

سياسة المساعدة المالية

المجموعة المستهدفة:	تاريخ الإصدار الأصلي:	الإصدار:
اعتماد:	تاريخ آخر اعتماد/مراجعة:	إعداد:
	تاريخ السرمان:	

النسخ المطبوعة بغرض الرجوع إليها فقط. ويرجى الرجوع إلى النسخة الإلكترونية للحصول على أحدث إصدار.

المراجع/المتطلب التنظيمي:

تتوافق هذه السياسة مع قانون الإيرادات الداخلية القسم 501 (ع) وأنظمة الخزنة ذات الصلة.

الرقابة والمسؤولية:

يتولى مدير الشؤون المالية لمستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف نورث سنترال أوهايو ذ.م.م. d/a/b، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند إيست (كليفلاند إيست)، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند ويست (كليفلاند ويست)، ومستشفى سيلكت سبيشلي هوسبيتال - كليفلاند ذ.م.م. d/b/a، ومستشفى سيلكت سبيشلي هوسبيتال - فيرهيل (كليفلاند فيرهيل)، ومستشفى سيلكت سبيشلي هوسبيتال - كليفلاند جيتاواي (كليفلاند جيتاواي) (المشار إليها بصورة جماعية بلفظ "المستشفى") مسؤولية مراجعة هذه السياسة وتعديلها وتحديثها وتفعيلها للحفاظ على الامتثال إلى المتطلبات التنظيمية وغيرها من المتطلبات، شريطة أن تتطلب جميع المراجعات والتعديلات موافقة مجلس إدارة مستشفى سيلكت كليفلاند هوسبيتالز ذ.م.م.

وتقع المسؤولية على عاتق المستشفى والإدارة والتخصص في تطبيق السياسة.

سياسة المساعدة المالية

تنص سياسة المستشفى على تقديم الرعاية الطبية اللازمة دون النظر إلى العرق أو العقيدة أو القدرة على سداد نفقات الرعاية. ويمكن للمرضى الذين لا تتوفر لديهم الوسائل اللازمة لدفع تكاليف الخدمات المقدمة في المستشفى طلب الحصول على المساعدة المالية، والتي تُمنح وفقاً للشروط والأحكام المنصوص عليها أدناه. وتستهدف معايير الأهلية للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة إلى ضمان توفر الموارد المالية لدى المستشفى لتقديم خدمات الرعاية للمرضى الذين في أمس الحاجة إلى الحصول على الدعم المالي.

1- الخلفية

- أ- تتخصص المستشفى في الرعاية الطبية طويلة الأمد للحالات الحرجة والتي يجري تشغيلها وإدارتها على نحو يتسق بصورة عامة مع متطلبات مؤسسة كليفلاند كلينك بموجب القسم 501(ج)3 من قانون الإيرادات الداخلية والمؤسسات الخيرية بموجب قانون الولاية.
- ب- تلتزم المستشفى بتقديم الرعاية الطبية اللازمة. وتُقدم "الرعاية الطبية اللازمة" إلى المرضى دون النظر إلى العرق أو العقيدة أو القدرة على سداد نفقات الرعاية.
- ج- تهدف سياسة المساعدة المالية إلى أن يكون المستفيدون الرئيسيون منها هم المرضى غير المؤمن عليهم ممن لا يتجاوز الدخل السنوي لأسرهم 100% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل (FPG) التي تنشرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة من وقت لآخر والسارية في تاريخ تقديم منح المساعدات المالية بموجب هذه السياسة. وقد تُتاح المساعدة المالية على أساس الدخل للمرضى غير المؤمن عليهم وبعض المرضى الآخرين ممن يصل الدخل السنوي لأسرهم إلى 400% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل. كما قد يكون المرضى الذين يمرون بصعوبات مالية أو شخصية أو ظروف طبية خاصة مؤهلين للحصول على المساعدة المالية. ولن يتم تحميل أي مريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة بأي حال من الأحوال نفقات تزيد عن المبالغ المدفوعة بصفة عامة مقابل هذه الرعاية.

2- التعريفات

"الدخل السنوي للأسرة" يشمل الأجور والرواتب ودخل العمل غير المأجور بما في ذلك النفقة وإعالة الأطفال، والتأمين الاجتماعي، وبدل البطالة، واستحقاقات تعويض العمال، والمعاشات، وإيرادات الفوائد والدخل من الإيجارات للأسرة.

"الطلب" يُقصد به عملية التقدم للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة، بما في ذلك إما (أ) عن طريق استكمال طلب الحصول على المساعدة المالية للمستشفى بصورة شخصية أو عبر الإنترنت أو عبر الهاتف مع أحد الممثلين، أو (ب) عن طريق إرسال نسخة ورقية مكتملة من طلب الحصول على المساعدة المالية للمستشفى بالبريد أو تسليمه للمستشفى.

"CBO" تعني المكتب المركزي لإعداد الفواتير وتحصيل الرسوم.

"الأسرة" يُقصد بها المريض وزوج/زوجة المريض (بغض النظر عن المكان الذي يعيش فيه الزوج/الزوجة) وجميع أطفال المريض الطبيعيين أو بالتبني الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا ويعيشون مع المريض. وإن كان عمر المريض يقل عن ثمانية عشر عامًا، يشمل مصطلح الأسرة المريض، والوالدين الطبيعيين أو بالتبني للمريض (بغض النظر عن المكان الذي يعيش فيه الوالد (الوالدين)، وجميع الأطفال الطبيعيين أو بالتبني للوالدين الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا ويعيشون في المنزل.

"FPG" يُقصد بها المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل التي تنشرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة من وقت لآخر والسارية في تاريخ تقديم الخدمة .

"HCAP" هو برنامج ضمان الرعاية الصحية بمستشفيات ولاية أوهايو. ويعتبر برنامج ضمان الرعاية بمثابة إصدار ولاية أوهايو من برنامج الدفعات التكميلية للمستشفيات ذات الحصة غير المتكافئة المطلوب فيدراليًا. ويقدم برنامج ضمان الرعاية التمويل للمستشفيات التي تُقدم حصة غير متكافئة من الخدمات الطبية الأساسية اللازمة على مستوى المستشفيات للمرضى المؤهلين.

"المرضى المؤمن عليهم" هم الأفراد الذين يمتلكون أي تأمين صحي حكومي أو خاص.

"الرعاية الطبية اللازمة" يُقصد بها تلك الخدمات المعقولة والضرورية للتشخيص وتقديم الإجراء الوقائي أو الملطف أو العلاجي أو الترميمي للحالات المرضية الجسدية أو النفسية وفقًا للمعايير المعترف بها مهنيًا للرعاية الصحية المقبولة بصورة عامة في وقت تقديم الخدمات. ولا تتضمن الرعاية الطبية اللازمة الأدوية الواردة في الوصفات الطبية لمرضى العيادات الخارجية.

"السياسة" يُقصد بها سياسة المساعدة المالية على النحو الساري في الوقت الحالي.

"المقيم" يُقصد به أي شخص يقيم بصورة قانونية في الولايات المتحدة الأمريكية وكان يقيم بصفة قانونية في الولاية التي يتم المطالبة بالخدمات الطبية فيها لمدة لا تقل عن ستة (6) أشهر في وقت تقديم الخدمات أو خلاف ذلك من لديه النية للبقاء في الولاية التي يتم المطالبة بالخدمات الطبية فيها لمدة لا تقل عن ستة (6) أشهر بعد تقديم الخدمات.

"المرضى غير المؤمن عليهم" هم الأفراد: (1) الذين لا يمتلكون تأمينًا صحيًا حكوميًا أو خاصًا، (2) الذي لا تغطي استحقاقات التأمين الخاصة بهم الرعاية الطبية اللازمة التي يسعى المريض للحصول عليها.

3- العلاقة بالسياسات الأخرى

أ- سياسة برنامج ضمان الرعاية. تشارك المستشفى في برنامج ضمان الرعاية. وتخضع جميع خدمات برنامج ضمان الرعاية لسياسة برنامج ضمان الرعاية التابع للمستشفى ولا تنص السياسة على أي شيء يُقصد منه أو ينبغي أن يُفسر على أنه يقيد المساعدة المقدمة للأفراد المستحقين وفقًا لبرنامج ضمان الرعاية. يغطي برنامج ضمان الرعاية الخدمات الطبية اللازمة والأساسية فقط على مستوى المستشفى.

ب- السياسة المتعلقة بالرعاية الطبية الطارئة – لا تُقدم الرعاية الطارئة في المستشفى.

ج- تغطية الأدوية الواردة في الوصفات الطبية. قد يكون المرضى الذين يحتاجون إلى المساعدة في تكلفة الأدوية الواردة في وصفاتهم الطبية مؤهلين للاستفادة من أحد برامج مساعدات المرضى التي تقدمها شركات الأدوية. ويرجى الاتصال بقسم إدارة الحالات المعني في المستشفى للحصول على مزيد من المعلومات.

4- معايير الأهلية للحصول على المساعدة المالية

يستحق المرضى الذين يستوفون المؤهلات الواردة أدناه الحصول على المساعدة المنصوص عليها في القسم السابع بموجب هذه السياسة.

يستحق المرضى الذين يسعون للحصول على الرعاية في المستشفى الحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة في إطار إحدى الفئات الثلاث التالية للأهلية المالية:

أ- المساعدة المالية على أساس الدخل

- 1- المرضى غير المؤمن عليهم والذين لا يتجاوز الدخل السنوي لأسرهم 400% من الدخل المحدد وفقًا للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل،
- 2- المرضى الذين يسعون للحصول على الرعاية الطبية اللازمة لخدمات المستشفى المقدمة للمرضى الداخليين، و
- 3- المرضى الذين يقيمون في ولاية أوهايو.

ب- الطرق الإضافية للتأهيل من أجل الحصول على المساعدة. يمكن لأي مريض غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة إلا إنه غير قادر على دفع تكلفة الرعاية الطبية اللازمة السعي للحصول على المساعدة في الحالات التالية:

- 1- الظروف الاستثنائية – المرضى الذين أفادوا أنهم يمرون بضائقة شخصية أو مالية شديدة (بما في ذلك المرض العضال أو الحالات الطبية المستعصية الأخرى).
- 2- الحالات الطبية الخاصة – المرضى الذين يسعون إلى الحصول على العلاج الذي لا يمكن تقديمه إلا من جانب الطاقم الطبي للمستشفى أو الذين سيستفيدون من الخدمات الطبية المستمرة من المستشفى من أجل استمرارية الرعاية.

سيتم تقييم طلبات الحصول على المساعدة نتيجة الظروف الاستثنائية أو الظروف الطبية الخاصة على أساس كل حالة على حدة.

ج- الفحص المؤهل لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid). قد يتم التواصل مع المرضى غير المؤمن عليهم الذين يسعون للحصول على الرعاية في المستشفى من جانب أحد الممثلين لتحديد ما إذا كان مؤهلاً لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid) أم لا. ويجب على المرضى غير المؤمن عليهم التعاون مع عملية التأهل لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid) للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة.

5- طريقة تقديم الطلب

أ- المساعدة المالية على أساس الدخل.

3- يمكن لأي مريض يسعى وراء الحصول على المساعدة المالية على أساس الدخل في أي وقت في عملية تحديد المواعيد أو تحرير الفواتير استكمال طلب المساعدة المالية وسُطالِب بتقديم معلومات بشأن الدخل السنوي للأسرة لفترة الأشهر الثلاثة التي تسبق تاريخ مراجعة الأهلية مباشرة. ويمكن الحصول على طلب المساعدة المالية في مناطق القبول لدينا، أو من أحد الممثلين في منشأتنا أو مكتبنا التجاري.

2- في حالة وجود أي تناقض بين مصدرين من مصادر المعلومات، قد يطلب ممثل المستشفى تقديم معلومات إضافية لدعم الدخل السنوي للأسرة.

4- الظروف الاستثنائية. ستقوم المستشفى ببدء طلب لأي مريض مُحدد في المستشفى على أنه قد تكبد أو معرض لخطر تكبد رصيد مرتفع أو أفاد مروره بضائقة شخصية أو مالية شديدة. وتتولى المستشفى جمع معلومات بشأن الظروف المالية والصعوبات الشخصية من المريض. وتُتخذ القرارات من جانب مدير المكتب المركزي لإعداد الفواتير وتحصيل الرسوم بالمستشفى تحت إشراف نائب المدير وعمليات إعداد الفواتير. وسيتم إخطار المريض بالقرار النهائي.

5- الظروف الطبية الخاصة. تقوم المستشفى ببدء طلب لأي مريض مُحدد خلال عملية تحديد المواعيد أو القبول على أنه يعاني من ظروف طبية خاصة محتملة ويطلب ممثل المستشفى توصية من طبيب المستشفى الذي يقدم أو سيقدم العلاج أو الرعاية فيما يتعلق بما إذا كان المريض بحاجة إلى علاج لا يمكن توفيره إلا من جانب الطاقم الطبي للمستشفى أو سيستفيد من الخدمات الطبية المستمرة من المستشفى من أجل استمرارية الرعاية. وتتخذ القرارات بشأن الظروف الطبية الخاصة من جانب الطبيب المعالج و/أو المدير الطبي للمستشفى. ويتم إخطار المريض خطياً إن لم يكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية نتيجة الظروف الطبية الخاصة.

6- الطلبات غير المكتملة أو الناقصة. سيتم إخطار المرضى بالمعلومات غير الواردة في الطلب ومنحهم فرصة معقولة لتقديمها.

6- عملية تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية

أ- مقابلة لتحديد الوضع المالي. سيحاول أحد ممثلي المستشفى التواصل هاتفياً بجميع المرضى غير المؤمن عليهم المتقدمين للحصول على المساعدة المالية في الوقت المحدد في الجدول الزمني. وسيطلب الممثل معلومات، تتضمن معلومات عن حجم الأسرة ومصادر دخل الأسرة وأي ظروف مالية أو مخففة أخرى تدعم أهلية الحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة وسيُكمل الطلب وفقاً لذلك. وفي وقت الموعد أو عند القبول، سيُطلب من المرضى زيارة ممثل المستشفى والتوقيع على الطلب.

ب- الطلبات. سيُرسل أي طلب، سواء أُنكمت بصورة شخصية أو عبر الإنترنت أو تم تسليمه أو إرساله بالبريد، إلى ممثل المستشفى لتقييمه ومعالجته.

ج- تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية. سيقوم ممثل المستشفى ويعالج جميع طلبات الحصول على المساعدة المالية. وسيتم إخطار المريض عن طريق رسالة بقرار تحديد الأهلية. وسيحصل المرضى الذين سيحق لهم الحصول على مساعدة مالية أقل من 100% على تقدير بالمبلغ المستحق من ممثل المستشفى، وسوف يطلب منهم إعداد ترتيبات الدفع.

7- أساس احتساب المبالغ المطلوبة من المرضى ونطاق المساعدة المالية ومدتها

سيحصل المرضى المؤهلون للحصول على منح المساعدة المالية على أساس الدخل بموجب السياسة على المساعدة وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إن كان دخل أسرتك السنوي يصل إلى 250% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل، ستحصل على رعاية مجانية.
- إن كان دخل أسرتك السنوي بين 251% و400% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل، ستحصل على رعاية مخفضة من الرسوم الإجمالية "بالمبلغ المدفوع بصفة عامة" إلى المرضى المؤمن عليهم مقابل الحصول على هذه الخدمات.

على النحو المُستخدَم هنا، فإن "المبلغ المدفوع بصفة عامة" يُقصد به المعنى المنصوص عليه في القسم 501 (ع) (5) وأي لوائح أو إرشادات أخرى صادرة عن وزارة الخزانة الأمريكية أو دائرة الإيرادات الداخلية تُحدد هذا المصطلح. انظر الملحق أ للحصول على شرح تفصيلي حول كيفية احتساب "المبلغ المدفوع بصفة عامة".

وبمجرد أن تُقرر المستشفى أن المريض يحق له الحصول على المساعدة المالية على أساس الدخل، يسري هذا القرار لمدة تسعين (90) يوماً من تاريخ مراجعة الأهلية. بعد تسعين (90) يوماً، يمكن للمريض استكمال طلب جديد للحصول على مساعدة مالية إضافية.

بالنسبة للمرضى الذين تمت الموافقة على حصولهم على المساعدة في ظل ظروف طبية استثنائية أو خاصة، سيتم تغطية المريض بموجب هذه السياسة بنسبة 100٪ من الرسوم غير المدفوعة ورسوم كل الرعاية الطبية اللازمة المقدمة خلال الفترة اللازمة لاستكمال العلاج أو الرعاية التي قد يحددها طبيب المستشفى المعالج. ويمكن لأي مريض ممن يطرأ على وضعه المالي أي تغيير أن يطلب إعادة تقييمه في أي وقت.

8- تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية قبل اتخاذ إجراء عدم الدفع

أ- إعداد الفواتير والجهود المعقولة لتحديد مدى أهلية الحصول على المساعدة المالية. تسعى المستشفى لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة بموجب هذه السياسة وقت القبول أو الحصول على الخدمة أو قبل ذلك. إذا تم اتخاذ قرار بعدم أهلية المريض في الحصول على مساعدة مالية قبل الخروج من المستشفى أو الحصول على الخدمة، فإن المستشفى ستحاسب المريض مقابل حصوله على الرعاية. إن كان المريض مؤمناً عليه، ستحتسب المستشفى الرسوم المتكبدة على شركة التأمين التابع لها المريض والواردة في السجل. وعندما تتخذ شركة التأمين التابع لها المريض قراراً، فإن أي مسؤولية متبقية على المريض ستحتسب مباشرة عليه. إن كان المريض غير مؤمن عليه، ستحاسب المستشفى المريض مباشرة على الرسوم المتكبدة. وسيحصل المرضى على سلسلة تصل إلى أربع بيانات فوترة على مدى فترة 120 يوماً تبدأ بعد خروج المريض من المستشفى وتُسلم هذه البيانات على العنوان المسجل للمريض. ولن يتلقى بيانات فوترة إلا المرضى الذين لديهم رصيد غير مدفوع. تتضمن بيانات الفوترة موجزاً بلغة واضحة لهذه السياسة وتعليمات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية. تشمل الجهود المعقولة لتحديد مدى الأهلية: إخطار المريض من جانب المستشفى بالسياسة عند القبول وإجراء اتصالات كتابية وشفوية مع المريض بشأن فاتورة حصوله على الرعاية بجانب محاولة إخطار الفرد عبر الهاتف عن السياسة وعملية تقديم الطلبات للحصول على المساعدة قبل 30 يوماً على الأقل من اتخاذ إجراء للبدء في رفع أي دعوى قضائية. بالإضافة إلى تقديم رد خطي على أي طلب يُقدم للحصول على مساعدة المالية بغرض المساعدة بموجب هذه السياسة في غضون 240 يوماً من تاريخ إرسال بيان الفوترة الأول فيما يتعلق بالرصيد غير المدفوع أو، إذا كان في وقت لاحق، يكون في التاريخ الذي تقوم فيه وكالة التحصيل التي تعمل نيابة عن المستشفى بإرجاع الرصيد غير المدفوع إلى المستشفى المعنية الخاضعة لإدارة مجموعة المستشفيات ذات الصلة.

ب- إجراءات تحصيل الأرصدة غير المدفوعة. إن كان لا يزال على المريض رصيداً مستحقاً للمستشفى بعد إرسال، بحد أقصى، أربعة بيانات فوترة في غضون 120 يوماً، فسيتم إحالة رصيد المريض إلى إحدى وكالات التحصيل التي تمثل المستشفى والتي ستسعى لتحصيل الرصيد المستحق للمستشفى. ولا تخضع المستشفى أو وكالات التحصيل التابعة لها إلى إشراف مكاتب الائتمان ولا تسعى إلى حجز أموال المدين ولا إجراءات التحصيل المماثلة. لدى وكالات التحصيل التي تمثل المستشفى القدرة على متابعة التحصيل لمدة تصل إلى 18 شهراً بداية من يوم إرسال الرصيد إلى وكالة التحصيل. قد يتقدم المريض بطلب للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة حتى بعد إحالة رصيد المريض غير المدفوع إلى وكالة التحصيل. بعد مرور 120 يوماً على الأقل من إرسال بيان الفوترة الأول بعد الخروج من المستشفى والذي يوضح الرسوم التي لم تُدفع بعد، وعلى أساس كل حالة على حدة، يمكن أن تتابع المستشفى تحصيلها من خلال رفع دعوى قضائية عندما يكون على المريض رصيد

غير مدفوع ولا يرغب في التعاون مع طلبات الحصول على معلومات أو الدفع من المستشفى أو وكالة التحصيل التي تعمل نيابة عنها.

في أي حال من الأحوال، سيتم تأجيل أو رفض تقديم الرعاية الطبية اللازمة للمريض قبل بذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية. وفي المستشفى، سيتم التواصل مع المريض غير المؤمن عليه والذي يسعى إلى تحديد مواعيد خدمات جديدة ولم يُفترض كونه مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من قبل أحد الممثلين الذي سَيُخطر المريض بالسياسة وسيُساعد على تقديم طلب للحصول على المساعدة المالية إن طلب ذلك.

ج- المراجعة والموافقة. يتمتع ممثل المستشفى بسلطة مراجعة وتحديد ما إذا كانت قد بذلت جهودًا معقولة لتقييم مدى أهلية المريض للحصول على المساعدة بموجب السياسة بحيث يمكن أن تبدأ إجراءات التحصيل الاستثنائية للحصول على رصيد غير مدفوع.

9- لا تُغطي سياسة المساعدة المالية للمستشفى الأطباء

يتم تغطية بعض الخدمات من جانب أطباء كليفلاند كلينك وسياسة المساعدة المالية لنظام كليفلاند كلينك الصحي.

يتم تحديد فئات الأطباء العاملين في المستشفى غير المشمولين بموجب هذه السياسة في الملحق ب، قائمة المقدمين المرفقة، حسب الفئة. ويتم تحديث القائمة كل ثلاثة أشهر، وتتوفر أيضًا على الإنترنت على الموقع التالي:
<http://clevelandeast.regencyhospital.com/financial-assistance>, <http://clevelandwest.regencyhospital.com/financial-assistance>,
<http://clevelandfairhill.selectspecialtyhospitals.com/financial-assistance>,
<http://clevelandgateway.selectspecialtyhospitals.com/financial-assistance>, in our admissions areas, and upon request by asking an Hospital representative.