

YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM السياسات والإجراءات	منطقة الخدمة: خدمات أعمال الشركات التجارية
	العنوان: سياسة برامج المساعدة المالية
مُعتمد من: مجلس أمناء شركة الرعاية الصحية YNHHS	تاريخ الموافقة: 9/20/2013
تاريخ المراجعة/التنقيح: 01/21/2015، 09/30/2016، 12/16/2016، 01/27/2021، 6/15/2020، 7/15/2018، 6/1/2017	تاريخ السريان: 9/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital
نوع السياسة (الأول أو الثاني): النوع الأول	التوزيع: مدير سياسات MCN
تحل محل: برامج المساعدة المالية لمستشفى Yale New Haven Hospital الخاصة بخدمات المستشفيات (NC:F-4) برامج المساعدة المالية لمستشفى Bridgeport Hospital الخاصة بخدمات المستشفيات (9-13) نظرة عامة حول برامج المساعدة المالية لمستشفى Greenwich Hospital الخاصة بخدمات المستشفيات Lawrence + والرعاية المجانية في Memorial Hospital و Westerly Hospital والمساعدة المالية وسياسة تمويل الأسرة المجانية	

الغرض

- تلتزم شركة الرعاية الصحية Yale New Haven Health ("Yale New Haven Health" أو "YNHHS") بتوفير الرعاية الطبية اللازمة من خلال تقديم المساعدة المالية للأفراد المؤهلين المحتاجين. الغرض من سياسة المساعدة المالية ("FAP") هو:
1. شرح المساعدة المالية المتاحة بموجب سياسة المساعدات المالية؛
 2. وصف الأشخاص المؤهلين للحصول على المساعدة المالية وكيفية التقديم؛
 3. وصف كيفية حساب تكاليف المريض لحالات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الطبية الضرورية للمرضى المؤهلين لسياسة المساعدة المالية؛
 4. تحديد مقدمي الخدمة الخاضعين وغير الخاضعين للتغطية بواسطة سياسة المساعدة المالية؛
 5. وصف الخطوات التي تتخذها مستشفيات YNHHS للإعلان عن سياسة المساعدة المالية على نطاق واسع داخل المجتمعات التي تخدمها YNHHS؛ و
 6. شرح إجراءات التحصيل التي يمكن اتخاذها لعدم دفع فواتير Yale New Haven Health.

قابلية التطبيق

تتطبق هذه السياسة على كل مستشفى مرخص تابع لشركة الرعاية الصحية YNHHS، بما في ذلك مستشفى Bridgeport Hospital ("BH") ومستشفى Greenwich Hospital ("GH") ومستشفى Lawrence + Memorial Hospital ("LMH") ومستشفى Yale New Haven Hospital ("YNH")، بالإضافة إلى ذلك، تتابع مجموعة Northeast Medical Group، ورابطة الممرضات الزائرات في جنوب شرق ولاية كونيتيكت، و Home Care Plus برامج المساعدة المالية.

1. **الموظف المسؤول.** سيشرف النائب الأول لرئيس شركة الرعاية الصحية YNHHS، أو المسؤول المالي أو من ينوب عنه على سياسة المساعدة المالية الخاصة بمستشفى YNHHS.

2. النطاق وقائمة مقدمي الخدمة

A. الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الطبية اللازمة. تنطبق سياسة المساعدة المالية هذه على حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية، بما في ذلك خدمات المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين، والتي يصدر لها فواتير من قبل المستشفى. لا تشمل سياسة المساعدة المالية هذه ما يلي: (أ) غرفة خاصة أو ممرضات الخدمة الخاصة؛ (ب) الخدمات غير الضرورية طبيًا، مثل جراحات التجميل الاختيارية؛ (ج) رسوم وسائل الراحة الاختيارية الأخرى، مثل رسوم التلفاز أو الهاتف، و(د) الخصومات أو التخفيضات الأخرى في الرسوم غير المنصوص عليها صراحةً في هذه السياسة.

B. قائمة مقدمي الخدمة. يمكن العثور على قائمة بمقدمي الخدمة الذين يقدمون الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية في المستشفى هنا:

https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

تشير القائمة إلى ما إذا كان مقدم الخدمة يخضع للتغطية بموجب سياسة المساعدة المالية. إذا لم يكن مقدم الخدمة خاضعًا للتغطية بموجب سياسة المساعدة المالية هذه، فيجب على المرضى الاتصال بمكتب مقدم الخدمة لتحديد ما إذا كان مقدم الخدمة يقدم مساعدة مالية وإذا كان يفعل ذلك، فما الذي تغطيه سياسة المساعدة المالية الخاصة به.

C. الامتثال لقانون EMTALA. يتعين على المستشفيات الامتثال لقانون العلاج الطبي الطارئ والعمل النشط (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) وفقًا لسياساتها، كما يُحظر عليها الانخراط في أنشطة من شأنها أن تنتهي الفرد عن طلب الرعاية الطبية الطارئة. لا يوجد شيء في سياسة المساعدة المالية هذه يحد من التزامات المستشفى بموجب قانون EMTALA لعلاج المرضى الذين يعانون من حالات طبية طارئة.

3. برنامج المساعدة المالية

تتوفر المساعدة المالية للأفراد الذين يعيشون في الولايات المتحدة والذين يكملون طلب المساعدة المالية المطلوبة ويستوفون متطلبات الأهلية الإضافية الموضحة أدناه. يجب تشجيع جميع المرضى على فحص جميع مصادر المساعدة المالية المتاحة، بما في ذلك برامج المساعدة الحكومية والخاصة.

يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بالمساعدة المالية على أساس كل حالة على حدة وعلى أساس الحاجة المالية فقط. لا تأخذ القرارات في الاعتبار أبدًا العمر أو الجنس أو العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الوضع العائلي أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الانتماء الديني أو الإعاقة أو الوضع العسكري أو الموقف من التجنيد أو أي أساس آخر يحظره القانون. يحدد طلب المساعدة المالية المستندات المطلوبة للتحقق من حجم الأسرة ودخلها. يجوز لشركة الرعاية الصحية YNHHS أو أي مستشفى، وفقًا لتقديرهم، الموافقة على المساعدة المالية خارج نطاق هذه السياسة.

A. الرعاية المجانية. إذا تم التحقق من أن إجمالي دخل الأسرة السنوي يساوي أو أقل من 250% من الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر (انظر المرفق 1)، فقد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية (خصم 100% على رصيد حساب المريض).

B. الرعاية المخفضة. إذا تم التحقق من أن إجمالي دخل الأسرة السنوي يتراوح بين 251% و550% من الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تخفيض بناءً على أساس تدرجي، كما هو موضح في المرفق 1. بالنسبة للمرضى الذين لديهم تأمين، سيتم تطبيق التخفيض على رصيد حساب المريض المتبقي بعد تطبيق المدفوعات التي يتحملها التأمين أو الجهات الثالثة.

C. تمويل الأسرة بالمستشفى. قد تكون مؤهلاً لتلقي مساعدة مالية من صندوق تمويل الأسرة بالمستشفى، وهي أموال تم التبرع بها للمستشفى لتوفير الرعاية الطبية للمرضى الذين قد لا يستطيعوا تحمل تكاليف الرعاية في المستشفى. يتم تحديد الأهلية على أساس كل حالة على حدة مع مراعاة قيود الجهات المانحة، وإذا أمكن، الترشيدات المقدمة من قبل مرشحي الصندوق. سيتم بصورة تلقائية النظر في طلبات جميع المرضى الذين يقومون بإكمال طلب المساعدة المالية المطلوبة من أجل الحصول على أموال من صندوق تمويل الأسرة بالمستشفى.

D. برامج المساعدة المالية الأخرى الخاصة بالمستشفى.

(1) برنامج **Me & My Baby (أنا وطفلي)** الخاص بمستشفى **Yale New Haven Hospital**. هذا البرنامج متاح لمرضى **Yale New Haven Hospital**. يوفر البرنامج خدمات ما قبل الولادة والحمل والولادة وبعض الرعاية بعد الولادة مجاناً. قد تكون مؤهلاً إذا كنت تعيش في مقاطعة نيو هافن، وليس لديك أي نوع من التأمين الصحي وعائلتك تكسب أقل من 2.5^{1/2} من مستوى الفقر الفيدرالي. للحصول على المزيد من المعلومات أو لطلب نموذج طلب، راجع ممثلينا في **Yale New Haven Hospital Women's Center** أو اتصل على الرقم 203-688-5470.

(2) تخدم عيادة المريض الخارجي بمستشفى **Greenwich Hospital** المرضى المؤمن عليهم من قبل **Medicare** أو **Medicaid** أو التأمينات المقدمة من خلال **Access Health CT** للأسر التي يقل دخلها عن 4 أضعاف من الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر. علاوةً على ذلك، تقدم العيادة رعاية مخفضة للأفراد غير المؤهلين للتأمين والذين يقيمون في غرينتش ويبلغ دخل الأسرة أقل من 4 أضعاف من مستوى الفقر الفيدرالي. للحصول على مزيد من المعلومات أو للحصول على طلب، يُرجى الاتصال بالرقم 203-863-3334.

E. أصحاب الحاجة من الناحية الطبية. يمكن أيضاً النظر في منح المساعدة المالية للمرضى الذين لا يستوفوا المعايير، لكن فوائدهم الطبية تتجاوز نسبة معينة من دخل الأسرة أو أصولها.

4. القيود على الرسوم

عندما يكون المريض مؤهلاً بموجب هذه السياسة للحصول على رعاية مخفضة، ولكن ليس رعاية مجانية، فلن يتم تحميل المريض أكثر من المبالغ المفروضة عموماً ("**AGB**") للأفراد الذين لديهم تأمين يغطي هذه الرعاية.

A. كيف يتم الحساب. تقوم شركة الرعاية الصحية **YNHHS** بحساب المبالغ المفروضة عموماً سنوياً لكل مستشفى باستخدام "طريقة مراجعة فترة سابقة ثابتة" بموجب اللوائح الضريبية الفيدرالية واستناداً إلى معدلات رسوم الخدمات في **Medicare**، بما في ذلك مبالغ مشاركة التكاليف الخاصة بالمستفيدين من **Medicare** وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تسدد المطالبات لكل منشأة تابعة للمستشفى عن السنة المالية السابقة. قد تطبق شركة الرعاية الصحية **YNHHS** النسبة المئوية للخصم حسب المستشفى، أو قد تختار استخدام النسبة المئوية للخصم الأكثر ملاءمة لمرضى **YNHHS**. خصومات المبالغ المفروضة عموماً (**AGB**) موضحة في المرفق 1.

5. طلب المساعدة المالية

A. كيفية التقدم بطلب. لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية، يجب عليك إكمال طلب **YNHHS** للحصول على المساعدة المالية ("**الطلب**"), باستثناء ما هو منصوص عليه أدناه. يمكنك الحصول على طلب:

(1) عبر الإنترنت على www.vnhhs.org/financialassistance وعلى كل موقع إلكتروني تابع لشركة الرعاية الصحية **YNHHS**.

(2) بالحضور شخصياً إلى أي منطقة دخول أو تسجيل للمرضى في شركة الرعاية الصحية **YNHHS**. ستتوفر اللافتات والمعلومات المكتوبة بشأن المساعدة المالية في أقسام الطوارئ في كل مستشفى وفي مناطق تسجيل المرضى.

(3) عن طريق البريد عن طريق الاتصال وطلب نسخة مجانية من قسم خدمات المرضى المالية على الرقم -547 (855) 4584.

B. الطلب. يصف الطلب (1) برامج المساعدة المالية ومتطلبات الأهلية، و(2) الوثائق المطلوبة لتحديد الأهلية، و(3) معلومات الاتصال الخاصة بمساعدة FAP. يوضح الطلب أيضاً أن (1) المستشفى سوف يرد على كل طلب كتابياً، و(2) يمكن للمرضى إعادة التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية بموجب FAP في أي وقت، و(3) تصبح أموال الأسرة المجانية الإضافية متاحة كل عام. لا يجوز للمستشفيات رفض منح المساعدة المالية بموجب سياسة FAP بناءً على الإخفاق في تقديم المعلومات أو الوثائق التي لا تتطلبها سياسة FAP أو الطلب كجزء من الطلب.

C. المرضى المؤهلون وفقاً لسياسة FAP. ستبذل مستشفيات YNHHS جهوداً معقولة لتحديد الأهلية وتوثيق أي قرارات متعلقة بأهلية المساعدة المالية في حسابات المريض المنطبقة. بمجرد أن يقرر المستشفى أن المريض مؤهل وفقاً لسياسة FAP، يجب على المستشفى:

- (1) تقديم بيان الفواتير الذي يشير إلى المبلغ الذي يدين به الفرد كمريض مؤهل وفقاً لسياسة FAP، بما في ذلك كيفية تحديد المبلغ وتحديد، أو وصف، كيف يمكن للفرد الحصول على معلومات بخصوص المبالغ المفروضة عموماً للرعاية؛
- (2) رد أي مبلغ دفعه الفرد مقابل الرعاية والذي يتجاوز المبلغ الذي تم تحديده ليكون مسؤولاً عنه بشكل شخصي كفرد مؤهل وفقاً لسياسة FAP، ما لم يكن هذا المبلغ الزائد أقل من 5 دولارات، أو أي مبلغ آخر محدد بواسطة دائرة الإيرادات الداخلية؛ و
- (3) اتخاذ تدابير معقولة لعكس أي إجراءات تحصيل غير عادية.

D. الأهلية الافتراضية. قد تحدد شركة الرعاية الصحية YNHHS أهلية الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب هذه السياسة بناءً على المعلومات المتعلقة بظروف حياة المريض المأخوذة من مصادر أخرى غير الفرد الساعي للحصول على المساعدة المالية، بما في ذلك المصادر التالية أو ما يماثلها:

- (1) تستخدم شركة الرعاية الصحية YNHHS، نيابةً عن كل مستشفى، أداة فحص تابعة لجهة ثالثة للمساعدة في تحديد الأفراد ذوي أرصدة الدفع الذاتي الذين لم يتقدموا بطلب للحصول على مساعدة مالية، ولكن دخلهم أقل من أو يساوي 250% من مستوى الفقر الفيدرالي (أي مؤهلين للحصول على رعاية مجانية). إذا تم تحديد مريض من خلال هذه العملية، فيمكن تعديل أرصدة المستشفى المعقولة إلى رعاية خيرية (مجانية).
- (2) تنتسب شركة الرعاية الصحية YNHHS إلى جامعة بيل وهي المركز الصحي الأكاديمي الخاص بكلية بيل للطب. المرضى غير المؤمن عليهم الذين تخدمهم عيادات الرعاية الأولية للأفراد ذوي الدخل المنخفض التي يديرها الطلاب في جامعة بيل، بما في ذلك عيادة Haven Free Clinic، قد يُفترض أنهم مؤهلون للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة دون الحاجة إلى إكمال طلب المساعدة المالية، عندما تتلقى شركة الرعاية الصحية YNHHS تأكيداً في نموذج يقبله النائب الأول للرئيس المالي، من أن الشخص مريض في أي عيادة من هذا القبيل.
- (3) قد تستخدم شركة الرعاية الصحية YNHHS قرارات أهلية مسبقة لتحديد أن الفرد مؤهل مرة أخرى للرعاية الخيرية بموجب هذه السياسة.

6. العلاقة بممارسات التحصيل الخاصة بشركة YNHHS

لن يشارك أي مستشفى (وأي وكالة تحصيل أو أي جهة أخرى أحال المستشفى إليه الديون) في أي إجراء تحصيل استثنائي ("ECA") قبل مرور 120 يوماً من إصدار أول بيان فاتورة بعد خروج المريض مقابل الرعاية، وقبل بذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض أو أي فرد آخر يتحمل مسؤولية مالية عن حساب الدفع الذاتي مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية بموجب سياسة

FAP هذه. يجب أن تتم الموافقة على أي إجراء تحصيل استثنائي من قِبَل النائب الأول للرئيس المالي أو من ينوب عنه والذي يجب أن يؤكد قبل الموافقة على تلبية متطلبات الجهود المعقولة في سياسة FAP هذه.

سيتم المستشفى دورة فوترة AIR وفقاً للعمليات والممارسات التشغيلية الداخلية. وكجزء من هذه العمليات والممارسات، سيقوم المستشفى، على الأقل، بإخطار المرضى بسياسة المساعدة المالية من تاريخ تقديم الرعاية وطوال دورة فوترة AIR (أو خلال تلك الفترة التي يقتضيها القانون، أيهما أطول) من خلال:

1. سيتم تقديم ملخص بلغة واضحة لجميع المرضى ونموذج طلب للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة FAP كجزء من عملية دخول المستشفى أو الخروج منه.

2. سيتم إرسال ما لا يقل عن ثلاثة كشوف منفصلة لتحصيل الحسابات ذاتية الدفع عن طريق البريد أو إرسالها بالبريد الإلكتروني إلى آخر عنوان معروف للمريض وأي فرد مسؤول آخر؛ بشرط، مع ذلك، أنه لا يلزم إرسال أي بيانات إضافية بعد أن يقدم الفرد المسؤول طلباً كاملاً للحصول على المساعدة المالية بموجب سياسة المساعدة المالية أو قيامه بدفع المبلغ بالكامل. يجب أن يكون قد انقضى 60 يوماً على الأقل بين أول وآخر ثلاث رسائل بريدية مطلوبة. يقع على عاتق الفرد المسؤول الالتزام بتقديم عنوان بريدي صحيح في وقت تقديم الخدمة أو عند الانتقال. إذا لم يكن للحساب عنوان صالح، فسيتم اتخاذ قرار ببذل "الجهد المعقول". ستشمل جميع كشوف حسابات المريض الفردية للحسابات ذاتية الدفع، على سبيل المثال لا الحصر:

a. ملخص دقيق لخدمات المستشفى التي يشملها البيان؛

b. تكاليف هذه الخدمات؛

c. المبلغ المطلوب أن يدفعه الفرد المسؤول (أو، إذا كان هذا المبلغ غير معروف، التقدير حسن النية لهذا المبلغ اعتباراً من تاريخ البيان الأولي)؛

و

d. إخطار كتابي واضح يخطر ويبلغ الفرد المسؤول عن توفر المساعدة المالية بموجب سياسة FAP، بما في ذلك رقم هاتف القسم وعنوان موقع الويب المباشر حيث يمكن الحصول على نسخ من المستندات.

3. سيشمل واحد على الأقل من البيانات المرسله بالبريد أو بالبريد الإلكتروني إخطاراً كتابياً يُخطر الفرد المسؤول بشأن إجراءات التحصيل الاستثنائي التي يُقصد اتخاذها إذا لم يتقدم الفرد المسؤول للحصول على المساعدة المالية بموجب سياسة FAP أو لم يدفع المبلغ المستحق بحلول الموعد النهائي للقاتورة. يجب تقديم هذا البيان إلى الفرد المسؤول قبل 30 يوماً على الأقل من الموعد النهائي المحدد في البيان. سوف يرافق هذا البيان ملخص بلغة واضحة. يقع على عاتق الفرد المسؤول الالتزام بتقديم عنوان بريدي صحيح في وقت تقديم الخدمة أو عند الانتقال. إذا لم يكن للحساب عنوان صالح، فسيتم اتخاذ قرار ببذل "الجهد المعقول".

4. قبل الشروع في أي إجراء تحصيل استثنائي، سيتم إجراء محاولة شفوية للاتصال بالفرد المسؤول عن طريق الهاتف على آخر رقم هاتف معروف، إن وجد، مرة واحدة على الأقل خلال فترة إرسال سلسلة الكشوف بالبريد أو بالبريد الإلكتروني إذا ظلت تكاليف الحساب غير مسددة. أثناء جميع المحادثات، سيتم إبلاغ المريض أو الفرد المسؤول بشأن المساعدة المالية التي قد تكون متاحة بموجب سياسة المساعدة المالية.

5. مع مراعاة الامتثال لأحكام هذه السياسة، يجوز لشركة الرعاية الصحية YNHHS أن تتخذ إجراء التحصيل الاستثنائي المدرج في المرفق 2 من هذه السياسة للحصول على التكاليف مقابل الخدمات الطبية المقدمة.

7. توفر السياسة

تتوفر نسخ من سياسة FAP وملخص بلغة واضحة لها ونموذج الطلب الخاص بها على www.ynhhs.org/financialassistance.

يوفر كل مستشفى نسخًا من سياسة FAP، وملخصًا بلغة واضحة لها ونموذج الطلب الخاص بها عند الطلب، مجانًا، عن طريق البريد أو في قسم الطوارئ بالمستشفى وفي جميع نقاط التسجيل في شكل ورقي باللغة الإنجليزية، واللغة الأساسية لأي مجتمع لا يتقن اللغة الإنجليزية جيدًا، والذي يشكل كتلة قريية من 1000 فرد أو 5% أو أكثر من السكان الذين يخدمهم المستشفى. راجع المرفق 3 للحصول على قائمة بهذه اللغات.

اتصل بقسم خدمات أعمال الشركات على الرقم المجاني (855) 547-4584 للحصول على معلومات تتعلق بالأهلية أو البرامج التي قد تكون متاحة لك، أو لطلب نسخة من سياسة FAP، أو ملخص بلغة واضحة لها، أو نموذج الطلب الخاص بها، أو سياسة الفوترة والتحصيل ليتم إرسالها إليك بالبريد، أو إذا كنت بحاجة إلى نسخة من سياسة FAP أو ملخص بلغة واضحة لها أو نموذج الطلب الخاص بها مترجمة إلى لغة أخرى غير الإنجليزية. علاوةً على ذلك، يمكن للمرضى أن يسألوا أقسام تسجيل المرضى والخدمات المالية للمرضى وإدارة العمل الاجتماعي/إدارة الحالة حول بدء عملية تقديم الطلب الخاص بسياسة FAP.

وتشمل الجهود الإضافية للإعلان على نطاق واسع عن سياسة FAP: نشر الإخطارات في الصحف المتداولة بشكل عام؛ توفير إخطار كتابي بسياسة العمل الموحدة في كشوف الفواتير؛ توفير إخطار بسياسة FAP في الاتصالات الشفوية مع المرضى فيما يتعلق بالمبالغ المستحقة؛ عقد الدعوات والجلسات الإخبارية المفتوحة الأخرى.

8. الامتثال لقانون الولاية

يجب أن يمثل كل مستشفى لقوانين الولاية ذات الصلة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، قوانين ولاية كونيتيكت العامة التي تحكم التحصيل من قبل المستشفيات من المرضى غير المؤمن عليهم ومعيار ولاية رود آيلاند لتقديم الرعاية الخيرية المنصوص عليه في القسم 11.3 من إدارة القواعد واللوائح الصحية في رود آيلاند فيما يتعلق بتحويلات المستشفى ("لوائح رود آيلاند") والمعيار على مستوى الولاية لتوفير الرعاية دون تعويض المنصوص عليه في القسم 11.4 من لوائح رود آيلاند.

المراجع

Internal Revenue Code 501(c)(3)

Internal Revenue Code 501(r)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

RI Regulations 11.3 and 11.4

السياسات ذات الصلة

سياسة الفوترة والتحصيل الخاصة بمستشفى YNHHS

سياسة قانون العلاج الطبي الطارئ والعمل النشط الخاصة بمستشفى YNHHS: الفحص/الاستقرار الطبي، عند الطلب والتحويل

سياسة مستشفى Yale New Haven Hospital - توزيع أموال الرعاية المجانية NC:F-2

سياسات وإجراءات مركز المريض الخارجي بمستشفى Greenwich Hospital

المرفق 1

المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير (FPG) والمقياس المتدرج للمساعدة المالية

يتم تحديث مبالغ المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير بشكل دوري في السجل الفيدرالي من قِبَل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. تتوفر مبالغ المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير الحالية على <http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines>

اعتبارًا من 27 يناير 2021، كانت مبالغ المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير على النحو التالي. تخضع هذه المبالغ لإمكانية التغيير. سيتلقى المرضى المؤهلون للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة المساعدة في جميع مستشفيات Yale New Haven Health على النحو التالي:

اسم FAP	الرعاية المجانية	الرعاية المخفضة	المقياس المتدرج أ	المقياس المتدرج ب	المقياس المتدرج ج
أهلية التغطية	المرضى المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم	المرضى غير المؤمن عليهم	المرضى المؤمن عليهم	المرضى المؤمن عليهم	المرضى المؤمن عليهم
خصم FAP	100%	69%	35%	25%	15%
أهلية الدخل الإجمالي	0% - 250% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	251% - 550% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	251% - 350% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	351% - 450% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	451% - 550% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)
حجم الأسرة	1	2	3	4	5
حجم الأسرة	0 - 32200 دولار	0 - 43551 دولار	0 - 54901 دولار	0 - 76861 دولار	0 - 92751 دولار
حجم الأسرة	32200 - 43551 دولار	43551 - 54901 دولار	54901 - 76861 دولار	76861 - 92751 دولار	92751 - 145750 دولار
حجم الأسرة	43551 - 54901 دولار	54901 - 76861 دولار	76861 - 92751 دولار	92751 - 108641 دولار	108641 - 139681 دولار
حجم الأسرة	54901 - 76861 دولار	76861 - 92751 دولار	92751 - 108641 دولار	108641 - 124531 دولار	124531 - 160111 دولار
حجم الأسرة	76861 - 92751 دولار	92751 - 108641 دولار	108641 - 124531 دولار	124531 - 160111 دولار	160111 - 195690 دولار

حساب المبالغ المفروضة عمومًا

يتم حساب نسب المبالغ المفروضة عمومًا سنويًا. نسب المبالغ المفروضة عمومًا في السنة التقويمية 2021 (من الرسوم) لكل مستشفى هي: BH %32.6 و GH %34.8 و LMH %37.7 و YNHH %34.6 و WH %30.1 وفقًا لذلك، فإن النسبة المئوية للخصم الأكثر ملاءمة لمرضى مستشفى YNHHS المؤهلين للحصول على رعاية مخفضة بموجب هذه السياسة لعام 2021 هي دفع ما لا يزيد عن 30% من إجمالي الرسوم.

المرفق 2

إجراءات التحصيل الاستثنائية

الرهون العقارية

لا يُسمح بالرهن على المساكن الشخصية إلا إذا:

- (a) أتيحت للمريض فرصة التقدم بطلب للحصول على تمويل مجاني من صندوق تمويل الأسرة وهو إما فشل في الرد أو تم رفضه أو تبين أنه غير مؤهل للحصول على هذه الأموال؛
- (b) لم يتقدم المريض أو يتأهل للحصول على مساعدة مالية أخرى بموجب سياسة المساعدة المالية بالمستشفى، للمساعدة في سداد ديونه، أو أنه مؤهل جزئياً، لكنه لم يدفع الجزء المسؤول عن سداه؛
- (c) لم يحاول المريض إجراء ترتيبات الدفع أو الموافقة عليها، أو لم يمتثل لترتيبات الدفع التي تم الاتفاق عليها من قِبَل المستشفى والمريض؛
- (d) إجمالي أرصدة الحسابات يزيد عن 10000 دولار والممتلكات التي ستخضع للرهن لا تقل عن 300000 دولار حسب القيمة المقدرة؛ و
- (e) لن يؤدي الرهن إلى الحجز العقاري على مسكن شخصي.

المرفق 3

الإتقان المحدود للغة الإنجليزية

الألبانية
العربية
الصينية المبسطة
الفرنسية
الكريولية الفرنسية (الكريولية الهايتية)
الألمانية
اليونانية
الهندية
الإيطالية
اليابانية
الكورية
الباشتو
الدرية الفارسية
الفارسية
البولندية
البرتغالية
الكريولية البرتغالية (لغة الرأس الأخضر)
الروسية
الإسبانية
السواحلية
التاغالوغية
التغرينية
التركية
الفيتنامية