

کمک مالی

بخش‌ها:	خدمات مالی بیمار، خدمات دسترسی بیمار، واحد حساب‌های ویژه	گروه‌ها:	Co-Op، وزارتخانه‌ها	مناطق:	NCAL, SCAL, SW
تاریخ بازنویسی:	04-20-16	تاریخ تصویب توسط هیئت مدیره SJH	تاریخ بازبینی:	تاریخ تایید:	12-04-15
تاریخ تصویب:	01-01-16	تاریخ تصویب توسط RCORC	تاییدکننده:	هیئت مدیره SJH	
شماره سیاست‌گذاری:	RCS.14				

نمای کلی

مقصود

این سیاست‌گذاری برنامه کمک مالی (FAP) نظام خدمات سلامت (SJH) St. Joseph Health را تعیین می‌کند. همچنین سیاست‌گذاری حاضر، رهنمودهایی نیز برای این برنامه در رابطه با صدور صورتحساب و فرایند دریافت هزینه از بیمار معرفی می‌کند. این سیاست‌گذاری رهنمودهای عملیاتی (SJH) St. Joseph Health را برای کارمندان خدمات دایره‌ای اعتبارات (RCS) و نهادهای حامی که مسئول اجرای فرایند کمک مالی از جانب بیمارستان‌های حاضر در نظام خدمات SJH هستند تعیین کرده است. این نهادها در ضمیمه A ذکر شده‌اند.

گستره

این سیاست‌گذاری همه بیمارستان‌های موجود در نظام ارائه خدمات SJH و تمام خدمات درمانی اورژانسی و اضطرابی و سایر خدمات مراقبت درمانی ضروری را که توسط بیمارستان‌های عضو نظام خدمات SJH ارائه می‌شوند (به استثنای خدمات درمانی زیبایی، آزمایشی یا تحقیقاتی)، در بر می‌گیرد. این سیاست‌گذاری باید به شیوه‌ای سازگار و منطبق با بخش (r) 501 و، در رابطه با بیمارستان‌های این نظام در کالیفرنیا، سازگار و منطبق بر سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه خدمات بیمارستانی که در قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا (بخش‌های 127400-127446) آمده است، تفسیر شود. در موارد تعارض میان مواد چنین قوانینی با این سیاست‌گذاری، این قوانین فائق هستند. آن دسته از مواد و جزئیات این سیاست‌گذاری که مختص کالیفرنیا هستند با عبارت «کالیفرنیا» یا «CA» متمایز شده‌اند. به همین نحو، موادی که تنها بر بیمارستان‌های SJH واقع در تگزاس اعمال می‌شوند نیز با عبارت «تگزاس» یا «TX» علامت‌گذاری شده‌اند. جز در مواردی که به این صورت مشخص و متمایز شده‌اند، مواد قانونی این سیاست‌گذاری به تمام بیمارستان‌ها و مراکز موجود در نظام خدمات درمانی SJH قابل اعمال خواهند بود.

کالیفرنیا:

هر پزشک اورژانسی هم که در بیمارستانی که خدمات اورژانس ارائه می‌دهد مشغول به ارائه خدمات پزشکی اورژانس است، براساس قانون باید برای بیماران فاقد بیمه یا دارای پوشش بیمه‌ای ناکافی یا بیمارانی که هزینه‌های درمانی بالایی دارند و در حدود یا زیر خط فقر مصوب فدرال هستند تخفیف قائل شود. هماهنگی‌ها به منظور کمک مالی برای هزینه‌های مربوط به خدمات ارائه شده توسط پزشکان اورژانس باید مستقیماً با خود همان پزشکان یا تیم درمانی ایشان انجام شود. نظام خدمات درمانی SJH هیچ‌گونه الزام یا مسئولیت دیگری در رابطه با این تخفیف‌ها ندارد.

کمک مالی

نمای کلی، ادامه

فهرست

نشریه حاضر حاوی سرفصل‌های ذیل است:

در صفحه	سرفصل
1-8	نمای کلی
9-13	فرایند کمک مالی
9	نمای کلی
10	لیست ارائه دهندگان خدمات
11	آموزش و آگاهی بخشی به بیمار
11	ارائه درخواست کمک مالی
12	درخواست‌های ناقص
12	تصمیم‌گیری
12	سطوح تایید
12	مدت زمان تایید
12-13	حل و فصل اختلاف
14-16	شرایط درآمدی
14	منابع درآمد خانوار
14	مدارک اثبات درآمد
14	استفاده از اطلاعات
14-15	شرایط درآمدی - بیمارستان‌های تگزاس
15-16	شرایط درآمدی - بیمارستان‌های کالیفرنیا
16	طبقه‌بندی خودکار برای کمک مالی
16	سایر شرایط خاص
16	استحقاق فرضی برای دریافت خیریه
17-19	صدور صورتحساب و دریافت هزینه از بیمار
17-18	رهنمودهای صدور صورتحساب
18	صدور صورتحساب بیمار بر اساس تایید FAP
18	محدودیت‌های هزینه‌ها
19	برنامه‌ی پرداخت معقول
19	بازپرداخت به بیمار
20	ضمیمه A
20	لیست بیمارستان‌ها

کمک مالی

نمای کلی، ادامه

ارجاع‌ها

نشریات ذیل به سند حاضر مرتبط هستند:

عنوان	نوع سند
کمک پرداخت حق بیمه (COBRA)(RCS.36)	سیاست‌گذاری
فرآیند دریافت برای PAS	فرآیند
مدیریت اعتبار (RCS.21)	سیاست‌گذاری
مشاوره مالی – بیمه‌نامه دولتی (RCS.13)	سیاست‌گذاری
مشاوره مالی – درخواست‌های کمک مالی	DLP
اشکال پرداخت پیشنهادی	DLP
تخفیف‌های مشتری (RCS.26)	سیاست‌گذاری
اشکال پرداخت (طرح‌های تقسیمی) (RCS.18)	سیاست‌گذاری
تعلیق صورتحساب‌ها (RCS.37)	سیاست‌گذاری
خوددائی و دریافت مطالبات غیر قابل وصول، تعیین وضعیت و پیگیری (RCS.39)	سیاست‌گذاری

تعریف‌ها

این نشریه حاوی اصطلاح‌های ذیل است:

تعریف	اصطلاح
<p>خدماتی که در درجه اول جهت گسترش دسترسی افراد ناتوان از پرداخت هزینه‌های درمانی طراحی شده‌اند که واجد شرایط ذیل هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات در طرح‌های تامین اجتماعی بیمارستانی ذکر شده باشد. • خدمات برای جمعیت‌هایی در نظر گرفته شده باشد که بر اساس آنچه در طرح تامین اجتماعی بیمارستانی تعریف شده واجد شرایط کمک مالی باشند. • خدمات با نرخ کامل مصوب بیمارستان و به عنوان درآمد ناخالص بیمار ثبت شده باشد. • خدمات توسط یک متخصص سلامت مجاز ارائه شده باشد. • خدمات شامل آن دسته از خدمات معاینه یا درمانی‌ای باشد که سوابق پزشکی برایشان تنظیم می‌شود. 	دسترسی به برنامه سلامت
<p>طرحی فدرال است که با هدف افزایش کیفیت و امکان برخوردارى بیمه درمانی ایجاد شده است.</p>	قانون خدمات سلامت مقرون به صرفه (ACA)
<p>در این سند سیاست‌گذاری، مبالغی که معمولاً به خاطر ارائه خدمات سلامت ضروری پزشکی و درمان‌های اورژانسی برای بیماران دارای بیمه سلامت منظور می‌شود، مبالغ معمول محاسبه شده یا به اختصار AGB نامیده می‌شود. AGB با استفاده از فرآیند کدگذاری و صدور صورتحسابی محاسبه می‌شود که هر بیمارستانی در صورت بهره‌مندی بیمار از طرح کارانه به ازای خدمت (fee-for-service) برنامه‌ی</p>	مبالغ معمول محاسبه شده (AGB)

کمک مالی

<p>Medicare از این فرایند استفاده خواهد کرد. همچنین AGB برابر است با مبلغ جبران شده توسط برنامه‌ی Medicare به علاوه‌ی مبلغی که بیمار در صورت بهره‌مندی از برنامه‌ی Medicare در قالب پرداخت مشترک، بیمه مشترک و معاف از مالیات، مسئولیت پرداخت آن را بر عهده دارد.</p>	
<p>بازهی درخواست، بازه‌ای است که طی آن بیمارستان‌های عضو نظام SJH درخواست کمک مالی را پذیرفته و مورد رسیدگی قرار می‌دهند. هر کدام از بیمارستان‌های عضو این نظام در راستای پیشبرد وظایف و مأموریت خود، در تلاش برای تطابق با این سیاست‌گذاری، درخواست کمک مالی از جانب بیمار را در هر موقع از زمان پذیرفته و مورد رسیدگی قرار خواهد داد.</p>	<p>بازهی درخواست</p>
<p>Covered California عنوان برنامه فروشگاه بیمه درمانی کالیفرنیا است که خدمات مشاوره در خرید یک طرح سلامت مقرون به صرفه و در صورت امکان کمک‌های مالی را فراهم می‌آورد. همچنین برنامه‌ی Covered California در تعیین صلاحیت فرد برای برخورداری از برنامه‌ی Medi-Cal نیز کمک‌رانه می‌دهد.</p>	<p>Covered California</p>
<p>زمانی که پرداخت تقسیط می‌شود، نخستین قسط پرداختی به عنوان سپرده در نظر گرفته خواهد شد.</p>	<p>سپرده</p>
<p>خدمات اورژانسی عبارت است از خدمات مراقبت یا درمان که طی یک «وضعیت پزشکی اورژانسی»، مطابق با تعریف موجود در قانون EMTALA، ارائه می‌شود.</p>	<p>خدمات اورژانسی</p>
<p>قانون نیروی کار فعال و درمان پزشکی اورژانسی (به اختصار: EMTALA) قانونی است که کنگره امریکا در سال 1986 تصویب کرده است. طبق این قانون بیمارستان‌ها باید روال معاینه به قصد غربال پزشکی را برای هر شخصی که نیازمند مراقبت‌های اورژانسی است فارغ از تابعیت، وضعیت حقوقی یا توانایی مالی وی، اجرا نمایند. طبق این قانون بیمارستان‌ها تنها با رضایت آگاهانه‌ی بیمار یا پس از تثبیت وضعیت بیمار یا زمانی که وضعیت وی مستلزم انتقال به بیمارستانی مجهزتر جهت انجام درمان باشد، می‌توانند او را مرخص کرده یا منتقل نمایند.</p>	<p>EMTALA</p>
<p>هزینه‌های ضروری زندگی شامل هر یک از موارد زیر است: اجاره‌بها یا پرداخت پول مسکن و هزینه‌های تعمیرات آن، تامین خوراک و اقلام خانوار، هزینه‌های تلفن و آب و برق، پوشاک، هزینه‌های پزشکی و دندان پزشکی، بیمه، هزینه تحصیل و مراقبت از فرزند، هزینه‌های نفقه و حق اولاد، هزینه‌های خودرو و حمل و نقل شامل بیمه، سوخت و تعمیرات، هزینه پرداخت اقساط، هزینه‌های شستشوی البسه و نظافت و همچنین سایر هزینه‌های غیر معمول.</p>	<p>هزینه‌های ضروری زندگی (CA)</p>

کمک مالی

نمای کلی، ادامه

تعریف‌ها، ادامه

اصطلاح	تعریف
اقدام فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA)	اقدامی که توسط یک بیمارستان عضو نظام SJH علیه بیمار یا هر فرد مسئول صورت می‌پذیرد و شامل این موارد می‌شود: رسیدگی قضایی یا حقوقی، فروش بدهی فرد به یک شخص ثالث، گزارش اطلاعات نامطلوب درباره‌ی فرد به یک سازمان گزارش دهنده‌ی اعتبار مصرف کننده یا یک نهاد اعتبارسنجی، تعویق یا امتناع از ارائه خدمات درمانی ضروری پزشکی یا اجبار فرد به پرداخت قبل از دریافت این خدمات به دلیل عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب مربوط به خدمات درمانی‌ای که قبلاً تحت این سیاست‌گذاری ارائه شده است. و همچنین سایر اقداماتی که گهگاه توسط IRS تعیین می‌شوند.
خط فقر مصوب فدرال (FPL)	کالیفرنیا: سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه خدمات بیمارستانی نیز محدودیت‌های دیگری را بر امور صدور صورتحساب و دریافت هزینه‌ها در بیمارستان‌های عضو SJH که در کالیفرنیا واقع شده‌اند تحمیل می‌کند. این محدودیت‌های مضاعف در صفحه 18 این سیاست‌گذاری معرفی شده‌اند.
کمک مالی	FPL عبارت است از رهنمودهای مربوط به فقر که توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا به صورت دوره‌ای در نشریه Federal Register منتشر می‌شود.
برنامه‌های بیمه‌ای دولتی	خدمات درمانی ضروری یا خدمات اورژانسی برای بیماران کم درآمد و/یا فاقد پوشش بیمه‌ای کافی که واجد شرایط تعیین شده در سیاست‌گذاری کمک مالی SJH باشند با تحفیف و یا به صورت رایگان ارائه می‌شود. کالیفرنیا: کمک مالی شامل یک برنامه پرداخت معقول می‌باشد. برنامه‌های بیمه‌ای دولتی شامل، ولی نه محدود به، موارد زیر می‌باشند:
فروشگاه بیمه درمانی	<ul style="list-style-type: none"> • Covered California (CA) • Medi-Cal (CA) • استحقاق فرضی دریافت مزایای (CA) Medi-Cal • Medicaid (TX) • Medicare • فروشگاه بیمه درمانی تگزاس (TX)
	بخشی از قانون خدمات سلامت مقرون به صرفه (ACA)، فروشگاه بیمه درمانی (با نام قبلی Exchange) است. طبق این قانون هر ایالت موظف است تا این خدمت آنلاین را برای مشتریان و شرکت‌های تجاری کوچک ایجاد کرده و امکان بررسی و خرید گزینه‌های مختلف بیمه‌ای موجود و نیز امکان اطلاع از صلاحیت فرد برای برخورداری از یارانه بیمه فدرال را فراهم آورد.

کمک مالی

<p>کالیفرنیا: بیمار زمانی دارای هزینه‌های درمانی بالا تشخیص داده می‌شود که هزینه‌های سالانه خارج از پوشش بیمه‌ای وی در بیمارستان از 10 درصد درآمد خانوار او طی 12 ماه گذشته بیشتر باشد، بیمار مدارکی از هزینه‌های درمانی پرداخت شده توسط خود یا توسط خانواده‌اش در 12 ماه گذشته ارائه دهد و یا بیمارستان سطح هزینه‌ای پایین‌تری را تعیین کرده باشد.</p> <p>تگزاس: زمانی که هزینه مالی بیمار از 75,000 دلار فراتر برود، این امر به دلیل هزینه‌های پزشکی‌ای که ممکن است واجد شرایط کمک مالی در نظر گرفته شوند، یک «رخداد پزشکی فاجعه‌بار» به شمار می‌رود. تشخیص این امر به میزان پرداختی بیمار از هزینه‌های صورت‌حساب شده و نیز در نظر گرفتن درآمد و دارایی‌های خانوار آنچنان که در درخواست کمک مالی ذکر شده، بستگی دارد. مدیریت به هنگام اتخاذ تصمیم در مورد تعهدات مالی فراتر از \$75,000 دلار بیمار باید احتیاط لازم را به خرج دهد.</p>	<p>هزینه‌های درمانی بالا</p>
<p>کالیفرنیا: بیمارستان به معنای مکانی است که باید واجد شرایط زیربخش (a)، (b) یا (f) از بخش 1250 قانون سلامت و ایمنی باشد که بخش خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت روانی و خدمات سلامت تخصصی را در خود جای داده باشد.</p> <p>تگزاس: بیمارستان به معنای مکانی است که طبق قانون صدور مجوز بیمارستانی تگزاس، مجوز فعالیت به عنوان بیمارستان را دریافت کرده باشد.</p>	<p>بیمارستان</p>
<p>تگزاس به جای اعمال یک برنامه ایالتی، برنامه فدرال Medicaid را در دستور کار قرار داده است. تگزاس در نتیجه قانون خدمات سلامت مقرون به صرفه (ACA)، هنوز هیچ تغییری را در برنامه‌های Medicaid ایجاد نکرده است.</p>	<p>Medicaid (TX)</p>
<p>Medi-Cal عبارت است از برنامه‌های بیمه سلامت کالیفرنیا که به صورت فدرال تأمین مالی می‌شوند. این برنامه هزینه‌های مجموعه متنوعی از خدمات پزشکی را برای کودکان و بزرگسالان دارای منابع محدود و کم درآمد پرداخت می‌نماید. بر اساس قانون ACA، اکنون Medi-Cal گستره‌ی افراد واجد شرایط برای عضویت در این مجموعه برنامه را افزایش داده است.</p>	<p>Medi-Cal (CA)</p>
<p>خدمات درمانی ضروری آن دسته از خدمات درمانی را شامل می‌شود که الزامات مربوط به پوشش بیمه‌ای تحت برنامه Medicaid را برآورده می‌کنند.</p>	<p>خدمات درمانی ضروری</p>
<p>Medicare یک برنامه فدرال بیمه سلامت افراد واجد شرایط 65 سال به بالا است. برخی افراد زیر 65 سال هم بر اساس معلولیت‌ها و یا بیماری‌های کلیوی واجد شرایط این خدمات می‌شوند. این برنامه به پرداخت هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند اما ممکن است همه هزینه‌های پزشکی و یا هزینه‌های بلند مدت سلامت را در بر نگیرد. این برنامه بر اساس درآمد کم طراحی نشده است. این برنامه بخشی از فروشگاه بیمه درمانی به شمار نمی‌آید اما در اثر آن دچار برخی تغییرات شده است.</p>	<p>Medicare</p>

کمک مالی

<p>بازه اطلاع‌رسانی به بازه‌های زمانی اشاره دارد که طی آن تمام بیمارستان‌های عضو SJH باید اقدامات بخصوصی را انجام دهند که در این سیاست‌گذاری این اقدامات مربوط به مطلع کردن بیمار از در دسترس بودن کمک مالی، مشخص شده‌اند. همچنین در این بازه تمام بیمارستان‌های عضو SJH باید از انجام برخی اقدامات خاص از جمله انجام اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA) خودداری کنند.</p> <p>بازه‌ی اطلاع‌رسانی از اولین روزی که خدمات سلامت و درمان ارائه می‌گردد شروع می‌شود و دست کم تا 120 روز پس از اینکه بیمارستان عضو SJH اولین اطلاعیه صورت حساب بعد از ترخیص را برای خدمت ارائه شده به فرد ندهد، پایان نمی‌یابد.</p> <p>کالیفرنیا: سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه خدمات بیمارستانی نیز محدودیت‌های دیگری را بر امور صدور صورتحساب و دریافت هزینه‌ها در بیمارستان‌های عضو SJH که در کالیفرنیا واقع شده‌اند تحمیل می‌کند. این محدودیت‌های مضاعف در صفحه 18 این سیاست‌گذاری معرفی شده‌اند.</p>	<p>بازه‌ی اطلاع‌رسانی</p>
<p>کالیفرنیا:</p> <p>برای افراد 18 ساله یا بزرگتر، خانواده به یک همسر، همخانه (چنان که در بخش 297 قانون خانواده تعریف شده است)، و کودکان وابسته زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند چه در جای دیگر، اطلاق می‌شود. «همخانه» در بخش 297 قانون خانواده به دو فرد بزرگسال اطلاق می‌شود که تصمیم گرفته‌اند تا زندگی خود را بر اساس یک رابطه نزدیک و متعهدانه مبتنی بر مراقبت از یکدیگر با هم شریک شوند. برای افراد زیر 18 سال، خانواده به معنای یک پدر/مادر، بستگان سرپرست و سایر فرزندان زیر 21 سال والدین و یا بستگان سرپرست می‌باشد.</p> <p>تگزاس:</p> <p>برای افراد 18 ساله و بزرگتر، خانواده به یک همسر، فرزندان 18 سال یا بالاتر، و هر وابسته دیگری که در اظهارنامه مالیاتی خود ذکر کرده باشند اشاره دارد.</p> <p>برای افراد زیر 18 سال، خانواده به معنای یکی از والدین، بستگان سرپرست و سایر فرزندان زیر 21 سال والدین و یا بستگان سرپرست می‌باشد.</p>	<p>خانواده بیمار</p>
<p>طرحی که مبالغ پرداخت اقساط و چارچوب‌های زمانی این پرداخت‌ها تا زمانی که مبلغ به طور کامل پرداخت شده باشد را محاسبه می‌کند. طبق این سیاست‌گذاری، طرح مذکور هم باید مورد موافقت SJH و هم مورد موافقت بیمار/ضامن باشد. هر گونه طرح پرداخت پیش از خدمت، بر اساس یک برآورد و تخمین خواهد بود و شرایط نهایی پس از صدور صورتحساب‌های نهایی تعیین می‌شود (که به نام «نحوه پرداخت» یا «طرح اقساط» نیز شناخته می‌شود).</p>	<p>طرح پرداخت</p>
<p>دوره‌ی پس از ترخیص، بازه‌ی بعد از ارائه‌ی خدمات پزشکی (خواه به صورت سرپایی خواه به صورت بستری) است که فرد بیمارستان عضو SJH را ترک کرده است.</p>	<p>دوره‌ی پس از ترخیص</p>

کمک مالی

<p>ارزیابی دارایی‌های نقدی (QME) شامل تمام دارایی‌های نقدی بیمار از جمله حساب‌های بانکی و سهام‌های عام می‌شود. ارزیابی دارایی‌های مالی شامل این موارد نمی‌شود:</p> <p>طرح‌های پرداخت بازنشستگی و جبرانی‌های معوقه‌ای که تحت قانون درآمد داخلی ارزیابی می‌شوند، طرح‌های جبرانی معوق ارزیابی نشده، اولین ده هزار دلار (10,000\$) دارایی‌های مالی بیمار یا 50 درصد دارایی‌های مالی بیمار پس از ده هزار دلار اول.</p>	<p>ارزیابی دارایی‌های نقدی</p>
<p>اقدامات معقول اقداماتی هستند که بیمارستان‌های عضو SJH به کار می‌بندند تا دریابند آیا فرد واجد شرایط دریافت کمک مالی هست یا خیر. این اقدامات شامل موارد زیر است: ارائه یک نسخه کتبی از خلاصه ساده شده‌ی این سیاست‌گذاری به بیمار از به عنوان بخشی از فرایند پذیرش یا ترخیص بیمار؛ قرار دادن یک اعلان واضح بر روی اطلاعیه‌های صورتحساب که نشانگر برنامه FAP بوده و به بیمار درباره موجود بودن کمک مالی اطلاع رسانی می‌کند؛ گذاشتن آدرس وبسایت بر روی این اعلان‌ها که بیمار می‌تواند در این وبسایت نسخه‌هایی از برنامه FAP، فرم درخواست کمک مالی، خلاصه‌ای ساده شده از برنامه FAP و شماره تماس واحد مربوطه در بیمارستان را بیابد تا اطلاعات مرتبط با FAP و فرایند درخواست کمک مالی را از آن واحد دریافت کند؛ اجرای اقدامات معقول جهت مطلع کردن بیمار از برنامه FAP و نحوه دریافت کمک در مورد روال درخواست به صورت شفاهی راجع به صورتحساب که طی بازه اطلاع رسانی صادر می‌شود؛ ارائه حداقل یک اعلان کتبی به بیمار که شامل خلاصه‌ای ساده شده از برنامه FAP باشد و اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA) را که ممکن است بیمارستان در صورت عدم تکمیل درخواست توسط بیمار یا عدم پرداخت مبلغ در مهلت تعیین شده در اعلان، در پیش بگیرد. این مهلت حداقل باید 30 روز پس از تاریخ اعلان یا تاریخ انقضای بازه‌ی اطلاع رسانی (هر کدام که دیرتر است) باشد؛ و سایر اقدامات و تمهیداتی از این دست که طبق قانون IRS و مطابق با بخش (r) 501 قانون درآمد داخلی باید اجرا شوند.</p> <p>اگر بیمارستان عضو SJH به صورت فرضی و بر اساس گمانه زنی تصمیم بگیرد که بیمار واجد شرایطی کمتر از پرتسهیلات ترین کمک مالی موجود بر اساس برنامه‌ی FAP است، این بیمارستان باید اقدامات معقول زیر را انجام دهد:</p> <p>بیمار را از مبنای تعیین فرضی استحقاق یا عدم استحقاقش برای دریافت کمک مالی و از روش ارائه درخواست برای کمک‌های مالی پرتسهیلات‌تر در برنامه FAP آگاه سازد؛ بازه زمانی معقولی برای بیمار در نظر بگیرد تا وی بتواند قبل از آغاز اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها از جانب بیمارستان (ECA)، برای کمک‌های مالی دارای تسهیلات و مبلغ کمک بیشتر درخواست دهد؛ و اگر بیمار طی بازه‌ی قبول درخواست کمک مالی، یک درخواست FAP را تکمیل کرده باشد که طبق آن خواهان کمک مالی بیشتری شده باشد، بیمارستان باید تعیین کند که آیا وی واجد شرایط دریافت کمک مالی بیشتر هست یا خیر.</p>	<p>اقدامات معقول</p>

کمک مالی

<p>«برنامه‌ی پرداخت معقول» به معنای پرداخت‌های ماهانه‌ای است که بیش از 10 درصد درآمد ماهانه‌ی خانواده بیمار، با کسر مبالغ هزینه‌های ضروری زندگی فرد واجد شرایط برنامه‌ی FAP باشد.</p>	<p>برنامه‌ی پرداخت معقول (CA)</p>
<p>بخش 501(r) قانون درآمد داخلی که توسط قانون خدمات سلامت مقرون به صرفه (ACA) به این قانون اضافه شده است و الزامات بخصوصی را تعیین می‌کند تا بیمارستان‌های خیریه‌ای که می‌خواهند رتبه‌بندی «سازمان‌های خیریه‌ی معاف از مالیات» را دریافت و حفظ کنند، باید آنها را برآورده نمایند.</p>	<p>بخش 501(r)</p>
<p>بستری آنلاین برای مشتریان و شرکت‌های تجاری کوچک در تگزاس که امکان بررسی و خرید گزینه‌های مختلف بیمه‌ای موجود و نیز امکان اطلاع از صلاحیت فرد برای برخورداری از یارانه بیمه فدرال را فراهم می‌آورد. تگزاس به استفاده از یک فروشگاه فدرال روی آورده است که کاملاً به دست دولت فدرال اداره می‌شود.</p>	<p>فروشگاه بیمه درمانی تگزاس</p>

کمک مالی

فرآیند کمک مالی

نمای کلی

بیمارستان‌های عضو نظام خدمات درمانی SJH به تمام افراد ساکن در مناطقی که شعبه داریم خدمات می‌دهند. هدف ما بازنمایی رسالت شفابخشی عیسی مسیح از طریق ارائه خدمات درمانی با نهایت احترام و شفقت به تکتک بیماران و خانواده‌هایی است که به ما مراجعه می‌کنند.

نظام خدمات درمانی SJH به دنبال حصول اطمینان از تأمین مراقبت‌های درمانی ضروری و مراقبت‌های اورژانسی از طریق لحاظ کردن تخفیف یا به صورت رایگان برای بیماران مشمول فاقد بیمه یا دارای بیمه با پوشش ناکافی است. هر بیمار فاقد بیمه یا دارای پوشش بیمه‌ای ناکافی که نتواند صورتحساب بیمارستان خود را پرداخت کند و درآمدها مطابق با شرایط «خط فقر مصوب فدرال» (FLP) باشد، مشمول دریافت کمک مالی، آنگونه که در این سیاست‌گذاری مطرح شده است، در نظر گرفته خواهد شد. نظام SJH معتقد است که این سیاست‌گذاری باعث دسترسی بیماران به خدمات درمانی ضروری می‌شود و این دسترسی مولفه‌ای اساسی در تحقق جایگاه انسانی بیمار و توانایی وی برای ادامه زندگی به شکلی سالم‌تر، بهبودیافته‌تر و کامل‌تر است و موجب توانایی بیشتر در بیمار برای نقش آفرینی و هم‌افزایی در رفاه عمومی خواهد شد.

SJH به دنبال رفع نیازهای مالی و سلامت بیماران و در عین حال متعهد به حفظ منابع SJH است. برای حصول اطمینان از این امر که SJH هزینه خدمات ارائه شده‌اش را دریافت خواهد کرد، چند گزینه و برنامه پرداختی جهت کمک به بیماران فاقد بیمه یا دارای پوشش بیمه‌ای ناکافی در نظر گرفته شده است. زمانی که تشخیص داده شود دستیابی به یک راهکار پرداخت مناسب از طریق این گزینه‌ها و برنامه‌ها مقدور نیست، اطلاعات مربوط به برنامه کمک مالی (FAP) نظام SJH در اختیار بیمار قرار می‌گیرد.

فرآیندهای دریافت از بیمار باید از سیاست‌های SJH در ارتباط با کمک مالی بیمار پیروی نماید از جمله، ولی نه محدود به، موارد زیر:

- هر بیماری که درخواست کمک مالی نماید فرصت ارائه درخواست، و بررسی شدن درخواستش را داشته باشد.
- تمام بیمارستان‌های عضو SJH برای مطلع کردن بیماران از برنامه‌ی FAP و نحوه دستیابی به کمک از طریق ارائه درخواست کمک مالی و ارائه راهنمایی شفاهی به بیماران درباره صورتحسابشان، باید اقداماتی معقول و رایج را انجام دهند.
- نیاز به کمک مالی مسئله‌ای حساس و عمیقاً شخصی برای بیماران است. همه کارکنان SJH محرمانگی درخواست‌های کمک، اطلاعات دریافتی به هنگام انجام فرآیندهای مربوطه و تأمین بودجه و رد درخواست کمک را رعایت خواهند کرد.
- به منظور حصول اطمینان از تأمین نیازهای سلامت بلندمدت و پس از درمان اولیه، بیمارانی که فاقد پوشش بیمه‌ای از شرکت‌های بیمه‌گذار ثالث باشند از طرح‌های بیمه دولتی مطلع می‌شوند. SJH بیماران را با فراهم کردن زمینه درخواست استفاده از برنامه‌های دولتی و سپس پیگیری قبول یا رد درخواست کمک می‌نماید.
- بازبینی دوره‌ای این سیاست‌گذاری باید توسط بازرسان داخلی و خارجی انجام گیرد.

کالیفرنیا: بیمارستان‌های عضو SJH در کالیفرنیا از سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه خدمات بیمارستانی مشروح در قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا (بخش‌های 127400 – 127446) پیروی می‌کنند.

کمک مالی

تمام بیمارستان‌های عضو SJH باید به عنوان بخشی از روال پیروی و اجرای این سیاست‌گذاری، لیستی از پزشکان و سایر خدمات‌دهندگان را تهیه کنند که تحت پوشش این سیاست‌گذاری هستند و همچنین باید لیستی از پزشکان و سایر خدمات‌دهندگان تهیه کنند که در قالب این سیاست‌گذاری فعالیت نمی‌کنند. تمام بیمارستان‌های عضو SJH باید این لیست‌ها را در اختیار هر بیماری که درخواست دریافت آنها را دارد، قرار دهند.

لیست خدمات دهندگان

کمک مالی

فرایند کمک مالی، ادامه

آموزش و آگاهی‌بخشی به بیمار

به منظور آگاهی‌بخشی و مطلع کردن بیماران از در دسترس بودن کمک مالی با استفاده از روش‌های مطرح شده در ذیل، اقدامات معقولی انجام خواهد شد:

- اطلاعیه‌های صدور صورتحساب بیمار شامل اعلانی واضح و گویا خواهد بود که موجود بودن برنامه کمک مالی نظام SJH را اطلاع‌رسانی می‌کند (بنگرید به صفحه 17 الزامات تشریح شده).
- به عنوان بخشی از روند پذیرش یا ترخیص، خلاصه‌ای ساده شده از FAP (یک بروشور) در اختیار بیمار قرار خواهد گرفت.
- سیاست‌گذاری FAP، خلاصه‌ای ساده شده (بروشور) و روند درخواست کمک مالی در وبسایت هر یک از بیمارستان‌های عضو نظام SJH گذاشته خواهد شد.
- خلاصه ساده شده‌ای از FAP (بروشور)، دست کم، به زبان‌های انگلیسی و اسپانیایی باید چاپ شود و در تمام بیمارستان‌ها در نواحی پذیرش عمومی از جمله، اما نه محدود به، فضاهای اورژانس و فضاهای پذیرش سرپایی و بستری در دسترس قرار گیرد.
- بر اساس بخش 501(r) از قانون درآمد داخلی، ترجمه سیاست‌گذاری کمک مالی SJH، ترجمه درخواست کمک مالی و ترجمه خلاصه‌ای ساده شده FAP (بروشور) باید به سایر زبان‌ها که توسط هر بیمارستان تعیین می‌گردد، تهیه شود.
- پرسنل SJH تلاش معقولی انجام خواهند داد تا هنگام صحبت درباره گزینه‌های پرداخت، به صورت شفاهی بیماران را از موجود بودن کمک مالی مطلع سازند.
- هر یک از بیمارستان‌های SJH باید اطلاعیه‌هایی منتشر کنند و به عموم مردم راجع به برنامه کمک مالی اطلاع‌رسانی کنند. این اطلاعیه‌ها باید:

- به تعداد زیاد در بخش‌های خدمات بستری و سرپایی در بیمارستان پخش شوند، از جمله، اما نه محدود به، بخش اورژانس، حسابداری، بخش‌های پذیرش بیمار بستری و ثبت‌نام بیمار سرپایی سایر فضاهای انتظار برای بیماران و هر فضای دیگری که ممکن است بیمار بخواهد صورتحساب بیمارستانش را پرداخت کند.
- شامل اطلاعات تماس در رابطه با نحوه‌ی کسب اطلاعات بیشتر درباره کمک مالی و محل ارائه درخواست برای چنین کمکی‌باشند.
- به زبان انگلیسی، اسپانیایی و هر زبان دیگری باشند که توسط دست کم 1000 نفر یا پنج درصد از افراد ناحیه‌ای که بیمارستان به مردم آنجا خدمات‌رسانی می‌کند، تکلم می‌شوند.

کمک مالی

فرایند کمک مالی، ادامه

فردی که معتقد است واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا خواهان دریافت کمک مالی شده است باید فرم درخواست کمک مالی را ثبت کند.

فرم درخواست کمک مالی را می‌توان به صورت رایگان از محل‌های تعیین شده توسط هر بیمارستان، از طریق پست یا با مراجعه به وبسایت بیمارستان‌های عضو SJH دریافت کرد.

هر یک از بیمارستان‌های عضو SJH باید کارمندانی را برای کمک به بیماران در تکمیل فرم درخواست کمک مالی و تعیین استحقاق آنان برای کمک مالی SJH یا کمک‌های مالی سایر برنامه‌های بیمه‌ای دولتی، در صورت امکانپذیر بودن دریافت کمک از این بیمه‌ها، اختصاص دهد. خدمات ترجمه نیز باید برای پاسخگویی به هر گونه سوال یا دغدغه و برای کمک به تکمیل درخواست‌های کمک مالی فراهم شود.

ارائه درخواست کمک مالی

فرایند کمک مالی، ادامه

اگر بیمار درخواست ناقصی را ثبت کند، SJH یک اعلان کتبی برای وی می‌فرستد که از او می‌خواهد اطلاعات لازم برای تکمیل درخواست و اطلاعات تماس برای کمک به تکمیل درخواست را ارائه دهد و حداقل تا 30 روز پس از تاریخ اعلان به فرد این فرصت را می‌دهد که اطلاعات ناقص را تکمیل کند. در طی این بازه SJH باید هر گونه اقدام فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA) را که احیاناً آغاز کرده است تعلیق کند. همچنین SJH نباید به خاطر عدم ارائه اطلاعات یا مستندات از ارائه کمک مالی امتناع کند مگر اینکه اطلاعات و مستندات ارائه نشده، موارد ذکر شده در این سیاست‌گذاری یا موارد ذکر شده در فرم درخواست کمک مالی باشند.

درخواست‌های ناقص

بیماران ظرف 30 روز از زمان ثبت فرم تکمیل شده‌ی درخواست کمک مالی خود از نتیجه و تصمیم بیمارستان مبنی بر استحقاق یا عدم استحقاق خود برای دریافت کمک مالی تحت برنامه‌ی FAP مطلع خواهند شد.

اگر فرد طی بازه دریافت درخواست‌ها، فرم درخواست کاملی را ثبت نماید، SJH باید به منظور اجرای الزام قانونی اقدامات معقول، موارد زیر را انجام دهد:

- تعلیق اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA)
- اتخاذ تصمیم استحقاق دریافت کمک مالی و مستندسازی این تصمیم
- مطلع کردن بیمار به صورت کتبی از تصمیم گرفته شده درباره صلاحیتش و دلایل تصمیم اتخاذ شده.

SJH باید از تصمیم‌گیری مبنی بر عدم استحقاق فرد بر اساس اطلاعاتی که بیمارستان برای نادرست یا غیرقابل اتکا بودن آنها دلیلی دارد، خودداری کند.

تصمیم‌گیری

کمک مالی

فرایند کمک مالی، ادامه

سطوح تایید

تصمیم‌گیری در مورد کمک مالی فقط توسط کارکنان موردتایید بیمارستان و براساس سطوح اختیار ناحیه‌ی کلیسایی منطقه صورت می‌پذیرد.

مدت زمان تایید

تایید کمک مالی SJH برای بیمارانی که فرایند درخواست را کامل کرده‌اند به 6 ماه پس از تاریخ تایید و به 6 ماه پیش از تاریخ تایید قابل اعمال خواهد بود. برای حساب‌های پیش از تاریخ تایید، تا شش ماه قبل از تاریخ تایید، تنها حساب‌های دارای بدهی و فعال شامل دریافت تخفیف کمک مالی خواهند شد.

حل و فصل اختلاف

در مواردی که اختلافی در مورد شرایط احراز مشمولیت پیش بیاید، بیمار می‌تواند درخواستی کتبی برای بازنگری ارائه دهد. روند حل و فصل اختلاف در ذیل تشریح شده است:

مرحله	شرح	فرد مسئول انجام
1	ارسال درخواست که باید شامل شرح اعتراض بیمار و دلیل او برای بازنگری باشد.	بیمار
2	بازبینی درخواست بیمار و بررسی تمامی اظهاریه‌های کتبی اختلاف و هر مدرک پیوست شده‌ای. ارسال توضیحی کتبی از یافته‌ها و تصمیم اتخاذ شده برای بیمار ظرف مدت 30 روز از دریافت درخواست کتبی.	مدیر دایره‌ی اعتبارات
3	در مواردی که بیمار اعتقاد داشته باشد اختلاف حتی پس از بررسی‌های مدیر دایره‌ی اعتبارات کماکان پابرجاست، می‌تواند درخواستی کتبی مبنی بر بازنگری ارسال کند.	بیمار
4	بررسی درخواست کتبی بیمار و مدارک او، و نیز یافته‌های مدیر دایره‌ی اعتبارات. اتخاذ تصمیم و ارسال توضیح کتبی از یافته‌ها برای بیمار. فرایند حل و فصل اختلاف توسط معاون دایره‌ی اعتبارات خاتمه می‌پذیرد.	معاون دایره‌ی اعتبارات

توجه: معاون دایره‌ی اعتبارات هر بیمارستان مسئول نهایی تصمیم‌گیری در مورد استحقاق فرد خواهان کمک مالی طبق این سیاست‌گذاری است و همچنین وی شخصی است که نهایتاً تصمیم می‌گیرد آیا بیمارستان باید علیه فرد اقدام فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها انجام دهد یا خیر.

کمک مالی

شرایط درآمدی

منابع درآمد خانوار برای نیل به اهداف این سیاست، منابع درآمد خانوار شامل، اما نه محدود به، موارد ذیل در نظر گرفته می‌شود:

- حقوق و دستمزد ناخالص
- درآمد خوداشتغالی
- سود و سهام (به غیر از طرح‌های بازنشستگی یا غرامت‌های معوقه)
- رهن و اجاره املاک
- تأمین اجتماعی
- نفقه
- حمایت از کودک
- حقوق بیکاری و معلولیت
- کمک مالی دولتی
- به علاوه 50% دارایی‌های نقدی ارزیابی شده‌ی بیمار بعد از ده هزار دلار اول (\$10,000) نیز جزو منابع درآمد خانوار شامل می‌شود.

درآمد خانوار شامل همه منابع فوق مربوط به همه افراد تحت تکفل فرد اصلی است در صورتیکه نام این افراد در مدارک مالیاتی به عنوان افراد تحت تکفل ذکر شده باشد.

مدارک اثبات درآمد

در مواردی که مدارکی در دست نیست، می‌توان درآمد بیمار را از طریق امضای او بر درخواست کمک که در آن بر صحت اطلاعات اعلام‌شده‌ی مربوط به درآمدش رسماً گواهی می‌کند تأیید کرد. اگر مدارک اثبات درآمد محل تردید باشد، تأیید اعتبار درآمد باید بلافاصله درخواست شود. اگر تمام اطلاعات و مستندات ارائه نشده باشد، بیمارستان باز هم می‌تواند کمک مالی را تخصیص دهد.

تگراس:

بیمار باید تمامی مدارک ضروری مربوط به درآمدهایش را ارسال کند از جمله نسخه‌هایی از فرم‌های IRS، دستمزد و درآمد W-2، صورتحساب‌های حقوق معلولیت، ته‌چک‌های اخیر، و غیره. درخواست‌های برنامه‌های دولتی (از قبیل برنامه‌های کمک تجویز دارو، DHS، SSI، یا هر مدرک امضا شده مربوط به برنامه‌ای فدرال) را می‌توان برای مشمول شدن در کمک مالی استفاده کرد.

کالیفرنیا:

مدارک درآمد محدود خواهد بود به ته‌چک‌های اخیر یا اظهارنامه مالیاتی درآمد.

استفاده از اطلاعات

کالیفرنیا: اطلاعات مربوط به درآمد و دارایی‌های نقدی بیمار که توسط بیمارستان عضو SJH با هدف تصمیم‌گیری درباره استحقاق دریافت کمک مالی تحت این سیاست‌گذاری جمع‌آوری شده‌اند نباید برای امور مربوط به دریافت بدهی استفاده شوند.

کمک مالی

شرایط درآمدی

شرایط درآمدی -
بیمارستان‌های
تگزاس

کمک کامل یا جزئی برای بیماران «نظام درمانی قراردادی» بر اساس معیارهای ذیل می‌باشد:

آن‌گاه ...	اگر ...
بیمار به لحاظ مالی نیازمند محسوب می‌شود و مشمول حمایت خیریه‌ای و 100% کسر هزینه است.	درآمد ناخالص سالانه برابر با 175% یا کمتر از معیارهای فعلی FLP باشد
بیمار به لحاظ پزشکی نیازمند محسوب می‌شود. جبران هزینه‌های خدمات یا مسئولیت بیمار نباید بیش از «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) به ازای هر حساب بیمار بستری باشد. جبران هزینه‌های خدمات برای حساب‌های بیماران سرپایی باید با استفاده از «جداول محاسباتی SJH برای کمک مالی در بیمارستان‌های تگزاس» مشخص شود. در چنین شرایطی مسئولیت بیمار نباید بیش از «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) باشد.	درآمد ناخالص سالانه بین 176% تا 300% معیارهای فعلی FLP باشد
این مورد به دلیل هزینه‌های بالای درمانی، «رخداد پزشکی فاجعه‌بار» محسوب می‌شود. مدیریت می‌تواند بیمار را بر اساس میزان بدهی‌اش، هزینه‌های فاکتور شده، درآمد، و دارایی‌ها، مشمول کمک مالی اعلام کند و همچنین بنا به تشخیص خود می‌تواند بدون وجود تمام اطلاعات و مستندات لازم، کمک مالی اعطا کند. در چنین شرایطی مسئولیت بیمار نباید بیش از «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) باشد.	بیمار متحمل مسئولیت مالی بیش از \$75,000.00 شده باشد

کمک مالی

شرایط درآمدی

شرایط درآمدی –

بیمارستان‌های کالیفرنیا

هر بیمار فاقد بیمه یا دارای بیمه با پوشش ناکافی که درآمد خانوارش کمتر از 500% «خط فقر مصوب فدرال» (FLP) باشد و نتواند صورتحساب‌های بیمارستان خود را بپردازد مشمول کمک مالی در نظر گرفته خواهد شد. کمک کامل یا جزئی براساس معیارهای ذیل می‌باشد:

آن‌گاه ...	و بیمار ... باشد	اگر درآمد خانوار برابر با ... از مقدار FLP باشد،																						
تمامی (100%) سهم مسئولیت بیمار از صورتحساب خدمات حذف خواهد شد.	بیمه یا فاقد بیمه	کمتر یا 200%																						
سهم پرداختی بیمار درصدی از «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) براساس مقیاس تعدیل ذیل برای خدمات خواهد بود:	فاقد بیمه	201% تا 350%																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>آن‌گاه درصد «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) ... خواهد بود</th> <th>اگر درآمد برابر با ... از مقدار FLP باشد</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10%</td><td>201 تا 215%</td></tr> <tr><td>20%</td><td>216 تا 230%</td></tr> <tr><td>30%</td><td>231 تا 245%</td></tr> <tr><td>40%</td><td>246 تا 260%</td></tr> <tr><td>50%</td><td>261 تا 275%</td></tr> <tr><td>60%</td><td>276 تا 290%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>291 تا 305%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>306 تا 320%</td></tr> <tr><td>90%</td><td>321 تا 335%</td></tr> <tr><td>100%</td><td>336 تا 350%</td></tr> </tbody> </table>			آن‌گاه درصد «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) ... خواهد بود	اگر درآمد برابر با ... از مقدار FLP باشد	10%	201 تا 215%	20%	216 تا 230%	30%	231 تا 245%	40%	246 تا 260%	50%	261 تا 275%	60%	276 تا 290%	70%	291 تا 305%	80%	306 تا 320%	90%	321 تا 335%	100%	336 تا 350%
آن‌گاه درصد «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) ... خواهد بود			اگر درآمد برابر با ... از مقدار FLP باشد																					
10%			201 تا 215%																					
20%			216 تا 230%																					
30%			231 تا 245%																					
40%			246 تا 260%																					
50%			261 تا 275%																					
60%			276 تا 290%																					
70%			291 تا 305%																					
80%	306 تا 320%																							
90%	321 تا 335%																							
100%	336 تا 350%																							
سهم پرداختی بیمار از طریق پرداخت‌های بیمه کاهش خواهد یافت:	بیمه																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>آن‌گاه ...</th> <th>اگر ...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>تمامی (100%) سهم بیمار از صورتحساب خدمات حذف خواهد شد.</td> <td>مبلغی که بیمه پرداخت کرده بیش یا برابر با «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) باشد</td> </tr> <tr> <td>بیمار مابه‌التفاوت میان پرداختی بیمه و «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) را خواهد پرداخت.</td> <td>نرخ پرداختی «بیمه درمانی سالمندان» برای خدمات ارائه شده بیش از نرخ پرداختی HMO/PPO است،</td> </tr> </tbody> </table>			آن‌گاه ...	اگر ...	تمامی (100%) سهم بیمار از صورتحساب خدمات حذف خواهد شد.	مبلغی که بیمه پرداخت کرده بیش یا برابر با «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) باشد	بیمار مابه‌التفاوت میان پرداختی بیمه و «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) را خواهد پرداخت.	نرخ پرداختی «بیمه درمانی سالمندان» برای خدمات ارائه شده بیش از نرخ پرداختی HMO/PPO است،																
آن‌گاه ...	اگر ...																							
تمامی (100%) سهم بیمار از صورتحساب خدمات حذف خواهد شد.	مبلغی که بیمه پرداخت کرده بیش یا برابر با «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) باشد																							
بیمار مابه‌التفاوت میان پرداختی بیمه و «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) را خواهد پرداخت.	نرخ پرداختی «بیمه درمانی سالمندان» برای خدمات ارائه شده بیش از نرخ پرداختی HMO/PPO است،																							
بیمار «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) را خواهد پرداخت.	فاقد بیمه	351% تا 500%																						
بیمار مابه‌التفاوت بین پرداختی بیمه و «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) را خواهد پرداخت.	بیمه																							
بیمار هیچ مبلغی فراتر از «مبالغ معمول محاسبه شده» (AGB) نخواهد پرداخت.	بر اساس تعریف «هزینه‌های درمانی بالا» متحمل مسئولیت مالی	بالای 500%																						

کمک مالی

شرایط درآمدی

تحت شرایط خاص ذیل، بیمار می‌تواند بدون هر گونه نیازی به ثبت درخواست کمک مالی مشمول کمک مالی شود:

طبقه‌بندی خودکار برای کمک مالی

شرایط	کالیفرنیا	تگزاس
مشمول سایر برنامه‌های تحت نظارت FPL	(رجوع شود به بخش سایر شرایط خاص در ادامه)	دارای مدارک مشمولیت برای کوپن غذا یا سایر برنامه‌های دولتی که معیارهای مشمولیت آن‌ها براساس تابعیت کامل از راهنمای فدرال فقر می‌باشد.
معلول	دارای مورد SSI ارجاع شده به بازرس معلولیت	
فوت شده	فوت شده و بدون پوشش بیمه شخص ثالث یا املاک قابل شناسایی است	فوت شده بدون املاک یا همسر زنده.
بی‌خانمان	به عنوان بی‌خانمان تعیین شده و بدون پوشش بیمه شخص ثالث است	
بستری در اتاق مراقبت‌های ویژه، ناتوان از پرداخت	در بخش اورژانس تحت درمان است ولی بیمارستان قادر نیست صورتحسابی صادر کند	
دسترسی به برنامه سلامت	از طریق «دسترسی به برنامه سلامت» تحت درمان است	صدق نمی‌کند
ارجاعی از کلینیک انجمن	خدمات ارائه شده در نتیجه‌ی ارجاع تأییدشده از یکی از کلینیک‌های همکار انجمن می‌باشد.	

توجه: مبلغ کمک مالی در چنین شرایطی برابر خواهد بود با حذف کل (100%) سهم بیمار از صورتحساب خدمات ارائه شده.

سایر شرایط خاص

بیمارانی که واجد شرایط برنامه‌های تحت نظارت FPL مانند Medi-Cal، Medicaid و سایر برنامه‌های دولتی کمک به اقشار کم‌درآمد هستند، مستمند محسوب می‌شوند. بنابراین، چنین بیمارانی زمانی مشمول کمک مالی می‌شوند که آن برنامه‌ها از پرداخت خودداری کنند و پرداخت هزینه‌ها را برعهده‌ی بیمار بگذارند. باقیمانده بدهی‌های حساب بیمار را که حاصل هزینه‌های جبران‌نشده است می‌توان مشمول بخشودگی کامل خیریه‌ای قرار داد. هزینه‌های مربوط به موارد ذیل به طور ویژه مشمول این شرایط هستند:

- اقامت بستری پذیرفته نشده
- مدت درمان بستری پذیرفته نشده
- خدماتی که تحت پوشش نیستند
- نپذیرفتن درخواست مجوز درمان (TAR)
- نپذیرفتن به دلیل پوشش بیمه‌ای محدود

کمک مالی

شرایط درآمدی

SJH توجه دارد که بخشی از جمعیت بیماران فاقد بیمه یا فاقد پوشش کافی بیمه‌ای ممکن است در فرایند مرسوم درخواست کمک مالی شرکت نکنند. اگر اطلاعات مورد نیاز توسط بیمار فراهم نشود، SJH با استفاده از یک ابزار امتیازدهی خودکار و تخمین‌زننده به بررسی مشمولیت بیماران برای دریافت کمک مالی می‌پردازد.

استحقاق فرضی
برای دریافت
خیریه

کمک مالی

صدور صورتحساب و دریافت هزینه از بیمار

رهنمودهای
صدور
صورتحساب

بر اساس این سیاست‌گذاری، بیمارستان می‌تواند هر یک و تمام اقدامات قانونی، از جمله اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA)، را انجام دهد تا هزینه‌های خدمات درمانی ارائه شده را دریافت کند. در این راستا، بیمارستان می‌تواند از مجموعه‌ای از اطلاعیه‌ها، نامه‌ها و تماس‌های تلفنی با بیمار و ارجاع به شخص یا نهاد مسئول پرداخت از طریق اولین صورتحساب پس از ترخیص و تداوم این ارجاعات در فواصل منظم تقریباً 30 روزه و مطابق با چرخه‌ی معمول صدور صورتحساب در بیمارستان، اقدام کند.

اطلاعیه‌های صورتحساب پست شده به بیمار شامل یک اطلاعیه روشن و گویا حاوی توصیه‌هایی در ارتباط با برنامه کمک مالی SJH برای بیمار و نیز اطلاعات تماس موردنیاز می‌باشد. همچنین اطلاعیه باید موارد ذیل را به اطلاع برساند:

- اینکه وی ممکن است صلاحیت استفاده از برنامه‌هایی همچون Medicare، Medi-Cal (CA)، Covered California، Medicaid (TX)، فروشگاه بیمه درمانی تگزاس یا سایر برنامه پوشش سلامت ایالتی و کشوری را داشته باشد.
- اینکه بیمار چگونه می‌تواند برای هر یک از این برنامه‌ها درخواست داده و نیز این نکته که بیمارستان می‌تواند زمینه درخواست را برای بیمار فراهم کند. (CA)
- اینکه بیمارستان بیمار را به یک مرکز کمک محلی مشتریان مستقر در دفاتر امور حقوقی ارجاع می‌دهد. (CA)
- اینکه بیمار در صورت برخورداری از بیمه درمانی، Medicare، MediCal و یا سایر طرح‌های پوششی باید مراتب را به بیمارستان اطلاع دهد.
- اینکه ممکن است بیمار واجد شرایط برنامه پرداخت معقول و/یا کمک مالی تحت برنامه FAP باشد به شرطی که وی فاقد بیمه یا دارای پوشش بیمه‌ای ناکافی باشد و از معیارهای مشمولیت مطرح شده در برنامه FAP نیز برخوردار باشد. (CA)
- اینکه بیمار می‌تواند برای اطلاعات بیشتر درباره برنامه FAP، از جمله نحوه دالود سیاست‌گذاری کمک مالی، خلاصه ساده شده و فرم درخواست کمک مالی، به وبسایت بیمارستان عضو SJH مراجعه کند.
- اینکه بیمار می‌تواند از طریق یک شماره تلفن مشخص، برای کسب اطلاعات درباره برنامه FAP و برای دریافت کمک در تکمیل فرم درخواست کمک مالی، با اداره یا دفتر خاصی در بیمارستان عضو SJH تماس بگیرد.
- اینکه برای افراد مشمول برنامه FAP، مبالغ فاکتور شده برای هرگونه خدمات درمانی ضروری یا خدمات اورژانسی، از مبالغ معمول محاسبه شده (AGB) برای همان خدمت فراتر نخواهد رفت.

طی فرایند بازبینی درخواست کمک مالی نباید برای بیمار صورتحساب صادر شود.

- صورتحساب‌ها باید زمانی که درخواست کمک مالی بیمار دریافت می‌شود، به حالت «تعلیق» درآیند.
- تعلیق صورتحساب با تصمیم‌گیری در مورد درخواست دریافت شده به پایان خواهد رسید.

تحت هیچ شرایطی بیمارستان عضو SJH نباید اقدامات فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA) را در پیش گیرد مگر زمانی که اقدامات معقول برای تعیین استحقاق فرد جهت دریافت کمک مالی طی بازه‌ی اطلاع‌رسانی را انجام داده باشد. همچنین نظام SJH در پیشبرد مأموریت خود هرگز در هیچ موردی اقدامات زیر را انجام

کمک مالی

نخواهد داد:

- اقداماتی که مستلزم رسیدگی قضایی یا حقوقی باشند از جمله، ولی نه محدود به:
 - توقیف یا مصادره حساب‌های بانکی
 - دستگیری یا اقدام جهت دریافت قرار توقیف شخص
- فروش بدهی بیمار به سایر نهادها یا اشخاص (بدون تایید مدیر ارشد مالی بیمارستان)

تلاش‌هایی که برای دریافت هزینه‌های خدمات سلامت از طریق یک رابط، زیرمجموعه یا یک نهاد دریافت‌کننده‌ی خارجی مربوط به بیمارستان یا SJH به عمل می‌آید باید با استانداردهای مطروحه در این سیاست‌گذاری همخوانی کامل داشته و از جمله شامل تعریف و اعمال یک برنامه‌ی پرداخت معقول [CA] و کمک مالی باشد. تمام بیمارستان‌های عضو SJH باید اطمینان یابند که محدودیت‌های اعمال شده توسط این سیاست‌گذاری، بخش (r) 501 و، در کالیفرنیا، سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه خدمات بیمارستانی در هرگونه قرارداد و توافق میان بیمارستان عضو SJH و هر گونه نهاد رابط، زیرمجموعه یا نهاد دریافت‌کننده‌ی خارجی ذکر شوند.

کالیفرنیا:

به هنگام رسیدگی به بیماران واجد شرایط استفاده از کمک مالی، بیمارستان نباید قبل از تصمیم‌گیری درباره استحقاق فرد برای دریافت کمک مالی، از توقیف دارایی، حق تصرف ملک و یا گزارش‌دهی به نهادهای اعتبارسنجی مصرف‌کنندگان به عنوان اهرم فشار برای پرداخت صورتحساب‌های بیمارستان استفاده کند. این شرط به معنی بازداشتن بیمارستان از پیگیری بازپرداخت بدهی‌ها از طریق مراجع ثالث تصمیم‌گیری در زمینه تحقق طلب‌ها نیست.

برای بیماران فاقد پوشش بیمه‌ای، یا برای بیمارانی که طبق اطلاعاتی که ارائه داده‌اند امکان دارد بیماری با هزینه‌های بالای درمانی محسوب شوند، بیمارستان، منصوب بیمارستان، مالک بدهی بیمار، از جمله نهاد دریافت‌کننده‌ی هزینه‌ها، نباید به دلیل عدم پرداخت هزینه‌ها توسط بیمار، اطلاعات نامطلوب به نهادهای گزارش‌دهی اعتبار مصرف‌کنندگان ارسال کنند یا تا دست کم 150 روز بعد از اولین اطلاعیه صورتحساب پس از ترحیم، اقدامی قضایی علیه بیمار انجام دهند.

اگر بیماری دارد تلاش می‌کند که مشمول کمک مالی شود و با نیت درست برای حل و فصل مانده‌ی بدهی خود به بیمارستان از طریق مذاکره برای مشمولیت در برنامه پرداخت معقول یا انجام پرداخت‌های جزئی منظم از یک مبلغ معقول تلاش می‌کند، بیمارستان نباید صورتحساب پرداخت نشده را به نهادهای دریافت‌کننده‌ی هزینه‌ها یا هر منصوب و عامل دیگری بفرستد.

کمک مالی

صدور صورتحساب و دریافت هزینه از بیمار

صدور

صورتحساب

بیمار بر اساس

تایید FAP

- اگر فردی واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شود، SJH اقدامات زیر را انجام خواهد داد:
- یک صورتحساب برای فرد صادر می‌کند که مبالغی که وی به عنوان شخص مشمول FAP بدهکار است نشان می‌دهد و همچنین نحوه و دلایل تصمیم‌گیری برای مشمولیت وی را نیز ذکر کرده یا شرح می‌دهد.
 - اقدامات معقولی جهت مُلغی کردن هرگونه اقدام فوق‌العاده جهت دریافت هزینه‌ها (ECA) که علیه فرد انجام شده است، در پیش خواهد گرفت.
 - هرگونه پرداخت اضافه که فرد انجام داده است را به وی عودت می‌دهد.
 - یک صورتحساب صادر می‌کند که تمام مبالغ بدهی فرد، نحوه تعیین این مبلغ و محل کسب اطلاعات بیشتر درباره محاسبه‌مبالغ معمول محاسبه شده (AGB) را بیان می‌کند.

محدودیت‌های

هزینه‌ها

بیمارستان‌های عضو SJH مبالغ منظور شده برای بیمارانی را که واجد شرایط برنامه کمک مالی SJH برای خدمات درمانی ضروری و خدمات اورژانسی هستند، همانگونه که در این سیاست‌گذاری تعریف شده است، بیشتر از مبلغ AGB تعیین نخواهند کرد.

برنامه‌ی پرداخت

معقول

کالیفرنیا: زمانی که بیمار برای دریافت کمک مالی جزئی تایید شود، SJH بر سر یک برنامه پرداخت با وی به توافق می‌رسد. در مواردی که نتوان بر سر پرداخت قسطی ماهانه مبلغ به توافق رسید، SJH یک برنامه پرداخت معقول را پیشنهاد می‌دهد. برنامه پرداخت معقول باید شامل پرداخت‌های ماهانه‌ای باشد که بدون در نظر گرفتن کسورات مربوط به هزینه‌های ضروری زندگی که بیمار در فرم درخواست کمک مالی خود برشمرده است، نباید بیشتر از 10 درصد درآمد ماهانه‌ی خانواده‌ی بیمار باشند.

بازپرداخت به

بیمار

در مواردی که بیمار یا ضامن بیمار پرداخت سپرده یا سایر پرداخت‌های جزئیرا برای خدمات انجام داده باشد و متعاقباً بر اساس برنامه کمک مالی SJH واجد شرایط دریافت خدمات درمانی رایگان یا باتخفیف شناخته شده باشد، تمام مبالغ پرداختی وی که از سهم بیمار برای پرداخت هزینه‌ها بیشتر باشند، باید به وی بازپرداخت شوند.

هرگونه اضافه‌پرداخت انجام شده توسط بیمار طبق این سهم تعیین شده نباید برای سایر حساب‌های بدهی فعال یا بدهی‌های دیگری که وی یا نماینده‌ی خانواده‌اش به بیمارستان دارند، محاسبه و منظور شود. هر مبلغ یا تمام مبالغ بدهی‌ها باید ظرف یک بازه زمانی معقول به بیمار یا نماینده خانواده‌ی وی بازپرداخت شوند.

کمک مالی

صدور صورتحساب و دریافت هزینه از بیمار

کالیفرنیا: بیمارستان هر مبلغی را که بیش از مبالغ ذکر شده در این سیاست دریافت کرده باشد همراه با سود به بیمار باز خواهد گرداند. این سود از روزی که سهم پرداختی بیمار یا ضامن توسط برنامه کمک مالی تعیین شده است، محاسبه خواهد شد. سود پرداختی به میزان 10% در سال طبق بند 685.010 از آیین دادرسی مدنی کالیفرنیا پرداخت خواهد شد و مبنای آغاز محاسبه، تاریخی است که بیمارستان پرداختی بیمار را دریافت کرده است. البته اگر مبلغ بدهی بیمارستان کمتر از پنج دلار (\$5.00) باشد، بیمارستان بازپرداخت پول یا سود آن را به بیمار انجام نخواهد داد. برای این مبالغ بیمارستان باید اعتباری معادل مبلغ بدهی به مدت حداقل 60 روز از زمانی که بدهی تعیین شده است، برای بیمار منظور کند.

بازپرداخت به بیمار

تگراس: سودی به بیمار پرداخت نمی‌شود، و سپرده‌های بیمار غیرقابل بازپرداخت است.

کمک مالی

ضمیمه A

لیست بیمارستان ها

کالیفرنیا:

St. Joseph Hospital of Orange
St. Jude Medical Center
Mission Hospital
St. Mary Medical Center
Santa Rosa Memorial Hospital
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
St. Joseph Hospital, Eureka
Redwood Memorial Hospital

تگزاس:

Covenant Hospital Lubbock
Covenant Specialty Hospital
Covenant Children's Hospital
Covenant Hospital Plainview
Covenant Hospital Levelland