


PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
1 از 10	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

این سند برای سازمان‌های مشارکت‌کننده زیر اعمال می‌شود:

مرکز پزشکی جانز هاپکینز بی‌ویو، Inc.	بیمارستان کودکان جانز هاپکینز	بیمارستان عمومی کانتی هوارد، Inc.	HCGH OB/GYN
مجموعه مراکز جراحی جانز هاپکینز	پزشکان منطقه‌ای جانز هاپکینز، LLC	گروه مراقبت خانگی جانز هاپکینز، Inc.	جامعه پزشکان جانز هاپکینز
بیمارستان Suburban، Inc.	بیمارستان سیبیلی مموریال	خدمات پزشک اطفال، Inc. (FL)	دانشکده پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز
		نوزادشناسی ساحل غربی، Inc.	بیمارستان جانز هاپکینز

کلید واژه‌ها: کمک مالی، صورتحساب، بدهی، مالی، پزشکی

شماره صفحه	فهرست مطالب
1	I. هدف
1	II. سیاستنامه
2	III. رویه‌ها
8	IV. تعاریف
10	V. منابع
10	VI. حامی مالی
10	VII. چرخه بازبینی
10	VIII. تاییدیه
اینجا کلیک کنید	پیوست A: مفاد کمک مالی (فقط برای) بیمارستان سیبیلی مموریال مختص مقررات دی‌سی
اینجا کلیک کنید	پیوست B: درخواست برای دریافت کمک مالی
اینجا کلیک کنید	پیوست C: مفاد کمک مالی بیمارستان کودکان جانز هاپکینز


I. هدف

Johns Hopkins Medicine متعهد به ارائه کمک مالی به بیمارانی است که به مراقبت‌های بهداشتی نیاز دارند و بیمه نیستند، از بیمه کامل برخوردار نیستند، واجد شرایط برنامه دولتی نیستند یا بر اساس وضعیت مالی فردی خود قادر به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی ضروری نمی‌باشند.

II. سیاستنامه

این سیاستنامه حاوی معیارهایی است که باید در تعیین صلاحیت بیمار برای کمک مالی مورد استفاده قرار گیرند و روند و دستورالعمل‌هایی را تشریح می‌کند که برای تعیین صلاحیت برای کمک مالی و تکمیل فرآیند درخواست برای کمک مالی استفاده می‌شوند. این سیاستنامه مفاد ارائه کمک مالی به بیمارانی را تعیین می‌کند که به مراقبت‌های بهداشتی نیاز دارند و بیمه نیستند، از بیمه کامل برخوردار نیستند، واجد شرایط برنامه دولتی نیستند یا بر اساس وضعیت مالی فردی خود قادر به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی ضروری نمی‌باشند.

جانز هاپکینز بدون تبعیض و بدون توجه به اینکه آیا افراد واجد شرایط کمک تحت این سیاستنامه هستند، مراقبت پزشکی اورژانسی را به افراد ارائه می‌دهد. جانز هاپکینز در اقداماتی که افراد را از دریافت مراقبت‌های پزشکی اورژانسی باز می‌دارد، از جمله درخواست پرداخت از بیماران بخش اورژانس قبل از ارائه درمان مربوط به شرایط پزشکی اورژانسی یا انجام فعالیت‌های مربوط به وصول بدهی که با مفاد عدم تبعیض در ارائه مراقبت پزشکی اورژانسی منافات دارد، شرکت نخواهد کرد. خدمات فوریت‌های پزشکی بر اساس سیاست EMTALA بیمارستان‌ها به تمام بیماران به شیوه‌ای بدون تبعیض ارائه می‌شود.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاستهای کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 2	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

بیمارستان سبیلی مورریال در ناحیه کلمبیا واقع شده است. پیوست A این سیاستنامه، مفاد اضافی را در مورد خدمات درمانی بدون دریافت هزینه الزامی در مقررات و قوانین ناحیه کلمبیا را ارائه می‌کند که در مورد بیمارستان سبیلی مورریال صدق می‌کند. پیوست A فقط برای بیمارستان سبیلی مورریال اعمال می‌شود. اگر تناقضی بین پیوست A و این سیاستنامه مربوط به کمک‌های مالی و خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در بیمارستان سبیلی مورریال وجود داشته باشد، مفاد پیوست A اعمال می‌شود.

بیمارستان کودکان جانز هاپکینز در فلوریدا واقع شده است. پیوست C این سیاستنامه، مفاد اضافی را در مورد اساسنامه فلوریدا 395.301، F.S در رابطه با سیاست کمک مالی برای بیماران یا بیماران احتمالی آتی تعیین می‌کند و روش تعیین AGB و تخفیف‌های مرتبط ارائه شده بر اساس تاییدیه درخواست را شرح می‌دهد. اگر تناقضی بین پیوست C و این سیاستنامه مربوط به کمک‌های مالی و خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در سیستم مراقبتی بیمارستان کودکان جانز هاپکینز وجود داشته باشد، مفاد پیوست C اعمال می‌شود. بر این اساس، این سیاستنامه مکتوب:

- شامل معیارهای صلاحیت برای کمک مالی -- مراقبت رایگان و دارای تخفیف (کمک جزئی) است
- مبنای محاسبه مبالغ تحمیل شده به بیماران واجد شرایط کمک مالی تحت این سیاستنامه را شرح می‌دهد
- روشی را شرح می‌دهد که بیماران می‌توانند از طریق آن برای کمک مالی درخواست دهند
- توضیح می‌دهد که چگونه بیمارستان به طور گسترده این سیاستنامه را در جامعه‌ای که بیمارستان به آن خدمات ارائه می‌دهد، منتشر می‌کند
- مبالغی که بیمارستان برای مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری بر افراد واجد شرایط کمک مالی تحمیل می‌کند را به مبلغی که به طور کلی در صورت حساب (دریافت شده توسط) بیمارستان برای بیماران بیمه‌شده تجاری یا Medicare درج می‌شود، محدود می‌کند. در مریلند، نرخ‌های بیمارستان توسط کمیسیون بررسی هزینه خدمات سلامت (HSCRC) تنظیم می‌شود. برای تمام بیمارستان‌های جانز هاپکینز به جز بیمارستان سبیلی مورریال و بیمارستان کودکان جانز هاپکینز، مبلغی که به طور کلی در صورت حساب درج می‌شود (AGB) همان چیزی است که توسط HSCRC تعیین شده است و معادل روش Medicare آتی تحت مقررات مالیاتی فدرال است.

اطلاعیه کمک مالی برای پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت

در وبسایت هر بیمارستان، فهرست کاملی از پزشکانی درج شده است که مراقبت‌های اورژانسی و پزشکی لازم را، همانطور که در این سیاستنامه در JHH، JHBM، HCGH، SH، SMH، JHACH تعریف شده است، ارائه می‌کنند. فهرست ارائه‌دهندگان نشان می‌دهد که آیا دکتر یا پزشک متخصص تحت پوشش این سیاستنامه قرار می‌گیرد یا خیر. اگر پزشک مشمول این سیاستنامه نمی‌شود، بیماران باید با مطب پزشک تماس بگیرند تا مشخص شود که آیا پزشک کمک مالی ارائه می‌دهد یا خیر و در این صورت، سیاستنامه کمک مالی پزشک چه چیزی را ارائه می‌دهد. پزشکانی که توسط دانشکده پزشکی جانز هاپکینز استخدام می‌شوند و پزشکان جامعه جانز هاپکینز، فرآیندهایی را که در این سیاستنامه مشخص شده است، دنبال می‌کنند.


مشروط به قوانین وصول بدهی‌های پزشکی از جمله (اما نه محدود به) § 19-214.1 مجموعه قوانین مریلند (سلامت - عمومی). جانز هاپکینز ممکن است علیه دارایی متوفیان مطالبه‌ای تنظیم کند و چنین مطالبه‌ای مشروط به اداره املاک و قوانین مربوط به املاک و امانات خواهد بود.

جانز هاپکینز شکایتی تنظیم نمی‌کند، حقوق را بلوکه نمی‌کند، یا حق تصرف املاک علیه بیماران را درخواست نمی‌کند. اقداماتی که جان هاپکینز ممکن است در صورت عدم پرداخت انجام دهد در سیاستنامه صدور صورت حساب و وصول جداگانه (PFS046) توضیح داده شده است. برای دریافت یک نسخه رایگان از این سیاستنامه، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره (رایگان) 1-855-662-3017 تماس بگیرید یا به این آدرس ایمیل ارسال کنید: pfscs@jhmi.edu یا تقاضا کنید با یک مشاور مالی در یکی از مراکز جانز هاپکینز صحبت کنید.

درخواست‌های کمک مالی و کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی ممکن است به بیمارانی ارائه شود که حساب‌هایشان نزد سازمان در حال وصول است و فقط برای آن دسته از حساب‌هایی اعمال می‌شود که حکمی در مورد آنها صادر نشده است (تا زمانی که سایر الزامات برآورده شوند). بازنگری کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی باید شامل بررسی هزینه‌ها و تعهدات پزشکی موجود (شامل هر گونه حسابی که جزء بدهی‌های مشکوک‌الوصول قرار داده شده است) و هر گونه هزینه‌های پزشکی پیش‌بینی شده باشد.

III. رویه‌ها

A. خدمات واجد شرایط تحت این سیاستنامه

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 3	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

1. کمک مالی فقط برای مراقبت‌های پزشکی ضروری که در این سیاستنامه تعریف شده است قابل اعمال است. کمک مالی برای وسایل رفاهی، اقامت در اتاق خصوصی یا جراحی‌های زیبایی غیرضروری قابل اعمال نیست. در صورتی که این سوال پیش بیاید که آیا پذیرش یک «پذیرش غیرفوری» است یا «پذیرش ضروری پزشکی»، باید با پزشک پذیرش‌کننده بیمار مشورت شود و موضوع نیز به پزشک مشاور تعیین شده توسط بیمارستان ارجاع خواهد شد.

B. صلاحیت برای کمک مالی

1. صلاحیت برای کمک مالی برای آن دسته از افرادی در نظر گرفته می‌شود که (بر اساس تعیین نیاز مالی مطابق با این سیاستنامه) بیمه نیستند، از بیمه کامل برخوردار نیستند، واجد شرایط برنامه دولتی نیستند یا قادر به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی ضروری نمی‌باشند. اعطای کمک باید بر اساس تعیین نیاز مالی فرد باشد، و نباید نژاد، رنگ پوست، اصل و نسب یا ملیت، جنسیت، سن، وضعیت تاهل، وضعیت اجتماعی، وضعیت شهروندی، گرایش جنسی، هویت جنسی، اطلاعات ژنتیکی، وابستگی مذهبی یا ناتوانی در آن مد نظر قرار داده شود. نیاز مالی طبق رویه‌هایی تعیین می‌شود که شامل ارزیابی نیاز مالی فرد است و ممکن است:

- شامل فرآیند درخواست باشد، که در آن بیمار یا ضامن بیمار ملزم به همکاری و ارائه اطلاعات شخصی، مالی و سایر اسناد و مدارک مربوط به تعیین نیاز مالی هستند
- شامل استفاده از منابع داده خارجی در دسترس عموم باشد که اطلاعاتی را در مورد توانایی پرداخت بیمار یا ضامن بیمار (مانند امتیازدهی اعتبار) ارائه می‌کند
- شامل تلاش‌های معقول JHM برای یافتن منابع جایگزین مناسب برای پرداخت و پوشش از برنامه‌های پرداخت دولتی و خصوصی و کمک به بیماران برای ارائه درخواست برای چنین برنامه‌هایی باشد
- دارایی‌های در دسترس بیمار و تمام منابع مالی دیگر در دسترس بیمار را در نظر بگیرد و شامل بررسی حساب‌های بدهکار بیمار برای خدمات قبلی ارائه شده و سابقه پرداخت بیمار شود.


C. روشی که بیماران می‌توانند از طریق آن برای کمک مالی درخواست دهند

1. ترجیح داده می‌شود (اما الزامی نیست) که درخواست کمک مالی و تعیین نیاز مالی قبل از ارائه مراقبت‌های پزشکی ضروری انجام شود. نسخه کپی درخواست به صورت آنلاین در آدرس زیر در دسترس است: https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services. نسخه چاپی پس از درخواست از طریق تماس با تلفن رایگان 1-855-662-3017 یا 443-997-3370 برای شما پست خواهد شد. با این حال، ممکن است در هر نقطه از چرخه وصول، تصمیم‌گیری صورت گیرد. اگر آخرین ارزیابی مالی بیش از یک سال قبل انجام شده باشد، یا هر زمانی که اطلاعات اضافی مربوط به صلاحیت بیمار برای کمک ارائه شود، نیاز به کمک مالی باید در زمان ارائه هر یک از خدمات بعدی مجدداً ارزیابی شود.

D. تعیین صلاحیت برای کمک مالی

هنگامی که یک بیمار یا نماینده بیمار برای کمک مالی، کمک پزشکی یا هر دو تقاضا یا درخواست می‌کند، فرآیند دو مرحله‌ای زیر باید دنبال شود:

1. مرحله اول: تعیین صلاحیت احتمالی
 - a. ظرف دو روز کاری پس از درخواست اولیه برای کمک مالی، کمک پزشکی یا هر دو، جانز هاپکینز (1) صلاحیت احتمالی را تعیین می‌کند و (2) تصمیم را به بیمار و/یا نماینده بیمار ابلاغ می‌کند. بیمار یا نماینده او باید برای تعیین صلاحیت احتمالی، اطلاعاتی در مورد اندازه خانواده، بیمه و درآمد ارائه دهد. تعیین صلاحیت احتمالی صرفاً بر اساس این اطلاعات انجام می‌شود. برای تعیین صلاحیت احتمالی، هیچگونه فرم درخواست، تأییدیه یا مستنداتی در مورد صلاحیت درخواست نمی‌شود یا مورد نیاز نخواهد بود.
2. مرحله دوم: تصمیم نهایی در مورد صلاحیت
 - a. پس از تعیین صلاحیت احتمالی، جانز هاپکینز بر اساس درآمد، اندازه خانواده و منابع موجود، تصمیم نهایی در مورد صلاحیت برای کمک هزینه مالی را اتخاذ خواهد کرد. تمام مزایای بیمه باید تمام شود. تمام منابع مالی موجود باید در تصمیم نهایی در مورد صلاحیت ارزیابی شوند. این امر شامل منابع سایر اشخاص و نهادهایی است که مسئولیت قانونی در قبال بیمار دارند.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
4 از 10	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

این طرفین در این سیاستنامه با عنوان ضامن خطاب می‌شوند. ممکن است از بیمارانی که ویزای سفر فعال دارند اطلاعات بیشتری در مورد محل اقامت و منابع مالی موجود برای تعیین صلاحیت درخواست شود.

b. به جز مواردی که به گونه‌ای دیگر در این سیاستنامه مشخص شده، بیمار باید درخواست برای دریافت کمک مالی Johns Hopkins Medicine را تکمیل کند. علاوه بر این، بیمار باید اطلاعاتی که در صورت وجود، مدرک موجه از سایر هزینه‌های اعلام شده، اسناد پشتیبان، و در صورت بیکاری، مدرک موجه بیکاری مانند اظهارنامه دفتر بیمه بیکاری یا اظهارنامه‌ای در رابطه با منبع مالی فعلی را ارائه دهد.

c. بیمار/ضامن باید کلیه منابع درآمد را به صورت ماهانه و سالانه (با در نظر گرفتن اشتغال فصلی و افزایش و یا کاهش موقت درآمد) برای بیمار/ضامن شناسایی کند. علاوه بر این، اطلاعات فعلی باید برای هزینه‌ها و درآمد کسب و کار ارسال شود. اگر درآمد و هزینه‌های جاری در دسترس نباشد، اظهارنامه مالیاتی سال قبل 1040 و برنامه زمانبندی C باید ارائه شود. نمونه‌هایی از منابع درآمد عبارتند از:

- i. درآمد حاصل از دستمزد
- ii. مزایای بازنشستگی / مستمری
- iii. درآمد یا مزایای خوداشتغالی
- iv. نفقه
- v. نفقه فرزند
- vi. تخصیصات خانواده نظامی
- vii. کمک‌های مردمی
- viii. حقوق بازنشستگی
- ix. تامین اجتماعی
- x. مزایای اعتصاب
- xi. غرامت بیکاری
- xii. غرامت کارگران
- xiii. مزایای جانبازی


xiv. سایر منابع، مانند درآمد و سود سهام، سود یا درآمد ملک اجاره‌ای.

d. متقاضی که احتمالاً واجد شرایط پوشش بیمه در یک طرح سلامت مجاز یا کمک پزشکی است، ملزم به درخواست برای یک طرح سلامت مجاز یا کمک پزشکی و همکاری کامل است، مگر اینکه نماینده مالی بتواند به راحتی تشخیص دهد که بیمار معیارهای صلاحیت را برآورده نمی‌کند. در حالی که درخواست بیمار برای کمک پزشکی در حال بررسی است، بیمار به طور موقت تحت پوشش کمک پزشکی قرار می‌گیرد و نیازی به تکمیل درخواست کمک مالی یکپارچه مریلند نخواهد بود. اگر درخواست بیمار برای کمک پزشکی رد شود، بیمار باید درخواست کمک مالی یکپارچه مریلند را تکمیل کند.


e. JHM برای تعیین اینکه آیا بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا خیر، از تعیین صلاحیت مبتنی بر درآمد خانوار و آخرین دستورالعمل‌های فقر فدرال استفاده خواهد کرد.

- i. بیماران در صورتی واجد شرایط دریافت کمک مالی خواهند بود که حداکثر سطح درآمد (تعریف شده در مقررات Medicaid) خانواده (زن و شوهر، زوج‌های متاهل همجنس) از استاندارد درآمد هر سطح (مربوط به دستورالعمل‌های فقر فدرال) تجاوز نکند و دارایی‌های نقدی آنها که برای وصول صورت‌حساب‌های JHM آنها در دسترس است، بیش از \$10,000 نباشد.
- ii. دستورالعمل‌های فقر فدرال (FPL) سالانه توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به روزرسانی می‌شود.
- iii. اگر درآمد خانواده بیمار برابر یا کمتر از مقدار ذکر شده در زیر باشد، کمک مالی به شکل مراقبت رایگان (تطبیق 100%) یا مراقبت با هزینه کاهش یافته (75%-35%) مطابق با حساب JHM آنها (هزینه‌های اولیه یا بدهی باقی‌مانده) اعطا می‌شود. تطبیقات به شرح زیر انجام خواهد شد:


- درآمد خانواده تا 200% از FPL تطبیق 100%
- درآمد خانواده بین 201% تا 250% از FPL تطبیق 75%
- درآمد خانواده بین 251% تا 300% از FPL تطبیق 50%

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 5	صفحه	موضوع کمک مالی	 JOHNS HOPKINS MEDICINE
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

- درآمد خانواده بین 301% تا 400% از FPL تطبیق 35%
 - f. بیمارانی که قبلاً واجد شرایط دریافت کمک مالی نزد یکی از ارائه‌دهندگان مندرج در این سیاستنامه هستند، نیازی به درخواست مجدد ندارند و واجد شرایط تلقی می‌شوند.
 - g. بیمار/ضامن باید به صورت کتبی از تصمیم نهایی در مورد صلاحیت برای کمک مالی همراه با توضیح مختصر و همچنین حق تجدید نظر در مورد تصمیم نهایی مربوط به صلاحیت برای کمک هزینه مالی مطلع شود. واحد حمایت و آموزش بهداشت دفتر دادستان کل مریلند برای کمک به بیمار/ضامن یا نماینده مجاز بیمار در ارائه و میانجیگری درخواست تجدیدنظر در دسترس است. نامه تصمیم باید حاوی آدرس، شماره تلفن، شماره نمابر، آدرس پست الکترونیکی، آدرس پستی و وبسایت واحد حمایت و آموزش بهداشت باشد.
 - i. Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Street
Baltimore, MD 21202
شماره تلفن: (410) 528-1840، تلفن رایگان: 1-877-261-8807
شماره نمابر: (410) 576-6571
 - h. تمام اطلاعات به دست آمده از بیماران و اعضای خانواده باید محرمانه تلقی شود. ضمانت‌هایی در مورد محرمانه بودن اطلاعات بیمار باید در ارتباطات کتبی و شفاهی به بیماران ارائه شود.
 - i. پس از تأیید بیمار، پوشش کمک مالی برای ماه تصمیم‌گیری و شش (6) ماه تقویمی بعدی مؤثر خواهد بود.
 - j. پس از تأیید بیمار، در صورتی که پس از اعطای کمک مالی، بدهی پرداخت نشده‌ای باقی بماند، به بیمار یک طرح پرداخت پیشنهاد می‌شود. هر برنامه پرداختی که در این سیاستنامه ایجاد می‌شود، معمولاً بیش از دو سال دوام نخواهد داشت. در شرایط فوق‌العاده و با تأیید مدیر تعیین شده، طرح پرداخت ممکن است تمدید شود.
 - k. هر یک از سازمان‌های اجراکننده برنامه‌ها با کمک مالی یا سایر مقامات خارجی (به عنوان مثال، روانپزشکی) ممکن است به استفاده از فرآیند درخواست تحت حمایت دولت و مقیاس درآمد مرتبط جهت تعیین صلاحیت برای خدمات خاص ادامه دهد.
 - l. بیمارانی که اعلام می‌کنند بیکار هستند و هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند، باید درخواست کمک مالی ارائه دهند، مگر اینکه معیارهای صلاحیت کمک مالی فرضی را داشته باشند. اگر بیمار واجد شرایط پوشش COBRA باشد، توانایی مالی بیمار برای پرداخت حق بیمه COBRA باید توسط مشاور مالی بررسی شود و توصیه‌هایی به کمیته ارزیابی کمک مالی ارائه شود. افرادی که توانایی مالی خرید بیمه درمانی را دارند، برای اطمینان از دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی و برای سلامت کلی شخصی خود، تشویق می‌شوند تا این کار را انجام دهند.
 - m. بیمارانی که تحت پوشش یک طرح سلامت مجاز قرار می‌گیرند و برای هزینه‌های پرداختی از جیب خود (پرداخت مشترک و فرانشیز) بابت هزینه‌های پزشکی ناشی از مراقبت‌های پزشکی ضروری کمک می‌خواهند، ملزم به ارائه درخواست برای دریافت کمک مالی هستند.
 - n. اگر حساب بیمار به یک سازمان وصول اختصاص داده شده باشد، و بیمار یا ضامن درخواست کمک مالی کند یا به نظر می‌رسد واجد شرایط کمک مالی است، سازمان وصول باید به مدیریت چرخه درآمد اطلاع دهد و درخواست کمک مالی را به همراه دستورالعمل‌هایی برای بیمار/ضامن ارسال می‌کند تا درخواست تکمیل شده را برای مدیریت چرخه درآمد جهت بررسی و تعیین ارسال کند و باید حساب را به مدت 45 روز در طول مدت انتظار برای دریافت دستورالعمل‌های بیشتر در حالت تعلیق قرار دهد.
 - o. خدمات ارائه شده به بیمارانی که برای خودپرداخت داوطلبانه ثبت شده‌اند (انصراف از پوشش بیمه، یا صورتحساب بیمه) واجد شرایط کمک مالی نیستند.
 - p. معاون بخش مدیریت چرخه درآمد یا نماینده او ممکن است با توجه به شرایط فردی استثنا قائل شود.
- E. صلاحیت برای کمک مالی فرضی

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
6 از 10	صفحه	موضوع کمک مالی	 JOHNS HOPKINS MEDICINE
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

1. فرض بر این است که برخی از بیماران بر اساس شرایط زندگی فردی واجد شرایط دریافت تخفیفات کمک مالی هستند. بیمارانی که ذینفع/دریافت‌کننده برنامه‌های خدمات اجتماعی زیر برای ارزیابی استطاعت مالی هستند، پس از تکمیل درخواست کمک مالی و ارائه مدرک ثبت‌نام ظرف 30 روز، واجد شرایط مراقبت رایگان تلقی می‌شوند (در صورت درخواست، 30 روز اضافی مجاز است):
 - a. خانواده‌هایی که کودکانشان در برنامه غذای رایگان یا ارزان‌قیمت قرار دارند
 - b. برنامه کمک‌های غذایی مکمل (SNAP)
 - c. برنامه کمک به انرژی خانوارهای کم درآمد
 - d. زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
 - e. سایر برنامه‌های خدمات اجتماعی برای سنجش استطاعت مالی توسط وزارت بهداشت و سلامت روان (DHMH) و کمیسیون بررسی هزینه خدمات بهداشتی (HSCRC) که مطابق با مقررات HSCRC COMAR 10.37.10.26 واجد شرایط سیاست‌های مراقبت رایگان تلقی می‌شوند
 2. صلاحیت فرضی برای کمک مالی تحت شرایط زیر بدون تکمیل درخواست کمک مالی اما با ارائه مدرک یا تأیید وضعیت توصیف شده اعطا می‌شود:
 - a. یک بیمار با کمک پزشک فعال برای پوشش داروخانه
 - b. پوشش QMB/پوشش SLMB
 - c. بیماران تحت دادخواهی اضطراری در سیستم بهداشت عمومی مرینند
 - d. بیماری که فوت کرده و طبق پرونده دارایی ندارد
 - e. بیماری که بی‌خانمان محسوب می‌شود
 - f. بیماری که مقیاس هزینه متغیر یا تأییدیه کمک مالی را از مرکز بهداشتی فدرال مجاز یا اداره بهداشت شهر یا کانتی ارائه می‌دهد
 - g. بیماران تحت کمک‌های پزشکی و مراقبت‌های مدیریت شده Medicaid بابت خدمات ارائه شده فراتر از پوشش این برنامه‌ها در بخش اورژانس
 - h. مادران تحت وزارت بهداشت - برای ویزیت‌های سرپایی غیر اورژانسی که تحت پوشش کمک‌های پزشکی قرار نمی‌گیرند
 - i. ثبت‌نام‌کنندگان فعال مرکز بهداشت Chase Brexton
 - j. ثبت‌نام‌کنندگان فعال برنامه Healthy Howard
 - k. بیماری که از سوی یک برنامه محلی (Catholic Charities، Mobile Med, Inc.، Montgomery Cancer Crusade، مراقبت‌های مونترگومری، ائتلاف مراقبت اولیه، Project Access و Proyecto Salud) که با SH همکاری کرده است تا دسترسی به مراقبت‌های بستری و سرپایی برای بیماران کم‌درآمد فاقد بیمه را فراهم کند، به SH ارجاع داده شده است.
 3. صلاحیت فرضی برای کمک مالی تنها برای خدمات فعلی و حساب‌های گذشته اعطا می‌شود - این صلاحیت در مورد خدمات آتی صدق نمی‌کند.
 4. JHM برای تعیین اینکه آیا بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا خیر، از تعیین صلاحیت مبتنی بر درآمد خانوار و آخرین دستورالعمل‌های فقر فدرال استفاده خواهد کرد.
 - a. دستورالعمل‌های فقر فدرال (FPL) سالانه توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به روزرسانی می‌شود.
 - b. اگر درآمد خانواده بیمار کمتر از مقدار ذکر شده در زیر باشد، کمک مالی به شکل مراقبت رایگان (تطبیق 100%) یا مراقبت با هزینه کاهش یافته (75%-35%) مطابق با حساب JHM آنها اعطا می‌شود. تطبیقات به شرح زیر انجام خواهد شد:
 - i. درآمد خانواده تا 200% از FPL تطبیق 100%
 - ii. درآمد خانواده بین 201% تا 250% از FPL تطبیق 75%
 - iii. درآمد خانواده بین 251% تا 300% از FPL تطبیق 50%
 - iv. درآمد خانواده بین 301% تا 400% از FPL تطبیق 35%
- F. کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی
1. کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی ممکن است برای بیمارانی در دسترس باشد که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند، اما تصور می‌شود که دچار مشکلات مالی پزشکی شده‌اند. JHM برای بیمارانی که درآمد خانواده آنها بالاتر از FPL 400% اما کمتر از 500% از سطح فقر فدرال است، هزینه مراقبت‌های پزشکی ضروری را کاهش می‌دهد.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 7	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

2. مشکلات مالی پزشکی به معنای بدهی پزشکی بابت مراقبت‌های پزشکی ضروری است که یک خانواده در یک دوره 12 ماهه متحمل شده است و بیش از 25% درآمد خانواده است. بدهی پزشکی به هزینه‌های پرداختی از جیب خود بابت هزینه‌های پزشکی مربوط به مراقبت‌های پزشکی ضروری که توسط بیمارستان جانز هاپکینز در صورت‌حساب درج شده‌اند و همچنین مواردی که توسط ارائه‌دهندگان جانز هاپکینز ارائه می‌شوند، اطلاق می‌شود. هزینه‌های پرداختی از جیب مذکور شامل پرداخت‌های مشترک، پرداخت بیمه مشترک و فرانشیزها نمی‌شود، مگر اینکه بیمار پایین‌تر از 200% از دستورالعمل‌های فقر فدرال قرار داشته باشد. بیماران که درآمد خانواده آنها تا 500% FPL است و دچار مشکلات مالی هستند 25% تطبیق دریافت خواهند کرد.

3. عوامل در نظر گرفته شده در اعطای کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی:

- بدهی پزشکی در طول دوازده (12) ماه قبل از تاریخ ارائه درخواست کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی به مرکز درمانی هاپکینز که در آن درخواست مطرح شده است
- دارایی‌های نقدی (مبلغ باقیمانده \$10,000)
- درآمد خانواده در مدت دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ ارائه درخواست کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی
- اسناد پشتیبان.

4. هنگامی که بیمار برای دریافت کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی تأیید شده، پوشش کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی از اولین ماه خدمات‌رسانی مجاز تا دوازده (12) ماه تقویمی بعدی قابل اجرا خواهد بود. باید آن دسته از اعضای خانواده درجه یک بیمار را که با او زندگی می‌کنند، پوشش دهد. تحت این سیاستنامه، بیمار و اعضای خانواده درجه یک او به مدت دوازده (12) ماه تقویمی از اولین تاریخی که خدمات مراقبت‌های پزشکی ضروری با هزینه کاهش یافته را دریافت کرده‌اند، هنگام دریافت مراقبت‌های بعدی در جانز هاپکینز واجد شرایط دریافت مراقبت‌های پزشکی ضروری با هزینه کاهش یافته خواهند بود. این پوشش برای پذیرش غیر فوری یا جراحی‌های انتخابی یا زیبایی اعمال نمی‌شود. با این حال، بیمار یا یکی از اعضای خانواده درجه یک بیمار که در همان خانواده زندگی می‌کند باید هنگام ثبت‌نام یا پذیرش به بیمارستان اطلاع دهد که برای دریافت مراقبت‌هایی پزشکی ضروری با هزینه کاهش یافته واجد شرایط هستند.


5. اگر بیمار برای دریافت کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی بابت درصدی از صورت‌حساب تأیید شده باشد، توصیه می‌شود که بیمار در ابتدای دوره کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی مبلغ ودیعه را پرداخت کند. در صورت درخواست بیماری که بیمه نشده است و سطح درآمد او مطابق دستورالعمل‌های درآمد تحت مشکلات مالی پزشکی قرار دارد، JHHS باید یک طرح پرداخت را در اختیار بیمار قرار دهد.

6. هر طرح پرداختی که در این سیاستنامه ایجاد می‌شود، معمولاً بیش از دو سال دوام نخواهد داشت. در شرایط فوق‌العاده و با تأیید مدیر تعیین شده، طرح پرداخت ممکن است تمدید شود.

7. برای آن دسته از بیمارانی که تحت معیارهای کمک مالی و همچنین تحت دستورالعمل‌های کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی واجد شرایط دریافت مراقبت با هزینه کاهش یافته هستند، JHM باید کاهش هزینه‌هایی را اعمال کند که به نفع بیمار است.

G. اطلاعیه سیاست کمک مالی، آموزش بیمار، ارتباطات و اطلاع‌رسانی

- اطلاعیه انفرادی در مورد سیاستنامه کمک مالی بیمارستان باید پیش از پذیرش یا هنگام پذیرش برای هر فردی که در بیمارستان خدمات دریافت می‌کند، ارائه شود. JHM باید هر گونه نگرانی مالی احتمالی بیمار یا خانواده بیمار را بررسی کند.
- جانز هاپکینز باید اطلاعات مربوط به سیاستنامه کمک مالی خود را به صورت سالانه با انتشار اطلاعیه‌ای در مورد این سیاستنامه در روزنامه‌های با تیراژ عمومی در حوزه‌های تحت خدمات خود منتشر کند و این اطلاعیه باید در قالبی قابل فهم برای مردم منطقه تحت خدمات ارائه شود.
- اطلاعیه در دسترس بودن کمک مالی به بیمارانی که مراکز ثبت‌نام بیمار، دفاتر پذیرش/تجاری، دفاتر صدور صورت‌حساب و بخش اورژانس هر مرکز ارسال شود. این اطلاعیه در وبسایت هر بیمارستان ارسال می‌شود، در طول ارتباطات شفاهی مطرح می‌شود و همراه با صورت‌حساب بیمار برای بیمارانی ارسال می‌شود. یک نسخه از سیاست کمک مالی در وبسایت هر یک از مراکز منتشر می‌شود و در صورت درخواست در اختیار افراد قرار می‌گیرد.
- اطلاعیه‌های فردی در مورد دسترس بودن کمک‌های مالی تحت این سیاستنامه نیز به بیمارانی بخش زنان و زایمان که به دنبال دریافت خدمات در بیمارستان‌های مشمول این سیاستنامه هستند، هنگام اطلاع‌رسانی عمومی، در طول ارائه خدمات قبل از زایمان، قبل از پذیرش یا هنگام پذیرش ارائه می‌شود.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاستهای کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 8	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

5. برگه اطلاعیه کمک مالی و صورتحساب بیمار قبل از دریافت خدمات پزشکی برنامه‌ریزی شده در بیمارستان، قبل از ترخیص، و همراه با صورتحساب بیمارستان در اختیار بیمار قرار می‌گیرد و در صورت درخواست در دسترس تمام بیماران خواهد بود.
6. خلاصه این سیاستنامه به زبان ساده در وبسایت JHM پست شده است و در دسترس تمام بیماران خواهد بود.
- H. اطلاع دیر هنگام از صلاحیت
1. اگر جانز هاپکینز مطلع شود که یک بیمار در تاریخ خاصی از ارائه خدمات (با استفاده از استانداردهای صلاحیت در آن تاریخ) واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان بوده است و آن تاریخ خاص در بازه یک دوره دو (2) ساله از زمان اطلاع قرار داشته باشد، باید مبالغ پرداخت شده از سوی بیمار/ضامن که بیش از بیست و پنج دلار (\$25) بوده است به بیمار باز پرداخت شود.
 2. در صورتی که مدارک بیمارستان حاکی از عدم همکاری بیمار یا ضامن در ارائه اطلاعات برای تعیین صلاحیت مربوط به مراقبت رایگان باشد، بازه زمانی دو (2) ساله در اینجا به سی (30) روز پس از تاریخ درخواست اولیه برای ارائه اطلاعات کاهش می‌یابد.
 3. اگر بیمار در یک طرح مراقبت بهداشتی دولتی مشمول سنجش استطاعت مالی ثبت‌نام کرده باشد که بیمار را ملزم به پرداخت هزینه از جیب بابت خدمات بیمارستانی می‌کند، در این صورت به بیمار یا ضامن هیچ وجهی که منجر به از دست دادن صلاحیت مالی بیمار برای پوشش بهداشتی شود، مسترد نخواهد شد.


IV. تعاریف

در این سیاستنامه، تعاریف اصطلاحات زیر بدین شرح است:

بدهی پزشکی	بدهی پزشکی به مبالغ پرداختی از جیب بابت هزینه‌های پزشکی ناشی از مراقبت‌های پزشکی ضروری اطلاق می‌شود که توسط بیمارستان جانز هاپکینز یا ارائه‌دهنده جانز هاپکینز مشمول این سیاستنامه ارائه می‌شود. هزینه‌های پرداخت شده از جیب شامل پرداخت‌های مشارکتی، بیمه مشترک و فرانشیز نمی‌شود. بدهی پزشکی شامل آن دسته از صورتحساب‌های بیمارستان یا صورتحساب‌های پزشکی نمی‌شود که بیمار برای پرداخت داوطلبانه (انصراف از پوشش بیمه، یا صورتحساب بیمه) آنها ثبت‌نام کرده و درخواست کمک مالی نکرده است.
دارایی‌های نقدی	پول نقد، اوراق بهادار، سفته، سهام، اوراق قرضه، اوراق قرضه ایالات متحده، حساب‌های جاری، حساب‌های پس‌انداز، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک، گواهی سپرده، بیمه‌نامه‌های عمر با ارزش نقدی قابل دریافت، حساب‌های دریافتی، مزایای بازنشستگی یا سایر دارایی‌های قابل تبدیل به پول نقد. ودیعه رافع مسئولیت به ارزش \$150,000 در محل سکونت اصلی بیمار نباید به عنوان دارایی قابل تبدیل به پول نقد در نظر گرفته شود. یک وسیله نقلیه موتوری که برای نیازهای حمل و نقل بیمار یا هر یک از اعضای خانواده بیمار استفاده می‌شود، جزء دارایی قابل تبدیل به پول نقد محسوب نمی‌شود. ارزش ویژه هر ملک غیرمنقول دیگر مشمول نقدینه‌سازی خواهد بود. دارایی‌های نقدی شامل دارایی‌های بازنشستگی نمی‌شود که خدمات درآمد داخلی به عنوان حساب بازنشستگی رفتار مالیاتی دلخواه به آنها اعطا کرده است، از جمله (اما نه محدود به) طرح‌های غرامت معوق مجاز تحت قانون درآمد داخلی یا طرح‌های غرامت معوق فاقد صلاحیت فاقد شرایط لازم. هر گونه منابعی که در تعیین صلاحیت مالی تحت برنامه کمک پزشکی بر اساس قانون تأمین اجتماعی مستثنی شده باشد، به عنوان دارایی قابل تبدیل به پول نقد تلقی نخواهد شد. بودجه پیش‌پرداخت آموزش عالی در برنامه 529 مریلند نباید به عنوان دارایی قابل تبدیل به پول نقد در نظر گرفته شود. دارایی‌های پولی مستثنی شده از دارایی‌های نقدی باید سالانه از منظر تورم مطابق با شاخص قیمت مصرف‌کننده اصلاح شود.
پذیرش غیر فوری	پذیرش در بیمارستان برای درمان یک وضعیت پزشکی که جزء وضعیت پزشکی اورژانسی محسوب نمی‌شود.
خانواده درجه یک	اگر بیمار زیر سن قانونی باشد، اعضای خانواده درجه یک به پدر، مادر، خواهر/برادر زیر سن قانونی مجرد (بیولوژیکی یا فرزندخوانده) ساکن در همان خانواده اطلاق می‌شود. اگر بیمار یک فرد بزرگسال باشد، اعضای خانواده درجه یک به همسر یا فرزندان زیر سن قانونی مجرد (بیولوژیکی یا فرزندخوانده) ساکن در همان خانواده اطلاق می‌شود.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 9	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

شرایط پزشکی اورژانسی	درد شدید یا سایر علائم حاد به گونه‌ای که انتظار می‌رود عدم توجه فوری پزشکی به احتمال زیاد منجر به هر یک از موارد زیر شود: 1. خطر جدی برای وضعیت سلامتی بیمار؛ 2. اختلال جدی در عملکرد بدنی؛ 3. اختلال جدی در عملکرد اندام یا بخشی از بدن. 4. برای یک زن باردار: a. زمان کافی برای انتقال ایمن به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود ندارد. b. این انتقال ممکن است تهدیدی برای سلامتی و ایمنی بیمار یا جنین در پی داشته باشد. c. شواهدی از شروع و تداوم انقباضات رحم یا پارگی غشاهای وجود دارد.
خدمات و مراقبت اورژانسی	غریبالگری پزشکی، معاینه و ارزیابی توسط پزشک، با تا حدی که طبق قوانین قابل اجرا مجاز است، توسط سایر پرسنل مناسب تحت نظارت پزشک، برای تعیین وجود شرایط پزشکی اورژانسی انجام می‌شود و در صورت وجود شرایط پزشکی اورژانسی، مراقبت، درمان یا جراحی که برای تسکین یا رفع شرایط پزشکی اورژانسی لازم است، توسط پزشک و در حد توانایی خدمات بیمارستان ارائه می‌شود.
مراقبت پزشکی ضروری	معالجه پزشکی که برای درمان شرایط پزشکی اورژانسی لازم است. مراقبت پزشکی ضروری در این سیاستنامه شامل جراحی‌های انتخابی یا زیبایی نیست.
پذیرش پزشکی ضروری	به پذیرش در بیمارستان برای درمان یک وضعیت پزشکی اورژانسی اطلاق می‌شود.
درآمد خانواده	دستمزد بیمار/و یا طرف مسئول، حقوق، درآمد، انعام، بهره، سود سهام، سهام شرکت‌ها، درآمد اجاره، درآمد باننشستگی/مستمری، مزایای تأمین اجتماعی و سایر درآمدها که توسط خدمات درآمد داخلی تعریف شده است، برای کلیه اعضای خانواده. تعداد افراد خانواده باید در تعیین درآمد خانواده بیمار استفاده شود.
تعداد افراد خانواده	تعداد افراد خانواده که از بیمار و (حداقل) افراد زیر تشکیل شده است: 1. همسر بدون در نظر گرفتن اینکه بیمار و همسر می‌خواهند اظهارنامه مالیاتی فدرال یا ایالتی مشترک داشته باشند؛ 2. فرزندان بیولوژیکی، فرزندخوانده یا فرزندان ناتنی؛ و 3. هرکسی که بیمار در اظهارنامه مالیاتی فدرال یا ایالتی برای او معافیت شخصی درخواست می‌کند. خانواده بیماری که زیر سن قانونی است، متشکل از افراد زیر است: 1. والدین بیولوژیکی، پدر/مادر خوانده، پدر/مادر ناتنی یا سرپرستان؛ 2. خواهر/برادر بیولوژیکی، خواهر/برادر خوانده، یا خواهر/برادر ناتنی؛ و 3. هرکسی که ولی یا سرپرست بیمار در اظهارنامه مالیاتی فدرال یا ایالتی برای او معافیت شخصی درخواست می‌کند.
اسناد پشتیبان	فیش حقوقی؛ W-2S؛ 1099؛ گرامت کارگران؛ نامه‌های کمک مالی تأمین اجتماعی یا ناتوانی؛ صورتحساب‌های بانکی یا کارگزاری؛ اظهارنامه مالیاتی؛ بیمه‌نامه عمر؛ ارزیابی املاک و مستغلات و گزارشات دفتر اعتباری؛ شرح مزایا برای حمایت از بدهی پزشکی.
برنامه بهداشتی مجاز	طبق قانون مراقبت مقرون به صرفه قابل اجرا از سال 2014، برنامه بیمه‌ای که مورد تایید بیمه سلامت Marketplace است، مزایای اساسی بهداشتی را ارائه می‌دهد، محدودیت‌های تعیین شده در رابطه با هزینه اشتراکی (مانند فرانشیز، پرداخت‌های مشترک و حداکثر مبلغ پرداختی از جیب) را دنبال می‌کند، و سایر الزامات را برآورده می‌کند. یک برنامه بهداشتی مجاز در محل فروش هر Marketplace دارای گواهی است.

PFS035	شماره سیاستنامه	Johns Hopkins Medicine راهنمای عمومی سیاست‌های کمک مالی	FINANCE  JOHNS HOPKINS MEDICINE
08/08/2022	تاریخ اجرا		
10 از 10	صفحه	موضوع کمک مالی	
10/01/2021	تاریخ جایگزینی		

V. منابع**راهنمای سیاست‌ها و رویه‌های مالی JHHS**

- سیاستنامه شماره PFS120 - مرجع امضا: خدمات مالی بیمار
- سیاستنامه شماره PFS034 - پرداخت اقساط
- سیاستنامه شماره PFS046 - وصول مبالغ خودپرداخت

مراقبت‌های خیریه و بدهی‌های مشکوک‌الوصول، راهنمای حسابرسی مراقبت‌های بهداشتی AICPA

مجموعه قوانین و مقررات مریلند COMAR 10.37.10.26، و ما بعد
مجموعه قوانین بهداشت عمومی مریلند 19-214، و ما بعد
دستورالعمل‌های فقر فدرال (سالانه به روز می‌شود) در دفتر ثبت فدرال

VI. حامی مالی

- معاونت مدیریت چرخه درآمد (JHHS)
- سرپرست، عملیات (JHHS) PFS

VII. چرخه بازبینی

دو (2) سال

VIII. تاییدیه

سوابق اصلاحیه:

- 3/19/21 - اطلاعات تماس واحد حمایت از سلامت ضمیمه شد،
- 5/15/23 - عنوان و پیوند به واحد آموزش و حمایت سلامت به‌روزرسانی شد. زبان «اداره بیمه مریلند» حذف شد.

تاریخ	امضا(های) الکترونیکی
-------	----------------------

پیوست A: مفاد کمک مالی مختص مقررات دی‌سی (فقط برای) بیمارستان سیبلی مموریال

پیوست A

(فقط) بیمارستان سیبلی مموریال

مفاد کمک مالی مختص مقررات دی‌سی

هدف:

هدف این پیوست شرح مقررات دیگری است که در بیمارستان سیبلی مموریال جهت انطباق با الزامات خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در ناحیه کلمبیا، همانطور که در عنوان 22، فصل 44 مقررات شهرداری DC توضیح داده شده، قابل اجرا است. برای بیمارانی که معیارهای صلاحیت برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را ندارند، بیمارستان سیبلی مموریال (SMH) کمک مالی را از طریق اعمال اصلاحات مقیاس متغیر برای کل هزینه‌ها طبق سیاست‌نامه PFS035 ارائه می‌کند.

سیاست‌نامه:

SMH نهایت تلاش خود را برای ارائه خدمات بدون دریافت هزینه سطح انطباق سالانه مورد نیاز بخش 4404 از فصل 44 مقررات شهرداری منطقه کلمبیا، عنوان 22 «ارائه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه» به کار خواهد گرفت.

SMH به هیچ وجه از ارائه خدمات اورژانسی به افراد به دلیل عم توانایی آنها در پرداخت هزینه خدمات، امتناع نمی‌کند. در صورتی که طبق تشخیص پرسنل پزشکی مربوطه چنین اقدامی از نظر بالینی مناسب و به نفع بیمار و بیمارستان باشد، SMH ممکن است شخصی را که خدمات اورژانسی دریافت کرده است مرخص کند یا ممکن است او را به مرکز دیگری منتقل کند.

طبق بخش 4400.2 از فصل 44 مقررات شهرداری منطقه کلمبیا، عنوان 22، «مفاد خدمات درمانی بدون دریافت هزینه»، SMH به افراد واجد شرایط خدمات درمانی بدون دریافت هزینه ارائه می‌کند. خدمات درمانی بدون دریافت هزینه‌ای که ارائه می‌شود باید بر اساس این قوانین یا تعهدات قراردادی بین سیبلی و دولت ناحیه کلمبیا (هر استاندارد که میزان دلاری بیشتری را ارائه کند) صورت گیرد.

خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در قوانین حاکم بر تأییدیه‌ی ضرورت (مجموعه قوانین DC 44-401 در بخش تعاریف) تعریف شده است. طبق این قانون، خدمات درمانی بدون دریافت هزینه به خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به بیمارانی اطلاق می‌شود که مرکز مراقبت‌های بهداشتی بابت آن مبلغی دریافت نمی‌کند. اصطلاح «خدمات درمانی بدون دریافت هزینه» شامل بدهی‌های مشکوک‌الوصول و مراقبت‌های خیریه می‌شود، اما کمک هزینه‌های قراردادی را شامل نمی‌شود.

بدهی مشکوک‌الوصول به معنای حساب دریافتی مبتنی بر خدمات پزشکی پزشک و بیمارستان است که به هر بیمار ارائه می‌شود و انتظار می‌رود بابت آن پرداخت انجام شود، اما پس از تلاش‌های مربوطه برای وصول مبلغ، غیرقابل وصول تلقی می‌شود و تحت تعهد هیچ واحد دولتی فدرال، ایالتی یا محلی قرار ندارد. اصطلاح بدهی مشکوک‌الوصول شامل خدمات درمانی خیریه نمی‌شود.

خدمات درمانی خیریه به معنای خدمات پزشکی پزشک و بیمارستانی است که به افرادی ارائه می‌شود که قادر به پرداخت هزینه خدمات نیستند، به ویژه افرادی که دارای درآمد پایین هستند، بیمه نیستند، و از بیمه کامل برخوردار نیستند. خدماتی که جزء بدهی‌های مشکوک‌الوصول یا حاصل از آن هستند، از این امر مستثنی می‌باشند.

معیارهای صلاحیت برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه

اگر شخص قادر به پرداخت هزینه خدمات بهداشتی نباشد و شرایط زیر در مورد او صدق کند، واجد شرایط دریافت خدمات درمانی بدون دریافت هزینه است:

1. تحت پوشش بیمه شخص ثالث یا برنامه دولتی قرار نمی‌گیرد یا خدماتی را دریافت می‌کند که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند؛

2. درآمد سالانه فردی یا خانوادگی او از 200% سطح فقر فدرال (FPL) بیشتر نمی‌باشد؛ و
3. برای خدمات درخواست می‌کند.

صلاحیت مالی برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باید با یکی از روش‌های زیر محاسبه شود:

1. درآمد فردی یا خانوادگی فرد ضرب در چهار (4)، بر حسب مورد، برای سه (3) ماه قبل از درخواست برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه؛ یا
2. استفاده از درآمد واقعی شخص یا خانواده، بر حسب مورد، در طول دوازده (12) ماه قبل از درخواست برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه.

هزینه‌هایی که به طور کلی در صورت حساب درج می‌شوند

هزینه‌هایی که به طور کلی در صورت حساب افراد دارای بیمه «AGB» درج می‌شوند، با استفاده از «روش گذشته‌نگر» محاسبه می‌شوند و به تمام مطالبات مربوط به مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری اطلاق می‌شود که به طور کامل توسط Medicare و تمام بیمه‌گران درمانی خصوصی به عنوان پرداخت‌کنندگان اولیه این مطالبات در قالب سهم بیمه یا فرانشیز به بیمارستان پرداخت می‌شوند. SMH درصد(های) AGB را حداقل به صورت سالانه با بررسی تمام مطالبات پرداخت شده به طور کامل در دوره 12 ماهه قبلی محاسبه می‌کند. پس از تعیین، درصد(های) AGB حداکثر تا 45 روز پس از پایان یک دوره 12 ماهه اجرا خواهد شد.

از افرادی که صلاحیت دریافت کمک مالی را دارند انتظار نمی‌رود که بابت مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری مبلغی پرداخت کنند که به طور کلی نسبت به افرادی که بیمه آنها چنین مراقبتی را پوشش می‌دهد، بیشتر باشد.

الزام سالانه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه

به موجب این سیاست‌نامه و ضمیمه آن، در SMH خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باید به شرح زیر محاسبه شود: سطح انطباق سالانه:

1. مبلغی بیشتر از سه (3%) درصد از هزینه عملیاتی سالانه SMH، کمتر از مقدار بازپرداختی که از عنوان‌های XVIII و XIX قانون تأمین اجتماعی (Medicare و Medicaid) دریافت می‌کند، بدون در نظر گرفتن کمک هزینه‌های قراردادی. علاوه بر این، SMH باید با هر گونه تعهدات مربوط به خدمات درمانی بدون دریافت هزینه مطابق قانون تأییدیه‌ی ضرورت پیشین مطابقت داشته باشد.
2. اگر در هر سال مالی، SMH نتواند به تعهدات سالانه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه خود عمل کند، باید تلاش کند تا خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را به میزان کافی برای جبران کسری سال یا سال‌های بعدی، طبق یک برنامه انطباق که مورد تأیید سازمان توسعه برنامه‌ریزی و بهداشت ایالتی (از این پس SHPDA) قرار گرفته است (اما حداکثر سه (3) سال پس از سالی که در آن کسری رخ داده است) ارائه دهد.
3. اگر مبلغ خدمات درمانی بدون دریافت هزینه ارائه شده توسط SMH بیش از سطح انطباق سالانه باشد، SMH ممکن است از مدیر درخواست کند که مبلغ اضافی را به عنوان اعتبار برای کسری موجود یا سطح انطباق سالانه آن برای هر سال مالی بعدی اعمال کند. جهت داشتن صلاحیت اعتباری، ارزش دلاری اضافی بالاتر از سطح انطباق سالانه باید مطابق با الزامات این فصل ارائه شده باشد.

تعیین صلاحیت کتبی برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه

1. SMH اطلاعیه کتبی در مورد تعیین صلاحیت خود برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را در پاسخ به تمامی درخواست‌های مربوط به خدمات درمانی بدون دریافت هزینه به شخص متقاضی مراقبت ارائه خواهد داد. این اطلاعیه باید هنگام ارائه درخواست خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در اختیار خود فرد گذاشته شود یا از طریق پست به آدرسی که متقاضی خدمات ارائه کرده است، ارسال گردد. اگر خود شخص برای دریافت اطلاعیه در دسترس نباشد و آدرسی ارائه نکرده باشد، SMH ممکن است در مرکز خود، در مکانی که در معرض عموم باشد، اطلاعیه‌ای مبنی بر موجود بودن وضعیت صلاحیت فرد در دفتر اجرایی سیبیلی منتشر کند.
1. معاون ارشد / مدیر ارشد مالی مسئول اجرای این سیاست‌نامه است. او باید برنامه تخصیصی را که مطابق با الزامات مقررات باشد تهیه و بر اجرای آن نظارت کند. معاون ارشد / مدیر ارشد مالی گزارشی را برای SHPDA ظرف 120 روز پس از پایان هر سال مالی تهیه خواهد کرد. اسنادی که از تصمیم سیبیلی پشتیبانی می‌کند باید در دسترس عموم قرار گیرد و به SHPDA گزارش شود. این اسناد باید توسط معاون ارشد / مدیر ارشد مالی به مدت پنج (5) سال از تاریخ آخرین ورودی برای یک سال مالی خاص نگهداری شود.

- رئیس و خزانهدار هیئت مدیره باید به صورت دوره‌ای از انطباق سیبلی با این سیاست‌نامه مطلع شوند.
2. اگر درخواستی قبل از ارائه خدمات ارسال شده باشد، SMH باید ظرف پنج (5) روز کاری پس از درخواست کامل برای خدمات سرپایی یا قبل از ترخیص برای خدمات بستری، تصمیم مربوط به صلاحیت برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را اتخاذ کند. اگر درخواست پس از ارائه خدمات سرپایی توسط SMH یا پس از ترخیص یک بیمار بستری ارسال شود، SMH باید صلاحیت را قبل از تکمیل چرخه صورت‌حساب بعدی تعیین کند. به طور معمول، اطلاعیه تعیین صلاحیت ظرف 5 روز پس از جلسه برنامه‌ریزی شده بعدی کمیته کمک مالی اجتماعی انجام می‌شود. SMH ممکن است تصمیم صلاحیت مشروط را اتخاذ کند. چنین تصمیمی باید شرایطی را بیان کند که شخص متقاضی خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باید آنها را رعایت کند تا واجد شرایط باشد.
 3. هر گونه تصمیم کتبی درباره صلاحیت متقاضی برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باید به سرعت اتخاذ شود. هرگونه تصمیم صلاحیت برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باید شامل اظهارات زیر باشد:
 1. SMH تحت چه شرایطی خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را ارائه خواهد کرد یا نخواهد کرد؛
 2. هیچ هزینه‌ای بابت خدمات درمانی بدون دریافت هزینه کسر نخواهد شد؛
 3. تاریخی که شخص برای مراقبت درخواست کرده است؛
 4. تاریخی که در آن تصمیم اتخاذ شد؛
 5. درآمد سالانه فرد یا خانواده، بر حسب مورد، و تعداد اعضای خانواده شخصی که برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه درخواست کرده است؛
 6. تاریخی که خدمات ارائه شده یا خواهد شد؛ و
 7. دلیل رد، بر حسب مورد.

اطلاعیه منتشر شده در مورد تعهد مربوط به خدمات درمانی بدون دریافت هزینه:

قبل از شروع سال مالی، SMH اطلاعیه‌ای مبنی بر در دسترس بودن تعهدات خود برای ارائه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در روزنامه‌ای با تیراژ عمومی در ناحیه کلمبیا منتشر خواهد کرد. علاوه بر این، سیبلی یک نسخه از این اطلاعیه را به SHPDA ارسال خواهد کرد. معاون ارشد / مدیر ارشد مالی مسئول انتشار و ارسال این اطلاعیه است. اطلاعیه باید شامل موارد زیر باشد:

1. ارزش دلاری خدمات درمانی بدون دریافت هزینه که SMH قصد دارد در طول سال مالی در دسترس قرار دهد یا اظهارنامه‌ای مبنی بر ارائه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه از سوی SMH برای تمام افرادی که قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی نیستند و درخواست برخورداری خدمات درمانی بدون دریافت هزینه دارند؛
2. شرح تفاوت بین میزان خدمات درمانی بدون دریافت هزینه موجود که SMH پیشنهاد می‌کند و سطح انطباق سالانه برای سیبلی، بر حسب مورد؛ و
3. اظهارنامه‌ای که نشان می‌دهد آیا SMH تمام تعهدات معوقه خدمات درمانی بدون دریافت هزینه از دوره‌های گزارش قبلی را برآورده کرده است یا اظهارنامه‌ای که نشان می‌دهد در طول یک دوره خاص، هرگونه تعهد معوقه‌ای را برآورده خواهد کرد.

اطلاعیه ارسال شده در مورد در دسترس بودن خدمات درمانی بدون دریافت هزینه:

اطلاعیه‌ای مبنی بر در دسترس بودن خدمات درمانی بدون دریافت هزینه نیز باید در مراکز ثبت‌نام بیمار، بخش پذیرش، دفتر تجاری و بخش اورژانس در معرض دید عموم قرار گیرد. SMH باید اطلاعیه زیر را ارسال کند:

1. «بر اساس قانون ناحیه کلمبیا، این ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی باید خدمات خود را در دسترس همه افراد جامعه قرار دهد. این ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مجاز نیست به دلیل نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملیت، جنسیت، سن، وضعیت تأهل، ظاهر شخص، گرایش جنسی، مسئولیت‌های خانوادگی، تحصیل، وابستگی سیاسی، معلولیت جسمی، منبع درآمد، یا محل سکونت یا کسب و کار، یا به این دلیل که فرد تحت پوشش برنامه‌های مانند Medicare یا Medicaid است، علیه افراد تبعیض قائل شود.»
2. این ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی همچنین موظف است خدمات کافی را بدون هزینه یا با هزینه کاهش یافته به افرادی که قادر به پرداخت نیستند ارائه دهد. از کارکنان بپرسید که آیا واجد شرایط دریافت خدمات رایگان یا با هزینه کاهش یافته هستید یا خیر.

اگر فکر می‌کنید که بدون دلیل موجه از خدمات یا درمان رایگان یا با هزینه کاهش یافته محروم شده‌اید، با پذیرش یا دفتر تجاری این ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی تماس بگیرید و از طریق مرکز تماس سراسری شهری به شماره 1000-727-202 با سازمان برنامه‌ریزی و توسعه بهداشت دولتی تماس بگیرید.»

3. «اگر می‌خواهید شکایت کنید، فرم‌هایی در سازمان برنامه‌ریزی و توسعه بهداشت دولتی موجود است.»

این اطلاعیه همچنین باید شامل خلاصه‌ای از معیارهای صلاحیت سیبلی برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه باشد. این اطلاعیه باید به زبان انگلیسی و اسپانیایی و به هر زبان دیگری که زبان معمول خانواده‌های ده درصد (10%) از جمعیت ناحیه کلمبیا یا بیشتر می‌باشد، طبق آخرین ارقام منتشر شده توسط دفتر سرشماری منتشر شود. سیبلی باید محتویات اطلاعیه ارسال شده را به هر شخصی که به نظر سیبلی دلیلی برای خواندن این اطلاعیه دارد، ارسال کند.

اطلاعیه کتبی در مورد در دسترس بودن خدمات درمانی بدون دریافت هزینه:

در هر دوره‌ای از سال مالی که طی آن خدمات درمانی بدون دریافت هزینه در SMH در دسترس است، SMH باید اطلاعیه کتبی در مورد در دسترس بودن خدمات را به هر شخصی ارائه دهد که از طرف خود یا فرد دیگری برای دریافت خدمات از بیمارستان درخواست می‌کند. SMH این اطلاعیه کتبی را قبل از ارائه خدمات ارائه می‌کند، مگر در مواردی که ماهیت اورژانسی خدمات، اطلاع‌رسانی قبلی را غیرممکن می‌کند. در شرایط اورژانسی، SMH باید در اسرع وقت اطلاعیه کتبی را به بیمار یا به نزدیکان او ارائه دهد. این اطلاعیه باید حداکثر تا پیش از صدور اولین صورتحساب خدمات ارائه شود. این اطلاعیه کتبی باید موارد زیر را ارائه دهد:

1. «بر اساس قانون ناحیه کلمبیا، این ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی باید خدمات خود را در دسترس همه افراد جامعه قرار دهد. این ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مجاز نیست به دلیل نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملیت، جنسیت، سن، وضعیت تأهل، ظاهر شخص، گرایش جنسی، مسئولیت‌های خانوادگی، تحصیل، وابستگی سیاسی، معلولیت جسمی، منبع درآمد، یا محل سکونت یا کسب و کار، یا به این دلیل که فرد تحت پوشش برنامه‌ای مانند Medicare یا Medicaid است، علیه افراد تبعیض قائل شود.»
2. این ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی همچنین موظف است خدمات کافی را بدون هزینه یا با هزینه کاهش یافته به افرادی که قادر به پرداخت نیستند ارائه دهد. از کارکنان بپرسید که آیا واجد شرایط دریافت خدمات رایگان یا با هزینه کاهش یافته هستید یا خیر. اگر فکر می‌کنید که بدون دلیل موجه از خدمات یا درمان رایگان یا با هزینه کاهش یافته محروم شده‌اید، با پذیرش یا دفتر تجاری این ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی تماس بگیرید و از طریق مرکز تماس سراسری شهری به شماره 1000-727-202 با سازمان برنامه‌ریزی و توسعه بهداشت دولتی تماس بگیرید.
3. «اگر می‌خواهید شکایت کنید، فرم‌هایی در سازمان برنامه‌ریزی و توسعه بهداشت دولتی موجود است.»

این اطلاعیه همچنین باید شامل خلاصه‌ای از معیارهای صلاحیت سیبلی برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه و نشانی محلی باشد که در آن افرادی که به دنبال خدمات درمانی بدون دریافت هزینه هستند می‌توانند برای خدمات درمانی بدون دریافت هزینه درخواست دهند. همچنین باید شرح دهد که سیبلی تصمیم خود در مورد اینکه آیا شخص خدمات درمانی بدون دریافت هزینه را دریافت می‌کند یا خیر و تاریخ یا دوره‌ای که طی آن تصمیم اتخاذ می‌شود را به صورت کتبی اعلام می‌کند.

تعریف جامعه SMH:

SMH خدمات خود، از جمله خدمات مورد نیاز تحت الزامات قانونی مربوط به خدمات درمانی بدون دریافت هزینه منطقه کلمبیا را «به تمام افراد جامعه» ارائه می‌کند. این جامعه افرادی که در منطقه تحت خدمات بیمارستان زندگی یا کار می‌کنند و یا افرادی که به خدمات اورژانسی نیاز دارند و یا به این دلیل به منطقه خدمات‌رسانی مراجعه می‌کنند را دربرمی‌گیرد. کسانی که به طور خاص از برنامه کمک اجتماعی مستثنی شده‌اند شامل آن دسته از افرادی است که خدمات انتخابی می‌خواهند و عملاً در خارج از منطقه تحت خدمات بیمارستان اقامت دارند. منطقه تحت خدمات بیمارستان، ناحیه کلمبیا و بیشتر مریلند و ویرجینیا را دربرمی‌گیرد و خدمات محدودی به ساکنان ویرجینیای غربی، دلاور و پنسیلوانیا ارائه می‌شود. بیمارستان ممکن است از متقاضی درخواست کند مدارکی را ارائه دهد که نشان‌دهنده مطابقت با تعریف بیمارستان از جامعه باشد.

منابع:

مقررات شهرداری DC عنوان 22 بخش 4404,4405، و 4406

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

درخواست برای کمک مالی Johns
Hopkins Medicine

لطفاً فرم‌های پیوست را تکمیل کرده و به همراه مدارک زیر برگردانید.

فرم‌هایی که باید ارسال شوند:

درخواست برای دریافت کمک مالی (پیوست)

اسنادی که باید ارائه شوند:

1. کپی اظهارنامه مالیاتی سال قبل. (اگر متاهل هستید و به طور جداگانه تشکیل پرونده داده‌اید، لطفاً یک نسخه کپی از هر دو اظهارنامه را ارائه دهید).
2. کپی سه (3) فیش حقوقی آخر، نامه کارفرما یا مدرک مربوط به وضعیت بیکاری.
1. کپی نامه کمک تأمین اجتماعی (در صورت وجود)
2. کپی نامه تصمیم مربوط به پزشکی یا تأمین اجتماعی.
3. مدرکی مبنی بر مخارج زندگی ماهانه که در درخواست شما ثبت شده است، مانند کپی قبض‌های تلفن، صورت‌حساب‌های BG&E، یا پرداخت‌های اجاره/رهن.
4. کپی هزینه‌های پزشکی پرداخت نشده.
5. کپی کلیه کارت‌های بیمه درمانی.
6. مدارک اقامت مانند کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی، شناسنامه یا وضعیت اقامت دائم قانونی (گرین‌کارت).

لطفاً اطلاعات را به آدرس زیر ارسال کنید:

3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

درخواست برای دریافت کمک مالی

اطلاعات شما

نام:

کوچک میانی خانوادگی

شماره تامین اجتماعی - وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه

شهر و ایالت متحده بله خیر اقامت دائمی: بله خیر

آدرس محل سکونت:

تلفن

شهر ایالت منطقه کشور

نام کارفرما:

تلفن

آدرس محل کار:

شهر ایالت منطقه

تعداد اعضای خانواده:

خودم

نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت
نام	سن	نسبت

آیا شما برای کمک پزشکی درخواست داده‌اید

بله خیر

اگر بله، در چه تاریخی درخواست داده‌اید؟

اگر بله، تصمیم چه بوده است؟

آیا هیچگونه کمکی از ایالت یا کانتی دریافت می‌کنید؟

بله خیر

I. درآمد خانواده

میزان درآمد ماهانه خود از تمام منابع را فهرست کنید. ممکن است از شما خواسته شود که مدرکی دال بر درآمد، دارایی و هزینه‌ها ارائه دهید. اگر درآمدی ندارید، لطفاً نام‌های از شخص تامین‌کننده مسکن و وعده‌های غذایی خود ارائه دهید.

مبلغ ماهانه

کل

اشتغال
مزایای بازنشستگی / مستمری
مزایای تأمین اجتماعی
مزایای کمک‌های مردمی
مزایای ناتوانی
مزایای بیکاری
مزایای جانبازان
نفقه
درآمد اجاره املاک
مزایای اعتصاب
مزایای نظامی
کشاورزی یا خود اشتغالی
سایر منابع درآمد

مانده فعلی

کل

II. دارایی‌های نقدی

حساب جاری
حساب پس‌انداز
سهام، اوراق قرضه، گواهی سپرده، یا بازار پول
سایر حساب‌ها

III. سایر دارایی‌ها

اگر هر یک از موارد زیر را در اختیار دارید، لطفاً نوع و ارزش تقریبی آن را ذکر کنید.

منزل	مانده وام	ارزش تقریبی	
اتومبیل	سازنده	سال	ارزش تقریبی
وسیله حمل و نقل اضافی	سازنده	سال	ارزش تقریبی
وسیله حمل و نقل اضافی	سازنده	سال	ارزش تقریبی

املاک دیگر

ارزش تقریبی
کل

مبلغ

IV. هزینه‌های ماهانه

اجاره یا رهن
خدمات شهری
پرداخت (های) خودرو
پرداخت (های) اعتباری
بیمه اتومبیل
بیمه سلامت
سایر هزینه‌های پزشکی
سایر هزینه‌ها

آیا صورتحساب پزشکی پرداخت نشده دیگری دارید؟ بله خیر
برای چه خدماتی؟
آیا یک طرح پرداخت ترتیب داده‌اید؟ پرداخت‌های ماهانه شامل چه مواردی است؟

برای صلاحیت مربوط به کمک در زمینه مشکلات مالی پزشکی:

درآمد خانواده در طول دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ ارائه این درخواست:

بدهی پزشکی متحمل شده در جانش هاپکینز (بدون احتساب بیمه مشترک، پرداخت‌های مشترک یا فرانشیزها) در طول دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ این درخواست:

میزان بدهی

تاریخ ارائه خدمات

برای صلاحیت مربوط به کمک مالی فرضی:

1. بیمار چند سال دارد؟
2. آیا بیمار باردار است؟
3. آیا بیمار فرزندان زیر 21 سال دارد که در خانه با او زندگی می‌کنند؟
4. آیا بیمار نابینا است یا بیمار احتمالاً به مدت 12 ماه یا بیشتر از اشتغال درآمدزا باز مانده است؟
5. آیا بیمار در حال حاضر مزایای SSI یا SSDI دریافت می‌کند؟
6. آیا کل حساب‌های بانکی یا دارایی‌های قابل تبدیل به پول نقد بیمار (و در صورت تاهل، همسر) از مقادیر زیر تجاوز نمی‌کند؟
- بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر

اندازه خانواده:

فرد: \$2,500.00
دو نفر: \$3,000.00
به ازای هر عضو دیگر خانواده، \$100.00 اضافه کنید
(مثال: برای یک خانواده چهار نفره، اگر مجموع دارایی‌های نقدی کمتر از \$3,200.00 است، گزینه بله را انتخاب کنید.)

7. آیا بیمار مقیم ایالت مریلند است؟
اگر ساکن مریلند نیستید، بیمار در کدام ایالت اقامت دارد؟
8. آیا بیمار بی‌خانمان است؟
9. آیا بیمار در WIC شرکت می‌کند؟
10. آیا در خانواده فرزندی وجود دارد که تحت برنامه غذای رایگان یا ارزان قیمت قرار دارند؟
11. آیا خانواده در برنامه کمک به انرژی خانوادگی کچدر آمد شرکت می‌کند؟
12. آیا بیمار SNAP/فوداستامپ دریافت می‌کند؟
13. آیا بیمار در Chase Brexton، Healthy Howard ثبت‌نام کرده است؟
14. آیا بیمار در Montg Co Cancer Crusade، Mobile Med، Catholic Charities، انجمن مراقبت اولیه، مراقبت‌های مونتگومری، Project Access، یا Proyecto Salud بیمار را به SH ارجاع داده است؟
15. آیا بیمار در حال حاضر موارد زیر را دارد:
فقط کمک پزشکی داروخانه
QMB/SMLB
16. آیا بیمار شاغل است؟
اگر خیر، تاریخ بیکار شدن فرد را درج کنید.
آیا واجد شرایط پوشش بیمه درمانی COBRA است؟
- بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر

تمام اسناد ارسال شده بخشی از این درخواست محسوب می‌شوند.

اگر بخواهید کمک مالی بیشتری به شما تعلق گیرد، JHM ممکن است برای تصمیم‌گیری تکمیلی، اطلاعات بیشتری را درخواست کند. با امضای این فرم، صحت اطلاعات ارائه شده را تأیید می‌کنید و موافقت می‌کنید که هر گونه تغییر در اطلاعات ارائه شده را ظرف ده روز پس از تغییر به JHM اطلاع دهید. با توجه به اطلاعات، دانسته‌ها و باور من، تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست صحیح و درست می‌باشد.

تاریخ

امضای متقاضی

نسبت با بیمار

پیوست C: مفاد کمک مالی بیمارستان کودکان جانز هاپکینز

I. هدف

هدف این ضمیمه شرح مقررات دیگری است که در رابطه با خدمات پزشکان اطفال بیمارستان کودکان جانز هاپکینز، Inc. و نوزادشناسی ساحل غربی، Inc. اعمال می‌شود.

II. محدوده

همچنین این سیاست‌نامه بر مکان‌هایی اعمال می‌شود که تحت مجوز سازمان‌های شرکت‌کننده که در پیوست B مشخص شده‌اند، عمل می‌کنند. تمام نهادها از این پس «سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی» نامیده می‌شوند و شامل تمام امکانات بیمارستانی و مراکز سرپایی منطقه‌ای می‌شود. فهرست تمام ارائه‌دهندگان (علاوه بر خود بیمارستان) ارائه‌دهنده مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری در بیمارستان که مشخص می‌کند کدام ارائه‌دهندگان مشمول این سیاست‌نامه هستند و کدام‌ها مشمول نیستند، هر سه ماه یکبار در وبسایت ما به‌روزرسانی می‌شود.

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance/Financial-Assistance-Provider-Listing>

III. سیاست‌نامه

- a. 1. تعهد برای ارائه کمک مالی: سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متعهد به ارائه کمک مالی به افرادی است که به مراقبت‌های بهداشتی نیاز دارند و بیمه نیستند، از بیمه کامل برخوردار نیستند، واجد شرایط برنامه دولتی نیستند یا بر اساس وضعیت مالی فردی خود قادر به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی ضروری نمی‌باشند. یک مشاور مالی در سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، نماینده دفتر تجاری منتخب، یا کمیته‌ای که اختیار اعطای کمک مالی دارد، هر پرونده را به صورت جداگانه بررسی می‌کند و کمک‌های مالی که ممکن است مطابق با این سیاست‌نامه ارائه شود را تعیین می‌کند.
- b. تعهد برای ارائه مراقبت‌های پزشکی اورژانسی: سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی بدون تبعیض و بدون توجه به اینکه آیا تحت این سیاست‌نامه افراد واجد شرایط دریافت کمک هستند، مراقبت پزشکی اورژانسی را به افراد ارائه می‌دهد. سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در اقداماتی که افراد را از دریافت مراقبت‌های پزشکی اورژانسی باز می‌دارد، از جمله درخواست پرداخت از بیماران بخش اورژانس قبل از ارائه درمان مربوط به شرایط پزشکی اورژانسی یا انجام فعالیت‌های مربوط به وصول بدهی که با مفاد عدم تبعیض در ارائه مراقبت پزشکی اورژانسی منافات دارد، شرکت نخواهد کرد. خدمات پزشکی اورژانسی، از جمله انتقال اورژانسی، بر اساس EMTALA، به همه بیماران تحت سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به شیوه‌ای بدون تبعیض، بر اساس سیاست‌نامه سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی EMTALA ارائه می‌شود.

IV. رویه

A. 1. صلاحیت برای کمک مالی:

1. خدمات بهداشتی زیر در بیمارستان کودکان جانز هاپکینز واجد شرایط اعطای کمک مالی نیستند:
 - a. خدمات غیر فوری، غیر ضروری یا انتخابی مانند جراحی زیبایی، دندانپزشکی زیبایی، اتاق‌های خصوصی و وسایل رفاهی؛
 - a. هنگامی که سؤالی در مورد «غیرفوری» یا «ضروری پزشکی» هر یک از خدمات داشتید، با پزشک پذیرش‌کننده و/یا مشاور پزشک منصوب شده توسط «ارائه‌دهنده سیستم مراقبت‌های بهداشتی» مشورت کنید.
 - b. خدمات ارائه‌شده به بیماران ثبت‌نام شده به عنوان بیماران خودپرداختی انتخابی؛

- c. برخی خدمات انتخابی، تعیین شده توسط هر بخش بالینی، که هیچ کمک مالی برای آنها ارائه نخواهد شد.
- d. خدمات غیر اورژانسی که توسط Medicare، Medicaid یا سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث پوشش داده می‌شوند، در صورتی که این خدمات توسط یک مرکز یا ارائه‌دهنده درون شبکه بر اساس الزام بیمه بیمار ارائه شوند.

B. کمک‌های مالی موجود در بیمارستان کودکان جانز هاپکینز

1. خدمات مجاز تحت این سیاست‌نامه مطابق با نیاز مالی که با توجه به سطوح فقر فدرال (FPL) در زمان تصمیم‌گیری قابل اجرا است، در دسترس بیمار قرار می‌گیرد. بیمارانی که دارایی‌های نقدی خانواده‌شان بیش از \$10,000 نیست و اگر در سطح:
- a. 200% یا کمتر از FPL قرار دارند، واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف 100% بر هزینه‌های ناخالص هستند.
- b. 201% و 300% از FPL قرار دارند، واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف 85% بر هزینه‌های ناخالص هستند.
- c. 301% و 400% از FPL قرار دارند، واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف 70% بر هزینه‌های ناخالص هستند.

C. مبالغی که به طور کلی در صورت حساب بیمارستان کودکان جانز هاپکینز درج می‌شوند

1. هنگامی که سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی تشخیص داد که بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی است، آن بیمار نباید بابت مراقبت‌های اضطراری یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری ارائه شده به افرادی که بیمه‌شان مراقبت مربوطه را پوشش می‌دهد (همانطور که در قانون فدرال الزامی است) بیش از مبلغی که به طور کلی در صورت حساب درج می‌شود (AGB) پرداخت کند.
2. AGB با استفاده از «روش گذشته‌نگر» در سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی تعیین می‌شود.
3. محاسبه AGB به شرح زیر است:
- a. AGB با بررسی تمام مطالبات گذشته محاسبه می‌شود که در طول یک بازه زمانی دوازده ماهه معین بابت مراقبت‌های پزشکی اورژانسی و ضروری به صورت پرداخت بر مبنای خدمات از سوی Medicare و تمام بیمه‌گران درمانی خصوصی به طور کامل به سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی پرداخت شده است (از جمله بیمه مشترک، پرداخت‌های مشترک، و فرانشیزها).
- b. AGB برای مراقبت‌های اورژانسی و ضروری پزشکی ارائه شده به یک فرد واجد شرایط کمک مالی با ضرب هزینه‌های ناخالص برای آن مراقبت در یک یا چند درصد از AGB تعیین می‌شود.
- c. درصدهای AGB سالانه با تقسیم مجموع مطالبات معینی که توسط پرداخت بر مبنای خدمات Medicare و بیمه‌گران خصوصی به هر سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی پرداخت می‌شود، بر هزینه‌های ناخالص مربوط به آن مطالبات محاسبه می‌شود.
4. درصدهای AGB تا 120 روز پس از پایان دوره 12 ماهه تقویمی مورد استفاده در مرکز بیمارستانی برای محاسبه درصدهای AGB، اعمال می‌شود.
5. سیستم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی برای افرادی که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند، صورت حساب صادر نکرده یا انتظار پرداخت هزینه‌های ناخالص را ندارد.

D. اعتراض به رد کمک مالی:

1. در صورت رد درخواست کمک مالی، بیمار حق دارد برای بررسی مجدد درخواست تقاضا کند. مشاور مالی یا معاون او هر درخواستی را که مشمول تقاضا برای بررسی مجدد باشد جهت ارزیابی و تصمیم‌گیری نهایی به کمیته ارزیابی کمک مالی ارسال می‌کند.

E. ابلاغ طرح کمک مالی به بیماران در جامعه بیمارستان کودکان جانز هاپکینز:

1. اطلاع‌رسانی در مورد کمک‌های مالی موجود در سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، که شامل شماره تماس و آدرس و وبسایت است، باید توسط سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به طرق مختلف منتشر شود، که ممکن است شامل (اما نه محدود به) انتشار اطلاعیه‌ها در صورت حساب‌های بیمار و پخش اطلاعیه‌ها در بخش اورژانس، در فرم شرایط پذیرش، در مراکز مراقبت، بخش‌های پذیرش و ثبت‌نام، دفاتر تجاری بیمارستان، (بسته به انتخاب سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی) باشد. خلاصه‌ای از سیاست‌نامه کمک‌های مالی سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در هنگام پذیرش یا ترخیص در اختیار بیماران قرار می‌گیرد و در صورت درخواست برای همه بیماران در دسترس خواهد بود. همچنین سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی باید خلاصه‌ای از این سیاست‌نامه مراقبتی مربوط به کمک مالی را در وبسایت‌های مراکز، بروشورهای موجود در محل دسترسی بیماران و در سایر مکان‌های جامعه که خدمات بیمارستان/ارائه‌دهندگان (بسته به انتخاب سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی) در آن ارائه می‌شود، پخش و به طور گسترده منتشر کند. این اطلاعیه‌ها و خلاصه اطلاعات باید به زبان‌های اصلی جمعیتی که سیستم مراقبت بهداشتی ارائه‌دهنده به آنها خدمات ارائه می‌دهند ارائه شود.
2. اطلاع‌رسانی به تمام سیستم‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اورژانسی و ضروری، که شامل تصمیم‌گیری در مورد اعمال یا عدم اعمال سیاست‌نامه کمک‌های مالی بر خدمات ارائه شده مجاز است، باید توسط سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به طرق مختلف منتشر شود، که شامل (و نه محدود به) انتشار آن در وبسایت‌های مراکز و درج در این سیاست‌نامه است.
- F. اطلاعات مربوط به سیاست‌های وصول:

1. اطلاعات مربوط به اقداماتی که «سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی» در صورت عدم پرداخت انجام می‌دهد، در سیاست‌نامه وصول مبالغ خودپرداخت (PFS046) جداگانه درج شده است. عموم مردم می‌توانند یک نسخه رایگان از این سیاست‌نامه جداگانه را از سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی دریافت کنند
2. سیاست‌نامه وصول مبالغ خودپرداخت (PFS046)، سیاست‌ها و رویه‌های مربوط به شیوه‌های وصول داخلی و خارجی (از جمله اقداماتی که بیمارستان ممکن است در صورت عدم پرداخت انجام دهد، از جمله اقدامات مربوط به وصول) را مشخص می‌کند. این سیاست‌نامه صلاحیت بیمار برای کمک مالی، نهایت تلاش بیمار جهت درخواست برای برنامه دولتی یا کمک مالی از سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی، و نهایت تلاش بیمار برای پیروی از قراردادهای پرداخت خود با سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی را مد نظر قرار می‌دهد. سیستم ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی به بیمارانی که واجد شرایط کمک مالی هستند و تمام تلاششان را بکار می‌گیرند تا برای پرداخت صورتحساب‌های پزشکی خود همکاری کنند، برنامه‌های پرداخت گسترده‌ای را ارائه می‌دهد که ممکن است تحت مدیریت و نظارت سازمان‌های وصول خارجی قرار داشته باشند.

V. **اطلاعات سیستم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی**
وبسایت:

www.hopkinsallchildrens.org/

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance>

VI. **اطلاعات پشتیبان**

مدارک مربوطه:

- سیاست‌نامه شماره RC008 - درخواست برای هزینه خدمات بیمارستانی
- سیاست‌نامه شماره RC007 - بازپرداخت مراقبت از بیمار
- سیاست‌نامه شماره FIN008 - مراقبت پزشکی اورژانسی
- سیاست‌نامه شماره PTCRE014 - درمان اورژانس پزشکی و قانون کار (EMTALA) و ارزیابی بیمار درمان یا انتقال به بیمارستان‌های دیگر
- سیاست‌نامه شماره SUPSR014 - علائم، آگهی‌ها، بنرها و آثار هنری (SUPSR014) مالک:
- امور مالی در بیمارستان کودکان جانز هاپکینز عنوان/سمت کارشناس موضوع (در صورت وجود):
- مدیر ارشد مالی، JHACH
- مدیر ارشد، چرخه درآمد، JHACH