

صحة بابتيسيت دليل السياسة والإجراءات	
رقم 3.14	
القسم: رعاية المرضى المالية	الموضوع: سياسة المساعدة المالية للمستشفى
التاريخ الأصلي: أكتوبر 1998	يحل محل: تاريخ السريان: 1 أكتوبر 2017
تاريخ المراجعة: 1 يونيو، 2020	النطاق:
معتمد: سكوت وتين/، نائب الرئيس التنفيذي والمدير المالي	

1. السياسة

وفقاً لهذه السياسة، والمهمة والقيم الأساسية لصحة بابتيسيت، تهدف سياستنا إلى توفير العناية الطبية اللازمة لجميع المرضى بصرف النظر عن مواردهم المالية. تنطبق هذه السياسة فقط على مستشفيات صحة بابتيسيت والمقدم لهم المدرجين في المرفق أ. ولا تنطبق هذه السياسة على المقدمين المدرجين في المرفق ب أو على أي إجراء انتخابي أو إجراء آخر لا يعتبر من العناية الطبية اللازمة.

2. الهدف

لتقديم الإعانة المالية للمرضى الذين يستوفون المساعدة المالية المحددة وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لمستوى الفقر المُدرجة في المرفق "ج" والمحددة في هذه السياسة، بما يتفق مع متطلبات المادة 501 (ر) من قانون الإيرادات الداخلية.

3. التعريفات

AHCA: وكالة فلوريدا لإدارة الرعاية الصحية

المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام ("AGB"): متوسط مبلغ جميع المطالبات المسموح بها من قبل Medicare التقليدية وشركات التأمين الطبي التجارية على الرعاية الصحية على مدار الاثنى عشر (12) شهراً الماضية للرعاية الطبية اللازمة. سيتم تحديث المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام سنوياً خلال 120 يوماً من آخر يوم متضمن في حسابات السنة السابقة.

نسبة المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام ("AGB%"): المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام مقسمة إلى إجمالي رسوم المرضى لجميع المطالبات على مدار فترة الاثنى عشر (12) شهراً التي تم سدادها لبرنامج Medicare وشركات التأمين التجارية للرعاية الصحية.

الطلب: طلب المساعدة المالية، الذي يتضمن نسخة ورقية ونسخة عبر الإنترنت. يمكنك العثور على النسخة الورقية في المرفق "د" وعلى الموقع الإلكتروني لصحة بابتيسيت على <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

مستشفيات صحة بابتيسيت: جميع مستشفيات الرعاية الوجيهة لصحة بابتيسيت (مركز طبي بابتيسيت بيتشرز، مركز طبي بابتيسيت جاكسونفيل، مركز طبي بابتيسيت ناسو، مركز طبي بابتيسيت ساوث ومستشفى أطفال وولفسون)، والتي تشمل العيادات الخارجية ومراكز الطوارئ القائمة بذاتها (مركز طوارئ بابتيسيت في كلاي، مركز طوارئ بابتيسيت في نورث، مركز طوارئ بابتيسيت في أوكليف وطوارئ بابتيسيت في مركز المدينة).

المساعدة المالية: هذا الجزء من فاتورة المريض لا يكون المريض مسؤولاً عنه بسبب عدم قدرته على الدفع على النحو الذي تحدده معايير المساعدة المالية المبينة في هذه السياسة.

قانون العلاج الطبي في حالات الطوارئ وقانون العمل (EMTALA): اللوائح المعتمدة من قبل مراكز Medicare و Medicaid المعتمدة وفقاً لقانون العلاج الطبي في حالات الطوارئ وقانون العمل لعام 1986.

الأصول التقديرية الزائدة: القيمة السوقية العادلة للمدخرات والاستثمارات والممتلكات غير المسكونة بأعلى من 75,000 دولار. الأصول المستبعدة التي عقدت في خطط التقاعد المؤهلة، 401 (ألف) خطة، 403 (ب) خطط وغيرها من خطط التقاعد المؤهلة.

دخل الأسرة الزائد: 50% من الدخل الأسري السنوي أكثر من 200% من مستوى الفقر الاتحادي.

العناية الطبية الطارئة: الرعاية الصحية المقدمة من قبل مستشفى صحة بابتيست للمرضى مع حالة طبية طارئة.

حالات طبية طارئة: حالة الرعاية الصحية هي أعراض حادة ذات شدة كافية، قد تشمل ألاماً شديدة، حيث من المتوقع أن يؤدي غياب العناية الطبية الفورية بشكل معقول إلى خطر شديد على صحة المريض، بما في ذلك المرأة الحامل أو الجنين، أو الضعف الخطير لوظائف الجسم أو الاختلال الوظيفي الخطير في أي جزء أو عضو جسدي. ويشمل هذا التعريف المرأة الحامل التي تعاني من تقلصات إذا لم يكن هناك وقت كاف لإجراء عملية نقل آمنة لمستشفى آخر قبل الولادة، أو أن النقل قد يشكل خطراً على صحة وسلامة المريض أو الجنين، أو أن هناك أدلة على بداية واستمرار تقلصات الرحم أو تمزق الأغشية.

إجراءات مجموعة غير عادية ("ECAs"): الإجراءات من قبل مقدمي الرعاية الصحية ضد الفرد التي تنطوي على (1) بيع ديون الفرد لطرف ثالث، (2) الإبلاغ عن المعلومات السلبية عن الفرد إلى وكالات تقارير بطاقات ائتمان المستهلك أو مكاتب الائتمان، (3) تأجيل أو رفض الرعاية الطبية اللازمة قبل الدفع، أو بسبب عدم دفع الفرد للرعاية التي تم الحصول عليها سابقاً، و(4) إجراءات قانونية أو قضائية (باستثناء مطالبات الإفلاس والامتيازات التي يسمح بها قانون الدولة المتعلق بحكم الإصابة الشخصية أو التسوية أو حل وسط).

لا يتضمن إجراء المجموعة الاستثنائية (ECA) أيًا من: تسويات، أو أحكام أو حلول وسط صادرة من دعاوى المريض ضد الطرف الثالث الذي تسبب في إصابات المريض من طرف ثالث، وليس من المريض المصاب، ومن ثم فإن امتيازات المستشفى للحصول على هذه الإجراءات يجب ألا يتم التعامل معها كإجراءات مجموعة ضد المريض. بالإضافة إلى ذلك، فإن جزء وقائع الحكم، أو التسوية أو الحل الوسط بموجب قانون الولاية للرعاية الذي قدمته المستشفى قد ينظر إليه بشكل مناسب على أنه تعويض عن تلك الرعاية.

مستوى الفقر الاتحادي ("FPL"): إصدار الدخل الصادر سنويًا من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية والذي يستخدم لتحديد الأهلية للحصول على بعض البرامج والفوائد. جدول مستوى الفقر الاتحادي متوفر في المرفق ج.

إجمالي رسوم المريض: المبالغ التي فرضتها بابتيست للخدمات المقدمة قبل أي تعاقبات أو تسويات أو خصومات.

نتيجة توقع الرعاية الصحية: نتيجة وكالة ائتمان توقع الرعاية الصحية بنسبة 20 أو أقل (حد أدنى للدفع)؛ نتيجة وكالة ائتمان توقع الرعاية الصحية بنسبة 21-350 (حد متوسط للدفع) وحد أدنى بنسبة 5000 دولار في مجموعات الديون النشطة المعدومة، ولا تشمل الحساب الذي تتم مراجعته، أو بصرف النظر على نتيجة وكالة ائتمان توقع الرعاية الصحية، مجموعة الديون المعدومة النشطة لـ 20,000 دولار أو أكثر.

التأييد المالي للمريض: الموظف مخول لقبول وتقييم الطلب للمساعدة المالية.

الرعاية الطبية اللازمة: الرعاية الطبية أو الحليفة أو البضائع أو الخدمات المقدمة أو المطلوبة التي تتوفر فيها الشروط التالية: (1) تكون ضرورية لحماية الحياة، لمنع مرض خطير أو عجز كبير، لتخفيف ألم شديد أو لتقييم أفضل للمريض لتحديد خروج آمن؛ (2) مخصصة ومحددة، ومتوافقة مع أعراض أو تشخيصات مؤكدة للمرض أو الإصابة تحت العلاج، ولا تزيد عن احتياجات المريض. (3) تتفق مع المعايير الطبية المهنية المتعارف عليها على النحو الذي يحدده برنامج المعونة الطبية، وليست تجريبية أو تحقيقيه؛ (4) تعكس مستوى الخدمة التي يمكن أن تكون مقدمة بأمان، والتي لا يتوافر لها علاج فعال بنفس القدر أو أكثر تحفظاً أو أقل تكلفة على مستوى الولاية. و(5) مؤهلة مؤتنة بطريقة لا يقصد بها في المقام الأول توفير الراحة للمتلقى، ومقدم الرعاية للمتلقى أو موفرها. الرعاية المقدمة في المستشفى للمريض الداخلي ليست لازمة من الناحية الطبية إذا كانت متوافقة مع أحكام الرعاية الطبية المناسبة، ويمكن تقديمها بشكل فعال وبطريقة اقتصادية أكثر فاعلية على أساس العيادة الخارجية أو في منشأة المرضى الداخليين من نوع مختلف. حقيقة أن مقدم الخدمة قد وصف أو أوصى أو اعتمد الرعاية الطبية أو رعاية مقابلة، أو البضائع أو الخدمات لا تجعل مثل هذه الرعاية أو البضائع أو الخدمات في حد ذاتها ضرورية من الناحية الطبية.

وقت الدفع: ترتيبات الدفع لمريض أو ضامن لدفع فاتورته/فاتورتها الطبية خلال فترة متفق عليها من الزمن.

4. الإجراءات

أ. التعريف الفحص

تقييم الاحتياجات لتلقي الرعاية الطبية سوف يعتمد على التقييم الطبي. عند تقديم شخص إلى غرفة الطوارئ أو في الحالات التي توجد فيها حالات طبية طارئة، سوف تقدم مستشفيات صحة بابتيسيت علاجًا طارئًا لجميع المرضى الذين يطلبون الرعاية، بصرف النظر عن القدرة على الدفع وفقًا لمتطلبات EMTALA. بناءً على ذلك، ينبغي أن يتم التقييم المالي لصحة بابتيسيت فقط بعد التقييم الطبي المناسب وتقديم الرعاية الطبية المناسبة.

عند طلب خدمات غير طارئة، ينبغي أن يتم إجراء تقييم مالي قبل تقديم الرعاية كلما أمكن. بعد التقييم الطبي و/أو المالي، قد يحال الأشخاص إلى برامج بديلة مناسبة من الخدمات. إذا رفض المريض الحصول على الرعاية في المنشأة المناسبة، فقد يتم رفض المساعدات المالية. بالإضافة إلى ذلك، إذا استمر المريض في المجيء إلى غرفة الطوارئ للخدمات التي من الواضح أنها غير طارئة، فسوف ينظر إلى المريض من قبل EMTALA كما هو مطلوب، ولكن قد يتم رفض المساعدة المالية.

تبدأ الإحالات لتقرير المساعدة المالية في الأصل أو تحدد بواسطة ممثلي ودعاة الخدمات المالية للمرضى، وخدمات الوصول للمرضى وقسم الخدمات الاجتماعية. يمكن أن تبدأ الإحالات أو يتم تحديدها بواسطة موظفي صحة بابتيسيت آخرين أو أطبائهم أو أعضاء المجتمع الدولي. بالإضافة إلى ذلك، فإن جميع بيانات المريض تبلغ المرضى بتوفر المساعدات المالية وكيفية التقديم للحصول على مساعدة بموجب سياسة المساعدة المالية لمستشفيات صحة بابتيسيت .

سوف يتم التحقق من المرضى المحتملين المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بواسطة المسؤول المالي للمرضى أو ممثل الخدمات المالية للمرضى للمساعدة من خلال البرنامج الفيدرالي، أو الولاية أو الدولة وغيرها من برامج الخدمات الاجتماعية. سوف يعمل مسؤولو/ممثلو الخدمات المالية للمريض بالتعاون مع أعضاء رعاية صحية آخرين لاستكشاف الموارد المالية الأخرى للمرضى.

ب. الأهلية للحصول على المساعدة المالية

تُنشر هذه السياسة ومعلومات الاتصال بمسؤول الخدمات المالية للمريض على موقع صحة بابتيسيت على <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

دخل الأسرة، وفي بعض الأحيان، الأصول التقديرية هي المعيار الأساسي للأهلية للحصول على المساعدة المالية. للمرضى الذين لديهم دخل أسري مساو أو أقل من 200% من مستوى الفقر الاتحادي، والذي يمكن العثور عليه في المرفق ج، المبلغ المؤهل للحصول على المساعدة المالية يساوي رصيد المريض. للمرضى الذين لديهم دخل أسري أكبر من 200% من مستوى الفقر الاتحادي، المبلغ المؤهل للمساعدة المالية يساوي رصيد المريض مع تخفيض الأصول التقديرية الزائدة ودخل الأسرة السنوي الإضافي. تشمل الأصول التقديرية الزائدة مدخرات القيمة السوقية العادلة للمدخرات والاستثمارات والممتلكات غير السكنية التي تزيد قيمتها عن 75,000 دولار. الدخل السنوي الأسري الزائد يساوي 50% من دخل الأسرة السنوي ويفوق 200% من مستوى الفقر الاتحادي. سيمنح المرضى المؤهلون للحصول على المساعدة المالية الذين لديهم حصة في التكاليف خصم على حصتهم من التكلفة. لن يتم محاسبة المريض في أي وقت على أكثر من نسبة المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام للرعاية الطبية اللازمة، بما في ذلك الرعاية الطبية الطارئة. تم توضيح الحساب للوصول إلى نسبة المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام في المرفق هـ.

تتكون أرصدة المريض عادة من حلقة واحدة من الرعاية. ومع ذلك، فإن أرصدة المريض غير المدفوعة للخدمات المقدمة لمدة لا تزيد عن 12 شهرًا التالية لتاريخ تقديم المساعدة المالية سوف تكون مؤهلة للنظر في المساعدة المالية. للحد المطلوب بموجب القانون، سوف يتلقى المريض المؤهل للحصول على المساعدة المالية ردًا لأي مبالغ تم دفعها بواسطته أو بواسطتها تتجاوز المبلغ المسؤل هو/هي عنه بموجب سياسة المساعدة المالية. ومع ذلك، إذا كان هناك أي مؤشر إلى أن الوضع المالي للمريض قد تغير، فقد يتم تحديث المعلومات بصرف النظر عن تاريخ تقديم الطلب الماضي، والذي قد يؤثر في أهلية الفرد للحصول على المساعدة المالية.

مرضى الرعاية الطبية، عند استنفاد الفوائد، سوف يكونون مؤهلين تلقائيًا للحصول على المساعدة المالية طالما أنهم مؤهلون للحصول على المساعدة الطبية. حصة تكلفة المريض في الرعاية الصحية بموجب أحكام الاحتياجات الطبية لبرنامج الرعاية الطبية سوف تجعله مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية.

ج. عملية تقديم الطلبات والوثائق

يمكن لأي شخص يعتقد أنه أو أنها مستوفي الشروط للحصول على المساعدة المالية للرعاية الصحية الضرورية إكمال طلب الحصول على المساعدة المالية التي يمكن العثور عليها في المرفق "د" أو على الموقع الإلكتروني الخاص بالصحة بابتيسيت على <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>، أو شخصياً في كل مستشفى مجاناً. يمكن تقديم الطلب في أي وقت، لكن لا ينطبق إلا على أرصدة الخدمات المقدمة بعد فترة لا تزيد عن 12 شهراً بعد تاريخ تقديم الطلب. بمجرد انتهاء الطلب، يجب إكمال طلب جديد من أجل الحفاظ على الأهلية للمساعدة المالية. تتوفر الطلبات الورقية والإلكترونية. يتم تشجيع مقدمي الطلبات لاستخدام مسؤول الخدمات المالية للمرضى للمساعدة في تقديم شكل ثابت لتوثيق المساعدة المالية. يجب توقيع الطلب من قبل مقدم الطلب/الضامن والمسؤول المالي للمريض. يمكن التواصل مع المسؤول المالي للمرضى على هاتف رقم 202-2092 (904). يمكن لأي شخص بحاجة إلى المساعدة بلغة أخرى الاتصال على رقم 202-2435 (904).

يكون مقدم الطلب مسؤولاً عن إكمال الطلب بكامله وتقديم المستندات المستخدمة لتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية. بالإضافة إلى الطلب، قد تشمل الوثائق المناسبة واحداً أو أكثر من التالي:

1. نماذج اقتطاع W-2؛
2. قسائم الرواتب؛
3. عائدات ضريبة الدخل؛
4. بيانات الأرباح والخسائر من العمل الخاص؛
5. النماذج التي تعتمد أو تنكر بطالة أو تعويض العمال؛
6. تحقق مكتوب من الأجور من صاحب العمل؛
7. تحقق مكتوب من وكالات الرعاية الاجتماعية العامة أو أي وكالة حكومية يمكنها توثيق حالة دخل المريض على مدى الاثني عشر (12) شهراً الماضية؛
8. قسيمة المساعدة الطبية التي تعكس أن إعانات Medicaid للمريض الخاصة بالسنة المالية للمساعدة الطبية قد استنفدت (الرسوم المطبقة على هيل-بيرتون والتعديلات التعاقدية لا ينبغي اعتبارها مساعدات مالية)؛
9. دليل الإعسار من مقدم رعاية آخر، مثل WeCare، و Gift of Sight و Vision is Priceless؛
10. إثبات وضع طالب بدوام كامل من مكتب القبول في الجامعات؛
11. دليل القبول في برنامج مشاركة مثل Patrons of the Heart، و Solace for the Children، وما إلى ذلك، أو أي برنامج دولي آخر من رئيس المستشفى المناسب أو من ينوب عنه فيها؛ (سوف يعتبر هؤلاء المرضى محتاجين دوليين ويتم وضعهم وفق القانون المناسب)؛ وشهادة من دعم (الانتهاء بشكل صحيح)
12. شهادة دعم (مكتملة بشكل صحيح)

التنازل عن الوثائق الداعمة يرجع إلى قرار صحة بابتيسيت. في هذه المواقف فإن المعلومات المالية المدرجة في الطلب سوف يتم استخدامها.

في جميع الحالات، إذا لم يكتمل الطلب، ولكن المريض كان قد أكمل ووقع على شهادة الدعم، والتي يمكن العثور عليها في الملحق د ("الشهادة")، فسوف يتم استخدامها لتحديد أهلية المساعدة المالية المقدمة بدون تناقض مع الوثائق الداعمة.

بعد 3 محاولات، لا تكون صحة بابتيسيت قادرة على الحصول على أي تطبيق كامل أو شهادة كاملة، سوف يتم التحقق من أهلية المريض للحصول على مساعدة مالية باستخدام نتيجة توقع الرعاية الصحية، ومع ذلك، فإن صحة بابتيسيت لن تقوم بعمليات فحص HPS نتيجة توقع الرعاية الصحية هذه لأي مريض تكون خطته¹ التأمينية غير متعاقد عليها مع مستشفى صحة بابتيسيت المعتمدة لتكون في "الشبكة" ("خارج شبكة المرضى"). المرضى خارج الشبكة يجب عليهم تقديم طلب كامل أو إفادة كاملة ليكونوا مؤهلين للحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة.

الأشخاص الذين حرموا من المساعدة المالية يمكن أن يطلبوا مراجعة القرار عن طريق إرسال طلب لإعادة النظر خلال ثلاثين (30) يوماً من تاريخ القرار للعنوان التالي: صحة بابتيسيت، صندوق بريد، Box 45094, Jacksonville, FL 32232، عناية: مسؤول المساعدة المالية. مستويات الموافقة بناء على الدخل والأصول المبينة وفق السياسة وغير مؤهلة لإعادة النظر فيها. سوف تتم مراجعة الحسابات الخاطئة أو سوء تطبيق المعايير أو السهو غير المقصود أو الخطأ في استكمال الطلب لتحديد ما إذا كان تصحيح مثل هذه الأخطاء سوف تنجم عنه نتائج مختلفة بشأن الأهلية أو مستوى المساعدة المالية.

¹ قسم الرعاية الطبية المدار سوف يقدم لقسم الخدمات المالية للمرضى كل ثلاثة أشهر، أو عندما تحدث تغييرات، قائمة بخطط التأمين التي لا تتعاقد مع مستشفى صحة بابتيسيت "كشبكة مرضى داخليين".

د. الفئات الخيرية

المساعدة المالية الأساسية: الدخل الإجمالي للأسرة >200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

المساعدة المالية الجزئية: إجمالي دخل الأسرة <200% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكن >400% من مستوى الفقر الفيدرالي والرصيد المستحق من المريض بعد خصم الأصول هو <50% من إجمالي دخل الأسرة

المساعدات المالية الكارثية: إجمالي دخل الأسرة <400% من مستوى الفقر الفيدرالي والرصيد المستحق من المريض بعد خصم الأصول هو <50% من إجمالي دخل الأسرة

اعتبارات خاصة: قد تدعم حالات التخفيف المساعدة المالية التي لا ينص عليها بخلاف ذلك وفقاً لمعايير الأهلية العامة لهذه السياسة. قد تتطلب مثل هذه الظروف التزامات مالية أخرى مهمة أو احتياجات طبية مستقبلية متوقعة. جميع هذه الاعتبارات الخاصة تتطلب الموافقة من نائب الرئيس - دائرة العائد، ونائب الرئيس للشؤون المالية أو المدير المالي.

هـ. الفواتير/ممارسات التحصيل

بيانات المريض

ترسل البيانات كل 30 يوماً، وسوف يتلقى المرضى 4 بيانات ما لم يكونوا دفعوا كامل المبلغ، وطالبوا وقاموا بعمل الترتيبات المالية اللازمة، التي اعتمدت للمساعدة المالية، أو البيانات التي صنفت على أنها بريد عائد. إذا تمت ترتيبات مالية ووضع المريض في قائمة الدفع، يتم تحويل الحسابات إلى رمز الدفع المناسب. سوف يستمر المريض في تلقي بيانات شهرية حتى يتم دفع الحساب بالكامل. إذا تخلف المريض عن الدفع، تتم إعادة الحساب إلى مسار الدفع الكامل. المعلومات المتعلقة بكيفية التقديم للحصول على مساعدة مالية ورقم الهاتف للشخص المسؤول عن تسريع الحصول على القرار في أي نزاع حول الفاتورة سوف تعرض في جميع البيانات. سيتم أيضاً إرسال ملخص بلغة مبسطة بالبريد الإلكتروني يوضح المساعدة المالية المتوفرة للمريض مع إشعار مدته 30 يوماً قبل إرسال الحساب إلى المجموعات.

عملية الجمع

الحسابات التي ليست في وقت الدفع وتحمل صفة الدفع الشخصية تتم بواسطة المحصلين الذاتيين. جميع المرضى يتلقون، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر (بواسطة الوصي الخاص بهم، أو الضامن أو المحامي)، مجموعة من 4 بيانات و2 من المكالمات الهاتفية الآلية. تتم المكالمات الإضافية من قبل محصل الدفع الذاتي بناء على المبلغ بالدولار للحساب. لن يتم إجراء أي عمليات جمع استثنائية ضد الأفراد الذين تم اعتمادهم للحصول على المساعدة المالية (أو لديهم طلب معلق لذلك). قد تقدم التقارير لوكالة التأمين ضد الأفراد الذين لم يتم اعتمادهم للحصول على (أو لديهم طلب معلق للحصول على) المساعدات المالية حتى موعد لا يتجاوز 240 يوماً بعد تاريخ أول بيان فواتير بعد الخروج وعلى الأقل 30 يوماً بعد أن تقدم صحة بابتيست أو عميلها للفرد إخطاراً مكتوباً بالموعد النهائي الذي تبدأ بعده مثل هذه التقارير.

إذا لم يتم دفع الحساب بالكامل بعد إرسال جميع البيانات ولم يتم اعتماد الشخص للمساعدة المالية (وتم بذل الجهود المعقولة لتحديد ما إذا كان الشخص مؤهلاً لمثل هذه المساعدة)، فسوف يتم إرسال الحساب إلى وكالة تجميع أولية. سوف يظل الحساب في الوكالة الأولية لمدة 120 يوماً. إذا لم تتم أي ترتيبات دفع أو إذا لم تتم المدفوعات المعتادة للوكالة، فسوف يتم غلق الحساب وإعادته إلى صحة بابتيست. الحسابات التي تحتوي على محصل أساسي لا يتم الإبلاغ عنها لمكتب التأمين.

بمجرد غلق الحساب وإعادته من الوكالة الأساسية وكان لا يزال هناك رصيد، سوف يتم تحويل الحساب إلى وكالة ثانوية لفترة تصل إلى 365 يوماً. يتم الإبلاغ عن الحسابات التي تم وضعها في وكالة ثانوية إلى مكتب الائتمان. بعد مرور 365 يوماً، فإن أي حساب ما زال يوجد به رصيد وليس في خطة السداد، يتم إغلاقه وإعادته إلى صحة بابتيست. سوف تظل الأرصدة في ملف مكتب الائتمان.

و. نشر هذه السياسة

يمكن للأفراد بدون رسوم الحصول على نسخة مكتوبة من هذه السياسة، وملخص بلغة بسيطة، والطلب والإجراءات لحساب الخصومات وتحديد الأهلية بزيارة موقع ويب صحة بابتيست على <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance> أو من خلال تقديم طلب مكتوب إلى صندوق بريد صحة بابتيست، Box 45094, Jacksonville, FL 32232، عناية: مسؤول المساعدة المالية. ستتوفر هذه الوثائق بلغات مختلفة بناءً على أقل من 5% من مجتمع المستشفى أو 1,000 حسب ما يقتضيه القانون أو سياسة صحة بابتيست. تتوافر هذه السياسة والملخص اللغوي على موقع ويب صحة بابتيست وفي غرف طوارئ مستشفيات صحة بابتيست، ومكاتب القبول وغيرها من نقاط الاشتراك. سوف تنتهج صحة بابتيست إجراءات لإخطار وإبلاغ المقيمين في الشمال الشرقي فلوريدا بهذه السياسة كما هو مطلوب من قبل الدولة والقانون الاتحادي.

المراجع

- أ. الملحق أ - موفرو الرعاية الذين تشملهم سياسة المساعدة المالية
- ب. الملحق ب - موفرو الرعاية الذين لا تشملهم سياسة المساعدة المالية
- ج. الملحق ج - توجيهات الفقر الفيدرالية
- د. الملحق د - طلب المساعدة المالية
- هـ. الملحق هـ - حساب نسبة المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام.

قائمة مقدمي الخدمات الذين تشملهم سياسة المساعدة المالية

في قسم التسجيل رقم (و) (3)(1) (ب) 4- (ف) 1.504 وإشعار 2015-46، تحدد هذه القائمة مقدمي الطوارئ والرعاية الطبية اللازمة المقدمة في المستشفى الذين يشملهم برنامج المساعدة المالية (FAP). الإجراءات الانتخابية وغيرها من الرعاية التي ليست في حالة الطوارئ أو لازمة طبيًا لا يشملها برنامج المساعدة المالية لكل مقدم رعاية.

مركز طبي بابتيسيت بيتشر إنك.

مركز طبي بابتيسيت ناسو إنك.

مستشفى جنوب بابتيسيت في فلوريدا إنك.

د/ب/أ: المركز الطبي بابتيسيت جاكسونفيل

المركز الطبي بابتيسيت ساوث

مركز طوارئ بابتيسيت في كلاي

مركز طوارئ بابتيسيت نورث

مركز طوارئ بابتيسيت في مركز المدينة

مركز طوارئ بابتيسيت في أوكليف

مستشفى وولفسون للأطفال

مستشفى بياتيسيت للصحة السلوكية

قائمة مقدمي الخدمات الذين لا تشملهم سياسة المساعدات المالية

فابين لأمراض النساء والولادة	جاكسونفيل أوران القرن الحادي والعشرين
متخصصو الربو وحساسية الأسرة	مركز أكرمان للسرطان
المراكز الطبية العائلية	متخصصو أمراض الحساسية والربو في شمال ولاية فلوريدا
معهد الساحل الأول للقلب والأوعية الدموية	أميليا للتخدير
شركاء فلوريدا للتخدير	أميليا للطب الباطني
المجموعة الطبية الداخلية	مركز آشي للقلب والأوعية الدموية
الأمراض الجلدية الساحلية	أطباء بابتيسيت آجويل
معهد إدارة الألم	مستشفى بياتيسيت لأمراض القلب
جاكسونفيل للتخدير	متخصصو الأنف والأذن والحنجرة لبياتيسيت
مجموعة جاكسونفيل متعددة التخصصات	عيادة بياتيسيت هيلث
معهد جاكسونفيل للعظام	أطباء مركز إم دي أندرسون للسرطان التابع لبياتيسيت
جاكسونفيل لطب الأطفال	قسم الأعصاب ببياتيسيت
رابطة جاكسونفيل لطب الأطفال	أمراض النساء والولادة ببياتيسيت
ليرلي بياتيسيت	الرعاية الأولية ببياتيسيت
عيادة ماكليفز للمسالك البولية	متخصصو أمراض الرئة ببياتيسيت
العناية المتخصصة لأطفال نيمورس	الروماتيزم ببياتيسيت
أمراض الكلى شمال شرق فلوريدا	جراحة المسالك البولية ببياتيسيت
شركاء أمراض النساء/التوليد شمال فلوريدا	أسرة بارتارم بارك أنف وأذن وحنجرة
جراحو شمال فلوريدا	بيتشز أنف وأذن وحنجرة
شركاء علاج الأرجل بفلوريدا	عيادة بورلاند جروف
مستشارو النساء والتوليد الإقليميون	خبراء السرطان شمال فلوريدا
اختصاصي التخدير والعمود الفقري بالجنوب الشرقي	شركاء جراحة القلب والأوعية الدموية
رابطة جنوب شرق لعلم الأمراض	مجموعة كارريثرز لطب الأطفال
متخصصو الشبكية جنوب شرق	عيادة أمراض الكلى
سانت جون لطب الأطفال	استشاريو أمراض الجهاز الهضمي
أطباء صحة جامعة فلوريدا	الأطباء موري، بين وبروكس
أطباء جاكسونفيل جامعة فلوريدا	مجموعة الموارد في حالة الطوارئ
مركز العلوم الصحية جاكسونفيل بجامعة فلوريدا	إدوارد دي، تريبيوزو، الطبيب
أطباء المرأة في جاكسونفيل	

يتم تشجيع المرضى وأسرهم لمراجعة مكتب مقدم الخدمة لأنهم قد يقدمون مساعدة مالية ورعاية مخفضة.

المبادئ التوجيهية لأهلية الحصول على المساعدة المالية

لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، تضع صحة بابتيست في اعتبارها دخل أسرتك السنوي، وعدد الأشخاص داخل الأسرة، ومصادر الدخل الأسري الأخرى المحتملة ("الأصول التقديرية"). ونقارن المعلومات التي تقدمها مع المبادئ التوجيهية الفيدرالية الحالية لتعريف الفقر (FPG). ويمثل المخطط الموجود أدناه توجيهًا عامًا لذلك:

عدد الأشخاص المعالين	قد تتوفر الرعاية الخيرية الكاملة (الرعاية المجانية) إذا كان دخل أسرتك السنوي:	قد تتوفر الرعاية الخيرية الجزئية أو الخصومات إذا كان دخل أسرتك السنوي:
	أقل من 200% من قيمة المبادئ التوجيهية لتعريف الفقر 2020	من 200% إلى 400% من قيمة المبادئ التوجيهية لتعريف الفقر 2020
1	أقل من 25.520 دولارًا	من 25.520 دولارًا إلى 51.040 دولارًا
2	أقل من 34.480 دولارًا	من 34.480 دولارًا إلى 68.960 دولارًا
3	أقل من 43.440 دولارًا	من 43.440 دولارًا إلى 86.880 دولارًا
4	أقل من 52.400 دولارًا	من 52.400 دولارًا إلى 104.800 دولارًا
5	أقل من 61.360 دولارًا	من 61.360 دولارًا إلى 122.720 دولارًا
6	أقل من 70.320 دولارًا	من 70.320 دولارًا إلى 140.640 دولارًا
7	أقل من 79.280 دولارًا	من 79.280 دولارًا إلى 158.560 دولارًا
8	أقل من 88.240 دولارًا	من 88.240 دولارًا إلى 176.480 دولارًا
أكثر من 8 أشخاص معالين	أضف 4.480 دولارًا عن كل شخص إضافي	

بابتيست جاكسونفيل
جنوب بابتيست
شواطئ بابتيست
بابتيست ناسو
بابتيست كلاي
مركز مدينة بابتيست
شمال بابتيست
مركز بابتيست في أوكليف
مستشفى ولفسون للأطفال
مستشفى بابتيست للصحة السلوكية



طلب مساعدة مالية لخدمات المستشفى

التاريخ:	الحساب:
----------	---------

معلومات المريض	معلومات الضامن (إن كان مختلفاً عن المريض)
الاسم:	الاسم:
الشارع:	الشارع:
المدينة:	المدينة:
الولاية:	الولاية:
هاتف المنزل:	هاتف المنزل:
هاتف العمل:	هاتف العمل:
تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:
رقم التأمين الاجتماعي:	رقم التأمين الاجتماعي:
الحالة الاجتماعية:	الحالة الاجتماعية:

إضافة معلومات عن الزوج والأطفال المعالين تحت سن 18 سنة الذين يعيشون في المنزل، والطلاب بدوام كامل المعالين تحت سن 25 سنة

الاسم	العلاقة	تاريخ الميلاد	رقم التأمين الاجتماعي

سجل التوظيف/الدخل

قائمة بالوظائف وغيرها من مصادر/مبالغ الدخل الأسبوعي للاثني عشر (12) شهراً الماضية لجميع أفراد الأسرة

أعضاء الأسرة	صاحب العمل	رقم هاتف صاحب العمل	الأجور الشهرية	تاريخ التوظيف
				شهر/سنة - شهر/سنة

تاريخ أي دخل آخر

قائمة بجميع مصادر الدخل الشهرية على مدار الاثني عشر (12) شهرًا الماضية لجميع أفراد الأسرة

المبلغ	إلى	من	اسم فرد الأسرة	دخل شهري آخر
				التأمين الاجتماعي
				دخل استثماري
				معاش
				دخل تأميني إضافي
				بطالة
				منافسة العامل
				نفقة
				المعونات المؤقتة
				فوائد VA
				ممتلكات مستأجرة
				الأقساط السنوية للتأمين
				دعم الطفل
				إيرادات الفوائد
				أخرى
				إجمالي مصادر الدخل الأخرى
				المجموع الكلي للأجور وغيرها من مصادر الدخل

الأصول

دولار	نقدًا، مدخرات، فحص الحسابات
دولار	شهادة إيداع
دولار	سندات ادخار الولايات المتحدة، سندات/فواتير الخزنة الأمريكية
دولار	الأسهم، صناديق الاستثمار، الصناديق الائتمانية
دولار	دخل التقاعد (401 ألف، 403 آلاف، IRA)
دولار	هل تملك منزلاً آخر/ممتلكات أخرى بخلاف محل إقامتك الأساسي: نعم لا
دولار	عنوان المنزل الإضافي/الممتلكات (القيمة السوقية العادلة)
دولار	إجمالي الأصول

أنا الموقع أدناه أفوض زوجي و/أو صاحب العمل الحالي أو السابق بتقديم معلومات العمل والراتب الخاص بي إلى نظام صحة بابنتيست. أشهد بموجبه أن المعلومات في هذا الطلب للحصول على المساعدة المالية حقيقية وصحيحة لأفضل معلوماتي. نظام صحة بابنتيست، وفق تقديره الخاص، قد يطلب إثباتًا بالدخل للتحقق من أهلية الحصول على الرعاية الخيرية.

أفوض صحة بابنتيست للحصول على تقرير انتمائي للمساعدة على تقييم طلب المساعدة المالية الخاص بي.

وفقًا للقسم 817.50 من قانون ولاية فلوريدا، فإن تقديم معلومات خاطئة للاحتيال على المستشفى لغرض الحصول على السلع أو الخدمات هو جنحة من الدرجة الثانية.

الطالب/الضامن: _____ التاريخ: _____
 الشاهد: _____ التاريخ: _____
 ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

لتحقق المستشفى من الأجور

صاحب العمل:	الأجور المتحقق منها:
ممثل الشركة:	توقيع الموظف:

حساب نسبة المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام لبرنامج صحة بابتيست خلال السنة المالية 2020-2021

لن يُخصم أكثر من 20% من إجمالي رسوم المستشفى للرعاية الطبية الضرورية للفرد المستوفي لشروط برنامج المساعدة المالية. ويشمل ذلك الرعاية للمرضى الداخليين والخارجيين على حد سواء. وعشرين في المائة (20%) هو المعدل المتوسط الذي تسدده شركات التأمين الصحي مقابل رسوم الرعاية الصحية والتجارية وخدمة Medicare كتعويض لبرنامج صحة بابتيست.

للوصول إلى قاعدة 20% تلك، نستخدم طريقة "الرجوع إلى الخلف". نضيف ما يصل إلى جميع المطالبات المدفوعة لنا خلال مدة قدرها 12 شهرًا من قبل شركات التأمين الصحي مقابل رسوم الرعاية الصحية والتجارية للرعاية الطبية الضرورية. نقسم هذا المبلغ على مجموع كامل الرسوم لتلك المطالبات. يُسمى الرقم الذي نحصل عليه "المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام" أو "AGB". إن المطالبات التي نراجعها هي تلك المطالبات التي تم دفعها وتصريفها خلال فترة 12 شهرًا. إذا لم تكتمل المطالبة في اليوم الأخير من فترة الـ 12 شهرًا، فلا تحسب هذه المطالبة في الإجمالي. تحسب المطالبات فقط عند الدفع. سيتم تحديث المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام سنويًا خلال 120 يومًا من آخر يوم متضمن في حسابات السنة السابقة.

عند حساب النسبة المئوية للمبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام (AGB%)، نقوم بتضمين المبلغ الكلي المسموح به من قبل شركة تأمين. وهذا يعني المبلغ الذي تدفعه الشركة بالإضافة إلى المبلغ الذي يدفعه المريض. قد تشمل مسؤولية المريض المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات. فيما يتعلق بمقدار المبلغ الذي نحسبه لدفع المريض، لا يهم ما إذا كانت الرسوم الكاملة للخدمة قد تم دفعها بالفعل. لا نضع في الاعتبار ما إذا كان قد تم تطبيق الخصم على فاتورة المريض، حيث تنقسم المبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام (AGB) على الرسوم الإجمالية للمريض لجميع المطالبات طوال فترة مراجعة قدرها 12 شهرًا التي تُدفع من قبل الرعاية الصحية وشركات التأمين التجارية للرعاية الصحية.

وأخيرًا، تُعد النسبة المئوية المستخدمة لجميع المستشفيات وعيادات الطوارئ هي أقل عائد في المستشفيات الأربعة. يتم منح المرضى الذين يتحملون التكاليف الطبية بأنفسهم خصمًا مساويًا لمعكوس النسبة المئوية للمبالغ التي تمت فوترتها بشكل عام (AGB)، في المثال أعلاه، خصم 80%.