



Atlantic Health System

السياسة الإدارية

الموضوع: المساعدة المالية للمرضى ذوي الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم بشكل كامل

2023/26/01 تحل محل الوثائق الصادرة بتاريخ:

المسؤولية الرئيسية: مدير الخدمات المالية للمرضى

I. الغرض:

ضمان حصول جميع المرضى على خدمات الطوارئ الأساسية وغيرها من خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا التي تقدمها مرافق مستشفى Atlantic Health System, Inc. (التي يشار إليها بالاسم "Atlantic Health System") بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. تنطبق هذه السياسة على أي مستشفى تابعة لنظام Atlantic Health System، بما في ذلك Morristown Medical Center و Overlook Medical Center و Chilton Medical Center و Newton Medical Center و Hackettstown Medical Center، وأي مرفق يتبع نظام Atlantic Health System تم تحديده على أنه قائم على الموفر وفقًا للقسم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 413.65.

II. السياسة:

تتمثل سياسة Atlantic Health System في ضمان حصول المرضى على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الطارئة وغيرها من خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا التي تقدمها مرافق المستشفى التابعة لها بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع. تتوفر المساعدة المالية من خلال مجموعة متنوعة من البرامج كما هو موضح في القسم الرابع أدناه للمرضى ذوي الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم وغير المؤمن بشكل كامل والذين ليس لديهم القدرة على دفع كل أو جزء من فاتورة المستشفى الخاصة بهم لأي سبب آخر. تنطبق هذه السياسة على أي منشأة مستشفى تابعة لنظام Atlantic Health System، كما هو مذكور أعلاه، وأي مرفق تابع لنظام Atlantic Health System تم تعيينه على أنه قائم على الموفر وفقًا للوائح الفيدرالية التي تحكم الحالة القائمة على الموفر في القسم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 413.65.

المساعدة المالية والخصومات متاحة فقط لحالات الطوارئ أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا الأخرى. بعض الخدمات، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم الطبيب ورسوم التخدير وتفسير الأشعة ووصفات الأدوية لمرضى العيادات الخارجية، تكون منفصلة عن رسوم المستشفى وقد لا تكون مؤهلة للحصول على مساعدة مالية من خلال نظام Atlantic Health System. قائمة بجميع الموفرين، بخلاف مرفق المستشفى نفسه، والذين يقدمون الرعاية الطارئة أو الرعاية الأخرى الضرورية طبيًا في مرفق المستشفى، حسب المرفق، مع تحديد الموفرين المشمولين بسياسة المساعدة المالية ("FAP") هذه والذين لا يمكن العثور عليهم في الملحق "أ" لسياسة المساعدة المالية هذه. سنتم مراجعة قوائم الموفر 2 كل ثلاثة أشهر وتحديثها إذا لزم الأمر.

- A. سيقدم نظام Atlantic Health System خدمات الرعاية الصحية، لمرضى العيادات الداخلية والخارجية، لجميع سكان نيو جيرسي الذين يحتاجون إلى رعاية طارئة أو رعاية ضرورية طبيًا، بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع مقابل هذه الخدمات وبغض النظر عما إذا كان المرضى مؤهلين ومهما كان حد تأهلهم هذا للحصول على مساعدة مالية وفقًا لسياسة المساعدة المالية هذه.
- B. لن يشارك نظام Atlantic Health System في أي إجراءات تثني الأفراد عن طلب الرعاية الطبية الطارئة، مثل مطالبة مرضى قسم الطوارئ بالدفع قبل تلقي العلاج أو السماح بأنشطة تحصيل الديون في قسم الطوارئ أو أي مناطق أخرى يمكن أن تتداخل فيها هذه الأنشطة مع توفير رعاية الطوارئ على أساس غير تمييزي.
- C. تتاح سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة ("PLS") الخاصة بنظام Atlantic Health System عبر الإنترنت في موقع الويب التالي:
<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. تتوفر سياسة المساعدة المالية الخاصة بنظام Atlantic Health System والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة باللغة الإنجليزية واللغة الأساسية للسكان ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية والذين يشكلون 1000 فرد أو 5٪ من المجتمع الذي تخدمه منطقة الخدمة الأساسية لكل مرفق مستشفى، أيهما أقل. تتوفر ترجمات سياسة المساعدة المالية وطلب المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة باللغات الموضحة في الملحق "ب" لسياسة المساعدة المالية هذه. سيتم بذل كل جهد لضمان أن يتم إبلاغ المرضى الذين لم يتم تضمين لغاتهم الأساسية ضمن الترجمات المتاحة بشكل واضح بسياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة.
- E. تتوفر النسخ الورقية من سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة عند الطلب عن طريق البريد، دون مقابل، ويتم توفيرها في مناطق مختلفة في جميع أنحاء مرفق المستشفى بما في ذلك أقسام قبول المرضى وأقسام الطوارئ ومكاتب الاستشارات المالية المدرجة أدناه. يمكن تقديم الطلبات الخاصة بالحصول على المساعدة المالية شخصيًا أو عبر البريد أو عبر الفاكس أو عبر البريد الإلكتروني.

مكاتب الاستشارات المالية:

,Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960
Financial Counseling Office، رقم الهاتف 4967-971-973

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial
Counseling Office، رقم الهاتف 4689-522-908

,Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444
Financial Counseling Office، رقم الهاتف 5435-831-973

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial
Counseling Office، رقم الهاتف 8407-579-973

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey
Financial Counseling Office، رقم الهاتف 6902-850-908, 07840

F. إذا احتاج المرضى إلى المساعدة في الحصول على نسخ ورقية من سياسة المساعدة المالية أو الطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية أو الملخص بلغة بسيطة، أو إذا كانوا بحاجة إلى مساعدة أخرى، يمكنهم التواصل مع قسم خدمة العملاء على الرقم 1-800-619-4024 أو زيارة مكاتب الاستشارة المالية المذكورة أعلاه أو الاتصال بها.

G. سيتم وضع اللافتات أو شاشات العرض بشكل واضح في مواقع المستشفيات العامة، بما في ذلك مناطق قبول المرضى وأقسام الطوارئ ومكاتب الاستشارات المالية التي تخطر المرضى وتبلغهم بتوفر المساعدة المالية.

H. يتم تقديم الملخص بلغة بسيطة لجميع المرضى كجزء من عملية الاستقبال.

I. يلتزم نظام Atlantic Health System بتقديم المساعدة المالية للمرضى المؤهلين الذين ليس لديهم القدرة على الدفع مقابل خدمات الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً كلياً أو جزئياً. من أجل تحقيق هذا الهدف الخيري، سيقوم نظام Atlantic Health System بنشر سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة على نطاق واسع في المجتمعات التي يخدمها من خلال التعاون مع وكالات الخدمة الاجتماعية المحلية والوكالات غير الهادفة للربح.

J. يمكن للمرضى أو ممثليهم طلب المساعدة المالية. يمكن إحالة المرضى أو ممثليهم إلى المستشارين الماليين من قبل موظفي نظام Atlantic Health System أو الأطباء الذين قاموا بإجراء التحويل أو غيرهم. سيشرح المستشارون الماليون متطلبات برامج المساعدة المالية المتاحة وسيحددون ما إذا كان المريض مؤهلاً للاستفادة من برنامج المساعدة المالية المتاح أم لا. سيطلب من هؤلاء المرضى الذين يطلبون الحصول على المساعدة المالية إكمال الطلب الخاص بنظام Atlantic Health System للحصول على المساعدة المالية (بما في ذلك صفحات الإقرار) وتقديم المستندات الداعمة المنصوص عليها في الطلب حتى يتم النظر في أمر تقديم المساعدة المالية لهم. سيتم استخدام المواد المترجمة والمترجمين الفوريين، كما هو مطلوب، للسماح بالتواصل الهادف مع الأفراد ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية.

K. لدى المريض غير المؤمن عليه ما يصل إلى 365 يوماً بعد إصدار أول بيان فواتير له بعد الخروج من المستشفى لتقديم طلب مكتمل للحصول على المساعدة المالية. لدى المريض المؤمن عليه أو المؤمن عليه بشكل غير كامل ما يصل إلى 365 يوماً من تاريخ أول بيان فواتير يتم إصداره له بعد الخروج من المستشفى يعكس المعالجة من قبل شركة التأمين لتقديم طلب مكتمل للحصول على المساعدة المالية.

IV. برامج المساعدة المالية:

قد يكون مرضى نظام Atlantic Health System مؤهلين للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب البرامج المختلفة الموضحة أدناه. في كل حالة، يُعتبر أن نظام Atlantic Health System قد قدم مساعدة مالية بمبلغ مساوٍ للرسوم الإجمالية للخدمات المقدمة، صافيةً من المبالغ التي دفعها المريض أو شركة تأمين المريض (إن وجدت) وأي تعويض حكومي أو أي مدفوعات مقابل تلك الخدمات. سيقوم نظام Atlantic Health System بالإبلاغ عن هذه المبالغ الصافية (تخضع لتطبيق معدل التكلفة إلى الرسوم، في الحالات التي يتم فيها الإبلاغ عن المساعدة المالية بشكل مناسب بناءً على التكاليف بدلاً من الرسوم) على أنها مساعدة مالية تقدمها المنظمة.

A. برامج ولاية نيو جيرسي:

1. الرعاية الخيرية:

يغطي هذا البرنامج رسوم المستشفى المتعلقة بالرعاية الحادة فقط للخدمات الضرورية طبيًا التي تتم تغطيتها بموجب برنامج Medicaid للولاية إذا كان المريض مؤهلاً للاستفادة من برنامج Medicaid. سينتخذ مكتب الاستشارات المالية قرارًا بشأن ما إذا كان مقدم الطلب مؤهلاً في موعد لا يتجاوز عشرة (10) أيام عمل من يوم استلام الطلب الأولي المكتمل. إذا كان الطلب غير مكتمل (على سبيل المثال، لم يتم تقديم طلب إثبات الدخل / الأصول أو كان الطلب غير كافٍ)، فسيتم إصدار رفض كتابي، والذي سيوفر تفاصيل المستندات الإضافية المطلوبة للحصول على الموافقة. أمام مقدم الطلب غير المؤمن عليه ما يصل إلى 365 يومًا من تاريخ أول بيان فواتير يتم إصداره له بعد الخروج من المستشفى لتقديم طلب آخر للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية مع الوثائق المطلوبة. أمام مقدم الطلب المؤمن عليه أو المؤمن عليه بشكل غير كامل ما يصل إلى 365 يومًا من تاريخ أول بيان فواتير يتم إصداره له بعد الخروج من المستشفى يعكس المعالجة من خلال شركة تأمين لتقديم طلب آخر للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية مع الوثائق المطلوبة. سيحصل المريض المؤهل للاستفادة من الرعاية الخيرية على رعاية مجانية أو خصم من الرسوم الإجمالية، وفقًا للإرشادات الموضحة في الملحق "ج".

يجوز لمقدمي الطلبات غير المؤهلين إعادة التقديم في تاريخ مستقبلي عندما يتقدمون للحصول على الخدمات وتكون ظروفهم المالية قد تغيرت.

برنامج الرعاية الخيرية تابع للولاية ومناح للمقيمين في ولاية نيو جيرسي الذين:

a. ليس لديهم تغطية تأمين صحي أو لديهم تغطية تدفع فقط جزءًا من الفاتورة،

b. ولا يكونون مؤهلين لأي تغطية برعاية خاصة أو حكومية (مثل الضمان الاجتماعي) (التقاعد والعجز)؛ أو دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) المصحوب ببرنامج Medicaid؛ أو (Medicaid)

c. يستوفون معايير الأهلية للدخل والأصول التي تضعها الولاية.

المعايير الإضافية المطلوبة لتكون مؤهلاً للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية:

a. سيتم فحص المرضى للتحقق من مدى أهليتهم للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية الذي يغطي (1) 100% من الرسوم للمرضى الذين لديهم دخل عائلي أقل من أو يساوي 200% من مستوى الفقر الفيدرالي؛ و(2) جزء من الرسوم للمرضى الذين يزيد دخل الأسرة الإجمالي لديهم عن 200% ولكنه يكون أقل من أو يساوي 300% من مستوى الفقر الفيدرالي وفقًا للإرشادات الموضحة في الملحق "ج".

b. حدود الأهلية للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية هي حد الأصول البالغة قيمتها 7500 دولار أمريكي للفرد وحد الأصول البالغة قيمتها 15000 دولار أمريكي للعائلة. لأغراض هذا القسم، فإن أفراد العائلة الذين يجب وضع أصولهم في الاعتبار محددون في القانون الإداري لولاية نيو جيرسي القسم 10:52-11.8(a) كما يلي. يشمل عدد أفراد الأسرة لمقدم الطلب البالغ مقدم الطلب، والزوج / الزوجة، وأي أطفال قاصرين يدعمهم مقدم الطلب، والبالغين الذين يكون مقدم الطلب مسؤولاً عنهم قانونًا. يشمل عدد أفراد الأسرة لمقدم الطلب القاصر كلا الوالدين، وزوج / زوجة أحد الوالدين، والأشقاء القصر وأي بالغين في الأسرة يكون والد (والدا) مقدم الطلب مسؤولين قانونيًا عنهم. إذا كان مقدم الطلب يوثق أنه قد تم هجره من قبل الزوج / الزوجة أو الوالد، فلن يتم تضمين هذا الزوج / هذه الزوجة أو هذا الوالد كأحد أفراد الأسرة. يتم احتساب المرأة الحامل كفرد من أفراد الأسرة.

الوثائق المطلوبة وفقًا لقسم الرعاية الخيرية في دليل خدمات المستشفى، وفقًا للقانون الإداري لولاية نيو جيرسي القسم 10:52 وما يليه، تشمل:

a. وثائق إثبات الهوية المناسبة للمريض والأسرة. يمكن أن يشمل ذلك أيًا مما يلي: رخصة القيادة، بطاقة الضمان الاجتماعي، بطاقة تسجيل الأجنبي، شهادة الميلاد، كعب شيك الراتب، جواز السفر، التأشيرة، وما إلى ذلك.

b. إثبات الإقامة في ولاية نيو جيرسي في تاريخ الخدمة (ملاحظة: في ظل ظروف معينة، تعتبر رعاية الطوارئ استثناءً من شرط الإقامة). يمكن أن يشمل ذلك أيًا مما يلي: رخصة القيادة، أو بطاقة تسجيل الناخبين، أو بطاقة العضوية النقابية، أو بطاقة تعريف خطة التأمين أو الرعاية الاجتماعية، أو بطاقة هوية الطالب، أو فاتورة المرافق، أو إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية، أو إقرار ضريبة الدخل للولاية، أو بيان امتيازات البطالة.

c. إثبات الدخل الإجمالي. يجب أن يشمل ذلك التفاصيل المطلوبة من قبل المستشفى لتحديد الدخل الإجمالي للمريض (واحد مما يلي):

1. الدخل الإجمالي الفعلي لفترة 12 شهرًا التي تسبق توفير الخدمات.
2. الدخل الإجمالي الفعلي لفترة 3 أشهر التي تسبق توفير الخدمات.
3. الدخل الإجمالي الفعلي لفترة الشهر التي تسبق توفير الخدمات مباشرةً

d. إثبات الأصول في تاريخ الخدمة. هذه هي العناصر التي يمكن تحويلها بسهولة إلى نقد مثل الأسهم، أو السندات، أو حسابات تقاعد الأفراد (IRA)، أو شهادات الإيداع، أو حسابات التوفير والحسابات الجارية، أو حقوق الملكية في مسكن غير أساسي.

2. الأهلية للحصول على رعاية مخفضة بموجب قوانين ولاية نيو جيرسي المشروحة القسم 26:2H-12.52:

سيكون المرضى غير المؤمن عليهم المقيمين في نيو جيرسي والذين لديهم دخل عائلي أقل من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلين لتلقي رعاية مخفضة وفقًا للقسم C.4. من سياسة المساعدة المالية. متطلبات التوثيق المطبقة على الرعاية الخيرية والمنصوص عليها في القسم A.1. أعلاه تنطبق على قرارات الأهلية بموجب هذا القسم، باستثناء أن حدود الأصول الفردية والعائلية لا تنطبق على الأهلية للحصول على رعاية مخفضة بموجب هذا القسم.

3. برنامج صندوق إغاثة الأمراض الكارثية لدى الأطفال:

يقدم برنامج صندوق إغاثة الأمراض الكارثية لدى الأطفال بولاية نيو جيرسي المساعدة المالية لأسر الأطفال المصابين بمرض كارثي. يمكن العثور على معلومات حول الأهلية والنفقات المؤهلة والتقدم للحصول على المساعدة عبر الموقع <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. مكتب تعويض ضحايا الجرائم في ولاية نيو جيرسي:

أنشأت ولاية نيو جيرسي مكتب تعويض ضحايا الجرائم في ولاية نيو جيرسي لتعويض ضحايا الجريمة عن الخسائر والنفقات، بما في ذلك بعض النفقات الطبية المعينة، والنتيجة عن بعض الأعمال الإجرامية. يمكن العثور على معلومات حول الأهلية والنفقات المؤهلة والتقدم للحصول على المساعدة عبر الموقع <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. الدفع الذاتي:

1. المقيمون في ولاية نيو جيرسي

سيتم فرض رسوم على المرضى غير المؤمن عليهم غير المؤهلين للحصول على الرعاية الخيرية أو أي نوع آخر من برامج المساعدة المالية الممولة من الحكومة الفيدرالية أو الولاية على النحو التالي:

- i. مرضى العيادات الداخلية: سيُفرض على المرضى الذين يتلقون علاجًا ضروريًا طبيًا في العيادات الداخلية معدل المجموعات المتعلقة بالتشخيص (DRG) المناسب الخاص ببرنامج Medicare بالإضافة إلى 15% من تكلفة الخدمة المستلمة.

ii. مرضى العيادات الخارجية: بالنسبة للمرضى الذين يتلقون خدمات العيادات الخارجية في مركز Morrystown Medical Center ومركز Overlook Medical Center، سيفرض عليهم رسوم مخفضة بقيمة 40% على رسوم المستشفى. يتلقى مرضى مركز Newton Medical Center خصمًا بنسبة 88%، بينما يحصل مرضى العيادات الخارجية في مركز Chilton Medical Center على خصم بنسبة 82.4%، في حين يتلقى مرضى العيادات الخارجية في مركز Hackettstown Medical Center خصمًا بنسبة 89%.

2. المرضى من خارج الولاية والأجانب

a. مرضى العيادات الداخلية: سيفرض على المرضى الذين يتلقون علاجًا ضروريًا طبيًا في العيادات الداخلية المجموعات المتعلقة بالتشخيص (DRG) المناسب الخاص ببرامج Medicare بالإضافة إلى 25% من تكلفة الخدمات المستلمة.

b. مرضى العيادات الخارجية: بالنسبة للمرضى الذين يتلقون خدمات العيادات الخارجية في مركز Morrystown Medical Center ومركز Overlook Medical Center، سيفرض عليهم رسوم مخفضة بقيمة 40% على رسوم المستشفى. يتلقى مرضى مركز Newton Medical Center خصمًا بنسبة 88%، بينما يحصل مرضى العيادات الخارجية في مركز Chilton Medical Center على خصم بنسبة 82.4%، في حين يتلقى مرضى العيادات الخارجية في مركز Hackettstown Medical Center خصمًا بنسبة 89%.

C. المبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام

بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم المقيمين في ولاية نيو جيرسي والذين لديهم دخل عائلي أقل من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي والذين لا يكونون مؤهلين للاستفادة من برامج المساعدة المالية الممولة من الحكومة الفيدرالية أو من الولاية (باستثناء برنامج الرعاية الخيرية)، سيتم تطبيق خصم على حساباتهم وفقًا للقسم الرابع. عند تقديم طلب للحصول على مساعدة مالية وتحديد أن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية بموجب هذا القسم، سيتم فرض رسوم أقل من المبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام (AGB) أو معدل Medicare المناسب أيهما أقل بالإضافة إلى 15%.

اختار نظام Atlantic Health System استخدام طريقة النظر إلى الخلف لكل مرفق مستشفى معني. النسب المئوية للمبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام (حسب مرفق المستشفى) هي:

Morrystown Medical Center: 24.6%
Overlook Medical Center: 24.6%
Chilton Medical Center: 19.6%
Newton Medical Center: 12.7%
Hackettstown Medical Center: 18.2%

وفقًا لقانون الإيرادات الداخلية القسم 501(r)، استخدم كل مرفق مستشفى طريقة النظر إلى الخلف لحساب نسبة المبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام الخاص به. تم حساب النسب المئوية للمبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام بناءً على جميع المطالبات المسموح بها خلال فترة 12 شهرًا مقسومة على الرسوم الإجمالية المرتبطة بهذه المطالبات. تم اختيار المزيج التالي للدافع لجميع مرافق المستشفى: رسوم Medicare مقابل الخدمة + جميع شركات التأمين الصحي الخاصة.

سيتم تحديث النسب المئوية للمبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام سنويًا في غضون مائة وعشرين (120) يومًا من نهاية السنة التقويمية. إذا أدت النسبة المئوية المحسوبة للمبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام إلى مبلغ **أقل من** المبلغ الذي يدين به المريض، فسيكون المريض مسؤولاً فقط عن المبلغ المحسوب بموجب المبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام.

إذا أدت النسبة المئوية المحسوبة للمبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام إلى مبلغ **أكبر من** المبلغ الذي يدين به المريض، فسيكون المريض مسؤولاً عن المبلغ المحسوب بموجب برامج المساعدة المالية الموصوفة أعلاه.

يحدد هذا القسم سياسات وإجراءات الفوترة والتحويل لنظام Atlantic Health System ويشرح الإجراءات التي يمكن اتخاذها إذا لم يتم دفع فاتورة للرعاية الطبية، بما في ذلك فاتورة الرصيد المتبقي بعد تطبيق خصومات المساعدة المالية. سيتم تزويد وكالات ومحاميي التحويل الذين يتصرفون نيابة عن نظام Atlantic Health System بنسخة من سياسة المساعدة المالية هذه.

سيضمن كل بيان فوترة إشعارًا واضحًا بشأن توفر المساعدة المالية، جنبًا إلى جنب مع رقم هاتف لمكتب الاستشارات المالية التابع لمرفق مستشفى معين حيث يمكن للمريض تلقي معلومات حول سياسة المساعدة المالية والمساعدة في طلب المساعدة المالية. سيضمن بيان الفوترة أيضًا عنوان موقع الويب حيث يمكن الحصول على نسخ من سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة.

A. فترة الإشعار: سيقوم نظام Atlantic Health System بإصدار فواتير للمرضى عن أي رصيد مستحق بمجرد تأكيد رصيد المريض. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم، فإن أول بيان فوترة بعد الخروج من المستشفى سيمثل بداية فترة الإشعار التي تبلغ 120 يومًا والتي لا يجوز فيها اتخاذ إجراءات التحويل غير العادية ("ECA") (المحددة أدناه) ضد المريض. بالنسبة للمرضى المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم بشكل غير كامل، فإن أول بيان فوترة بعد الخروج من المستشفى يعكس المعالجة من قبل شركة التأمين سيشير إلى بداية فترة الإشعار التي تبلغ 120 يومًا والتي لا يجوز فيها بدء إجراءات التحويل غير العادية ضد المريض ("فترة الإشعار البالغة 120 يومًا").

B. عندما يتأخر المريض في السداد، سيتم إرسال إشعار إلى المريض يعرض مناقشة بيان الفوترة لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى مساعدة مالية أو خطة دفع جديدة أو منقحة. قد يستوعب نظام Atlantic Health System المرضى الذين يطلبون ويضعون خطط الدفع.

C. في حالة عدم استلام أي دفعة في نهاية فترة الإشعار البالغة 120 يومًا ولم يتقدم المريض بطلب للحصول على مساعدة مالية أو يتم الترتيب مع مكتب الاستشارات المالية التابع لمرفق المستشفى أو مكتب خدمة العملاء التابع لمرفق المستشفى لخطة دفع بديلة، فسيتم تسليم حساب المريض إلى وكالة تحويل. سيقوم نظام Atlantic Health System بإبلاغ المريض كتابيًا بأنه سيتم تسليم حساب المريض إلى وكالة تحويل إذا لم يتم استلام المدفوعات في غضون 10 أيام ("الإشعار النهائي"). سيُعلم الإشعار النهائي المريض أن المساعدة المالية متاحة للمرضى المؤهلين وسيضمن رقم هاتف لمكتب الاستشارات المالية التابع لمرفق مستشفى معين حيث يمكن للمريض تلقي معلومات حول سياسة المساعدة المالية والمساعدة في عملية طلب المساعدة المالية. سيضمن بيان الفوترة أيضًا عنوان موقع الويب حيث يمكن الحصول على نسخ من سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بالحصول على المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة.

D. قد يفوض نظام Atlantic Health System لوكالات ومحاميي التحويل الذين يعملون نيابة عن نظام Atlantic Health System ("الجهة الخارجية") لبدء إجراءات التحويل الاستثنائية على حسابات المرضى المتأخرين في الدفع بعد فترة الإشعار البالغة 120 يومًا. بمجرد إحالة الحساب إلى جهة خارجية، ستؤكد الجهة الخارجية أنه قد تم بذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية وأن الإجراءات التالية قد تم اتخاذها قبل بدء إجراءات التحويل الاستثنائية:

1. تم تزويد المريض بإشعار خطي ("خطاب 30 يومًا") والذي: (أ) يشير إلى أن المساعدة المالية متاحة للمرضى المؤهلين؛ و(ب) يحدد إجراءات التحويل الاستثنائية التي تعترض الجهة الخارجية تنفيذها للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية؛ و(ج) ينص على موعد نهائي يمكن بعده بدء إجراءات التحويل الاستثنائية (وهو الموعد النهائي الذي يجب ألا يسبق 30 يومًا بعد تاريخ تقديم هذا الإشعار)؛
2. وتضمن خطاب 30 يومًا نسخة من الملخص بلغة بسيطة لسياسة المساعدة المالية؛

3. بذل نظام Atlantic Health System و / أو الجهة الخارجية جهودًا معقولة لإخطار المريض شفهيًا بسياسة المساعدات المالية وكيفية حصول المريض على المساعدة في عملية طلب المساعدة المالية.

E. بمجرد التأكد من أنه قد تم اتخاذ جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أم لا بموجب سياسة المساعدات المالية، يجوز للجهات الخارجية بدء إجراءات التحويل الاستثنائية التالية ضد المريض للحصول على المدفوعات مقابل الرعاية:

1. الإجراءات التي تتطلب إجراءات قانونية أو قضائية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- a. الحجز على ممتلكات المريض، باستثناء ما هو منصوص عليه بخلاف ذلك في دائرة الإيرادات الداخلية (I.R.C) القسم 501(r)؛
b. رفع دعوى مدنية ضد مريض؛

يمكن بدء الإجراءات فقط إذا كان الرصيد المستحق 800 دولار أو أكثر بشكل مجمع.

2. لا تشمل إجراءات التحصيل الاستثنائية الحجوزات على عائدات الأحكام المتعلقة بالإصابة الشخصية أو التسويات أو الحلول الوسط أو المطالبات المقدمة في حالة الإفلاس.

F. إذا تم استلام طلب غير مكتمل للحصول على مساعدة مالية، فسيقوم نظام Atlantic Health System بتزويد المريض بإشعار خطي يصف المعلومات أو الوثائق الإضافية المطلوبة لاتخاذ قرار بشأن الأهلية بموجب سياسة المساعدة المالية. يقوم نظام Atlantic Health System بإبلاغ الجهات الخارجية بأنه تم تقديم طلب غير مكتمل للحصول على مساعدة مالية وأن الجهات الخارجية ستعلق أي إجراءات تحصيل استثنائية للحصول على المدفوعات مقابل الرعاية لمدة 30 يومًا.

G. إذا تم استلام طلب مكتمل للحصول على مساعدة مالية، فسوف يضمن نظام Atlantic Health System حدوث ما يلي:

1. تعليق إجراءات التحصيل الاستثنائية ضد المريض؛
2. وسيتم اتخاذ قرار بشأن الأهلية وتوثيقها في الوقت المناسب؛
3. ويقوم نظام Atlantic Health System بإخطار المريض كتابيًا بالقرار والأساس وراء القرار؛
4. وسيتم تقديم بيان الفواتير المحدث والذي سيشير إلى المبلغ المستحق على المريض المؤهل للاستفادة من سياسة المساعدة المالية (إن أمكن)، وكيف تم تحديد هذا المبلغ ونسبة المبالغ الصادر بها الفواتير بشكل عام المطبقة؛
5. وسيتم رد أي مبالغ مدفوعة تزيد عن المبلغ المستحق على المريض المؤهل للاستفادة من سياسة المساعدة المالية وفقًا لذلك (إن أمكن)؛
6. وستتخذ الجهات الخارجية جميع التدابير المعقولة المتاحة لعكس أي إجراءات تحصيل استثنائية تتخذ ضد المرضى لتحصيل الديون مثل إبطال الحكم أو رفع الحجز أو الرهن.

H. إذا قام أي من مرافق المستشفى باتخاذ قرارات افتراضية بشأن الأهلية، فإن ما يلي يكون مطلوبًا:

1. إذا تم إصدار قرار بأن المريض مؤهل بشكل افتراضي للحصول على أقل من المساعدة السخية المتاحة بموجب سياسة المساعدة المالية، فإن نظام Atlantic Health System سوف يقوم بما يلي:
 - a. إخطار المريض فيما يتعلق بأساس القرار الافتراضي بشأن الأهلية لسياسة المساعدة المالية وشرح كيفية التقدم للحصول على مساعدة أكثر سخاء.
 - b. منح المريض فترة زمنية معقولة لتقديم طلب للحصول على مساعدة أكثر سخاء قبل التصريح ببده إجراءات التحصيل الاستثنائية للحصول على المبلغ المخصوم المحسوب.
 - c. تغيير القرار بشأن حالة أهلية المريض للاستفادة من سياسة المساعدة المالية إذا تم استلام طلب مكتمل للحصول على المساعدة المالية.

المراجع:

دائرة الإيرادات الداخلية، القسم 26 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 1 و 53 و 602، المتطلبات الإضافية للمستشفيات الخيرية؛ تقييم احتياجات صحة المجتمع للمستشفيات الخيرية؛ متطلبات القسم 4959 إقرار ضريبة المكوس ووقت تقديم الإقرار؛ القاعدة النهائية؛ قوانين ولاية نيو جيرسي المشروحة 26:2H-12.52؛ القانون الإداري لولاية نيو جيرسي القسم 10:52

ملخص المراجعة / الموافقة: لجنة مراقبة سياسة AHS (APOC) ومجلس إدارة AHS	
تاريخ التأسيس: 2004/08/11	تاريخ موافقة APOC: 2023/04/01
تاريخ آخر مراجعة: 2022/23/02	تاريخ موافقة مجلس إدارة AHS: 2023/25/01

الملحق "أ"

قائمة الموفرين

تطبق سياسة المساعدة المالية ("FAP") بشركة ("Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System") على حالات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الضرورية طبياً المقدمة في مستشفيات Atlantic Health System أو مرفق العيادات الخارجية القائم على الموفر والذي يتم إصدار الفواتير له من قبل مستشفى AHS Hospital Corp.، وهي شركة تابعة لنظام Atlantic Health System.

تتطبق سياسة المساعدة المالية أيضاً على حالات الطوارئ أو غيرها من حالات رعاية المرضى الضرورية طبياً في العيادات الداخلية والمقدمة في مستشفى يتبع نظام Atlantic Health System بواسطة أطباء Practice Associates Medical Group, P.A.، التي تمارس العمل تحت الاسم التجاري ("AMG") Atlantic Medical Group. لن يتم تطبيق سياسة المساعدة المالية على الرسوم المهنية التي يتم إصدار الفواتير بها من خلال أطباء AMG مقابل الرعاية المقدمة خارج مستشفى يتبع نظام Atlantic Health System.

قد يشارك الموفرون الآخرون في توفير الرعاية لك في مستشفيات نظام ATLANTIC HEALTH SYSTEM ومرافق العيادات الخارجية التابعة له. إذا لم يتم سرد هؤلاء الموفرين على وجه التحديد أعلاه، فهم لا يتبعون سياسة المساعدة المالية الخاصة بنظام ATLANTIC HEALTH SYSTEM. ستتم محاسبتك بشكل منفصل من قبل هؤلاء الموفرين، وستحتاج إلى إجراء ترتيبات الدفع وفقاً لذلك.

ستتم مراجعة قائمة الموفرين هذه وتحديثها كل ثلاثة أشهر، إذا لزم الأمر. للحصول على المساعدة للإجابة عن الأسئلة المتعلقة بسياسة المساعدة المالية أو بقائمة الموفرين هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم 1-800-619-4024. الصفحة 11 من 12

الملحق "ب"

تتوفر ترجمات سياسة المساعدة المالية وطلب المساعدة المالية والملخص بلغة بسيطة باللغة الإنجليزية واللغات التالية كذلك:

- العربية
- الأرمنية
- الصينية
- الفرنسية الكريولية
- اليونانية
- الجوجاراتية
- الهندية
- الإيطالية
- اليابانية
- الكورية
- البولندية
- البرتغالية
- الروسية
- الصربية الكرواتية
- الإسبانية
- التاجالوج

معايير الدخل
"الرعاية الخيرية ومعايير الأهلية للرعاية الخيرية المخفضة"
تاريخ السريان: 15 مارس 2022

يجب على المريض تلبية معايير الدخل والأصول

معايير الدخل

النسبة المئوية للرسوم التي يدفعها المريض عندما
يكون الدخل السنوي الإجمالي ضمن النطاقات التالية

المريض يدفع 100% من النفقات	المريض يدفع 80% من النفقات	المريض يدفع 60% من النفقات	المريض يدفع 40% من النفقات	المريض يدفع 20% من النفقات	المريض يدفع 0% من النفقات	عدد أفراد الأسرة
>300%	>275<=300%	>250<=275%	>225<=250%	>200<=225%	<=200%	
40771 دولارًا أو أكثر	37374 دولارًا إلى 40770 دولارًا	33976 دولارًا إلى 37373 دولارًا	30579 دولارًا إلى 33975 دولارًا	27181 دولارًا إلى 30578 دولارًا	27180 دولارًا أو أقل	1
54931 دولارًا أو أكثر	50354 دولارًا إلى 54930 دولارًا	45776 دولارًا إلى 50353 دولارًا	41199 دولارًا إلى 45775 دولارًا	36621 دولارًا إلى 41198 دولارًا	36620 دولارًا أو أقل	2
69091 دولارًا أو أكثر	63334 دولارًا إلى 69090 دولارًا	57576 دولارًا إلى 63333 دولارًا	51819 دولارًا إلى 57575 دولارًا	46061 دولارًا إلى 51818 دولارًا	46060 دولارًا أو أقل	3
83251 دولارًا أو أكثر	76314 دولارًا إلى 83250 دولارًا	69376 دولارًا إلى 76313 دولارًا	62439 دولارًا إلى 69375 دولارًا	55501 دولارًا إلى 62438 دولارًا	55500 دولارًا أو أقل	4
97411 دولارًا أو أكثر	89294 دولارًا إلى 97410 دولارات	81176 دولارًا إلى 89293 دولارًا	73059 دولارًا إلى 81175 دولارًا	64941 دولارًا إلى 73058 دولارًا	64940 دولارًا أو أقل	5
111571 دولارًا أو أكثر	102274 دولارًا إلى 111570 دولارًا	92976 دولارًا إلى 102273 دولارًا	83679 دولارًا إلى 92975 دولارًا	74381 دولارًا إلى 83678 دولارًا	74380 دولارًا أو أقل	6
125731 دولارًا أو أكثر	115254 دولارًا إلى 125730 دولارًا	104776 دولارًا إلى 115253 دولارًا	94299 دولارًا إلى 104775 دولارًا	83821 دولارًا إلى 94298 دولارًا	83820 دولارًا أو أقل	7
139891 دولارًا	128234 دولارًا	116576 دولارًا	104919 دولارًا	93261 دولارًا	93260 دولارًا	8

أقل أو	إلى 104918 دولارًا	إلى 116575 دولارًا	إلى 128233 دولارًا	إلى 139890 دولارًا	أكثر أو
بالنسبة للعائلات التي تضم أكثر من 8 أفراد، أضف المبالغ التالية إلى أكبر مبلغ في كل عمود لكل فرد إضافي من أفراد الأسرة.					
9440 دولارًا	10620 دولارًا	11800 دولار	12980 دولارًا	14160 دولارًا	
* يتم احتساب المرأة الحامل على أنها فردين من أفراد الأسرة.					
إذا كان المرضى الموجودون بين النسبتين 20% و80% من مقياس الرسوم المتدرجة هم المسؤولين عن النفقات الطبية المؤهلة المدفوعة من الجيب والتي تزيد عن 30% من الدخل السنوي الإجمالي (أي الفواتير غير المدفوعة من قبل الجهات الأخرى)، فإن المبلغ الذي يزيد عن 30% يعتبر مساعدة في دفع رسوم المستشفى (رعاية خيرية).					

معايير الأصول

لا يمكن أن تتجاوز أصول الفرد 7500 دولار ولا يمكن أن تتجاوز أصول العائلة 15000 دولار.

15 مارس 2022