

# صورتحساب بیمار و کمک مالی

## برگه اطلاعات بیمارستان

Johns Hopkins Medicine متعهد به ارائه کمک های مالی برای مراقبت های پزشکی ضروری بر اساس وضعیت مالی فردی به بیمارانی است که نیاز به مراقبت های بهداشتی دارند و فاقد بیمه، بیمه ناکافی دارند، واجد شرایط برای برنامه دولتی نیستند، یا قادر به پرداخت هزینه های خود نیستند.

### حقوق و تعهدات صورتحساب

همه هزینه های پزشکی تحت پوشش بیمه نیستند. بیمارستان تمام تلاش خود را می کند تا اطمینان حاصل کند که صورتحساب شما به درستی صادر شود. هنگام مراجعه به بیمارستان یا کلینیک سرپایی، مهم است که اطلاعات کامل و دقیقی در مورد پوشش بیمه سلامت خود ارائه دهید. این کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که صورتحساب شما در زمان مناسب به شرکت بیمه شما ارسال شود. برخی از بیمه ها پرداخت هزینه را در صورتی که درخواست پرداخت بیش از حد طولانی پس از ارائه خدمات ارسال شود، قبول نمی کنند. صورتحساب نهایی شما هزینه واقعی خدمات را نشان خواهد داد، منهای هر پرداخت بیمه ای که دریافت شده و/یا پرداختی که در زمان مراجعه شما انجام شده است. تمام هزینه هایی که تحت پوشش بیمه شما قرار نمی گیرند، مسئولیت شماست.

هزینه های پزشک در صورتحساب های بیمارستان گنجانده نمی شود و به صورت جداگانه محاسبه می شود. با این حال، برای راحتی شما، Johns Hopkins Medicine صورتحساب ما را ساده کرده است و شما یک صورتحساب ترکیبی را با تمام حساب های خود دریافت خواهید کرد.

اگر نتوانید صورتحساب پزشکی خود را به طور کامل پرداخت کنید، می توانید یک طرح پرداخت درخواست کنید. در برخی موارد، ممکن است این گزینه را داشته باشید که بر اساس درآمد خود یک برنامه پرداخت تنظیم کنید.

### خلاصه ای از الزامات واجد شرایط بودن کمک مالی و کمک های ارائه شده

Johns Hopkins Medicine به افرادی که معیارهای مالی مشخصی را برآورده کرده و درخواست کمک مالی بر اساس سیاست کمک مالی نمایند، کمک مالی ارائه می دهد. اگر نمی توانید هزینه های درمانی خود را پرداخت کنید، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات درمانی ضروری رایگان یا با هزینه کاهش یافته شوید اگر شما:

- یکی از اعضای جامعه بیمارستان هستید. جامعه شامل افرادی است که در منطقه خدمات بیمارستان زندگی می کنند یا کار می کنند و یا در حین بازدید از منطقه خدمات اضطراری نیاز دارند.
- هیچ گزینه بیمه دیگری ندارند
- از کمک پزشکی رد شده اند یا شرایط واجد شرایط بودن را ندارند
- برآورده کردن معیارهای مالی مشخص

افرادی که تحت سیاست کمک مالی واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند، برای خدمات اضطراری یا دیگر خدمات پزشکی ضروری، بیشتر از مبالغی که به طور عمومی صورتحساب می شوند (AGB)، هزینه ای پرداخت نخواهند کرد.

### نحوه درخواست کمک تحت سیاست کمک مالی

برای دریافت نسخه های رایگان از سیاست کمک مالی بیمارستان و فرم درخواست، و برای دستورالعمل های نحوه درخواست، لطفاً به وبسایت ما در زیر دیدن کنید: <https://www.hopkinsmedicine.org/patient-care/patients-visitors/billing->

[insurance/financial-assistance](https://www.hopkinsmedicine.org/patient-care/patients-visitors/billing-) یا به یک مشاور مالی در دفتر پذیرش بیمارستان مراجعه کنید. برای دریافت نسخه رایگان از سیاست کمک مالی و فرم درخواست از طریق پست، به شماره 1-443-997-3370 (محلی) یا 1-855-662-3017 (رایگان) زنگ بزنید تا درخواست خود را ثبت کنید، یا درخواست کتبی خود را به سیستم بهداشت Johns Hopkins، خدمات مشتری - کمک مالی، در آدرس 3910 Keswick Road, S-5300, Baltimore, MD 21211 ارسال کنید.

برای سوالات مربوط به موارد ذیل، لطفاً با خدمات مشتری در شماره 1-443-997-3370 (محلی) یا 1-855-662-3017 (رایگان) تماس بگیرید یا به [pfscs@jhmi.edu](mailto:pfscs@jhmi.edu) ایمیل بزنید یا به یک مشاور مالی در دفتر پذیرش بیمارستان مراجعه کنید:

- سیاست و فرم درخواست کمک مالی
- صورت حساب بیمارستان شما

- حقوق و تعهدات شما در مورد صورتحساب بیمارستان شما
- حقوق و تعهدات شما در مورد مراقبت های پزشکی با هزینه های کاهش یافته و ضروری به دلیل مشکلات مالی
- نحوه درخواست برای مراقبت رایگان و هزینه های کاهش یافته
- نحوه درخواست برای Maryland Medical Assistance، DC Medical Assistance، یا سایر برنامه هایی که ممکن است به پرداخت صورت حساب های پزشکی شما کمک کند
- نحوه درخواست برای طرح پرداخت

ترجمه های زبانی برای سیاست کمک مالی و تمام مستندات مرتبط را می توانید در وب سایت ما در آدرس زیر پیدا کرد:  
<https://www.hopkinsmedicine.org/patient-care/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance>

### هزینه تسهیلات

بیمارستان ممکن است هزینه ای برای خدمات کلینیکی سرپایی صدور کند که جدا از و علاوه بر صورتحسابی است که از پزشک یا ارائه دهنده خدمات دریافت خواهید کرد.

### تخمین کتبی

شما قبل از خدمات برنامه ریزی شده خود حق دارید که تخمین کتبی هزینه های بیمارستان غیر اورژانسی را درخواست کنید تا از هزینه هایی که ممکن است توسط بیمارستان صورتحساب شود، مطلع شوید.

### Maryland

همچنین ممکن است واجد شرایط Maryland Medical Assistance باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Maryland Medical Assistance با اداره خدمات اجتماعی محلی خود در شماره 1-800-332-6347 (TTY 1-800-925-4434) تماس بگیرید یا به وبسایت زیر مراجعه کنید: [www.dhs.maryland.gov](http://www.dhs.maryland.gov)

اگر سوالات بیشتری در مورد صورتحساب بیمارستان خود دارید یا نیاز به کمک در مورد نحوه ثبت شکایت علیه بیمارستان به کمیسیون بررسی هزینه های خدمات بهداشتی یا به طور مشترک با واحد آموزش و حمایت از حقوق مصرف کنندگان دفتر دادستان کل Maryland دارید، با دفتر دادستان کل در شماره 1-877-261-8807 تماس بگیرید.

### Columbia ناحیه

همچنین ممکن است واجد شرایط DC Medicaid باشید. برای کسب اطلاعات در مورد DC Medicaid، به شماره 1-202-727-5355 زنگ بزنید تا نزدیکترین مرکز خدمات اداره امنیت اقتصادی (ESA) خود را پیدا کنید یا به وبسایت زیر مراجعه کنید: [www.dc-medicaid.com](http://www.dc-medicaid.com)

بر اساس قوانین ناحیه Columbia، Sibley Memorial Hospital (SMH) باید خدمات خود را به تمامی افراد جامعه ارائه دهد. (SMH) مجاز به تبعیض علیه فردی بر اساس نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملیت، جنسیت، سن، وضعیت تاهل، ظاهر شخصی، گرایش جنسی، مسئولیت های خانوادگی، تحصیلات، وابستگی سیاسی، ناتوانی جسمی، منبع درآمد، محل سکونت یا کسب و کار، یا به دلیل اینکه فرد تحت پوشش برنامه هایی مانند Medicare یا Medicaid است، نمی باشد.

SMH همچنین موظف است حجم معقولی از خدمات 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 بدون هزینه یا با هزینه کاهش یافته هستید. اگر معتقدید که بدون دلیل موجه از خدمات یا بررسی برای دریافت درمان رایگان یا با هزینه کاهش یافته محروم شده اید، با دفتر پذیرش یا دفتر مالی ارائه دهنده خدمات بهداشتی تماس بگیرید و از طریق مرکز تماس شهری در شماره 1-202-727-1000 با سازمان برنامه ریزی و توسعه بهداشت ایالتی تماس بگیرید. اگر بیمار بخواهد شکایت کند، فرم در سازمان برنامه ریزی و توسعه بهداشت دولتی موجود است.

### Florida

بیماران و خانواده هایی که بیمه درمانی ندارند می توانند برای پوشش هزینه های پزشکی به Florida Medicaid در درخواست کنند. اگر به درخواست برای Florida Medicaid علاقه مند هستید، لطفاً تمام اطلاعات لازم را از طریق وبسایت اداره خدمات کودکان و خانواده در آدرس ذیل ارسال کنید: <https://myaccess.myflfamilies.com>. بیماران و خانواده هایشان که واجد شرایط دریافت Florida Medicaid نیستند، می توانند از طریق یکی از چهار برنامه بیمه سلامت کودکان ایالتی برای پوشش هزینه های پزشکی آینده درخواست پوشش دهند. می توانید به صورت آنلاین در آدرس زیر درخواست دهید: [www.floridakidcare.org](http://www.floridakidcare.org) یا با زنگ زدن به شماره 1-888-540-5437 یا 1-877-316-8748 (TTY) تماس بگیرید.