


FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
1 از 20	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

### خط مشی

این خط مشی در مورد نظام سلامت جان هاپکینز اعمال می شود که نهاد های ذیل را شامل می شود: بیمارستان عمومی هاوارد کانتی (Howard County) (HCGH) و بیمارستان حومه (SH).

### هدف

JHHS متعهد می شود تا به بیمارانی که نیازهای مربوط به سلامت دارند و تحت پوشش بیمه نیستند، بیمه ی ناقص داشته، واجد دریافت کمک های دولت نیستند و یا به هر دلیل از پرداخت هزینه ناتوانند براساس مراقبت های سلامتی ضروری بسته به شرایط مالی فردی آن ها کمک کند.

این رویکرد موسسات طبی جان هاپکینز است تا بسته به نیاز یا بدهی های پزشکی زیاد به بیمارانی که معیارهای مالی مشخصی را دارا هستند و برای دریافت چنین کمکی درخواست داده اند کمک مالی بکنند. هدف خط مشی ذیل توصیف مواردی است که کمک مالی به آن تعلق می گیرد، معیارهای شایستگی و گام های لازم برای تحلیل کردن هر درخواست است.

بیمارستان های JHHS موجود بودن کمک مالی را به صورت سالانه در روزنامه های محلی منتشر می کنند و اعلامیه های موجود بودن کمک را در سایت های ثبت نام بیماران، اداره ی پذیرش و بخش اورژانس در بیمارستان قرار خواهند داد. اعلامیه موجود بودن کمک در وب سایت هر بیمارستان قرار خواهد گرفت، در حین گفتگوهای شفاهی ذکر خواهد شد و در صورت حساب های بیماران برای آن ها ارسال خواهند شد. صدور صورت حساب برای بیماران و برگه اطلاعات کمک مالی قبل از ترخیص به بیماران بستری تحویل می شود و در صورت درخواست بیماران به آن ها ارائه خواهد شد.

ممکن است کمک مالی زمانی که بررسی شرایط مالی بیماران انجام می شود تمدید شود. بررسی کمک پزشکی مالی باید بررسی هزینه های پزشکی و تعهدات بیماران (مانند بدحسابی ها) و سایر هزینه های پزشکی انجام شده را شامل شود. درخواست های مبنی بر کمک مالی و نیز کمک های پزشکی مالی ممکن است به بیمارانی ارائه شود که حساب هایشان در اختیار یک آژانس تسویه بدهی است و تنها شامل حساب هایی می شود که تا زمان رفع دیگر نیازها، حکمی برای آن ها صادر نشده باشد.

### کمک مالی برای یزشکانی که اعلامیه های مراقبتی فراهم می کنند:

فهرستی از یزشکانی که طبق خط مشی HCGH و SH، به ارائه مراقبت های اورژانسی و پزشکی لازم می پردازند، به عنوان مثال D ضمیمه شده است. فهرست ها نشان می دهند که آیا پزشک تحت پوشش این خط مشی قرار می گیرد یا خیر. در صورتی که پزشک تحت پوشش این خط مشی قرار نگیرد، بیماران باید با مطب پزشک تماس بگیرند تا بررسی کنند آیا پزشک کمک مالی ارائه می کند و اگر این کار را می کند خط مشی کمک مالی پزشک چه چیزهایی را پوشش می دهد.

### تعاریف

بدهی پزشکی هزینه های پیش بینی نشده ای را شامل می شود که از مراقبت پزشکی عاید می شوند و به وسیله بیمارستان JHHS که درخواست برای آن ارسال شده است تهیه شده اند. هزینه های پیش بینی نشده شرکت های پرداختی، شرکت های بیمه و کسورات را شامل نمی شود مگر مواردی که بیمار حق بیمه را از طریق برنامه سلامتی کیفی خریده باشد و الزامات شایستگی را دارا باشد. بدهی پزشکی، صورت حساب های بیمارستانی را که بیمار تصمیم به پرداخت داوطلبانه ی آن ها دارد را در بر نمی گیرد (انصراف از پوشش بیمه، یا صورت حساب بیمه).


بدهی پزشکی

پول نقد، اوراق بهادار، سفته ها، اوراق قرضه، پس اندازهای اوراق قرضه، حساب های چکی، حساب های پس انداز، صندوق سرمایه گذاری مشترک، گواهی پس اندازها، خط مشی های بیمه عمر با مقادیر تسلیم نقدی، حساب های قابل دریافت، مزایای بازنشستگی یا دیگر اموالی که قابل تبدیل به پول نقد هستند. سرپناهی امن در محل اقامت بیمار به قیمت 150000 دلار، جزء دارایی هایی که قابل نقد کردن است به حساب نمی آید. برابری در هر نوع دارایی واقعی باید در معرض تسویه حساب قرار بگیرد. دارایی های جاری، دارایی های بازنشستگی را که مرکز خدمات درآمد داخلی، مالیات ترجیحی را به عنوان حساب بازنشستگی به آن ها اختصاص داده است را شامل نمی شود. حساب های بازنشستگی شامل، طرح جبران خسارت های معوق که به تایید قانون درآمد داخلی رسیده است یا طرح جبران خسارت های معوق که مورد تایید نیست، می شود.

دارایی های جاری

اگر بیمار به سن بلوغ نرسیده باشد، خانواده ی درجه یک، مادر، پدر، خواهر یا برادر تنی یا ناتنی، که هنوز ازدواج نکرده اند و در یک خانه زندگی می کنند را در بر می گیرد. در صورتی که بیمار به سن بلوغ رسیده است، عضو درجه یک خانواده، همسر یا فرزندان تنی یا ناتنی را در بر می گیرد که در یک خانه زندگی می کنند.

خانواده ی درجه یک

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 2	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

مراقبت های سلامتی ضروری درمان پزشکی که برای حمایت از وضعیت سلامت یک بیمار ضروری است و می تواند در صورت حذف به صورت نامناسبی وضعیت بیمار را مبتنی بر استانداردهای پزشکی تحت تاثیر قرار دهد ؛ این درمان ها اغلب برای رفاه بیمار نیستند. مراقبت سلامتی ضروری با اهداف این خط مشی، روندهای گزینشی و آرایشی بهداشتی را شامل نمی شود.

درآمد خانواده درآمد بیمار یا طرف مسئول، حقوق، عواید، انعام ها، سود، سود سهام، توزیع شرکت های بزرگ، درآمد اجاره، درآمد بازنشستگی، مزایای تامین اجتماعی و دیگر درآمد هایی که مرکز خدمات درآمد داخلی برای همه ی اعضای درجه یک خانواده ی که در یک خانه زندگی می کنند، تعریف کرده است.

حمایت کننده مستند سازی فیش های حقوقی؛ 1099-W؛ غرامت کارگران، نامه های پاداش تامین اجتماعی یا ناتوانی؛ اظهاریه بانکی یا دلالی؛ عواید مالیاتی؛ خط مشی های بیمه ی عمر؛ ارزیابی های املاک و مستغلات و گزارش دایره اعتبارات، تبیین مزایا برای پشتیبانی از بدهی پزشکی.

طرح سلامت واجد شرایط به موجب قانون مراقبت که در سال 2014 آغاز شد یک طرح بیمه ای است که بوسیله ی بازار بیمه سلامت مورد تایید قرار گرفته و مزایای سلامتی لازم را فراهم می کند، محدودیت های تعیین شده بر به اشتراک گذاشتن هزینه ها را دنبال می کند (شامل کسورات، پرداختی های مشترک، و حداکثر مقدار هزینه های پیش بینی نشده) و دیگر شرایط را برآورده می کند. یک برنامه ی سلامتی مورد تایید در هر بازاری که به فروش برسد گواهی خواهد داشت.

## روندها

1. هر گونه ارزیابی از کمک مالی می تواند به صورت های مختلف آغاز شود:

مثلا:

- بیمار با موجودی منقضى، فرد یا آژانس تسویه بدهی را مطلع می کند که نمی تواند صورت حساب را پرداخت کند و درخواست کمک می کند.
  - بیمار بدون بیمه در کلینیکی حاضر می شود و بیان می کند که توان پرداخت هزینه های پزشکی خدمات فعلی یا قبلی را ندارد.
  - پزشک بیمار را برای ارزیابی دریافت کمک مالی برای خدمات سرپایی و غیر سرپایی معرفی می کند.
2. هر واحد کلینیکی یا تجاری، فرد یا افرادی را برای پذیرش درخواست های مبنی بر کمک مالی مشخص می کند. این کارمندان می توانند مشاوران مالی، متخصصین تسویه بدهی خود پرداخت، کارمندان اجرایی، خدمات مشتریان و غیره را تشکیل دهند.
3. کارمندان مشخص شده با بیمارانی که درخواست کمک مالی می کنند دیدار می کنند تا بفهمند آیا معیارهای اولیه برای دریافت کمک را دارا هستند یا خیر.


a. همه ی درخواست های بیمارستانی در طی دو روز کاری بررسی شده و واجد شرایط بودن احتمالی افراد بررسی می شود. برای تسهیل این فرآیند هر متقاضی باید اطلاعاتی درباره ی اندازه و درآمد خانواده چنانچه بوسیله مقررات پزشکی تعریف شده است تهیه کند. به منظور کمک به متقاضیان برای تکمیل این فرآیند، اظهاریه ای مبنی بر موافقت مشروط تهیه خواهد شد که فهرست تشریفات اداری لازم برای تعیین واجد شرایط بودن نهایی را مشخص می کند.

b. درخواست های دریافتی برای بررسی به بخش خدمات مالی بیمارستان JHHS ارسال خواهند شد. واجد شرایط بودن احتمالی بیماری به صورت مکتوب برای او ارسال خواهد شد.

c. در HCGH همه ی درخواست ها با همه ی مستندات حمایت کننده که به بیمارستان تحویل شده اند از طریق امضای مناسب مسئولان تایید می شود. زمانی که این درخواست ها پذیرفته شدند، درخواست های موافقت شده به بخش خدمات مالی بیمارستان JHHS ارسال خواهند شد تا واجد شرایط بودن بیمار برای او فرستاده شود.

4. برای تعیین واجد شرایط بودن نهایی معیار های ذیل باید برآورده شود:

a. بیمار می بایست از طریق یک برنامه ی کیفی درخواست خود برای کمک پزشکی یا پوشش بیمه را ارائه کند و با تیم کمک پزشکی یا

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 3	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

نماینده تعیین شده همکاری کند مگر اینکه نماینده امور مالی بتواند به آسانی بفهمد که بیمار شرایط مبنی بر واجد شرایط بودن را دارا خواهد بود. پرسشنامه نمایه بیمار (مثال B) نشان می دهد که آیا بیمار باید درخواستی مبنی بر دریافت کمک مالی بدهد یا خیر. در مواردی که بیمار کمک پزشکی دریافت کرده و یا تحت پوشش داروخانه یا پوشش QMB است، نیاز به ارسال درخواست مجدد نخواهد بود مگر اینکه نماینده امور مالی دلیلی برای پذیرش اینکه بیمار کمک پزشکی کامل دریافت کرده است داشته باشد.

b. همه ی مزایای بیمه می بایست استفاده شده باشند.

5. تا جایی که ممکن است باید یک فرآیند درخواست برای همه ی بیمارستان های JHHS در مریلند وجود داشته باشد. بیمار باید موارد ذیل را تهیه کند:

a. درخواست تکمیل شده مبنی بر کمک مالی (مثال A) و پرسشنامه نمایه بیمار (مثال B).

b. نسخه از جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (در صورتی که متاهل هستید و فرم را جداگانه پر می کنید، یک نسخه از اظهارنامه مالیاتی همسر و یک نسخه از اظهارنامه تمام اشخاصی که درآمدشان طبق مقررات درمانی جزئی از درآمد خانواده محسوب می شود).

c. نسخه ای از سه فیش حقوقی جدید (مختص کارمندان) یا دیگر شواهد درآمدی اشخاصی که درآمد آن ها طبق مقررات درمانی جزئی از درآمد خانواده است.

d. اعلامیه ی کمک های پزشکی (در صورت وجود).

e. شواهدی مبنی بر درآمد ناتوانی (در صورت وجود).

f. شواهد معقول از دیگر مخارج اعلام شده.

g. شهروندان غیر آمریکایی می بایست درخواست خود مبنی بر کمک مالی را کامل کنند (مثال A). به علاوه مشاور مالی باید با کنسولگری ایالت متحده در کشور محل زندگی بیمار تماس بگیرد. کنسولگری ایالت متحده بایست در جایگاهی باشد تا اطلاعات مبنی بر ارزش خالص بیمار را تهیه کند. هر چند میزان جزیبایی که قدرت مالی بیماران را نشان می دهد در کشورهای مختلف متغیر است. پس از کسب اطلاعات از کنسولگری ایالات متحده، مشاور مالی باید با رئیس، چرخه درآمد و یا CFO (HCGH) یا رییس PFS و یا CFO (SH) ملاقات کند تا ببیند آیا اطلاعات اضافی لازم است یا خیر.


h. در صورت بیکاری، شواهد منطقی مبنی بر بیکاری، مانند بیانیته ای از اداره بیمه بیکاری و یا اطلاعیه ای از حامی مالی کنونی لازم است و ...

6. بیمار ممکن است از طریق نبود بیمه کامل یا بدهی پزشکی زیاد واجد شرایط کمک شمرده شود. بدهی پزشکی جزء هزینه های پیش بینی نشده است که شامل پرداخت های مشترک، بیمه مشترک و کسورات هزینه صورت حساب پزشکی بیمارستان JHHS نمی شود، مگر آن که بیمار، بیمه خود را از سازمان خدمات سلامتی مورد تایید دریافت کرده باشد و معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشد. زمانی که بیمار همه ی اطلاعات ضروری را تسلیم کرد، مشاور امور مالی درخواست را بررسی و تحلیل می کند و آن را به بخش خدمات مالی بیماران می فرستد تا براساس دستورالعمل های JHMI واجد شرایط بودن نهایی آن ها را تعیین کنند. در HCGH، مشاور مالی اطلاعات را به رئیس ارسال می کند تا مبنی بر JHMI واجد شرایط بودن نهایی را تعیین کند.


a. اگر درخواست مورد موافقت قرار نگیرد، بیمار می تواند در خواست تجدید نظر بدهد. مشاور مالی درخواست و الحاقات آن را برای تجدیدنظر به CFO (HCGH) یا رئیس PHS و CFO (SH) برای ارزیابی نهایی و تصمیم گیری می فرستد.

b. در صورتی که درخواست بیمار برای کمک مالی مبتنی بر بدهی پزشکی زیاد باشد و یا طبق تشخیص مشاور مالی یا فرد تعیین شده شرایط تخفیف وجود داشته باشد، مشاور مالی درخواست و الحاقات را برای رئیس چرخه درآمد و CFO (HCGH) یا رئیس PFS و CFO (SH) بفرستد. این کمیته قدرت تصمیم گیری برای پذیرش و یا رد درخواست ها را خواهد داشت. انتظار می رود درخواست مبنی بر کمک مالی که بوسیله ی رئیس چرخه درآمد و CFO (HCGH) یا رئیس PFS و CFO (SH) بررسی شده اند، در بازه ی زمانی کمتر از 30 روز از تاریخ تکمیل درخواست دوباره مورد بررسی نهایی قرار گیرند. رئیس چرخه درآمد و CFO (HCGH) یا رئیس PFS و CFO (SH) تشخیص خود مبنی بر نیاز نهایی را منطبق بر دستورالعمل های JHHS خواهند داد.

7. هر بخش کلینیکی این انتخاب را دارد تا روندهای مشخص گزینشی را برای مواردی که کمک مالی نیاز ندارد طراحی کنند.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 4	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

8. خدماتی که به بیمارانی که پرداخت داوطلبانه دارند ارائه می شود واجد شرایط دریافت کمک مالی نمی شوند.
9. بخشی که به اجرای برنامه تحت شرایط قدرت حاکم می پردازد (یعنی: برنامه روانپزشکی) ممکن است فرآیند درخواست با حمایت دولت و مقیاس درآمد مرتبط را ادامه دهد.
10. زمانی که یک بیمار برای کمک مالی تایید می شود، پوشش کمک مالی باید برای همان ماه و شش ماه بعد از آن معتبر باشد. اگر بیمار به دلیل مشکل مالی واجد شرایط دریافت مقرری شود، توصیه می شود که وی به نشانه خوش حسابی، پرداختی را در آغاز دوره ی کمک مالی انجام دهد. در راستای درخواست بیمار که فاقد هرگونه بیمه است و سطح درآمدی اش کمتر از درآمدی است که بتواند پاسخگوی مشکلات پزشکی باشد (همانطور که در ضمیمه B آمده است)، JHHS باید طرح پرداختی را برای بیمار فراهم کند. چنین طرح پرداختی که از این خط مشی نشأت می گیرد معمولاً بیش از دو سال طول نخواهد کشید. در شرایط فوق العاده و با موافقت مدیر تعیین شده ممکن است برنامه پرداختی تمدید شود.
11. شایستگی احتمالی برای دریافت کمک مالی مواردی وجود دارد که یک بیمار شرایط کمک مالی را داشته باشد ولی کمک مالی موجود نیست. اغلب، اطلاعات کافی بوسیله ی بیماران و دیگر منابع فراهم می شوند که شواهد کافی برای کمک به بیمار را به دست می دهند. در مواردی که شواهدی برای تعیین شایستگی بیمار برای دریافت کمک وجود ندارد، JHHS از نهادهای بیرونی برای تخمین درآمد برای تعیین واجد شرایط بودن و نرخ های مراقبت کاهش یافته استفاده می کند. زمانی که این امر محقق شد، بدلیل شرایط احتمالی تنها کمک مالی قابل پرداخت، 100% کل موجودی حساب است. شایستگی دریافت کمک های مالی احتمالی فقط باید دوره ی مشخص خدمت را شامل شود و نه اینکه به مدت شش ماه معتبر باشد. شایستگی احتمالی را می توان براساس شرایط فردی اشخاص تعیین کرد. بیمارانی که تحت پوشش برنامه های رفاه اجتماعی قرار دارند و در فهرست کمیسیون بررسی هزینه های خدمات سلامت در COMAR 10.37.10.26 A-2 قرار دارند، در صورتی که مدارک مربوط به ثبت نامشان را در مدت 30 روزه تحویل دهند، شایستگی احتمالی دریافت مراقبت های رایگان را دارند، مگر آن که شایستگی آن ها برای دریافت خدمات درمانی و CHIP رد شود. این مدت 30 روزه ممکن است تا 60 روز نیز تمدید شود، در صورتی که بیمار یا نماینده بیمار 30 روز اضافی را درخواست کند. ضمیمه A-1 فهرستی از شرایطی زندگی به علاوه شرایطی که از طریق مقررات مشخص شده اند و به موجب آن ها یک بیمار شایستگی دریافت کمک مالی را پیدا می کند، را تهیه کرده است.
12. درخواست کمک مالی فقط برای بیمارانی که در بیمارستان حساب باز دارند داده می شود.
13. بیمارانی که بیکار هستند و تحت پوشش بیمه نیستند می بایست درخواست کمک مالی (مثال A) خود را تسلیم کنند مگر اینکه واجد شرایط دریافت کمک احتمالی باشند (ضمیمه A-1 را ببینید). اگر بیماران برای پوشش COBRA صلاحیت داشته باشند، توانایی مالی آنها برای پرداخت حق بیمه COBRA می بایست توسط مشاور مالی بررسی شود و توصیه هایی به رئیس چرخه درآمد و CFO (HCGH)، یا رئیس PFS و CFO (SH) ارسال شوند. افراد با توان مالی باید برای خرید بیمه سلامت تشویق شوند تا از دسترسی آنان به مراقبت های سلامتی اطمینان حاصل شود و سلامت شخصی شان تضمین شود.
14. بیمارانی که تحت پوشش طرح سلامت کیفی قرار دارند و برای هزینه های پزشکی حاصل از مراقبت های ضروری، و بدون هزینه کردن از محل مخارج مستقیم خود درخواست کمک می کنند (پرداخت های مشترک و کسورات)، می بایست در صورتی که 200 درصد از دستورالعمل های فقر فدرال در مورد آنان صدق کند، درخواست خود مبنی بر نیاز مالی را تسلیم کنند.
15. در صورتی که حساب بیمار به یک آژانس تسویه حساب اختصاص داده شده باشد و بیمار یا ضامن درخواست کمک مالی بدهد یا برای کمک مالی واجد شرایط باشد، آژانس تسویه حساب باید PFS را مطلع کند و درخواست کمک بیمار/ضامن را به همراه دستورالعمل برای بررسی به PFS ارسال کند و حساب را به مدت 45 روز و تا زمان دریافت دستورالعمل های PFS معلق نگه دارد.
16. از تاریخ 1 اکتبر 2010 در صورتی که طی یک دوره دو ساله پس از دوره خدمات، بیمار واجد شرایط دریافت مراقبت های رایگان باشد (بر حسب استانداردهای شایستگی که در تاریخ ارائه خدمات قابل اجرا باشد)، بیمار/ضامن باید مقادیر بیش از 25 دلار که برای وی هزینه شده است را مسترد کند. در صورتی که مستندات بیمارستان عدم همکاری بیمار یا ضامن در جهت ارائه اطلاعات برای تعیین شایستگی دریافت مراقبت رایگان را نشان دهد، ممکن است دوره ی دو ساله به 30 روز از تاریخ درخواست اولیه کاهش یابد. در صورتی که بیمار در یک برنامه سلامتی دولتی که از بیمار می خواهد تا هزینه های پیش بینی نشده خدمات بیمارستانی را پرداخت کند، ثبت نام کند، هزینه هایی که منجر به از دست دادن شایستگی دریافت پوشش سلامت می شود نباید به وی مسترد شود.
17. خط مشی های کمک مالی بیمارانی که فوت شده اند و املاک ایشان به موجب فوتشان آزاد شده است را در بر نمی گیرد. جان هاپکینز درخواستی را برای املاک متوفیان ترتیب خواهد داد و چنین درخواستی منوط به سازمان املاک، وجود املاک مورد نظر و قوانین اعتماد خواهد بود.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
5 از 20	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

## ارجاع 1

خط مشی های سرمایه گذاری **JHHS** و دستورالعمل روندها  
خط مشی شماره **FIN017** - امضای مسئول: خدمات مالی بیمار  
خط مشی شماره **FIN033** - پرداخت های اقساط

مراقبت های خیریه و بدهی های بد، راهنمای حسابرسی مراقبت های سلامتی **AICPA**

کد مقررات مریلند **COMAR 10.37.10.26, et seq**  
کد سلامتی عمومی مریلند **et seq, 214-19**  
دستورالعمل های فدرال مربوط به فقر (بروزرسانی سالانه) در رجیستری فدرال

## مسئولیت ها - **HCGH, SH**

مشاور مالی (قبل از پذیرش/پذیرش/خانگی/سرپایی)  
هماهنگ کننده تسویه خدمات مشتریان  
هر گونه نمایندگی مشخص شده برای پذیرش  
کمک مالی

معیارهای رایج برای شایستگی دریافت کمک را بدانید.

بیماران آینده نگر را شناسایی کنید؛ فرآیند درخواست را هنگامی که لازم است آغاز کنید. هر جا که لازم است به بیماران در تکمیل کردن درخواست کمک می کند یا فرم مشخصی را برنامه ریزی کنید.

روزی که درخواست اولیه دریافت می شود، آن را برای واجد شرایط بودن احتمالی به بخش خدمات مالی بفرستید.

فرم درخواست اولیه (مثال A)، پرسشنامه نمایه بیمار (مثال B) و فرم مشکلات پزشکی مالی (مثال C) را در صورت دریافت **pt238** **بررسی کنید** تا واجد شرایط بودن احتمالی را مشخص کنید. طی دو روز از زمان دریافت درخواست اولیه، تشخیص خود را به آخرین آدرس بیمار بفرستید و یا در صورتی که بیمار بستری است به او تحویل دهید. اظهارات حساب بیمار را یادداشت کنید.

در صورتی که نیاز به درخواست کمک مالی وجود ندارد شرح حساب بیمار را بنویسید و برای بررسی به پرسنل مدیریتی بفرستید.


تکمیل درخواست نهایی را بررسی کنید و نسبت به آن مطمئن شوید.

فرم نهایی درخواست را به مدیریت مناسب تحویل دهید.

همه ی مبادلات را در همه ی حساب های قابل اعمال بیماران ثبت کنید.

نامزدهای ماسبق را مشخص کنید؛ فرآیند درخواست نهایی را آغاز کنید.

1 توضیحات: درخواست های استاندارد شده برای کمک مالی، پرسشنامه نمایه بیمار و مشکلات پزشکی مالی ارتقا یافته اند. برای اطلاعات سفارش لطفا با بخش خدمات مالی بیماران تماس بگیرید. چنانچه در مثال های A، B و C می ببینید، نسخه ها به این خط مشی الصاق شده اند

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
6 از 20	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

درخواست نهایی تکمیل شده را مرور کنید؛ حساب هایی را نظارت کنید که نیازمند هیچ درخواستی نیستند؛ واجد شرایط بودن بیمار را تعیین کنید؛ تشخیص نهایی مکتوب را طی 30 روز کاری از زمان دریافت درخواست تکمیل شده بفرستید. اگر بیمار واجد شرایط دریافت مراقبت های با تخفیف باشد، بهترین تخفیف ممکن را برای بیمارانی که صلاحیت دارند در نظر بگیرید.

پرسنل مدیریتی (ناظر/مدیر/رییس)

به بیماران فاقد شرایط درباره ی دیگر انتخاب های آن ها مشاوره دهید که عبارتند از: پرداخت اقساطی، وام های بانکی و یا، اگر هنوز درخواست تکمیلی خود را تسلیم نکرده اند، تحت حمایت قرار گرفتن بوسیله برنامه ی مشکلات پزشکی مالی، مثال C . [به ضمیمه B نگاه کنید - دستورالعمل های برنامه ی مشکلات پزشکی مالی]

به دریافت کنندگان احتمالی کمک های مالی اعلامیه ارسال نخواهد شد.

درخواست های مبنی بر کمک مالی و حساب هایی که برای آن ها هیچ درخواستی لازم نیست و به صورت اتوماتیک و بر اساس امضای مقامات مسئول خط مشی مالی JHHS به شماره FIN017 هیچ مبلغی از آن ها کسر نمی شود را بررسی و تایید کنید - امضای مسئول: خدمات مالی بیماران.

پرسنل مدیریت مالی (رییس ارشد/ معاون حسابداری یا دیگر مناصب مرتبط)  
رییس CP و کارمندان مدیریتی

### حامی مالی

CFO (HCGH, SH)  
رئیس چرخه درآمد (HCGH)  
رئیس، PFS (SH)


### چرخه بررسی

دو سال

### موافقت

تاریخ


رئیس ارشد سرمایه گذاری/حسابداری و CFO برای JHH و JHHS

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
7 از 20	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

### ضمیمه A

دستورالعمل های برنامه ی واجد شرایط بودن کمک مالی

1. هر بیمار که درخواست کمک می کند باید فرم کمک مالی JHM را تکمیل کند (به نام درخواست کمک مالی یکنواخت ایالت مریلند نیز مشهور است)، مثال A، و پرسشنامه نمایه بیمار، مثال B. اگر بیمار خواهان دریافت کمک هزینه مشکلات پزشکی مالی باشد، او می بایست فرم مشکلات پزشکی مالی را تسلیم کند. مثال C
2. یک درخواست اولیه که نشان دهنده ی اندازه و درآمد خانواده است (طبق تعریف مقررات خدمات درمانی) مورد قبول خواهد بود و تشخیص واجد شرایط بودن احتمالی طی دو روز کاری از زمان تحویل صورت خواهد گرفت.
3. بیمار می بایست برای کمک پزشکی اقدام کند و به طور کامل با تیم کمک پزشکی یا نماینده ی تعیین شده آن همکاری کند، مگر اینکه نماینده مالی به آسانی بتواند تعیین کند که بیمار نمی تواند شرایط لازم برای واجد شرایط شدن را داشته باشد. پرسشنامه نمایه بیمار برای این طراحی شده است تا تعیین کند آیا بیمار مستحق دریافت کمک پزشکی هست یا خیر. مواردی که بیمار پوشش دارویی یا QMB فعال دارد، نیازی نیست که بار دیگر برای این منظور درخواست بدهد مگر اینکه نماینده مالی دلیلی برای پذیرش این واقعیت داشته باشد که بیمار می تواند از مزایای کامل کمک پزشکی استفاده کند.
4. مدرکی مبنی بر میزان درآمد می بایست با درخواست نهایی ارسال شود. مدارک قابل قبول عبارتند از:
  - (a) اظهارنامه مالیاتی سال قبل؛
  - (b) دسته چک های فعلی
  - (c) نامه ای از طرف کارفرما یا اینکه مدارک بیکاری وضعیت بیکاری را تایید کند؛ و
  - (d) گزارش دفتر مالی که بوسیله دستیاران JHM و یا بخش خدمات مالی بیمار تهیه شده است.
  - (e) برای شهروندان غیر آمریکایی، مشاور مالی باید با کنسولگری ایالت متحده در کشور محل اقامت بیمار تماس بگیرد. کنسولگری ایالات متحده باید در جایگاهی باشد که بتواند اطلاعاتی درباره ارزش واقعی بیمار فراهم کند. هر چند میزان اطلاعاتی که قدرت مالی بیمار را نشان می دهد از کشوری به کشور دیگر متغیر است. پس از کسب اطلاعات از کنسولگری ایالات متحده، مشاور مالی باید با رئیس، چرخه درآمد یا CFO ملاقات کند تا بفهمد آیا اطلاعات مازاد لازم است یا خیر.
5. بیمارانی واجد شرایط دریافت کمک مالی می شوند که حداکثر درآمد (طبق مقررات خدمات درمانی) خانواده شان (زن و شوهر، زوجین هم جنس) از استانداردهای وابستگان بیشتر نباشد (منطبق با دستورالعمل های فقر فدرال) و دارایی جاری آنها بیش از 10000 دلار، که برای پرداخت صورت حساب JHHS کافی است، نباشد.
6. همه ی منابع مالی می بایست قبل از اعمال کمک مالی مصرف شوند. این شامل بیمه، کمک پزشکی و همه ی برنامه هایی می شود که ممکن است بیمار برای آن ها صلاحیت داشته باشد. اگر مشخص باشد که یک شهروند غیرآمریکایی برای دریافت کمک پزشکی واجد شرایط نباشد، اعلامیه ای مبنی بر تشخیص کمک پزشکی ضروری نخواهد بود.
7. بیمارانی که به صورت داوطلبانه خود پرداختی دارند به میزانی که به هر حساب بدهی دارند، واجد شرایط دریافت کمک نیستند.
8. کمک مالی خدمات غیر ضروری چون جراحی زیبایی، مواد راحتی و اقامت در اتاق های خصوصی که به لحاظ پزشکی ضروری نیستند را شامل نمی شود. هزینه های خارج از بیمارستان بر عهده ی بیمار خواهد بود. ممکن است این سوال پیش بیاید که آیا یک "پذیرش گزینشی" بوده و یا "به لحاظ پزشکی کاملاً ضروری" است. در این مورد باید با پزشک پذیرش مشاوره شود و یا اینکه موضوع به پزشک مشاوره ی بوسیله ی بیمارستان مشخص شده است ارجاع داده شود.
9. هر بخش، واجد شرایط بودن برای کمک مالی طی 30 روز کاری از زمان تسلیم درخواست نهایی را مشخص خواهد کرد. مشاور مالی واجد شرایط بودن نهایی را صادر خواهد کرد.
10. مستندسازی درباره ی تعیین صلاحیت در ارتباط با همه ی حساب ها (حساب های باز) بیمار انجام خواهد شد. اعلامیه ای مبنی بر واجد شرایط بودن برای بیمار ارسال خواهد شد.
11. تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی مبتنی بر ارائه ی درخواست نهایی مبنی بر کمک مالی (مثال A) برای مدت 6 ماه و برای تمامی موارد و خدمات لازم JHM و با توجه به تاریخ نامه تعیین شرایط، معتبر خواهد ماند. بیمارانی که کمک مالی را از یک بخش JHM

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 8	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

دریافت می کنند نیاز به درخواست کمک دیگر از بخش دیگری ندارند.

12. همه ی موارد تعیین واجد شرایط بودن برای خدمات مالی می بایست فقط با آگاهی وابسته JHHS انجام شود.

استثنائات

معاون رئیس جمهور، CFO سرمایه گذاری ممکن است استثنائاتی را مطابق با شرایط شخصی اعمال کند.


جدول کمک مالی رایگان یا همراه با تخفیف

جدول تعیین مقرری کمک مالی موثر از تاریخ 2/1/15							
حد بالای درآمد برای میزان مقرری						سطح درآمد	تعداد افراد خانواده
\$ 35,310	\$ 32,956	\$ 30,602	\$ 28,248	\$ 25,894	\$ 23,540	1	
\$ 47,790	\$ 44,604	\$ 41,418	\$ 38,232	\$ 35,046	\$ 31,860	2	
\$ 60,270	\$ 56,252	\$ 52,234	\$ 48,216	\$ 44,198	\$ 40,180	3	
\$ 72,750	\$ 67,900	\$ 63,050	\$ 58,200	\$ 53,350	\$ 48,500	4	
\$ 85,230	\$ 79,548	\$ 73,866	\$ 68,184	\$ 62,502	\$ 56,820	5	
\$ 97,710	\$ 91,196	\$ 84,682	\$ 78,168	\$ 71,654	\$ 65,140	6	
\$ 110,190	\$ 102,844	\$ 95,498	\$ 88,152	\$ 80,806	\$ 73,460	7	
\$ 122,670	\$ 114,492	\$ 106,314	\$ 98,136	\$ 89,958	\$ 81,780	8*	
\$12,180	\$11,368	\$10,556	\$9,744	\$8,932	\$8,120	amt برای هر عضو	
20%	30%	40%	60%	80%	100%	مقرری قابل پرداخت	

200 درصد دستورالعمل های فقر.  
برای خانواده های با بیش از 8 عضو

مثال: درآمد سالانه خانواده 54000 دلار  
تعداد افراد خانواده 4  
درآمد خانوادگی قابل اعمال 47700 دلار  
حد بالای درآمد یا میزان مقرری 57240 دلار (60% میزان)  
54000 دلار از بالاترین حد درآمدی کمتر است؛ لذا بیمار برای کمک مالی واجد شرایط است.



FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز (John Hopkins) خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
9 از 20	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	


### A-1 ضمیمه

#### واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی احتمالی

مواردی وجود دارد که بیمار ظاهراً نیاز به کمک مالی دارد اما کمک مالی موجود نیست. اغلب، اطلاعات کافی بوسیله ی بیماران و دیگر منابع فراهم می شوند که شواهد کافی برای کمک به بیمار را به دست می دهند. در مواردی که شواهدی برای تعیین شایستگی بیمار برای دریافت کمک وجود ندارد، JHHS از نهادهای بیرونی برای تخمین درآمد برای تعیین واجد شرایط بودن و نرخ های مراقبت کاهش یافته استفاده می کند. زمانی که این امر محقق شد، بدلیل شرایط احتمالی تنها کمک مالی قابل پرداخت، 100% کل موجودی حساب است. شایستگی دریافت کمک های مالی احتمالی فقط باید دوره ی مشخص خدمت را شامل شود و نه اینکه به مدت شش ماه معتبر باشد. واجد شرایط بودن احتمالی را می توان براساس شرایط فردی زندگی که شامل موارد زیر است تعیین کرد:

- پوشش دارویی فعال کمک پزشکی
- پوشش های QMB و SLMB
- بی خانمانی
- کمک مالی و خدمات مراقبتی درمانی بیماران که در ER و ورای پوشش این برنامه ها فراهم می شود.
- نظام سلامت اورژانسی بیماران در مریلند
- ثبت نام کنندگان مرکز سلامت چیس برکستون (Chase Brexton) (ضمیمه C را ببینید) (مناسب بیماران HCGH)
- شرکت در برنامه های زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
- برنامه ی کمک تغذیه ای تکمیلی (SNAP) یا غذاهای دارای مهر تایید
- اعضای خانواده با کودکان در برنامه های رایگان یا تخفیف یافته ناهار شرکت می کنند.
- شرکت در برنامه ی کمک به اعضای خانواده های کم درآمد
- واجد شرایط بودن برای دیگر برنامه های کمکی محلی یا دولتی که شرایط مالی آن ها 200% FPL یا کمتر از آن است.
- بیمارانی که به بیمارستان های حومه توسط سازمان هایی که با آنها قرارداد بسته اند معرفی می شوند (ضمیمه E را ببینید)
- بیمار بدون هیچ حالت مشخصی فوت شده است
- بخش سلامت مادران برای ملاقات بیماران غیر بستری که تحت پوشش کمک مالی قرار ندارند.
- بیمارانی که مصمم به حصول شرایط دریافت کمک از برنامه کمک های پزشکی دولتی سابق، هستند.
- بیمارانی که واجد شرایط معیار ناتوانی نیستند و شرایط مالی برای دریافت کمک مالی را دارند.

این شرایط زندگی در COMAR 10.37.10.26 A-2 آمده است. بیماران باید شواهدی مبنی بر ثبت نام در این برنامه ها را در طی دوره 30 روزه تسلیم کنند مگر اینکه بیمار یک دوره ی 30 روزه مازاد را درخواست کند.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 11	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

## ضمیمه B دستورالعمل های مشکلات پزشکی مالی

### هدف

این دستورالعمل ها تاییدی مبنی بر ارائه ی کمک مالی تکمیلی هستند. تاییدیه به همه ی بیمارانی که برای کمک مالی متقاضی شده اند ارائه می شود.

کمک مشکلات مالی پزشکی برای بیمارانی که طبق بخش نخست خط مشی واجد دریافت کمک مالی نیستند موجود است. کسانی که:  
 1. بدهی پزشکی آن ها در یک دوره ی 12 ماهه از 25 درصد درآمد خانواده بیشتر شود و مشکلات پزشکی مالی رخ دهد.  
 2. و آن هایی که استانداردهای درآمدی برای این سطح از کمک را دارا می باشند.

برای بیمارانی که واجد شرایط دریافت مراقبت های همراه با تخفیف هزینه هستند و نیز بر طبق دستورالعمل های مشکلات کمک پزشکی مالی واجد شرایط هستند، JHHS باید کاهش در هزینه هایی را اعمال کند که بیشترین سود را برای بیمار دارند.

مشکلات پزشکی مالی، هزینه های سلامتی برای درمان پزشکی کاملاً ضروری را شامل می شود که یک خانواده در طی یک دوره ی 12 ماهه متحمل شده و از 25 درصد درآمد آن خانواده بیشتر است.


هزینه ی پزشکی هزینه های پیش بینی نشده ای را در برمی گیرد که برای مراقبت های پزشکی ضروری بوسیله بیمارستان هاپکینز وارد صورت حساب شده اند و درخواست کمک در این راستا ارسال شده است. هزینه ی پزشکی هزینه های پیش بینی نشده که در بالا اشاره شد شامل پرداخت های مشترک، بیمه های مشترک، و کسورات می شود، مگر آن که بیمار زیر 200% از دستورالعمل های فقر فدرال را دارا باشد.

بیمار/ضامن می تواند زمانی که فرم درخواست کمک مالی JHM (به نام درخواست کمک مالی یکنواخت ایالت مریلند نیز مشهور است) (مثال A)، و پرسشنامه نمایه بیمار (مثال B)، را ارسال می کند، تقاضای چنین تشخیصی را با تسلیم کردن فرم کمک مشکلات پزشکی مالی بدهد (مثال C). ضامن بیمار نیز می بایست مستندات مالی درآمد خانواده را برای 12 ماه قبل از تاریخ درخواست تحویل دهد و مستنداتی که شاهدهی بر بدهی پزشکی حداقل 25 درصد درآمد خانواده است را تحویل دهد.

زمانی که با کمک مشکلات مالی پزشکی موافقت شد، کمک مشکلات پزشکی مالی باید با شروع ماه اول دوره ی دریافت خدمت و دوازده ماه آتی معتبر باشد. این کمک همچنین باید اعضای درجه یک خانواده ی بیمار که در یک محل زندگی می کنند را پوشش دهد. بیمار و اعضای درجه یک خانواده هنگامی که مراقبت های آتی برای مدت 12 ماه از تاریخ مراقبت های سلامتی با هزینه کم برای اولین بار دریافت شد، باید برای مراقبت های سلامتی ضروری با قیمت پایین واجد شرایط دریافت کمک باشند. پوشش نباید به پذیرش های گزینشی و یا اقدامات زیبایی تعلق بگیرد. هر چند بیمار یا اعضای درجه ی یک خانواده اش که در یک خانواده زندگی می کنند باید بیمارستان را نسبت به واجد شرایط بودن برای دریافت مراقبت های پزشکی با هزینه پایین آگاه کند.

### شرایط کلی برای درخواست کمک مشکلات پزشکی مالی:

1. درآمد بیمار کمتر از 500 درصد سطح فقر فدرال باشد.
2. بیمار همه ی پوشش بیمه را استفاده کرده باشد.
3. موجودی حساب بیماران که تصمیم می گیرند به عنوان پرداخت داوطلبانه ثبت نام کنند، برای دریافت کمک مشکلات پزشکی مالی، نباید به عنوان بدهی پزشکی تلقی شوند.
4. بیمار دارایی های جاری را که بیش از 100000 دلار هستند و برای پرداخت صورت حساب های JHHS کافی است را نداشته باشد.
5. بیمار برای هیچ یک از موارد ذیل واجد شرایط نباشد.
  - کمک پزشکی
  - انواع دیگر کمک که از طریق وابستگی JHM در دسترس باشند.
6. بیمار ممکن است واجد دریافت برنامه کمک مالی JHM نباشد و یا اینکه واجد شرایط باشد اما ممکن است برنامه ی مشکلات پزشکی مالی برای او بهتر باشد.
7. وابسته این حق را داراست تا از بیمار بخواهد مستندات به روز شده ی معین را ارسال کند.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 12	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

8. بیشترین بازه زمانی ممکن برای پرداخت مقداری که بوسیله کمک مالی پوشش داده نشده است سه سال است.

9. اگر یک بیمار که به لحاظ قوانین فدرال واجد شرایط است، درمانی را نیاز داشت که مورد موافقت خدمات درمانی نیست ولی ممکن است واجد شرایط پوشش برنامه ی کمکی مشکلات پزشکی مالی شود، می بایست فرم درخواست کمک مشکلات پزشکی مالی JHHS را ارسال کند اما نباید مستندات مازاد را تحویل دهد.

#### عواملی که باید لحاظ شوند

عوامل زیر در ارزیابی درخواست کمک مشکلات پزشکی مالی لحاظ خواهند شد:


- بدهی پزشکی که در دوازده ماه قبل از تاریخ درخواست کمک مشکلات مالی در نهاد درمانی JHHS جایی که درخواست انجام شده است وجود آمد.
- دارایی های جاری (به جز منزل مسکونی تا 10000 دلار)
- درآمد خانواده به مدت 12 ماه قبل از تاریخ درخواست کمک مشکلات مالی
- مستندات معین

#### استثنائات

معاون رئیس جمهور، CFO سرمایه گذاری ممکن است استثنائاتی را مطابق با شرایط شخصی اعمال کند.

#### روش و فرآیند ارزیابی

1. مشاور مالی درخواست کمک مشکلات پزشکی مالی و مستندسازی وثیقه ای که توسط بیمار/طرف مسئول تحویل شده است را بررسی می کند.
2. سپس مشاور مالی برگه کمک مشکلات پزشکی مالی (که در انتهای درخواست یافته می شود) را کامل می کند تا واجد شرایط بودن برای ملاحظات خاص این برنامه مشخص شود. اعلامیه و فرآیند موافقت، روندهای یکسانی را که در بخش کمک مالی این خط مشی توصیف شده است به کار خواهند برد.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 13	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	


جدول مشکلات پزشکی مالی

حد بالای درآمد خانوادگی برای میزان مقرری

جدول تعیین مقرری کمک مالی

موثر از تاریخ 2/1/15			
سطح درآمد			تعداد افراد خانواده
500% FPL	400% FPL	300% FPL	تعداد افراد خانواده
58,850 \$	47,080 \$	35,310 \$	1
79,650 \$	63,720 \$	47,790 \$	2
100,450 \$	80,360 \$	60,270 \$	3
121,250 \$	97,000 \$	72,750 \$	4
142,050 \$	113,640 \$	85,230 \$	5
162,850 \$	130,280 \$	97,710 \$	6
183,650 \$	146,920 \$	110,190 \$	7
204,450 \$	163,560 \$	122,670 \$	8*
20%	35%	50%	مقرری قبل پرداخت

برای خانوارهای با بیش از 8 عضو، 12480 دلار برای هر فرد اضافی در 300 درصد 16640 ، FPL دلار در 400 درصد FPL و 20800 در 500 درصد FPL اضافه کنید.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هاپکینز خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 14	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

ضمیمه C (فقط HCGH)  
کمک مالی برای بیماران چیس برکستون

هدف

خدمات سلامت چیس برکستون یک سازمان غیر دولتی، و جامعه محور است که خدمات پزشکی و روانشناختی و اجتماعی را بدون تبعیض در شهر بالتیمور، بالتیمور کانتی و هاوارد کانتی ارائه می دهد. چیس برکستون به همه ی افراد، صرف نظر از توانایی آن ها برای پرداخت، خدمات ارائه می کند. چیس برکستون از کسانی که تحت پوشش بیمه نیستند یا پوشش بیمه ناقصی دارند و نیز آن هایی که خدمات درمانی دریافت می کنند و آن هایی که بیمه ی تجاری دارند مراقبت می کند. چیس برکستون مدیرانی دارد که با بیماران کار می کنند تا واجد شرایط بودن آنها برای مراقبت رایگان و برنامه های مناسب برای افراد با منابع محدود را تعیین کنند.

این روند برای مرکز ثبت، تایید و برنامه ریزی بیمارستان عمومی هاوارد کانتی برای خدمات مالی بیماران است. این روند، درمان بیمارانی را تعیین می کند که واجد دریافت خدمات سلامت چیس برکستون شده اند. این خط مشی HCGH است تا بیمارانی را که قبلاً برای کمک مالی توسط چیس برکستون غربال شده اند را بپذیرد. نیازی نیست که بیماران درخواست کمک کنند اما نیاز دارند تا HCGH را نسبت به شرکت خود در برنامه آگاه کنند.


موارد بستری و غیر بستری

همه ی بیماران بستری شده چیس برکستون توسط مشاور مالی بیمارستان بخش هاوارد برای کمک مالی ممکن غربال شده اند. قرار ملاقات هایی با کمک پزشکی بیمارستان عمومی هاوارد کانتی برای فرآیند درخواست گذاشته شده است. در صورتی که کمک پزشکی دریافت شود، دعوی برای پرداخت به مرکز کمک پزشکی ارسال می شود. در صورتی که بیمار واجد شرایط دریافت کمک پزشکی نباشد، برنامه ی بیمه ای FAR100, FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70, FARN80 اجرا شده و پس از صدور صورت حساب نهایی درخواست به طور خودکار برای کمک مالی/فوق العاده مراقبت خیریه ارسال می شود. کد بیمه مبتنی بر میزان مراقبت خیریه ای است که بیمار واجد دریافت آن است.

بیمه به صورت ذیل فهرست شده است:	مراقبت خیریه	پرداخت بیمار:
FAR.PENDIN	تایید معلق	
FARB20	20 درصد هزینه ها	80 درصد هزینه ها
FARN40	40 درصد هزینه ها	60 درصد هزینه ها
FARN50	50 درصد هزینه ها	50 درصد هزینه ها
FARN70	70 درصد هزینه ها	30 درصد هزینه ها
FARN80	80 درصد هزینه ها	20 درصد هزینه ها
FAR100	100 درصد هزینه ها	0 درصد هزینه ها

روند

- وقتی که بیمار برای دریافت خدمات به HCGH مراجعه می کند و بیان می کند که با مرکز سلامت چیس برکستون در ارتباط است، اگر بیمار برای مدت 6 ماه خدمات دریافت نکرده باشد، مسئول ثبت نام کد بیمه FAR.PENDIN را وارد Meditech می کند. اگر بیمار شش ماه از تاریخ ارائه خدمات در سیستم باشد و بیمار به عنوان بیمار چیس برکستون تشخیص داده شود که سطح مشخصی از مراقبت های خیریه را شامل می شود، مامور ثبت می تواند کدهای (FARB20, FARN40 و غیره) را وارد کند.
- مشاور مالی گزارش روزانه درباره بیمارانی که با کد FAR ثبت شده اند را دریافت می کند.
- مشاور مالی ارشد همه ی بیماران در گزارش را بررسی می کند تا آنهایی را که با چیس برکستون ارتباط مستمری دارند را تایید کند و اینکه دریافت تا چه اندازه شایسته دریافت مراقبت خیریه هستند.
- مشاور مالی ارشد مسئول به روز کردن کد بیمه برای منعکس کردن میزان مناسب مراقبت های خیریه و تسویه حساب بیمار است.
- مشاور مالی ارشد مسئول وارد کردن فرم و تاریخ در Meditech است که بیمار را واجد شرایط دریافت مراقبت های خیریه می کند.
- مشاور مالی ارشد مسئول تعیین خطاهای ثبت نام و ارسال آن ها برای مدیر پذیرش برای اقدامات اصلاحی است. این حساب ها به خود پرداخت تغییر یافته و یا در جاهای مناسب به دیگر بیمه ها تغییر پیدا می کند.

FIN034H	شماره خط مشی	سیستم سلامت جان هایکینز خط مشی و رویه	 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM
04-01-16	تاریخ موثر		
20 از 15	صفحه	موضوع	
10-23-13	جایگزین ها	کمک مالی	

#### ضمیمه D (فقط بیمارستان های حومه)

کمک های مالی برای مونتگمری کانتی (MONTGOMERY COUNTY) و برنامه های محلی برای بیماران کم درآمد

#### هدف

بیمارستان های حومه شهر با برنامه های محلی، و برنامه های MD مونتگمری کانتی که خدمات مراقبت سلامت اولیه و یا ارتباط با متخصصان محلی و مراقبت های بیمارستانی را فراهم می کند، در ارتباط هستند. براساس توافقات انجام شده با این برنامه های مشترک، بیمارستان های حومه شهر دستیابی به مراقبت های بستری و غیر بستری را برای بیمارانی که توانایی و دسترسی به مراقبت های لازم پزشکی را دارا نیستند فراهم می کند.

#### خط مشی

بیمارستان حومه شهر باید ارجاعات خیریه برای مراقبت های پزشکی لازم از طرف موسسات زیر را بپذیرد: موسسات خیریه کاتولیک، شرکت موبایل مد (Mobile Med)، موسسه مبارزه با سرطان مونتگمری کانتی، ائتلاف مراقبت های اولیه، دسترسی پروژه، و پروژه سلامت. مراقبت برای بیماران براساس واجد شرایط بودن برای هر یک از برنامه های محلی فوق الذکر فراهم می شود. بیماران بایستی یک ارجاع از برنامه های مراقبتی داشته باشند تا به عنوان مدرک ثبت نام در یکی از برنامه های بالا برای تایید کرایت احتمالی کاملاً رایگان ارائه دهند. بیمارستان حومه باید چنین ارجاعاتی را بر اساس ثبت نام بیماران در برنامه ها و بر حسب میزان درآمد آن ها برای واجد شرایط بودن، پذیرش کند؛ میزان درآمد برای واجد شرایط بودن برای این برنامه ها باید کمتر یا برابر با حداکثر 250% از میزان دستورالعمل های فقر فدرال باشد.

#### روند

1. وقتی بیماری برای خدمات به SH مراجعه می کند، بیمار می بایست از یکی از برنامه های فوق فرم ارجاعی مبنی بر شاهدهی بر ثبت نام ارائه کند.
2. زمانی که فرم ارجاع دریافت شد، مسئول زمان بندی و ثبت نام، برنامه بیمه طراحی شده برای برنامه ارجاع مشترک را اعمال خواهد کرد.
3. اگر هیچ فرم ارجاعی از طرف بیمار دریافت نشود، حساب به صورت خود پرداخت ثبت خواهد شد. بیمار 30 روز فرصت دارد تا گواهی مبنی بر ثبت نام در یکی از برنامه های مشترک را ایجاد کند. یک دوره 30 روزه اضافی بنا به درخواست بیمار تمدید خواهد شد.
4. یک مشاور مالی یا مسئول ثبت نام، واجد شرایط بودن واقعی یا سیستم EVS مریلند را بررسی خواهد کرد تا ثبت نام در خدمات درمانی مریلند را تایید کند. در صورت ثبت نام، خدمات درمانی در اولویت خواهد بود و موافقت با مراقبت احتمالی در نظر گرفته خواهد شد.
5. هر یک از حساب های بیمارستان به همراه برنامه بیمه طراحی شده برای یکی از برنامه های مشترک مشمول بررسی نهایی برای ارجاع به برنامه قبل از ارائه درخواست خیریه می شود. تایید احتمالی برای مراقبت کاملاً رایگان فقط به یک نوع مراقبت (حساب) اطلاق می شود.

## درخواست کمک مالی یکنواخت ایالت مرینند

اطلاعاتی درباره شما

نام _____			
اول	میانی	خانوادگی	
مطلقه	متاهل	مجرد	وضعیت تاهل:
	خیر	بله	شماره تامین اجتماعی
			شهر و ایالت متحده: بله خیر
	تلفن		آدرس منزل
_____			
	کشور	کد پستی	شهر ایالت
	تلفن		نام کارفرما
			آدرس محل کار
		کد پستی	شهر ایالات

اعضای خانواده:

نسبت	سن	نام
_____	_____	_____
نسبت	سن	نام
_____	_____	_____
نسبت	سن	نام
_____	_____	_____
نسبت	سن	نام
_____	_____	_____
نسبت	سن	نام
_____	_____	_____
نسبت	سن	نام
_____	_____	_____

آیا برای کمک پزشکی درخواست داده اید؟  
 در صورت مثبت بودن پاسخ، تاریخ درخواستتان کی بود؟  
 در صورت مثبت بودن پاسخ، نتیجه آن چه بود؟

بله خیر

آیا کمک دولتی یا محلی (از طرف کانتی (دریافت می کنید؟  
 بله خیر

./ درآمد خانواده

فهرست تمام درآمد های ماهانه خود را از تمام منابع ارائه کنید. ممکن است از شما خواسته شود که برای درآمد، دارایی یا هزینه هایتان مدرک بیاورید. اگر درآمدی ندارید، لطفاً نامه پشتیبانی از طرف فردی که غذا و مسکن شما را تهیه می کند ارائه کنید.

مقدار ماهانه	
_____	اشتغال
_____	مزایای بازنشستگی
_____	مزایای تامین اجتماعی
_____	مزایای کمک های عمومی
_____	مزایای ناتوانی
_____	مزایای بیکاری
_____	مزایای کهنه سربازان
_____	نفقه
_____	درآمد حاصل از اجاره
_____	مزایای اعتصاب
_____	سهمیه های نظامی
_____	کشاورزی یا خود اشتغالی
_____	منابع درآمد دیگر
_____ جمع	

./ دارایی های جاری

موجودی فعلی	
_____	حساب چکی
_____	حساب پس انداز
_____	سهام، اوراق قرضه، سی دی و یا بازار پول
_____	حساب های دیگر
_____ جمع	

./ دیگر دارایی ها

در صورتی که هر یک از موارد زیر را دارید، لطفاً فهرست و ارزش تقریبی آن را ارائه دهید.

ارزش تقریبی	میزان وام	خانه
_____	ساختن	ماشین
ارزش تقریبی	ساختن	وسيله نقلیه اضافه
_____	ساختن	وسيله نقلیه اضافه
ارزش تقریبی		اموال دیگر
_____		
_____ جمع		

IV مخارج ماهانه

مقدار	
_____	اجاره یا وام مسکن
_____	خدمات رفاهی
_____	مخارج ماشین (ها)
_____	کارت اعتباری
_____	بیمه ماشین
_____	بیمه سلامت
_____	دیگر مخارج پزشکی
_____	دیگر مخارج
_____ جمع	

آیا صورت حساب پزشکی پرداخت نشده دارید؟

بله      خیر

برای چه خدماتی؟

در صورتی که برنامه پرداخته ماهانه دارید، میزان پرداخت ماهانه چقدر است؟

در صورت ارائه درخواست مبنی بر تمدید کمک های مالی اضافه، بیمارستان ممکن است خواهان ارائه اطلاعات اضافه برای تعیین واجد شرایط بودن مکمل شود. با امضا کردن این فرم شما موافقت خود را مبنی بر درست بودن اطلاعات ارائه شده اعلام می کنید و موافقت می کنید که در صورت تغییر هر یک از این اطلاعات ظرف مدت ده روز بیمارستان را مطلع کنید.

تاریخ

امضای متقاضی

نسبت با بیمه



خدمات مالی بیمار  
پر سشنامه نمایه بیمار

نام بیمارستان: \_\_\_\_\_

نام بیمار: \_\_\_\_\_

آدرس بیمار: \_\_\_\_\_  
(کد پستی را وارد کنید)

سابقه پزشکی #: \_\_\_\_\_

1. سن بیمار چقدر است؟  
\_\_\_\_\_
2. آیا بیمار شهروند آمریکاست یا دارای اقامت دائم است؟  
بله یا خیر
3. آیا بیمار حامله است؟  
بله یا خیر
4. آیا بیمار فرزند زیر 21 سال دارد که در خانه زندگی می کند؟  
بله یا خیر
5. آیا بیمار نابینا است و یا به طور بالقوه ای به مدت 12 ماه قادر به انجام کار برای کسب درآمد بوده است؟  
بله یا خیر
6. آیا بیمار در حال دریافت مزایای SSI و SSDI است؟  
بله یا خیر
7. آیا بیمار (در صورت تاهل، همسر وی) دارای حساب های بانکی یا دارایی هایی هست که قابل تبدیل به پول نقد باشد و از مقادیر ذیل هم بیشتر نشود؟  
بله یا خیر  
تعداد اعضای خانواده:  
یک نفر: 2,500.00 دلار  
دو نفر: 3,000.00 دلار  
برای هر عضو اضافی مبلغ 100.00 دلار را اضافه کنید  
(مثال: برای یک خانواده چهار نفره اگر کل درآمد جاری شما کمتر از 3200.00 دلار باشد پاسخ شما مثبت خواهد بود.)
8. آیا بیمار ساکن ایالت مریلند است؟  
بله یا خیر  
اگر در ایالت مریلند زندگی نمی کند، در کدام ایالت زندگی می کند؟  
\_\_\_\_\_
9. آیا بیمار بی خانمان است؟  
بله یا خیر
10. آیا بیمه در WIC شرکت می کند؟  
بله یا خیر
11. آیا بیمار مهر غذا دریافت می کند؟  
بله یا خیر
12. آیا بیمار در حال حاضر:  
فقط کمک دارویی دریافت می کند؟  
تحت پوشش QMB یا SLMB است؟  
تحت پوشش PAC است؟  
بله یا خیر  
بله یا خیر  
بله یا خیر
13. آیا بیمار شاغل است؟  
در صورتی که شاغل نیست تاریخی که بیکار شده است.  
واجد شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت COBRA؟  
بله یا خیر

درخواست مشکلات پزشکی مالی

نام بیمارستان: \_\_\_\_\_

نام بیمار: \_\_\_\_\_

آدرس بیمار: \_\_\_\_\_  
(کد پستی را وارد کنید)

سابقه پزشکی#: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

درآمد خانواده برای 12 ماه قبل از تاریخ این درخواست: \_\_\_\_\_

بدهی پزشکی که در بیمارستان جان هاپکینز (شامل بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا کسورات نمی شود) 12 ماه قبل از این درخواست بوجود آمده است:

تاریخ خدمت	مقدار بدهی
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

همه ی مستندات تحویل شده بخشی از این درخواست می شوند.

تا جایی که من می دانم، اطلاع دارم و باور می کنم، همه ی اطلاعات وارد شده در این درخواست درست و دقیق هستند:

تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای متقاضی \_\_\_\_\_

رابطه با بیمار \_\_\_\_\_

برای استفاده داخلی: مرور شده بوسیله: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

درآمد: \_\_\_\_\_ 25 درصد درآمد=

بدهی پزشکی: \_\_\_\_\_ درصد مقرری \_\_\_\_\_

کاهش: \_\_\_\_\_

موجودی: \_\_\_\_\_

طول برنامه پرداخت: \_\_\_\_\_ ماه

مقدار پرداخت ماهانه: \_\_\_\_\_