنية – كلاهما باستخدام أسلوب "المراجعة"، مع تضمين الرسوم مقابل الخدمة من Medicare وكل شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع المطالبات إلى المؤسسة، وكل ذلك وفق لوائح الضرائب الداخلية القسم 1.501(r)-5(b)(3)، و 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) و 1.501(r)-5(b)(3)(iii). تفاصيل هذه الحسابات والنسب المؤبقة للمبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) موضحة أدناه.

نسب المبالغ المدفوعة بصفة عامة لمستشفيات Ascension St. Agnes هي كما يلي:

المبلغ المطلوب بصورة عامة (AGB) لتكاليف مرفق المستشفى: 93.1%

المبلغ المطلوب بصورة عامة (AGB) للرسوم المهنية للأطباء: 50.7%

يتم حساب نسبي المبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) هاتين عن طريق قسمة مجموع المبالغ الخاصة بجميع مطالبات منشآت المستشفى نظير الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الطبية اللازمة المسموح بها من قبل الرسم مقابل الخدمة لدى Medicare وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تقوم بسداد المطالبات إلى المستشفى (بصورة منفصلة مقابل تكاليف المنشأة والخدمات المهنية) على مجموع التكاليف الإجمالية المرتبطة بهذه المطالبات. المطالبات الوحيدة التي يتم استخدامها لأغراض تحديد AGB هي تلك التي سمحت بها شركة التأمين الصحي خلال فترة الـ 12 شهرًا السابقة لحساب AGB (بدلاً من تلك المطالبات التي تتعلق بالرعاية المقدمة خلال الـ 12 شهرًا السابقة).

*بغض النظر عن عمليات حساب المبلغ المدفوع بصفة عامة (AGB) السابقة، فقد اختارت Saint Agnes Health Care تطبيق نسبة مئوية مخفضة للمبلغ المدفوع بصفة عامة (AGB) على رسوم منشأة المستشفى كما يلي:
المبلغ المدفوع بصفة عامة: 88.55%

Ascension Saint Agnes

Ascension Saint Agnes Hospital، Ascension Medical Group، Seton Imaging، Lab Outreach،
Integrated Specialist Group، Radiologists Professional Services، Anesthesia Professional Services

ملخص سياسة المساعدة المالية

تلتزم Ascension Saint Agnes، بما في ذلك إدارات الصحة الواردة أعلاه، بالحفاظ على كرامة كل شخص واحترامها مع إيلاء اهتمام خاص لهؤلاء الذين يعانون من العوائق التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وتلتزم Ascension Saint Agnes بنفس المقدار بإدارة موارد الرعاية الصحية الخاصة بها باعتبارها خدمات مقدمة للمجتمع بأسره. وانطلاقاً من هذه المبادئ، توفر Ascension Saint Agnes المساعدة المالية لبعض الأشخاص الذين يتلقون رعاية طبية طارئة أو ضرورية من Ascension Saint Agnes. ويقدم هذا الملخص نظرة عامة مختصرة على سياسة المساعدات المالية الخاصة بمستشفى Ascension Saint Agnes.

من يمكنه التأهل؟

قد تتمكن من الحصول على مساعدة مالية إذا كنت تعيش في أربوتوس 21227، بروكلين / لينيثكوم، 21225، كاتونسفيل 21228، 21250، كيرتس باي 21226، جوين أوك 21207، ساوث بالتيمور سيتي 21223، 21230، ساوث إيست بالتيمور سيتي 21229، ويست بالتيمور سيتي 21215، 21216، 21217. عادةً ما يتم تحديد المساعدة المالية عن طريق مقارنة إجمالي دخل العائلة بمستوى الفقر الفيدرالي. إذا كان دخلك أقل من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي أو ما يعادله، فستتلقى الرعاية الخيرية الكاملة بنسبة 100% مع خصم الجزء الذي تتكبدته من الرسوم. إذا كان دخلك أعلى من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي لكنه لا يتجاوز 500% من مستوى الفقر الفيدرالي، فستحصل على خصم وفقاً لمقياس متدرج أو حسب اختبار استطلاع الموارد المالية. إذا كان لديك دين طبي بسبب الرعاية الطارئة والرعاية الطبية الضرورية وكان هذا الدين يتجاوز دخلك، فقد تكون مؤهلاً للحصول على خصم. إذا كانت لديك أصول تزيد عن 250% من مبلغ الدخل بموجب مستوى الفقر الفيدرالي، فلن تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. لن يتم فرض رسوم على المرضى المؤهلين للحصول على مساعدة مالية أكثر من الرسوم ناقص هامش ربح المستشفى أو المبالغ المدفوعة بصفة عامة للمرضى الذين لديهم تغطية تأمينية، أيهما أقل.

التقدير المكتوب

يحق للمرضى طلب وتلقي تقدير مكتوب للرسوم الإجمالية للخدمات والإجراءات والمستلزمات غير الطارئة بالمستشفى والتي من المتوقع بشكل معقول أن يقدمها المستشفى للخدمات المهنية.

ما الخدمات التي تتم تغطيتها؟

تتطبق سياسة المساعدة المالية على الخدمات في حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الضرورية من الناحية الطبية. رسوم الطبيب غير مشمولة في فاتورة المستشفى وسيتم دفعها بشكل منفصل. وتم تحديد هذه الشروط في سياسة المساعدة المالية. لا تغطي سياسة المساعدة المالية جميع أنواع الرعاية الأخرى.

وكيف يمكنني التقدم للحصول عليها؟

للتقدم للحصول على المساعدة المالية، عادةً ما ستكمل طلباً مكتوباً وتقدم الوثائق المؤيدة، كما هو محدد في سياسة المساعدة المالية وطلبها. للتقدم بطلب، يرجى الاتصال على الرقم 667-234-2140.

كيف يمكنني الحصول على مساعدة بشأن تقديم طلب؟

للحصول على مساعدة بشأن طلب بموجب سياسة المساعدة المالية، يمكنك الاتصال بخدمات المرضى المالية على الرقم 667-234-2140، أو وكالة Maryland Medical Assistance على الرقم 1-855-642-8572 أو عبر الإنترنت على الموقع www.dhr.state.md.us، أو إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية عبر الهاتف على الرقم 1-800-332-6347؛ لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 1-800-925-4434.

كيف يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات؟

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية عبر الموقع

<https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> وفي العنوان S 900. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229، في قسم الخدمات المالية للمرضى. يمكن أيضاً الحصول على نسخ مجانية من الطلب بموجب سياسة المساعدة المالية وسياسة المساعدة المالية عن طريق البريد عن طريق الاتصال بقسم الخدمات المالية للمرضى على الرقم 667-234-2140.

ماذا يحدث إذا لم أكن مؤهلاً؟

إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية وفقاً لسياسة المساعدة المالية، فإنه يمكنك التأهل لأنواع أخرى من المساعدة. للحصول على المزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بقسم الخدمات المالية للمرضى، في العنوان S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 900 أو عبر الهاتف على الرقم 667-234-2140.

خط الدفع

يقدم مستشفى Ascension Saint Agnes خطط سداد لمساعدتك في سداد فواتيرك الطبية. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم 667-234-2175.

الإقرار

لقد تلقيت الملخص المكتوب بلغة بسيطة أعلاه لسياسة المساعدة المالية من Ascension Saint Agnes وأنفهم حقوقي بموجب السياسة.

يرجى التوقيع بالحروف الأولى من الاسم: [سيتم تجميع الأحرف الأولى من الاسم في نموذج الموافقة العامة].

تتوفر ترجمة سياسة المساعدات المالية والطلب بموجب المساعدة المالية والتعليمات المتعلقة بذلك وهذا الملخص المكتوب بلغة مبسطة باللغات التالية على موقع الويب الخاص بنا وحسب الطلب:

العربية
البورمية
الصينية (المبسطة)
الصينية (التقليدية)
الإنجليزية
الفرنسية
الجوجاراتية
الإيطالية
الكورية
الروسية
الإسبانية
التاجالوج
الأوردو
الفيتنامية



Ascension

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي/رقم الحساب للمريض _____

اسم الداعم _____

العلاقة بالمريض / بمقدم الطلب _____

عنوان الداعم _____

إلى Ascension:

هذا الخطاب مرسل إليكم لإبلاغكم بأن (اسم المريض) _____ يتلقى دخلاً ضعيفاً أو ليس له دخل وأنا أساعده في نفقات المعيشة الخاصة به / بها. وليس مفروضاً عليه إلا أقل الالتزامات أو ليس مفروضاً عليه أي التزامات تجاهي.

إنني، وبتوقيعي على هذا البيان، أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم _____

التاريخ _____



Ascension

[التاريخ]

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصةً الأكثر احتياجًا. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا. لا تتوفر المساعدة المالية إلا في حالات الطوارئ وغيرها من حالات الرعاية الطبية الضرورية. نشكرك على ثقتك بنا في الاعتناء بك وبعائلتك لتقديم كل احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، فيرجى تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كلا الوجهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، يرجى إبلاغنا بذلك. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن نضع في اعتبارنا أي طلب سابق يتجاوز ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو عشت مع شخص آخر مهم لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسوف يلزم أيضًا أن يقوم هذا الشخص بتقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخله قبل أن تتسنى لنا معالجة الطلب.

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول)
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
- الإقرار الضريبي الأخير للوالد أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب تابعًا مدرجًا في نموذج الإقرار الضريبي الخاص بالوالد أو الوصي وكان عمره أقل من 25 عامًا
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى
- نسخ من بيانات الحسابات المصرفية عن آخر 3 شهور
- صورة من إيصال امتيازات البطالة

إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، فيرجى حثهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، يرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية / الأدوية الشهرية المستحقة.

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يتسنى النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

يرجى مراعاة أن الاتصالات باستخدام البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إلا إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قِبَل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. ونظرًا لأن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء إرسال الطلب المكتمل بعد طباعته عبر البريد إلى العنوان التالي أو تسليمه باليد فيه:

[الشارع]

[الجناح]

[المدينة والولاية والرمز البريدي]

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم xxx-xxx-xxxx.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في

Ascension