

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes စနစ် မူဝါဒနှင့် လုပ်ငန်းစဉ် လက်စွဲ</p>	<p style="text-align: center;">စာမျက်နှာ 1 / 36</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p>အကြောင်းအရာ- Ascension Saint Agnes ငွေကြေး အကူအညီ မူဝါဒ</p>	<p>စတင်အကျိုးဝင်သည့် ရက်စွဲ- 2/05</p> <hr/> <p>ပြန်လည်သုံးသပ်ထားသည်- ပြန်လည်စိစစ်ထားသည်- 11/90၊ 1/91၊ 6/91၊ 4/98၊ 3/01၊ 3/03၊ 6/08၊ 9/09၊ 6/16၊ 7/17၊ 7/18၊ 7/19၊ 2/20၊ 6/20၊ 10/20၊ 1/21၊ 4/21၊ 7/21၊ 12/21၊ 03/22</p>	
<p>ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်များ-</p> <p>နောက်ဆုံး - ဥက္ကဋ္ဌ/CEO- _____ရက်စွဲ- _____</p> <p>သဘောတူညီချက်- _____ရက်စွဲ- _____</p> <p>(မူဝါဒများသည် CEO လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 30 အကြာတွင် စတင်အကျိုးဝင်သည်။)</p>		

မူဝါဒ/ အခြေခံမူများ

ဤသည်မှာ ဤစာပိုဒ်အောက်တွင် ဖော်ပြထားသော အဖွဲ့အစည်းများ၏ မူဝါဒဖြစ်ပြီး (စာပိုဒ်တစ်ပိုဒ်စီသည် "အဖွဲ့အစည်း" တစ်ခုစီအတွက်ဖြစ်သည်) ဤအဖွဲ့အစည်း၏ အဆောက်အအုံများ၌ အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုကို ပံ့ပိုးရန်အတွက် လူမှုရေးအရ မျှတသော ကျင့်သုံးလုပ်ဆောင်မှုကို သေချာစေရန်ဖြစ်သည်။ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို လိုအပ်နေသည့် လူနာများတွက် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီဆိုင်ရာ ခံစားခွင့်ကို ဖြေရှင်းကိုင်တွယ်ရန်နှင့် အဖွဲ့အစည်းထံမှ စောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိစေရန်အတွက် ဤမူဝါဒကို အထူးတလည် ရေးဆွဲထားပါသည်။ ဤမူဝါဒသည် Ascension Saint Agnes အတွင်းရှိ အောက်ပါအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုစီတိုင်းကို သက်ရောက်ပါသည်-

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

1. ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအားလုံးသည် လူ့ဂုဏ်သိက္ခာနှင့် အများကောင်းကျိုးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ သန့်ရှင်းမှုနှင့် အလေးအမြတ်ထားမှု၊ ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများနှင့် အခြားထိခိုက်ခံစားရလွယ်သည့် အခြေအနေရှိသူများနှင့် တစ်သားတည်းရှိမှုနှင့်၎င်းတို့အတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ အထူးစိုးရိမ်ပူပန်မှု

အားလုံးတန်းတူမျှတမှုနှင့် ကြီးကြပ်ခန့်ခွဲမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ သန္နိဋ္ဌာန်ကို ထင်ဟပ်စေမည်ဖြစ်ပါသည်။

2. ဤမူဝါဒသည် ခန့်အပ်ထားသော သမားတော် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအပါအဝင် ဤအဖွဲ့အစည်းမှ ပံ့ပိုးပေးထားသည့် အရေးပေါ်နှင့် အခြားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုအားလုံးကို သက်ရောက်ပါသည်။ အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှု မဟုတ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကုန်ကျမှုများအပေါ်တွင် ဤမူဝါဒသည် သက်ရောက်ခြင်းမရှိပါ။
3. ငွေကြေးအကူအညီ မူဝါဒ၌ အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများစာရင်းတွင် အဖွဲ့အစည်း၏ အဆောက်အအုံများအတွင်း စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတိုင်း၏ စာရင်းကို ဖော်ပြထားပြီး မည်သည့်အရာများသည် ငွေကြေးအကူအညီ မူဝါဒ၌ အကျုံးဝင်ပြီး မည်သည်က အကျုံးမဝင်သည်ကို အတိအကျဖော်ပြထားသည်။

အတိုင်းအတာ

ဤမူဝါဒသည် Ascension Saint Agnes ၏ အဖွဲ့အစည်းများအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်။

အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်များ

ဤမူဝါဒ၏ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အောက်ပါအဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်များက သက်ရောက်မှုရှိပါသည်-

- "501(r)" ဆိုသည်မှာ ပြည်တွင်းအခွန်စည်းမျဉ်း ဥပဒေပုဒ်မ 501(r) နှင့် ၎င်းအောက်တွင် ပြဋ္ဌာန်းထားသည့် စည်းမျဉ်းများကို ဆိုလိုသည်။
- အရေးပေါ်နှင့် အခြားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် "ယေဘုယျအနေဖြင့် ကောက်ခံသည့် ပမာဏ" သို့မဟုတ် "AGB" ဆိုသည်မှာ အဆိုပါစောင့်ရှောက်မှုတွင် အကျုံးဝင်သော အာမခံရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးစီထံ ယေဘုယျအားဖြင့် တောင်းခံသည့် ငွေပမာဏကို ဆိုလိုသည်။
- "ဒေသအသိုင်းအဝိုင်း" ဆိုသည်မှာ အဖွဲ့အစည်း၏ ဒေသအသိုင်းအဝိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်များ ဆန်းစစ်ချက် (CHNA) နှင့် ကိုက်ညီသည့် အောက်ပါ စာပိုဒ်နယ်မြေများအတွင်း နေထိုင်ကြသည့် လူနာများကို ဆိုလိုသည်- Arbutus 21227၊ Brooklyn/Linthicum၊ 21225၊ Catonsville 21250၊ 21228၊ Curtis Bay 21226၊ Gwynn Oak 21207၊ South Baltimore City 21223၊ 21230၊ Southwest Baltimore City 21229၊ West Baltimore City 21215၊ 21216၊ 21217။ လူနာ လိုအပ်သည့် အရေးပေါ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုသည် အခြား Ascension Health

အဆောက်အအုံတစ်ခု၌ ရရှိထားသော အရေးပေါ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြစ်ပြီး ထိုနေရာတွင် လူနာသည် ထိုသို့ အရေးပေါ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီရယူရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခဲ့ပါက လူနာအား အဖွဲ့အစည်း၏ ဒေသအသိုင်းအဝိုင်း အဖွဲ့ဝင်အဖြစ်လည်း မှတ်ယူမည်ဖြစ်သည်။

- **"အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု"** ဆိုသည်မှာ (အပြင်းအထန်ကိုက်ခဲမှု၊ စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာ အနှောက်အယှက်များ နှင့်/သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေး အလွန်အကျွံသုံးစွဲမှု လက္ခဏာများအပါအဝင်) ပြင်းထန်မှုဖြစ်ပေါ်ကြောင်း လုံလုံလောက်လောက်ဖော်ပြနိုင်သည့် ပြင်းထန်သော ရောဂါလက္ခဏာများဖြင့်ပင် အလိုအလျောက် ပေါ်လွင်ထင်ရှားနေပြီး ဆေးကုသမှုကို ချက်ချင်း မလုပ်ဆောင်လျှင် အောက်ပါအခြေအနေတို့မှ နောက်ဆက်တွဲ တစ်ခုခု ဖြစ်လာနိုင်သည့် ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို ဆိုလိုသည်-
 - a. လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ (သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီးနှင့် ပတ်သက်သော၊ အမျိုးသမီး သို့မဟုတ် သူမ၏ မမွေးဖွားရသေးသော ကလေး၏ ကျန်းမာရေး) ကျန်းမာရေးကို ပြင်းထန်သည့်အန္တရာယ် ကျရောက်စေခြင်း သို့မဟုတ်
 - b. ကိုယ်ခန္ဓာပိုင်းဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်ချက်များ ပြင်းထန်စွာ ချွတ်ယွင်းစေမှု သို့မဟုတ်
 - c. ကိုယ်အင်္ဂါ သို့မဟုတ် အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုခု၏ ပြင်းထန်သော မှုမမှန်ချွတ်ယွင်းချက်။
- **"ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှု"** ဆိုသည်မှာ (1) ရောဂါကာကွယ်တားဆီးခြင်း၊ ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လူနာ၏ အခြေအနေကို ကုသမှုအတွက် သင့်တော်၍ ကိုက်ညီပြီး မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော၊ (2) လူနာ၏ အခြေအနေအတွက် ဘေးကင်းစွာ ပံ့ပိုးပေးနိုင်သည့် အသင့်တော်ဆုံးသော အထောက်အပံ့ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုအဆင့်ဖြစ်သော၊ (3) လူနာ၊ လူနာ၏ မိသားစု၊ သမားတော် သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ အဆင်ပြေသက်သောင့်သက်သာရှိရေးအတွက် အဓိကအားဖြင့် ပံ့ပိုးခြင်းမဟုတ်သော၊ (4) လူနာအတွက် ထိခိုက်မှုထက် အကျိုးကျေးဇူးကို ပိုမိုဖြစ်ပေါ်စေနိုင်ဖွယ် ရှိသော စောင့်ရှောက်မှုကို ဆိုလိုသည်။ အနာဂတ်အတွက် စီစဉ်ထားရှိသည့် စောင့်ရှောက်မှုသည် "ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှု" ဖြစ်စေရန်အတွက် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် စောင့်ရှောက်မှု၏ အချိန်သတ်မှတ်ချက်ကို အဖွဲ့အစည်း၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရာရှိချုပ် (သို့မဟုတ်ကိုယ်စားလှယ်) က ထောက်ခံခွင့်ပြုရမည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုအတွက် အဆုံးအဖြတ်ပေးခြင်းကို လူနာအား ကုသစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသည့် လိုင်စင်ရ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် အဖွဲ့အစည်း၏ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ခွင့်အရ ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသခွင့် ပေးသည့်ဆရာဝန် ၊ လွှဲပေးသည့် ဆရာဝန်နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရာရှိချုပ် သို့မဟုတ် အခြားပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ဆရာဝန် (အကြံပြုထောက်ခံထားသည့် ကုသစောင့်ရှောက်မှုအမျိုးအစားကို မူတည်၍) တို့မှ လုပ်ဆောင်ရမည်။ ဤမူဝါဒဖြင့် အကျုံးဝင်သည့် လူနာက တောင်းဆိုသည့် စောင့်ရှောက်မှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ဆရာဝန်က ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ မလိုအပ်ကြောင်း

ဆုံးဖြတ်လိုက်ပါက ထိုဆုံးဖြတ်ချက်ကို ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသခွင့်ပေးသည့် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် လွှဲပေးသည့် ဆရာဝန်မှလည်း အတည်ပြုရမည်ဖြစ်သည်။

- "အဖွဲ့အစည်း" ဆိုသည်မှာ Ascension Saint Agnes ကို ဆိုလိုသည်။
- "လူနာ" ဆိုသည်မှာ အဖွဲ့အစည်း၌ အရေးပေါ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များနှင့် လူနာ၏ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေရေးကြေးရေးအရ တာဝန်ရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်ကို ဆိုလိုသည်။

ပံ့ပိုးပေးသည့် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ

ဤကဏ္ဍတွင် ဖော်ပြထားသည့် ငွေကြေးအကူအညီကို ဒေသအသိုင်းအဝိုင်းတွင် နေထိုင်သည့် လူနာများကသာ ရရှိနိုင်သည်-

1. ဤငွေကြေးအကူအညီ မူဝါဒ၏ အခြားသော ပြဋ္ဌာန်းချက်များအရ ဖက်ဒရယ် အခြေခံ စားဝတ်နေမှုအတွက် အနည်းဆုံး လိုအပ်သော ဝင်ငွေ ("FPL") ၏ 250% အောက် သို့မဟုတ် ၎င်းနှင့်ညီမျှသော ဝင်ငွေရှိသော လူနာများသည် ၎င်းတို့ကို (အောက်ပါအပိုဒ်နံပါတ် 7 တွင် ဖော်ပြထားသော) ဝင်ငွေအကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်အရ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်ဟု ယူဆလျှင်ဖြစ်စေ ၎င်းတို့က ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာ ("FAP လျှောက်လွှာ") ကို ၎င်း၏ ပထမဆုံးငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးနောက် 240 ရက်မြောက်တွင်ဖြစ်စေ ယင်းမတိုင်မီဖြစ်စေ တင်သွင်းထားပြီး အဆိုပါ FAP လျှောက်လွှာကို အဖွဲ့အစည်းက ခွင့်ပြုပေးလိုက်လျှင်ဖြစ်စေ ၎င်းတွင်ရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီတစ်ခုက ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေပြီးနောက် ၎င်းကိုယ်တိုင် ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသည့် ကျန်ကျသင့်ငွေအပိုင်းတွင် 100% ထောက်ပံ့ငွေကို ခံစားခွင့်ရှိသည်¹။ လူနာသည် ပထမအကြိမ်ဆေးရုံစရိတ် ငွေတောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 နောက်ပိုင်းတွင် FAP လျှောက်လွှာတင်ခဲ့လျှင် ငွေကြေးအကူအညီကို 100% ထိ ခံစားခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သော်လည်း မေရီလန်ပြည်နယ် ဥပဒေနှင့် အဖွဲ့အစည်း၏ ငွေတောင်းခံခြင်းနှင့် ကြွေးကျန်တောင်းခံခြင်း မူဝါဒဆိုင်ရာ အပိုဒ် 3(b) အရ ပြန်အမ်းငွေပေးရန် ပြဋ္ဌာန်းထားခြင်းမရှိလျှင်ဤအမျိုးအစားတွင် လူနာတစ်ဦး ရနိုင်သည့် ငွေကြေး အကူအညီပမာဏသည် လူနာ၏အကောင်မှ ပြုလုပ်သည့် ငွေပေးချေမှုတိုင်းကို ထည့်တွက်ပြီးနောက်

¹ မေရီလန်ပြည်နယ် ဥပဒေအပိုဒ် 19-214.1(b)(2)(i) အရ၊ ကနဦး ဆေးရုံစရိတ်ကို ပေးဆောင်ပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 အတွင်း လူနာ၏ ငွေရေးကြေးရေး အခြေအနေ အပြောင်းအလဲတစ်ခုခုကို ထည့်တွက်ရန် လူနာများ၏ဝင်ငွေကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် တွက်ချက်ရမည် သို့မဟုတ် သင့်လျော်သလို အပ်ဒိတ်လုပ်ရမည်။

လူနာ၏ ပေးရန်ကျန်ရှိသည့် ကြွေးကျနပမာဏအထိသာဖြစ်သည်။² ဤကဲ့သို့ ငွေကြေးအကူအညီအမျိုးအစားကို ခံစားခွင့်ရှိသော လူနာတစ်ဦးကို ဆေးရုံအတွက် ထည့်ပေါင်းတောင်းခံသည့် ငွေပမာဏကို နုတ်ထားသည့် ကျသင့်ငွေ သို့မဟုတ် တွက်ချက်ထားသည့် AGB ကျသင့်ငွေ နှစ်ခုအနက် ပိုမိုနည်းပါးသော ကျသင့်ငွေထက်ပို၍ တောင်းခံမည်မဟုတ်ပါ။

2. ဤငွေကြေးအကူအညီ မူဝါဒ၏ အခြားသော ပြဋ္ဌာန်းချက်များအရ FPL ၏ 250% ထက်ပိုများသော်လည်း 400% မကျော်သော ဝင်ငွေရှိသည့် လူနာများသည် အကယ်၍ ၎င်းတို့က FAP လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို လူနာ၏ ပထမဆုံး ကျသင့်ငွေတောင်းခံပြီးနောက် 240 ရက်မြောက်တွင် သို့မဟုတ် ယင်းမတိုင်မီ တင်သွင်းထားပြီးလျှောက်လွှာကို အဖွဲ့အစည်းက အတည်ပြုလိုက်လျှင် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ၎င်းတို့တွင်ရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီတစ်ခုက ငွေပေးချေပြီးနောက် ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် ပေးချေရန်တာဝန်ရှိသည့် ကျန်ကျန်ကျစရိတ်အပိုင်းတွင် အခြေအနေပေါ်မူတည်၍ ပေးသော လျှော့စျေးကို ရရှိပါမည်³။ လူနာသည် ပထမအကြိမ် ဆေးရုံစရိတ် ငွေတောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 နောက်ပိုင်းတွင် FAP လျှောက်လွှာတင်ခဲ့လျှင် အခြေအနေပေါ်မူတည်၍ ပေးသောလျှော့စျေးနှုန်းထား ငွေကြေးအကူအညီအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သော်လည်း ဤအမျိုးအစားတွင် လူနာတစ်ဦး ရရှိနိုင်သော ငွေကြေးအကူအညီပမာဏမှာ လူနာ၏အကောင်မှ ပြုလုပ်သည့် ငွေပေးချေမှုတိုင်းကို ထည့်တွက်ပြီးနောက် လူနာ၏ ပေးရန်ကျန်ရှိသည့် ကြွေးကျနပမာဏအထိသာဖြစ်သည်။ ဤကဲ့သို့ ငွေကြေးအကူအညီအမျိုးအစားကို ခံစားခွင့်ရှိသော

² မေရီလန်ပြည်နယ် ဥပဒေအပိုဒ် 19-214.2(c)(1-3) အရ အဖွဲ့အစည်းက လူနာသည် သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်နေ့၌ (ထိုဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲတွင် သက်ရောက်သော အဖွဲ့အစည်း၏ ခံစားခွင့်ရှိမှု စံနှုန်းများကို အသုံးပြု၍) အခမဲ့စောင့်ရှောက်မှုကို ခံစားခွင့်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပြီး ၎င်းရက်စွဲသည် တွေ့ရှိသည့်ကာလမှ (2) နှစ်အတွင်းဖြစ်ပါက လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ အာမခံသူထံမှ ရရှိထားသော နှစ်ဆယ့်ငါးဒေါ်လာထက်ကျော်လွန်သည့် ပမာဏကို လူနာထံသို့ ပြန်အမ်းရမည်ဖြစ်သည်။ အခမဲ့ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် လူနာ၏ ခံစားခွင့်ရှိမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ပံ့ပိုးရာတွင် လူနာ သို့မဟုတ် အာမခံသူမှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုမရှိကြောင်း အဖွဲ့အစည်းက မှတ်တမ်းတင်ထားပါက နှစ်နှစ် (2) ကာလကို လူနာ၏ အချက်အလက်များအတွက် ကနဦးတောင်းဆိုသည့်ရက်မှစ၍ ရက်ပေါင်း သုံးဆယ် (30) သို့ လျှော့ချနိုင်သည်။ လူနာသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များကို မိမိကိုယ်တိုင် ပေးချေရန် လိုအပ်သည့် ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေး၍ ထောက်ပံ့မှုပေးသော အစိုးရ ကျန်းမာရေး စီမံချက်အတွင်း စာရင်းသွင်းထားပါက အဆိုပါ ကျန်းမာရေးစီမံချက် အကျုံးဝင်မှုအတွက် ငွေကြေး ခံစားခွင့်ရှိမှုကို ဆုံးရှုံးရစေနိုင်သည့် မည်သည့်ပမာဏကိုမှ လူနာအား ပြန်အမ်းရမည်မဟုတ်ပါ။

³ မေရီလန်ပြည်နယ် ဥပဒေအပိုဒ် 19-214.1(b)(2)(i) အရ၊ ကနဦး ဆေးရုံစရိတ်ကို ပေးဆောင်ပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 အတွင်း လူနာ၏ ငွေရေးကြေးရေး အခြေအနေ အပြောင်းအလဲတစ်ခုခုကို ထည့်တွက်ရန် လူနာ၏ဝင်ငွေကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အချိန်တွင် တွက်ချက်ရမည် သို့မဟုတ် သင့်လျော်သလို အပ်ဒိတ်လုပ်ရမည်။

လူနာတစ်ဦးကို ဆေးရုံအတွက် ထည့်ပေါင်းတောင်းခံသည့် ငွေပမာဏကို နုတ်ထားသည့် ကျသင့်ငွေ သို့မဟုတ် တွက်ချက်ထားသည့် AGB ကျသင့်ငွေ နှစ်ခုအနက် ပိုမိုနည်းပါးသော ကျသင့်ငွေထက်ပို၍ တောင်းခံမည်မဟုတ်ပါ။ အခြေအနေအပေါ်မူတည်၍ ပေးသော လျှော့ဈေးနှုန်းထားမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်သည်-

ငွေကြေးအကူအညီ ပမာဏ

2022 ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ 1 ရက်နေ့မှစ၍

ဆေးရုံ အဆောက်အအုံတွင်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သာ (ထိန်းချုပ်ကန့်သတ်ထား)

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

ကျွမ်းကျင်ပညာရှင် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် (ကန့်သတ်ချက်ဖယ်ထုတ်ထား)*

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

*အောက်ပါ ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်သည်-

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Ascension Medical Group

Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

3. ဤငွေကြေး အကူအညီ မူဝါဒပါ အခြားသတ်မှတ်ပြဋ္ဌာန်းချက်များအရ လူနာသည် i) FPL ၏ 400% ထက်ပိုများပြီး FPL ၏ 500% ထက်မကျော်သော ဝင်ငွေရှိပြီး ii) လူနာက ဆယ့်နှစ် (12) လကာလအတွင်း အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ကုသမှုအတွက် Ascension နှင့် အခြား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ အဆိုပါ လူနာဖြစ်သူ၏ အိမ်ထောင်စု စုစုပေါင်းဝင်ငွေ၏ 25% နှင့် ညီမျှသော သို့မဟုတ် ၎င်းထက် ပိုများသော ဆေးကုသစရိတ် ကြေးမြီပေးစရာရှိလျှင် ၎င်းလူနာသည် ဤစာပိုဒ်တွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ငွေကြေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်ရှိပါမည်။ လူနာဖြစ်သူသည် ပထမအကြိမ်ဆေးရုံစရိတ်ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးနောက်ပိုင်း ရက်ပေါင်း 240 မြောက်တွင် သို့မဟုတ် ယင်းမတိုင်မီ FAP လျှောက်လွှာတင်သွင်းခဲ့ပြီး FAP လျှောက်လွှာကို အဖွဲ့အစည်းက အတည်ပြုပေးခဲ့ပါက ထောက်ပံ့ပေးသည့် ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီပမာဏသည် အထက်ဖော်ပြပါ စာပိုဒ် 2 အရ FPL ၏ 400% ဝင်ငွေရှိသည့် လူနာတစ်ဦး ရရှိမည့်ပမာဏနှင့် တူညီမည်ဖြစ်သည်။ လူနာသည် ပထမအကြိမ်ဆေးရုံစရိတ် ငွေတောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 နောက်ပိုင်းတွင် FAP လျှောက်လွှာ တင်ခဲ့လျှင် ထိုငွေကြေးအကူအညီအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သော်လည်း ဤအမျိုးအစားတွင် လူနာတစ်ဦး ရရှိနိုင်သော ငွေကြေးအကူအညီပမာဏမှာ လူနာ၏အကောင်မှ ပြုလုပ်သည့် ငွေပေးချေမှုတိုင်းကို ထည့်တွက်ပြီးနောက် လူနာ၏ ပေးရန်ကျန်ရှိသည့် ကြေးကျန်ပမာဏအထိသာဖြစ်သည်။ ဤကဲ့သို့ ငွေကြေးအကူအညီအမျိုးအစားကို ခံစားခွင့်ရှိသော လူနာတစ်ဦးကို ဆေးရုံအတွက် ထည့်ပေါင်းတောင်းခံသည့် ငွေပမာဏကို နုတ်ထားသည့် ကျသင့်ငွေ သို့မဟုတ် တွက်ချက်ထားသည့် AGB ကျသင့်ငွေ နှစ်ခုအနက် ပိုမိုနည်းပါးသော ကျသင့်ငွေထက်ပို၍ တောင်းခံမည်မဟုတ်ပါ။

4. ဤငွေကြေးအကူအညီ မူဝါဒ၏ အခြားပြဋ္ဌာန်းချက်များအရ FPL ၏ 500% ထက်ပိုသည့် ဝင်ငွေရှိသော လူနာတစ်ဦးသည် လူနာ၏ ဆေးကုသစရိတ်ကြေးကျန်စုစုပေါင်းကို အခြေခံ၍ အဖွဲ့အစည်းမှပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် လူနာ၏ကျသင့်ငွေပေါ်တွင် လျှော့ဈေးတချို့ရရန် "ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေးခြင်း"အရ ငွေကြေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်ရှိနိုင်သည်။ အရေးပေါ်နှင့် အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့် ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွက် Ascension နှင့် အခြားမည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကိုမဆို ပေးရမည့် ကုသစရိတ်ကြေးကျန် အပါအဝင် ဆေးကုသစရိတ်ကြေးကျန်စုစုပေါင်းသည် အလွန်များပြားနေပြီး လူနာ၏အိမ်ထောင်စု စုစုပေါင်းဝင်ငွေနှင့်ညီမျှပါက သို့မဟုတ် ၎င်းထက်များပါက ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေးခြင်းနှင့်အညီ လူနာသည် ငွေကြေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်ရှိပါမည်။ လူနာဖြစ်သူသည် ပထမအကြိမ်ဆေးရုံစရိတ် တောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက်ပိုင်း ရက်ပေါင်း 240 မြောက်တွင် သို့မဟုတ် ယင်းမတိုင်မီ FAP လျှောက်လွှာတင်သွင်းခဲ့ပြီး FAP လျှောက်လွှာကို အဖွဲ့အစည်းက အတည်ပြုပေးခဲ့ပါက ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေးခြင်းအရ ထောက်ပံ့ပေးသည့် ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီပမာဏသည် အထက်ဖော်ပြပါ စာပိုဒ် 2

အရ FPL ၏ 400% ဝင်ငွေရှိသည့် လူနာတစ်ဦး ရရှိမည့်ပမာဏနှင့် တူညီမည်ဖြစ်သည်။ လူနာသည် ပထမအကြိမ်ဆေးရုံစရိတ် ငွေတောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 240 နောက်ပိုင်းတွင် FAP လျှောက်လွှာ တင်ခဲ့လျှင် ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေး၍ပေးသော လျှော့ဈေးနှုန်းထား ငွေကြေးအကူအညီအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သော်လည်း ဤအမျိုးအစားတွင် လူနာတစ်ဦး ရရှိနိုင်သော ငွေကြေးအကူအညီပမာဏမှာ လူနာ၏အကောင့်မှ ပြုလုပ်သည့် ငွေပေးချေမှုတိုင်းကို ထည့်တွက်ပြီးနောက် လူနာ၏ ပေးရန်ကျန်ရှိသည့် ကြေးကျန်ပမာဏအထိသာဖြစ်သည်။ ဤကဲ့သို့ ငွေကြေးအကူအညီအမျိုးအစားကို ခံစားခွင့်ရှိသော လူနာတစ်ဦးကို ဆေးရုံအတွက် ထည့်ပေါင်းတောင်းခံသည့် ငွေပမာဏကို နုတ်ထားသည့် ကျသင့်ငွေ သို့မဟုတ် တွက်ချက်ထားသည့် AGB ကျသင့်ငွေ နှစ်ခုအနက် ပိုမိုနည်းပါးသော ကျသင့်ငွေထက်ပို၍ တောင်းခံမည်မဟုတ်ပါ။

5. လူနာ၏ဝင်ငွေသည် FPL ၏ 200% နှင့် 500% ကြားတွင် ရှိ၍ လူနာမှ FAP လျှောက်လွှာတင်ကာ အကူအညီတောင်းခံခဲ့လျှင် ငွေပေးချေမှု အစီအစဉ်တစ်ခုကို ခံစားခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သည်။
6. လူနာ၏ ဝင်ငွေအား ဆုံးဖြတ်ရာတွင် လူနာနှင့် အောက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်များ ပါဝင်သော လူနာ၏ အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားအား ထည့်သွင်းစဉ်းစားရမည်- (1) အိမ်ထောင်ဖက် (လူနာနှင့် အိမ်ထောင်ဖက်ဖြစ်သူတို့က ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ပူးတွဲအခွန်ဝင်ငွေစာရင်းတစ်ခုကို လျှောက်ထားရန် မျှော်မှန်းထားသည်ဖြစ်စေ၊ မမျှော်မှန်းထားသည်ဖြစ်စေ)၊ (2) သွေးရင်းသားရင်း၊ မွေးစား သို့မဟုတ် မယားပါ/လင်ပါ သားသမီးများနှင့် (3) ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အခွန် ဝင်ငွေစာရင်းများတွင် လူနာက တစ်ကိုယ်ရေ သက်သာခွင့်တောင်းဆိုထားသည့် မည်သူမဆို။ လူနာသည် ကလေးဖြစ်ပါက အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားတွင် ကလေးနှင့် အောက်ပါ လူပုဂ္ဂိုလ်များပါဝင်ရမည်၊ (1) သွေးသားရင်း မိဘများ၊ မွေးစားမိဘများ၊ သို့မဟုတ် မိထွေးပထွေးများ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူများ၊ (2) သွေးသားရင်း မောင်နှမများ၊ မွေးစား မောင်နှမများ၊ သို့မဟုတ် မိထွေးပထွေးဖက်မှပါသည့် မောင်နှမများနှင့် (3) လူနာ၏ မိဘများ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူများက ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ် အခွန်ဝင်ငွေစာရင်းတွင် တစ်ကိုယ်ရေ သက်သာခွင့် တောင်းဆိုထားသည့် မည်သူမဆို။

7. ငွေကြေး အကူအညီ တောင်းခံသည့် လူနာတစ်ဦးသည် "ပိုင်ဆိုင်မှု စစ်ဆေးချက်"⁴ အရ ငွေပေးချေရန်

⁴COMAR .26 (A-2)(8) နှင့် မေရီလန်ပြည်နယ် ဥပဒေများ အပိုဒ် 19-213-1(b)(8)(ii) တို့အရ ငွေသားအဖြစ်သို့ ပြောင်းလဲနိုင်သည့် အောက်ဖော်ပြပါပိုင်ဆိုင်မှုများအား ပိုင်ဆိုင်မှု စစ်ဆေးချက်မှ ချန်လှပ်ထားရပေမည်- (1) ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှုများ၏ ပထမဆုံးသော \$10,000၊ (2) အဓိကနေထိုင်ရာ လူနေအဆောက်အအုံတစ်ခုတွင် "ကင်းလွတ်ခွင့်" ရသည့် \$150,000 ပိုင်ဆိုင်မှုတန်ဖိုး၊ (3) ပြည်တွင်းအခွန် စည်းမျဉ်းဥပဒေနှင့်အညီ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော နောင်မှတစ်ပေါင်းတည်းငွေထုတ်ပေးသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်မပြည့်မီသော နောင်မှတစ်ပေါင်းတည်းငွေထုတ်ပေးသည့် အစီအစဉ်များသာမက နှစ်သက်ရာ အခွန် ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်မှုအား အငြိမ်းစား

လုံလောက်သော ပိုင်ဆိုင်မှု ရှိသည်ဟု ယူဆရပါက အထက်ပါ စာပိုဒ် 1 မှ 4 အထိတွင် ဖော်ပြထားသည့် ငွေကြေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်မရှိနိုင်ပါ။ ပိုင်ဆိုင်မှု စစ်ဆေးချက်တွင် FAP လျှောက်လွှာ၌ တိုင်းတာထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှုအမျိုးအစားများပေါ် မူတည်ပြီး လူနာ၏ ငွေပေးချေနိုင်စွမ်းအပေါ် ထိရောက်သော စစ်ဆေးအကဲဖြတ်မှု ပါဝင်သည်။ မိမိ၏ FPL ပမာဏမှ 250% ထက်ပိုသည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများရှိသည့် လူနာတစ်ဦးသည် ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်မရှိနိုင်ပါ။

8. လူနာသည် စောင့်ရှောက်မှုကို ပထမဆုံးအကြိမ် ရရှိသည့် ရက်မှစတင်၍ အနည်းဆုံး ဆယ့်နှစ်လ (12) လကြာကာလအတွက် ဆက်လက်ခံစားခွင့်ရှိနေလျှင် လုပ်ငန်းဝင်ငွေလည်ပတ်မှုကာလအတွင်း မည်သည့်အချိန်၌မဆို ငွေကြေး အကူအညီအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမှုကို ဆုံးဖြတ်နိုင်ပြီး လူနာက FAP လျှောက်ထားမှုကို ပြီးမြောက်အောင် လုပ်ဆောင်ထားခြင်းမရှိစေကာမူ 100% အခမဲ့စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် လူနာ၏ ပထမဆုံးအကြိမ် ဆေးရုံစရိတ် ငွေတောင်းခံမှုနောက်ပိုင်း ပထမဆုံး ရက်ပေါင်း 240 အတွင်း မပေးချေရသေးသည့် ကြွေးကျန် လုံလုံလောက်လောက်ရှိသော လူနာအတွက် ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်ကို အသုံးပြု၍ ဆုံးဖြတ်ခြင်း ပါဝင်နိုင်သည်။ လူနာသည် ဖြည့်စွက်ပြီးစီးသည့် FAP လျှောက်လွှာအား မတင်ဘဲ ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်ဖြင့်သာ 100% ပရဟိတစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိခဲ့လျှင် လူနာဖြစ်သူ ခံစားခွင့်ရှိသည့် ငွေကြေးအကူအညီပမာဏသည် လူနာ၏အကောင်မှ ပြုလုပ်သည့် ငွေပေးချေမှုတိုင်းကို ထည့်တွက်ပြီးနောက် လူနာ၏ ပေးရန်ကျန်ရှိသည့် ကြွေးကျန်ပမာဏအထိသာဖြစ်သည်။ ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်ကို အခြေခံသည့် ခံစားခွင့်ရှိမှုဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်ကို အသုံးပြု လုပ်ဆောင်ခဲ့သည့် ကုသစောင့်ရှောက်မှုအပိုင်းကဏ္ဍအတွက်သာ သက်ရောက်ပါသည်။

9. အဖွဲ့အစည်းကို "ကွန်ရက်ပြင်ပ"မှ ဟု ယူဆသော အချို့အာမခံ အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်သည့် လူနာတစ်ဦးအတွက် အဖွဲ့အစည်းသည် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် လူနာ၏အာမခံဆိုင်ရာအချက်အလက်များနှင့် အခြားဆက်စပ်အချက်များ၊ အခြေအနေကိစ္စရပ်များကို ဆန်းစစ်မှုအပေါ် အခြေခံ၍ ရရှိနိုင်သည့် ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီကို ပမာဏလျော့ပေးခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်သည်။

စုငွေအကောင်တစ်ခုအနေဖြင့် IRS မှ ခွင့်ပြုထားသည့် အငြိမ်းစားယူချိန် ပိုင်ဆိုင်မှုများ၊ (4) လူနာ သို့မဟုတ် လူနာမိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး၏ သွားလာပို့ဆောင်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုသော မော်တော်ယာဉ်တစ်စီး၊ (5) လူမှုဖူလုံရေး အက်ဥပဒေအရ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်တွင် ငွေကြေးဆိုင်ရာ ခံစားခွင့်ရှိမှုအား သတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်သည့်အခါ ချန်လှပ်ထားသည့် အရင်းအမြစ်များ မှန်သမျှနှင့် (6) Maryland 529 အစီအစဉ်အကောင်တစ်ခုအတွင်းရှိ ကြိုတင်ပေးချေထားသော အဆင့်မြင့်ပညာရေး ကျောင်းလခငွေများ။ ဤငွေကြေး အကူအညီ မူဝါဒအရ ခံစားခွင့်ရှိမှုအား သတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်သည့်အခါ၌ ချန်လှပ်ထားသော ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှုများအား စားသုံးသူ ဈေးနှုန်း ညွှန်းကိန်းနှင့်အညီ ငွေကြေးဖောင်းပွမှုအား ထည့်တွက်ကာ နှစ်စဉ် ပြင်ဆင်ရမည်။

10. Medicaid သို့မဟုတ် CHIP အတွက် တစ်နည်းအားဖြင့် ခံစားခွင့်မရှိလျှင် အောက်ပါ ဝင်ငွေအခြေအနေ စစ်ဆေး၍ပေးသော လူမှုကူညီရေးဝန်ဆောင်မှု အစီအစဉ်များ၏

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများ/လက်ခံရရှိသူများဖြစ်သည့် လူနာများသည် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ကိုယ်စားလှယ်က ထပ်ဆောင်းရက် 30 တောင်းဆိုခြင်းမရှိပါက ရက် 30 အတွင်း လူနာဖြစ်သူက သက်သေအထောက်အထား သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းလွှာ တင်သွင်းမှသာ အခမဲ့ ကုသစောင့်ရှောက်မှုကို ခံစားခွင့်ရှိသည်ဟု ယူဆသည်-

- a. အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်လျော့ပေး နေ့လယ်စာ အစီအစဉ်အတွင်း ပါဝင်သော ကလေးများရှိသည့် မိသားစုများ၊
- b. ဖြည့်စွက်အာဟာရ ကူညီထောက်ပံ့ခြင်း အစီအစဉ် (SNAP)၊
- c. ဝင်ငွေနည်း အိမ်ထောင်စုများအတွက် စွမ်းအင် အထောက်အပံ့ အစီအစဉ်၊
- d. အမျိုးသမီး၊ မွေးကင်းစ ကလေးငယ်များနှင့် ကလေးများ (WIC)၊
- e. အခြားသော ဝင်ငွေအခြေအနေကို စစ်ဆေး၍ပေးသည့် လူမှုကူညီရေးဝန်ဆောင်မှု အစီအစဉ်များသည် ကျန်းမာရေးနှင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရေးဌာနနှင့် HSCRC တို့မှပေးသော ဆေးရုံတွင်အခမဲ့ကုသမှုကို ခံစားခွင့်ရှိသည်ဟု မှတ်ယူသည်။

11. လူနာသည် ငြင်းပယ်မှု အကြောင်းကြားစာကို လက်ခံရရှိသည့် ပြက္ခဒိန်ရက် ဆယ့်လေး (14) ရက်အတွင်း အဖွဲ့အစည်းထံ ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များ ပေးပို့၍ ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်အပေါ် မည်သည့်ငြင်းပယ်ခံရမှုကိုမဆို အသနားခံစာတင်နိုင်သည်။ အသနားခံစာအားလုံးကို နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အဖွဲ့အစည်းမှ ဆန်းစစ်မည် ဖြစ်သည်။ နောက်ဆုံးဆုံးဖြတ်ချက်က ယခင်ငွေကြေးအကူအညီ ငြင်းပယ်မှုကို အတည်ပြုလျှင် စာဖြင့်ရေးသားထားသည့် အကြောင်းကြားစာကို လူနာထံသို့ ပေးပို့မည်ဖြစ်သည်။ ငွေကြေး အကူအညီအတွက် ခံစားခွင့်ရှိမှုနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အဖွဲ့အစည်း၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လူနာများနှင့် မိသားစုများအနေဖြင့် အသနားခံရန် လုပ်ငန်းစဉ်မှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်သည်-

- a. ဆေးရုံ၏ ငွေကြေး အကူအညီ ငြင်းဆိုမှုစာမှတစ်ဆင့် ငွေကြေး အကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိကြောင်းကို လူနာများထံသို့ အကြောင်းကြားမည်ဖြစ်ပါသည်။ လူနာများ သို့မဟုတ် မိသားစုများအနေဖြင့် ငွေကြေး အကူအညီ ခံစားခွင့်ရှိမှုနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို အောက်ပါနေရာသို့ ဆက်သွယ်၍ အသနားခံနိုင်ပါသည်- Patient Financial Services၊ 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229 သို့ စာရေးသားပေးပို့ခြင်းဖြင့်။
- b. အသနားခံမှုများအားလုံးကို အဖွဲ့အစည်း၏ ငွေကြေး အကူအညီ အသနားခံစာများရေးရာ ကော်မတီက စဉ်းစားဆုံးဖြတ်မည်ဖြစ်ပြီး ကော်မတီ၏ဆုံးဖြတ်ချက်များကို အသနားခံစာတင်သည့် လူနာ သို့မဟုတ် မိသားစုထံသို့ စာဖြင့်ရေးသားပေးပို့သွားမည်ဖြစ်သည်။

ငွေကြေး အကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိသည့် လူနာများအတွက် အခြားအကူအညီ (ဆေးရုံမှ မဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သာ သက်ဆိုင်သည်)

အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိသည့် လူနာများသည် အဖွဲ့အစည်းမှ ပေးအပ်သော အခြား အကူအညီအမျိုးအစားများကို ခံစားခွင့်ရှိနိုင်ပါသေးသည်။ အခြားသော အကူအညီအမျိုးအစားများသည် လိုအပ်ချက်အခြေခံထားခြင်းမဟုတ်သလို 501(r) ကို လိုက်နာရန် မရည်ရွယ်ထားသော်လည်း ပြီးပြည့်စုံမှုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားလျက် အဖွဲ့အစည်းမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးလျက်ရှိသည့် ဒေသအသိုင်းအဝိုင်းမှလူများ အဆင်ပြေစေရန် ဤနေရာတွင် ၎င်းတို့ကို ဖော်ပြထားသည်။

1. ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိဘဲ Seton Imaging၊ Lab Outreach သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်ပညာရှင် ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနေသည့် အာမခံမထားသော လူနာများအား ထိုအဖွဲ့အစည်းအတွက် ငွေအများဆုံး ပေးချေသူထံ ပေးထားသည့် လျှော့စျေးအပေါ် အခြေခံထားသည့် လျှော့စျေးကို ပေးသွားပါမည်။ ငွေအများဆုံး ပေးချေသူသည် ပမာဏအားဖြင့် သို့မဟုတ် စုစုပေါင်း လူနာထံမှရရှိသည့်ဝင်ငွေအားဖြင့် တိုင်းတာသည့်အတိုင်း အဖွဲ့အစည်းလူဦးရေ၏ အနည်းဆုံး 3% အတွက် စာရင်းတင်ပြရမည်။ ငွေပေးချေသူတစ်ဦးသည် ဤအနည်းဆုံး ပမာဏအတွက် စာရင်းတင်ပြခြင်းမရှိပါက ပျမ်းမျှချခြင်းအတွက် အသုံးပြုသော ငွေပေးချေမှု စည်းကမ်းချက်များသည် ထိုပေးထားသော နှစ်အတွက် အဖွဲ့အစည်းစီးပွားရေးပမာဏ၏ အနည်းဆုံး 3% အတွက် စာရင်းတင်ပြနိုင်စေရန် ပေးချေသူ သဘောတူစာချုပ်ကို တစ်ခုထက်ပို၍ ပျမ်းမျှသတ်မှတ်သင့်သည်။

ငွေကြေး အကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိသည့် လူနာများအတွက် အခြားအကူအညီ (ဆေးရုံမှမဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သာ သက်ဆိုင်သည်)

အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိသည့် လူနာများသည် အဖွဲ့အစည်းမှ ပေးအပ်သော အခြား အကူအညီအမျိုးအစားများကို ခံစားခွင့်ရှိနိုင်ပါသေးသည်။ အခြားသော အကူအညီအမျိုးအစားများသည် လိုအပ်ချက်အခြေခံထားခြင်းမဟုတ်သလို 501(r) ကို လိုက်နာရန် မရည်ရွယ်ထားသော်လည်း ပြီးပြည့်စုံမှုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားလျက် အဖွဲ့အစည်းမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးလျက်ရှိသည့် ဒေသအသိုင်းအဝိုင်းမှလူများ အဆင်ပြေစေရန် ဤနေရာတွင် ၎င်းတို့ကို ဖော်ပြထားသည်။

1. ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်မရှိဘဲ Seton Imaging၊ Lab Outreach သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်ပညာရှင် ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနေသည့် အာမခံမထားသော လူနာများအား

ထိုအဖွဲ့အစည်းအတွက် ငွေအများဆုံး ပေးချေသူထံ ပေးထားသည့် လျှော့ဈေးအပေါ် အခြေခံထားသည့် လျှော့ဈေးကို ပေးသွားပါမည်။ ငွေအများဆုံး ပေးချေသူသည် ပမာဏအားဖြင့် သို့မဟုတ် စုစုပေါင်း လူနာထံမှရရှိသည့်ဝင်ငွေအားဖြင့် တိုင်းတာသည့်အတိုင်း အဖွဲ့အစည်းလူဦးရေ၏ အနည်းဆုံး 3% အတွက် စာရင်းတင်ပြရမည်။ ငွေပေးချေသူတစ်ဦးသည် ဤအနည်းဆုံး ပမာဏအတွက် စာရင်းတင်ပြခြင်းမရှိပါက ပျမ်းမျှချခြင်းအတွက် အသုံးပြုသော ငွေပေးချေမှု စည်းကမ်းချက်များသည် ထိုပေးထားသော နှစ်အတွက် အဖွဲ့အစည်းစီးပွားရေးပမာဏ၏ အနည်းဆုံး 3% အတွက် စာရင်းတင်ပြနိုင်စေရန် ပေးချေသူ သဘောတူစာချုပ်ကို တစ်ခုထက်ပို၍ ပျမ်းမျှသတ်မှတ်သင့်သည်။

ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်ရှိသည့် လူနာများအတွက် ကျသင့်ငွေများအပေါ် ကန့်သတ်ချက်များ

- c. အရေးပေါ်နှင့် အခြားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေကြေးအကူအညီ ခံစားခွင့်ရှိသည့် လူနာများကို တစ်ဦးချင်းအား AGB ထက်ပို၍ ကောက်ခံလိမ့်မည် မဟုတ်သည့်အပြင် အခြားသော ဆေးကုသရေးစောင့်ရှောက်မှုအားလုံးအတွက် စုစုပေါင်းကုန်ကျစရိတ်ထက်ပို၍လည်း တောင်းခံမည်မဟုတ်ပါ။ 501(r) နှင့်အညီ Medicare ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုချင်းအလိုက် သီးခြားပေးချေမှုနှင့် အဖွဲ့အစည်းထံ အာမခံတွင်အကျုံးဝင်သော ကျသင့်ငွေများပေးချေသည့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီအားလုံး အပါအဝင် အဖွဲ့အစည်းက "ပြန်လည်စစ်ဆေးကြည့်ရှုမှု" နည်းလမ်းကို အသုံးပြု၍ တစ်ခု သို့မဟုတ် တစ်ခုထက်ပိုသော AGB ရာခိုင်နှုန်းများကို တွက်ချက်ပေးသည်။ AGB တွက်ချက်မှု ရှင်းလင်းဖော်ပြချက်နှင့် ရာခိုင်နှုန်း(များ) ၏ မိတ္တူကို အဖွဲ့အစည်း၏ ဝဘ်ဆိုက်တွင်ဖြစ်စေ လူနာအတွက် ငွေကြေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229 သို့ စာရေးသားပေးပို့၍ဖြစ်စေ/လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပြီး အခမဲ့ရယူနိုင်ပါသည်။

ငွေကြေး အကူအညီနှင့် အခြား အကူအညီအတွက် လျှောက်ထားခြင်း

လူနာသည် ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်အရ ခံစားခွင့်ရှိမှုမှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည့် FAP လျှောက်လွှာကို တင်သွင်း၍ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားခြင်းဖြင့်ဖြစ်စေ ငွေကြေးအကူအညီကို ခံစားခွင့်ရနိုင်သည်။ FAP လျှောက်ထားမှုနှင့် FAP လျှောက်ထားမှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များကို အဖွဲ့အစည်း၏ ဝဘ်ဆိုက်တွင်ဖြစ်စေ လူနာအတွက် ငွေကြေး အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများဌာနသို့ 1-667-234-2140 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်၍ဖြစ်စေ ရရှိနိုင်ပါသည်။ FAP လျှောက်လွှာများကို ဆေးရုံတစ်ခုလုံးရှိ အမျိုးမျိုးသော စာရင်းသွင်းရန် နေရာများ၌လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့အစည်းသည် အာမခံမရှိသူများအား ငွေကြေး အတိုင်ပင်ခံတစ်ဦးနှင့်အတူ

ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်၍ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် (ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်မှတစ်ဆင့် ခံစားခွင့်ရှိပြီး အတည်ပြုပေးထားသည့်အခါမှလွဲ၍) သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီစေရန်အလို့ငှာ လူနာအနေဖြင့် ခံစားခွင့်ရနိုင်သည်ဟု ယူဆရသော Medicaid သို့မဟုတ် အခြားအများပြည်သူဆိုင်ရာ အကူအညီပေးရေး အစီအစဉ်များကို လျှောက်ထားရန် တောင်းဆိုပါမည်။ လူနာသည် FAP လျှောက်လွှာတွင်ဖြစ်စေ ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်အရ ခံစားခွင့်ရှိမှု လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် စပ်လျဉ်း၍ဖြစ်စေ မမှန်ကန်သော အချက်အလက်များကို ပေးလျှင်၊ လူနာသည် အာမခံမှရရှိသော ငွေများကို ပေးအပ်ရန် ငြင်းဆန်လျှင်ဖြစ်စေ၊ ပေးအပ်ထားသည့် စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေရန် တာဝန်ရှိနိုင်သော အာမခံကုမ္ပဏီမှ တိုက်ရိုက်ပေးချေရန် အခွင့်အရေးကို ငြင်းပယ်လျှင်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် (ဝင်ငွေ အကဲဖြတ်အမှတ်ပေးစနစ်မှတစ်ဆင့် ခံစားခွင့်ရှိပြီး အတည်ပြုပေးထားသည့်အခါမှလွဲ၍) သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီစေရန်အလို့ငှာ လူနာအနေဖြင့် ခံစားခွင့်ရနိုင်သည်ဟု ယူဆရသော Medicaid သို့မဟုတ် အခြားအများပြည်သူဆိုင်ရာ အကူအညီပေးရေး အစီအစဉ်များကို လျှောက်ထားရန်အတွက် ငွေကြေး အတိုင်ပင်ခံတစ်ဦးနှင့်အတူ ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရန် ငြင်းဆန်လျှင်ဖြစ်စေ လူနာအား ငွေကြေးအကူအညီပေးခြင်းကို ပယ်ချနိုင်သည်။ အဖွဲ့အစည်းသည် လက်ရှိစောင့်ရှောက်မှုကာလအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်သည့်ရက် မည်သည့်ရက်မတိုင်မီဖြစ်စေ ခြောက်လအတွင်းဖြည့်စွက်ထားသည့် FAP လျှောက်လွှာကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားနိုင်သည်။ အဖွဲ့အစည်းသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်သည့်ရက်မတိုင်မီ ခြောက်လထက်ကျော်၍ ဖြည့်စွက်ထားသည့် FAP လျှောက်လွှာကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်ပါ။

အဖွဲ့အစည်းသည် သက်ဆိုင်သည့် အရစ်ကျ ငွေပေးချေမှု အစီအစဉ်များ ရရှိနိုင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ အချက်အလက်ကို လူနာ သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ ကိုယ်စားလှယ်၊ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် မိသားစုထံသို့ စာဖြင့် သင့်လျော်သလို ပေးပို့ရမည်။ အဖွဲ့အစည်းသည် ဆေးရုံအကြွေး ကောက်ခံမှုနှင့်ပတ်သက်၍ လူနာအား စာဖြင့်ဆက်သွယ်ပြောဆိုသည့်အခါတိုင်း၊ လူနာကတောင်းဆိုသည့်အခါတိုင်းနှင့် ဆေးရုံစရိတ်တောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ဤအချက်အလက်များကို လူနာ ဆေးရုံမဆင်းမီ ပေးအပ်ရမည်။ လူနာအတွက် ကနဦး ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာကို ထုတ်ပေးပြီး အနည်းဆုံး ရက်ပေါင်း 180 အတွင်း အဖွဲ့အစည်းသည် လူနာက ငွေမပေးချေကြောင်း အမည်ပျက်စေမည့်အချက်အလက်ကို ငွေကြေးကိစ္စရပ်များ အစီရင်ခံသည့် အေဂျင်စီသို့ ပေးပို့ခြင်း မပြုလုပ်ရ သို့မဟုတ် ၎င်းအပေါ် အရေးယူခြင်းကို စတင်ဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုလုပ်ပါ။

ငွေကြေးတောင်းခံခြင်းနှင့် ကောက်ခံမှုများ

လူနာဘက်က ငွေမပေးချေလျှင် အဖွဲ့အစည်းအနေဖြင့် ဆောင်ရွက်နိုင်သည်များကို သီးခြား ငွေကြေးတောင်းခံခြင်းနှင့် ကောက်ခံမှုများဆိုင်ရာ မူဝါဒတွင် ဖော်ပြထားသည်။ ငွေကြေးတောင်းခံခြင်းနှင့် ကောက်ခံမှုများဆိုင်ရာ မူဝါဒ မိတ္တူကို ဤအဖွဲ့အစည်း၏ ဝဘ်ဆိုက်တွင်ဖြစ်စေ၊ လူနာအတွက် ငွေရေးကြေးရေး

ဝန်ဆောင်မှုများဌာနသို့ 1-667-234-2140 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်၍ဖြစ်စေ အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။

အနက်ဖွင့်ဆိုချက်

သီးခြားဖော်ပြထားသည့်အခါမှလွဲ၍ အခြားသက်ဆိုင်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်အဆင့်ဆင့်နှင့်အတူ ဤမူဝါဒသည် 501(r) ကို လိုက်နာရန်ရည်ရွယ်ထားပြီး ၎င်းနှင့်အညီ အနက်ဖွင့်ဆိုရန်နှင့် ကျင့်သုံးလုပ်ဆောင်ရန် ဖြစ်သည်။

Ascension Saint Agnes

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီပေးရေးမူဝါဒတွင် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများစာရင်း
2022 ခုနှစ် မတ်လ 31 ရက်နေ့မှစ၍

အောက်ဖော်ပြပါစာရင်းတွင် ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီပေးရေးမူဝါဒ (FAP) တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဆေးရုံဆေးခန်းတွင် အရေးပေါ်အခြေအနေနှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများကို ဖော်ပြထားသည်။
အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာလိုအပ်သော အခြားစောင့်ရှောက်မှုသည် FAP တွင် မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအတွက်မဆို အကျုံးမဝင်ကြောင်း မှတ်သားပေးပါ။

FAP တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ	FAP တွင် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ
Seton Medical Group	ABBAS,ALI MD
Ascension Medical Group	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O.
Integrated Specialist Group	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
Saint Agnes Medical Group	ABERNATHY,THOMAS MD
Vituity	ADAMS,SCOTT MD
CEP America	AFZAL,MUHAMMAD MD
	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

BIRCHESS,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

ယေဘုယျအနေဖြင့် ကောက်ခံသည့် ငွေပမာဏ တွက်ချက်မှု

07/01/2021

Ascension Saint Agnes သည် AGB ရာခိုင်နှုန်းနှစ်ခုကို တွက်ချက်သည် - တစ်ခုသည် ဆေးရုံစရိတ်ဖြစ်ပြီး နောက်တစ်ခုမှာ ဆရာဝန်ကုသမှုစရိတ်ဖြစ်သည် - တွက်ချက်မှု နှစ်ခုလုံးအတွက် "နောက်ကြောင်းပြန်စဉ်းစားသည့်" နည်းလမ်းကို အသုံးပြုထားပြီး သီးခြားဝန်ဆောင်မှုအတွက် သီးခြားငွေပေးချေသည့် Medicare နှင့် ကျသင့်ငွေများကို အဖွဲ့အစည်းသို့ ပေးချေသည့် ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီအားလုံးကို ထည့်သွင်းသည်။ ၎င်းတို့ကို IRS စည်းမျဉ်း အပိုင်း 1.501(r)-5(b)(3)၊ 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) နှင့် 1.501(r)-5(b)(3)(iii) တို့နှင့်အညီ ဆောင်ရွက်သည်။ အဆိုပါတွက်ချက်မှုများနှင့် AGB ရာခိုင်နှုန်းများ၏ အသေးစိတ်အချက်များကို အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည်။

Ascension Saint Agnes အတွက် AGB ရာခိုင်နှုန်းများကို အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည်-

- ဆေးရုံစရိတ် ကောက်ခံငွေများအတွက် AGB- 93.1%
- ဆရာဝန်ကုသမှုစရိတ်အတွက် AGB- 50.7%

သီးခြားဝန်ဆောင်မှုအတွက် သီးခြားငွေပေးချေသည့် Medicare နှင့် ဆေးရုံစရိတ်အတွက် ကျသင့်ငွေများကို ပေးချေသော ပုဂ္ဂလိက အာမခံကုမ္ပဏီများ (ဆေးရုံစရိတ်နှင့် ဆရာဝန်ကုသမှုစရိတ်အတွက် သီးသန့်) က ခွင့်ပြုထားသည့် အရေးပေါ်နှင့် အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုတွင် ဆေးရုံစရိတ်အတွက် တောင်းဆိုမှုပမာဏအားလုံး၏ ပေါင်းလဒ်ကို အဆိုပါ တောင်းဆိုမှုများအတွက် ဆက်စပ်သည့် စုစုပေါင်းကောက်ခံငွေ ပေါင်းလဒ်ဖြင့် စားပြီး ဤ AGB ရာခိုင်နှုန်းများကို တွက်ချက်ထားပါသည်။ AGB ကို တွက်ချက်ဆုံးဖြတ်ရန် ရည်ရွယ်၍ အသုံးပြုသည့် တောင်းဆိုငွေများကသာ AGB တွက်ချက်မှုမလုပ်မီ (ပြီးခဲ့သည့် 12 လအတွင်း ပံ့ပိုးထားသည့် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် တောင်းဆိုမှုများမဟုတ်ဘဲ) 12 လတာ ကာလအတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီက ခွင့်ပြုထားပြီးဖြစ်သည့် တောင်းဆိုငွေများဖြစ်သည်။

*အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် AGB တွက်ချက်မှုက မည်သို့ပင်ရှိစေကာမူ Saint Agnes Health Care သည် ဆေးရုံစရိတ်အတွက် ပိုနည်းသော AGB ရာခိုင်နှုန်းကို အောက်ပါအတိုင်း အသုံးပြုရန် ရွေးချယ်ထားပါသည်- AGB- 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

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒ အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်

အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနများ အပါအဝင် Ascension Saint Agnes သည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရာတွင် အတားအဆီးများနှင့် ရင်ဆိုင်ရန်ကန်နေရသည့် လူများကို အထူးအလေးထားကာ လူတစ်ဦးချင်းစီ၏ ဂုဏ်သိက္ခာကို လေးစားရန် ကတိပြုထားသည်။ Ascension Saint Agnes တွင် ၎င်း၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရင်းမြစ်များကို ဒေသအသိုင်းအဝိုင်း တစ်ခုလုံးအတွက် ဝန်ဆောင်မှုအနေဖြင့် စီမံခန့်ခွဲရန် တူညီသော ကတိကဝတ်ကို ထားရှိပါသည်။ ဤအခြေခံမူများအပြင် Ascension Saint Agnes သည် Ascension Saint Agnes ထံမှ အရေးပေါ်သို့မဟုတ် အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိထားသည့် လူအချို့အတွက် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို ပံ့ပိုးပါသည်။ ဤအနှစ်ချုပ်ဖော်ပြချက်တွင် Ascension Saint Agnes ၏ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒအကြောင်း အကျဉ်းခြုံငုံသုံးသပ်ချက်ကို တင်ပြထားသည်။

မည်သူက အရည်အချင်းပြည့်မီသနည်း။

သင်သည် Arbutus 21227၊ Brooklyn/Linthicum၊ 21225၊ Catonsville 21250၊ 21228၊ Curtis Bay 21226၊ Gwynn Oak 21207၊ South Baltimore City 21223၊ 21230၊ Southwest Baltimore City 21229၊ West Baltimore City 21215၊ 21216၊ 21217 တွင် နေထိုင်သူဖြစ်လျှင် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို ပေးအပ်ရာတွင် သင့်စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေကို နိုင်ငံတော် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်နှင့် နှိုင်းယှဉ်၍ ယေဘုယျအားဖြင့် ဆုံးဖြတ်ပါသည်။ သင့်ဝင်ငွေသည် နိုင်ငံတော် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 250% ထက်နည်းလျှင်ဖြစ်စေ၊ ယင်းနှင့်ညီနေလျှင်ဖြစ်စေ သင်ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသည့် ကျသင့်ငွေ အစိတ်အပိုင်းကို ပယ်ဖျက်ကာ 100% ပရဟိတစောင့်ရှောက်မှုကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်ဝင်ငွေသည် နိုင်ငံတော် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 250% အထက်ဖြစ်သော်လည်း 500% ထက် မကျော်လွန်ပါက သင်သည် အဆင့်ဆင့်လျှော့ပေါ့ပေးသောစနစ်အရ သို့မဟုတ် ငွေကြေးအခြေအနေ စစ်ဆေးမှုအပေါ်အခြေခံ၍ လျှော့စျေးပေးသည့် နှုန်းထားများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင်သည် အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုအတွက် သင့်ဝင်ငွေထက် ကျော်လွန်သည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြွေးမြီရှိနေပါက သင်သည် လျှော့စျေးရယူခွင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင်၏ နိုင်ငံတော် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် ဝင်ငွေပမာဏ၏ 250% ကို ကျော်လွန်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများ သင့်တွင်ရှိပါက သင်သည် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် အရည်အချင်းမပြည့်မီနိုင်ပါ။ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် အကျုံးဝင်သော လူနာများထံမှ ဆေးရုံအတွက် ထည့်ပေါင်းတောင်းခံသည့် ငွေပမာဏ သို့မဟုတ် အာမခံအကျုံးဝင်သော လူနာများထံမှ

ယေဘုယျတောင်းခံသည့် ပမာဏများ၊ မည်သည်က နည်းပါးသည်ဖြစ်စေ ထိုပမာဏကို နုတ်ထားသော ကျသင့်ငွေများထက် ကျော်လွန်ပြီး ကောက်ခံမည်မဟုတ်ပါ။

ခန့်မှန်းပမာဏ ဖော်ပြစာ။

ဆေးရုံ၏ အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ခွဲစိတ်မှုများနှင့် ပညာရှင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဆေးရုံမှ သင့်လျော်စွာ ပံ့ပိုးပေးမည်ဟု မျှော်မှန်းထားသော ထောက်ပံ့ပစ္စည်းများအတွက် စုစုပေါင်း ကုန်ကျစရိတ် ခန့်မှန်းပမာဏ ဖော်ပြစာကို လူနာများအနေဖြင့် တောင်းဆို၍ လက်ခံရယူခွင့် ရှိရမည်။

မည်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ အကျုံးဝင်သနည်း။

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒသည် အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုနှင့်သာ သက်ဆိုင်သည်။ ဆရာဝန်ခများသည် ဆေးရုံ ငွေတောင်းခံလွှာအတွင်း၌ မပါဝင်ပေ။ သီးခြားငွေတောင်းခံလွှာ ပေးပို့ပါမည်။ အဆိုပါစည်းကမ်းချက်များကို ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒထဲတွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြထားသည်။ အခြား စောင့်ရှောက်မှုအားလုံးသည် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒအတွင်း အကျုံးမဝင်ပါ။

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မည်သို့လျှောက်ထားနိုင်သနည်း။

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို လျှောက်ထားရန် သင်သည် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒနှင့် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒ လျှောက်လွှာအတွင်း ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ပုံမှန်အားဖြင့် လျှောက်လွှာစာရွက်ကို ဖြည့်စွက်ကာ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများကို ဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်သည်။ လျှောက်ထားမှုပြုလုပ်ရန် 667-234-2140 ကို ဆက်သွယ်ပါ။

လျှောက်ထားမှုနှင့် ပတ်သက်သည့် အကူအညီကို မည်သို့ရယူနိုင်သနည်း။

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒ လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန် လူနာအတွက် ငွေရေးကြေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာနထံ ဖုန်းဖြင့် 667-234-2140၊ Maryland ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီထံ ဖုန်းဖြင့် 1-855-642-8572 သို့မဟုတ် အင်တာနက်ပေါ်တွင် www.dhr.state.md.us မှ ဖြစ်စေ၊ သင်၏ ဒေသတွင်း လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာနထံ ဖုန်းဖြင့် 1-800-332-6347၊ TTY- 1-800-925-4434 သို့ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို မည်သို့ရယူနိုင်သနည်း။

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒနှင့် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒဆိုင်ရာ လျှောက်လွှာပုံစံ၏ မိတ္တူများကို <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> နှင့် 900 S. Caton Avenue၊ Baltimore၊ MD 21229 ရှိ လူနာအတွက် ငွေရေးကြေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာနတွင် ရရှိနိုင်သည်။ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒနှင့် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ လျှောက်လွှာ၏ အခမဲ့မိတ္တူများကို လူနာအတွက်

ငွေရေးကြေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ ဖုန်းနံပါတ် 667-234-2140 အား ဆက်သွယ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါက မည်သို့ဖြစ်လာနိုင်သနည်း။

သင်သည် ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒအရ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် အရည်အချင်းမပြည့်မီလျှင် အခြား အကူအညီ အမျိုးအစားများအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို သိရှိရန် လူနာအတွက် ငွေရေးကြေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ 900 S. Caton Avenue၊ Baltimore၊ MD 21229 သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် 667-234-2140 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

ငွေပေးချေမှု အစီအစဉ်များ

Ascension Saint Agnes Hospital သည် သင့်ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေများကို သင်ပေးချေနိုင်စေရန်အတွက် ငွေပေးချေမှု အစီအစဉ်များကို ပံ့ပိုးထားပါသည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို သိရှိရန် ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန 667-234-2175 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အသိအမှတ်ပြုလွှာ

အထက်ဖော်ပြပါ Ascension Saint Agnes ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒအကြောင်း အရိုးရှင်းဆုံး အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်ကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိထားပြီး မူဝါဒအောက်ရှိ ကျွန်ုပ်၏ ရပိုင်ခွင့်များကို နားလည်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ လက်မှတ်တိုထိုးပါ- [လက်မှတ်တိုများကို အထွေထွေသဘောတူညီချက်ပုံစံတွင် စုဆောင်းရယူပါမည်။]

ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ မူဝါဒ၊ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီ လျှောက်လွှာနှင့် ညွှန်ကြားချက်များ၏ ဘာသာပြန်ဆိုထားမှုများနှင့် ဤအရိုးရှင်းဆုံး အနှစ်ချုပ်ဖော်ပြချက်ကို အောက်ပါဘာသာစကားများဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်ပေါ်တွင် တောင်းဆို ရယူနိုင်ပါသည်-

- အာရဗီ
- မြန်မာ
- တရုတ် (အလွယ်)
- တရုတ် (ရိုးရာ)
- အင်္ဂလိပ်စာ
- ပြင်သစ်

ဂူဂျာရတီ

အိတ်လီ

ကိုရီးယား

ရုရှား

စပိန်

တဂါလော့

အူရူ

ဗီယက်နမ်



Ascension

ထောက်ပံ့စာ

လူနာ ဆေးမှတ်တမ်းနံပါတ်/အကောင်းနံပါတ် _____

ထောက်ပံ့သူ၏ အမည် _____

လူနာ/လျှောက်ထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံ _____

ထောက်ပံ့သူ၏ လိပ်စာ - _____

Ascension ထံသို့ -

(လူနာအမည်) _____ ရရှိသည့် ဝင်ငွေမှာ
မရှိသလောက်နည်းပါးသဖြင့် ကျွန်ုပ်က သူ/သူမ၏ နေထိုင်ရေးစရိတ်များကို ထောက်ပံ့ပေးနေကြောင်း
ဤစာဖြင့် အသိပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် သူ/သူမအတွက် တာဝန်ယူရမည့် ဝတ္တရား
မရှိသလောက်ပင်ဖြစ်သည်။

ဤထွက်ဆိုချက်အား လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်
သိရှိထားသမျှ အကောင်းဆုံး ဖြေဆိုထားသည်မှာ မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သဘောတူရာရောက်သည်။

ထောက်ပံ့သူ၏ လက်မှတ် _____

ရက်စွဲ _____



Ascension

[ရက်စွဲ]

လေးစားရပါသော လူနာ/လျှောက်ထားသူ၊

Ascension သည် စာနာရိုင်းပင်းမှုကို အလေးထားလျက် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်လျက်ရှိပြီး လူတိုင်းအတွက်၊ အထူးသဖြင့် ဆင်းရဲအန္တမ်းပါးဆုံးလူများအတွက် တစ်ဦးချင်းနှင့်ကိုက်ညီသည့် စောင့်ရှောက်မှုကို ပံ့ပိုးပေးရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာများအား ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို ကမ်းလှမ်းပေးရန်မှာ ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အထူးတာဝန်နှင့် အခွင့်ကောင်းပင်ဖြစ်သည်။ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီကို အရေးပေါ်နှင့် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုများအတွက်သာ ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင်နှင့် သင့်မိသားစု၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်အားလုံးကို အလေးထားဆောင်ရွက်ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ယုံကြည်စွာတောင်းဆိုသည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိထားသောကြောင့် ဤစာနှင့် ပူးတွဲပါ ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီလျှောက်လွှာကို ပေးပို့လိုက်ခြင်းဖြစ်သည်။ ၎င်းကို သင်တောင်းဆိုမထားပါက လျစ်လျူရှုလိုက်ပါ။ လျှောက်လွှာကို ပြန်လည်မပေးပို့မီ သင့်လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ အပါအဝင် စာမျက်နှာ နှစ်ဖက်လုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ။ လွန်ခဲ့သည့် ခြောက်လအတွင်း သင် လျှောက်လွှာဖြည့်ထားပြီး ၎င်းကို ငွေရေးကြေးရေး အကူအညီအတွက် အတည်ပြုပေးထားလျှင် ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါ။ သင့်အနေဖြင့် လျှောက်လွှာအသစ်ဖြည့်ရန် လိုအပ်ချင်မှ လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ ခြောက်လထက်ကျော်လွန်သော ယခင် တင်သွင်းထားသည့် လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည် မဟုတ်ပေ။

လျှောက်လွှာနှင့်အတူ သင်၏ ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် အောက်ပါတို့မှ အနည်းဆုံးတစ်မျိုး၏ မိတ္တူကို ပံ့ပိုးပေးပါ။ သင်သည် အိမ်ထောင်သည်ဖြစ်လျှင် သို့မဟုတ် လက်တွဲဖော်တစ်ဦးနှင့် 6 လနှင့်အထက်ကြာ အတူနေထိုင်သည်ဆိုလျှင် လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ခြင်းမပြုမီ ထိုသူတို့က ၎င်းတို့၏ ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် အောက်ပါတို့မှ အနည်းဆုံးတစ်မျိုး၏ မိတ္တူကို ပေးရန်လည်း လိုပါမည်။

- အလုပ်ရှင်ထံမှ နောက်ဆုံး လုပ်ခဖြတ်ပိုင်း 3 စောင်၏ မိတ္တူများ
- နှစ်စဉ်အခွန်ဆောင်ရန် တင်သွင်းသော နောက်ဆုံးဝင်ငွေစာရင်း မိတ္တူများ (အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်လျှင် အချိန်ဇယားအားလုံးကို ထည့်သွင်းပေးပါ)
- လူမှုဖူလုံရေး နှင့်/သို့မဟုတ် သက်ပြည့်အငြိမ်းစား ပင်စင်ဆုကြေးစာ
- လျှောက်ထားသူသည် အခွန်ပုံစံတွင် စာရင်းသွင်းထားသော မှီခိုသူတစ်ဦးဖြစ်ပြီး၊ အသက် 25 နှစ်အောက် ဖြစ်လျှင် မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ နှစ်စဉ်အခွန်ဆောင်ရန် တင်သွင်းသော နောက်ဆုံးဝင်ငွေစာရင်း
- အခြားသော ဝင်ငွေ အထောက်အထားပြ စာရွက်စာတမ်းများ
- လွန်ခဲ့သည့် 3 လ မှ ဘဏ်ငွေစာရင်းရှင်းတမ်းများ၏ မိတ္တူများ
- အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိကြောင်း ပြောစာ၏ မိတ္တူ

သင်သည် မိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေများထံမှ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုရရှိလျှင် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့နှင့် အတူနေထိုင်လျှင် “ထောက်ပံ့စာ” ဟု အမည်တပ်ထားသော ပူးတွဲပါပုံစံအား ၎င်းတို့ကို ဖြည့်စွက်ခိုင်းပါ။ ယင်းသို့ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် ၎င်းတို့က သင်၏ ဆေးကုသမှု ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် တာဝန်ရှိမည် မဟုတ်ပါ။ ၎င်းသည် နေထိုင်မှုစရိတ်များအတွက် သင်တတ်စွမ်းနိုင်သည့် နည်းလမ်းကို ကူညီပြသပေးပါလိမ့်မည်။ မိသားစုနှင့် မိတ်ဆွေများထံမှ မည်သည့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုကိုမျှ သင်လက်ခံမထားလျှင် ထောက်ပံ့စာ ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရန် မလိုပေ။

နောက်ဆုံးအနေဖြင့် သင်ပေးရန်ကျန်ရှိနေသည့် လစဉ်ဆေးကုသမှုနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ/ဆေးဝါး ကုန်ကျစရိတ်များ၏ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းကိုလည်း ပေးပို့ပါ။

လျှောက်လွှာအား ထည့်သွင်းစဉ်းစားနိုင်စေရန်အတွက် ဝင်ငွေ အထောက်အထားနှင့်အတူ ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာအား လက်ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း မှတ်ထားပေးပါ။ ပြီးပြည့်စုံမှုမရှိသော လျှောက်လွှာများအား ကျွန်ုပ်တို့ စီမံဆောင်ရွက်ပေးနိုင်မည် သို့မဟုတ် ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပေ။

အင်တာနက်ပေါ်တွင် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်မှုများသည် လုံခြုံမှုမရှိကြောင်း သတိပြုပေးပါ။ အဖြစ်နည်းသော်လည်း အီးမေးလ်ထဲတွင် သင်ထည့်သွင်းထားသော အချက်အလက်များကို လိပ်မူပေးပို့သော ပုဂ္ဂိုလ်မဟုတ်သည့် အခြားအဖွဲ့အစည်းများမှ ကြားဖြတ်၊ ဖတ်ရှုခြင်းများ ရှိကောင်းရှိနိုင်သည်။

သင်၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ကာကွယ်ပေးလိုပြီး ၎င်းတို့ လုံခြုံမှုရှိနေစေကြောင်း

သေချာအောင်ဆောင်ရွက်ပေးလိုပါသည်။ လျှောက်လွှာထဲတွင် သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်နှင့် အခြားသီးသန့် အချက်အလက်များ ပါဝင်နေသည့်အတွက် ၎င်းကို အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့ခြင်းမပြုရန် သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းပါသည်။

သင်ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာကို ပရင့်ထုတ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ၊ လူ့ကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ-

[လမ်း]

[တိုက်ခန်း]

[မြို့၊ ပြည်နယ် ဇစ်ကုန်]

ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်တွင် မေးမြန်းစရာများရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ လူ့နာကိုယ်စားလှယ်ထဲမှ တစ်ဦးကို xxx-xxx-xxxx မှတစ်ဆင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

လေးစားစွာဖြင့်၊

Ascension လူ့နာအတွက်

ငွေရေးကြေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများ