

موجز المساعدة المالية

التالية:

برنامج ضمان الرعاية الصحية بمستشفيات ولاية أوهايو (HCAP). باعتبارك مشاركاً في برنامج ضمان الرعاية الصحية بمستشفيات أوهايو، نقدم الخدمات الطبية اللازمة في مستشفياتنا مجاناً إن كنت تقيم في ولاية أوهايو أو (1) أحد المستفيدين المؤهلين الحاليين لبرامج المساعدة العامة أو معونة الإعاقة، أو (2) إن كان دخلك يساوي أو أقل من 100٪ من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل (FPG).

الظروف الاستثنائية. إن كنت تواجه صعوبات شخصية أو مالية شديدة، يمكنك الاتصال بنا للنظر في الحصول على مساعدة مالية.

فيما يلي موجز عن المساعدة المالية المتوفرة في مستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف نورث سنترال أوهايو د.م.م، d/a/b، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند إيست ("كليفلاند إيست")، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند ويست ("كليفلاند ويست")، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال كليفلاند د.م.م، d/b/a، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال فير هيل ("كليفلاند فير هيل")، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال كليفلاند جيتاواي ("كليفلاند جيتاواي") (المشار إليها بصورة جماعية بلفظ "المستشفى")

المساعدة المالية المقدمة. إن لم تكن تتمتع بتغطية تأمينية، فإننا نقدم لك المساعدة المالية للحصول على الرعاية الطبية اللازمة والتي تتمثل في خصم من رسومنا العادية إن كان دخل عائلتك لا يتجاوز أربعة أضعاف الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل وكنت أحد المقيمين في أوهايو. سيتم فحص جميع طلبات المتقدمين للحصول على تغطية برنامج الرعاية الصحية (Medicaid) ويجب أن تتعاون مع ممثلي (Medicaid) لكي يُنظر في طلبك للحصول على المساعدة المالية. إن كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستحصل على مساعدة مجانية أو مخفضة وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إن كان الدخل السنوي لأسرتك يصل إلى 250٪ من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل، ستحصل على رعاية مجانية،
- إن كان الدخل السنوي لأسرتك يتراوح بين 251٪ و 400٪ من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل، ستحصل على رعاية مخفضة عن المبلغ المدفوع بصفة عامة من المرضى المؤمن عليهم مقابل الحصول على هذه الخدمات.

حتى إن كنت تخضع لبرنامج تأميني، طالما أنك تستوفي معايير الدخل لدينا، سيحق لك الحصول على مساعدة مالية في حالة (1) عدم تغطية برنامجك التأميني للخدمات الطبية اللازمة التي تسعى للحصول عليها، أو (2) استنفادك للحد الأقصى لمزايا التأمين مدى الحياة.

الطرق الإضافية للتأهل من أجل الحصول على المساعدة المالية. إذا لم تستوف معايير الدخل المذكورة أعلاه، بغض النظر عن وضعك التأميني، أه حالة إقامتك، سننظر في حالة

• الظروف الطبية الخاصة. إن كنت تبحث عن علاج لا يمكن تقديمه إلا بواسطة الطاقم الطبي للمستشفى أو ستستفيد من الخدمات الطبية المستمرة من المستشفى للاستفادة من استمرارية الرعاية، سيُنظر في حالتك على حدة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد.

الرسوم لن تتجاوز المبالغ المدفوعة بصفة عامة. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن تُحاسب على الرعاية الطبية اللازمة بمبلغ يزيد عن المبلغ الذي يدفعه عادة المرضى الذين لديهم تغطية ميديكير (Medicare) الطبية.

كيف تحصل على نُسخ من سياساتنا وطلب التقديم. يمكنك الحصول على نسخة من سياستنا واستمارة طلب المساعدة المالية: (1) من على المواقع الإلكترونية التالية للمستشفى
<http://clevelandeast.regencyhospital.com>
<http://clevelandwest.regencyhospital.com>
<http://clevelandfairhill.selectspecialtyhospitals.com>

<http://clevelandgateway.selectspecialtyhospitals.com>
om: و(2) من منطقة القبول لدينا. إن اتصلت بمكتب الأعمال المركزي على الرقم 888.868.1103، فسوف نرسل لك نسخة من سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا وملخص بلغة بسيطة واستمارة الطلب مجانًا.

كيفية تقديم الطلب والحصول على مساعدة. يمكنك التقدم بطلب في أي مرحلة من مراحل عملية القبول أو إعداد الفواتير عبر إكمال الطلب وتقديمه، وتقديم معلومات عن الدخل. يتم إرسال أي طلب للمساعدة المالية سواء استكمل بصورة شخصية أو عبر الإنترنت أو تم تسليمه أو أرسل عبر البريد

إلى فريق مكتب الأعمال المركزي لتقييمه ومعالجته. إن كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية استثنائية أو خاصة، يمكن لأحد ممثلينا أن يقدم لك طلبًا. إن كنت تحتاج إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، يرجى الاتصال بقسم القبول لدينا والذي يقع في منشأتنا أو الاتصال على مكتب الأعمال المركزي على الرقم 888.868.1103.

Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic and Spanish.

Las copias de nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en español.

تتوفر نُسخًا من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص باللغة الإنجليزية والعربية والإسبانية.

أرسل طلبك بعد استكمالها إلى العنوان التالي: مكتب الأعمال المركزي سيلكت سبشلتلي هوسبيتال

نُسخة 15/12

ص. ب. 642369، بيتسبرغ، بنسلفانيا 15264

سياسة المساعدة المالية

المجموعة المستهدفة:	تاريخ الإصدار الأصلي:	الإصدار:
اعتماد:	تاريخ آخر اعتماد/مراجعة:	إعداد:
		تاريخ السريان:

النسخ المطبوعة بغرض الرجوع إليها فقط. ويرجى الرجوع إلى النسخة الإلكترونية للحصول على أحدث إصدار.

المراجع/المتطلب التنظيمي:

تتوافق هذه السياسة مع قانون الإيرادات الداخلية القسم 501 (ع) وأنظمة الخزانة ذات الصلة.

الرقابة والمسؤولية:

يتولى مدير الشؤون المالية لمستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف نورث سنترال أوهايو ذ.م.م، d/a/b، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند إيست (كليفلاند إيست)، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند ويست (كليفلاند ويست)، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال كليفلاند ذ.م.م، d/b/a، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال فير هيل (كليفلاند فير هيل)، ومستشفى سيلكت سبيشلتى هوسبيتال كليفلاند جيتاواي (كليفلاند جيتاواي) (المشار إليها بصورة جماعية بلفظ "المستشفى") مسؤولية مراجعة هذه السياسة وتعديلها وتحديثها وتفعيلها للحفاظ على الامتثال إلى المتطلبات التنظيمية وغيرها من المتطلبات، شريطة أن تتطلب جميع المراجعات والتعديلات موافقة مجلس إدارة مستشفى سيلكت كليفلاند هوسبيتالز ذ.م.م.

سياسة المساعدة المالية

تنص سياسة المستشفى على تقديم الرعاية الطبية اللازمة دون النظر إلى العرق أو العقيدة أو القدرة على سداد نفقات الرعاية. ويمكن للمرضى الذين لا تتوفر لديهم الوسائل اللازمة لدفع تكاليف الخدمات المقدمة في المستشفى طلب الحصول على المساعدة المالية، والتي تُمنح وفقاً للشروط والأحكام المنصوص عليها أدناه. وتستهدف معايير الأهلية للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة إلى ضمان توفر الموارد المالية لدى المستشفى لتقديم خدمات الرعاية للمرضى الذين في أمس الحاجة إلى الحصول على الدعم المالي.

1 الخلفية

أ تتخصص المستشفى في الرعاية الطبية طويلة الأمد للحالات الحرجة والتي يجري تشغيلها وإدارتها على نحو يتسق بصورة عامة مع متطلبات مؤسسة كليفلاند كلينك بموجب القسم 501(ج)(3) من قانون الإيرادات الداخلية والمؤسسات الخيرية بموجب قانون الولاية.

ب تلتزم المستشفى بتقديم الرعاية الطبية اللازمة. وتُقدم "الرعاية الطبية اللازمة" إلى المرضى دون النظر إلى العرق أو العقيدة أو القدرة على سداد نفقات الرعاية.

ج تهدف سياسة المساعدة المالية إلى أن يكون المستفيدون الرئيسيون منها هم المرضى غير المؤمن عليهم ممن لا يتجاوز الدخل السنوي لأسرهم 100% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل (FPG) التي تنشرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة من وقت لآخر والسارية في تاريخ تقديم منح المساعدات المالية بموجب هذه السياسة. وقد تُتاح المساعدة المالية على أساس الدخل للمرضى غير المؤمن عليهم وبعض المرضى الآخرين ممن يصل الدخل السنوي لأسرهم إلى 400% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل. كما قد يكون المرضى الذين يمرون بصعوبات مالية أو شخصية أو ظروف طبية خاصة مؤهلين للحصول على المساعدة المالية. ولن يتم تحميل أي مريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة بأي حال من الأحوال نفقات تزيد عن المبالغ المدفوعة بصفة عامة مقابل هذه الرعاية.

2 التعريفات

"الدخل السنوي للأسرة" يشمل الأجور والرواتب ودخل العمل غير المأجور بما في ذلك النفقة وإعالة الأطفال، والتأمين الاجتماعي، وبدل البطالة، واستحقاقات تعويض العمال، والمعاشات، وإيرادات الفوائد والدخل من الإجراءات للأسرة.

"الطلب" يُقصد به عملية التقدم للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة، بما في ذلك إما (أ) عن طريق استكمال طلب الحصول على المساعدة المالية للمستشفى بصورة شخصية أو عبر الإنترنت أو عبر الهاتف مع أحد الممثلين، أو (ب) عن طريق إرسال نسخة ورقية مكتملة من طلب الحصول على المساعدة المالية للمستشفى بالبريد أو تسليمه للمستشفى.

"الأسرة" يُقصد بها المريض وزوج/زوجة المريض (بغض النظر عن المكان الذي يعيش فيه الزوج/الزوجة) وجميع أطفال المريض الطبيعيين أو بالتبني الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا ويعيشون مع المريض. وإن كان عمر المريض يقل عن ثمانية عشر عامًا، يشمل مصطلح الأسرة المريض، والوالدين الطبيعيين أو بالتبني للمريض (بغض النظر عن المكان الذي يعيش فيه الوالد (الوالدين)، وجميع الأطفال الطبيعيين أو بالتبني للوالدين الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا ويعيشون في المنزل.

"FPG" يُقصد بها المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل التي تنشرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة من وقت لآخر والسارية في تاريخ تقديم الخدمة .

"HCAP" هو برنامج ضمان الرعاية الصحية بمستشفيات ولاية أوهايو. ويعتبر برنامج ضمان الرعاية بمثابة إصدار ولاية أوهايو من برنامج الدفعات التكميلية للمستشفيات ذات الحصص غير المتكافئة المطلوب فيدراليًا. ويقدم برنامج ضمان الرعاية التمويل للمستشفيات التي تُقدم حصص غير متكافئة من الخدمات الطبية الأساسية اللازمة على مستوى المستشفيات للمرضى المؤهلين.

"المرضى المؤمن عليهم" هم الأفراد الذين يمتلكون أي تأمين صحي حكومي أو خاص.

"الرعاية الطبية اللازمة" يُقصد بها تلك الخدمات المعقولة والضرورية للتشخيص وتقديم الإجراء الوقائي أو الملطف أو العلاجي أو الترميمي للحالات المرضية الجسدية أو النفسية وفقًا للمعايير المعترف بها مهنيًا للرعاية الصحية المقبولة بصورة عامة في وقت تقديم الخدمات. ولا تتضمن الرعاية الطبية اللازمة الأدوية الواردة في الوصفات الطبية لمرضى العيادات الخارجية.

"السياسة" يُقصد بها سياسة المساعدة المالية على النحو الساري في الوقت الحالي.

"المقيم" يُقصد به أي شخص يقيم بصورة قانونية في الولايات المتحدة الأمريكية وكان يقيم بصفة قانونية في الولاية التي يتم المطالبة بالخدمات الطبية فيها لمدة لا تقل عن ستة (6) أشهر في وقت تقديم الخدمات أو خلاف ذلك من لديه النية للبقاء في الولاية التي يتم المطالبة بالخدمات الطبية فيها لمدة لا تقل عن ستة (6) أشهر بعد تقديم الخدمات.

"المرضى غير المؤمن عليهم" هم الأفراد: (1) الذين لا يمتلكون تأمينًا صحيًا حكوميًا أو خاصًا، (2) الذي لا تغطي استحقاقات التأمين الخاصة بهم الرعاية الطبية اللازمة التي يسعى المريض للحصول عليها.

3 العلاقة بالسياسات الأخرى

1 سياسة برنامج ضمان الرعاية. تشارك المستشفى في برنامج ضمان الرعاية. وتخضع جميع خدمات برنامج ضمان الرعاية لسياسة برنامج ضمان الرعاية التابع للمستشفى ولا تنص السياسة على أي شيء يُقصد منه أو ينبغي أن يُفسر على أنه يقيد المساعدة المقدمة للأفراد المستحقين وفقًا لبرنامج ضمان الرعاية. يغطي برنامج ضمان الرعاية

2 السياسة المتعلقة بالرعاية الطبية الطارئة لا تُقدم الرعاية الطارئة في المستشفى.

3 تغطية الأدوية الواردة في الوصفات الطبية. قد يكون المرضى الذين يحتاجون إلى المساعدة في تكلفة الأدوية الواردة في وصفاتهم الطبية مؤهلين للاستفادة من أحد برامج مساعدات المرضى التي تقدمها شركات الأدوية. ويرجى الاتصال بقسم إدارة الحالات المعني في المستشفى للحصول على مزيد من المعلومات.

4 معايير الأهلية للحصول على المساعدة المالية

يستحق المرضى الذين يستوفون المؤهلات الواردة أدناه الحصول على المساعدة المنصوص عليها في القسم السابع بموجب هذه السياسة.

يستحق المرضى الذين يسعون للحصول على الرعاية في المستشفى الحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة في إطار إحدى الفئات الثلاث التالية للأهلية المالية:

1 □□□□□ □□□□ □□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□

1 المرضى غير المؤمن عليهم والذين لا يتجاوز الدخل السنوي لأسرهم 400% من الدخل المحدد وفقًا للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل،

2 المرضى الذين يسعون للحصول على الرعاية الطبية اللازمة لخدمات المستشفى المقدمة للمرضى الداخليين، و

3 المرضى الذين يقيمون في ولاية أوهايو.

2 □□□ □□□□□□ □□□ □□ □□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□

□□□□□□□□. يمكن لأي مريض غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة إلا إنه غير قادر على دفع تكلفة الرعاية الطبية اللازمة السعي للحصول على المساعدة في الحالات التالية:

1 الظروف الاستثنائية- المرضى الذين أفادوا أنهم يمرون بضائقة شخصية أو مالية شديدة (بما في ذلك المرض العضال أو الحالات الطبية المستعصية الأخرى).

2 الحالات الطبية الخاصة- المرضى الذين يسعون إلى الحصول على العلاج الذي لا يمكن تقديمه إلا من جانب الطاقم الطبي للمستشفى أو الذين سيستفيدون من الخدمات الطبية المستمرة من المستشفى من أجل استمرارية الرعاية.

3 الفحص المؤهل لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid). قد يتم التواصل مع المرضى غير المؤمن عليهم الذين يسعون للحصول على الرعاية في المستشفى من جانب أحد الممثلين لتحديد ما إذا كان مؤهلاً لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid) أم لا. ويجب على المرضى غير المؤمن عليهم التعاون مع عملية التأهل لبرنامج الرعاية الصحية (Medicaid) للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة.

1 المساعدة المالية على أساس الدخل.

2 في حالة وجود أي تناقض بين مصدرين من مصادر المعلومات، قد يطلب ممثل المستشفى تقديم معلومات إضافية لدعم الدخل السنوي للأسرة.

4 □□□□□□□□□□□□□□□□. ستقوم المستشفى ببدء طلب لأي مريض مُحدد في المستشفى على أنه قد تكبد أو معرض لخطر تكبد رصيد مرتفع أو أفاد مروره بضائقة شخصية أو مالية شديدة. وتتولى المستشفى جمع معلومات بشأن الظروف المالية والصعوبات الشخصية من المريض. وتُتخذ القرارات من جانب مدير المكتب المركزي لإعداد الفواتير وتحصيل الرسوم بالمستشفى تحت إشراف نائب المدير وعمليات إعداد الفواتير. وسيتم إخطار المريض بالقرار النهائي.

5) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □. تقوم المستشفى ببدء طلب لأي مريض مُحدد خلال عملية تحديد المواعيد أو القبول على أنه يعاني من ظروف طبية خاصة محتملة ويطلب ممثل المستشفى توصية من طبيب المستشفى الذي يقدم أو سيقدم العلاج أو الرعاية فيما يتعلق بما إذا كان المريض بحاجة إلى علاج لا يمكن توفيره إلا من جانب الطاقم الطبي للمستشفى أو سيسبق من الخدمات الطبية المستمرة من المستشفى من أجل استمرارية الرعاية. وتتخذ القرارات بشأن الظروف الطبية الخاصة من جانب الطبيب المعالج و/أو المدير الطبي للمستشفى. ويتم إخطار المريض خطياً إن لم يكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية نتيجة الظروف الطبية الخاصة.

6 الطلبات غير المكتملة أو الناقصة. سيتم إخطار المرضى بالمعلومات غير الواردة في الطلب ومنحهم فرصة معقولة لتقديمها.

1 مقابلة لتحديد الوضع المالي. سيحاول أحد ممثلي المستشفى التواصل هاتفياً بجميع المرضى غير المؤمن عليهم المتقدمين للحصول على المساعدة المالية في الوقت المحدد في الجدول الزمني. وسيطلب الممثل معلومات، تتضمن معلومات عن حجم الأسرة ومصادر دخل الأسرة وأي ظروف مالية أو مخففة أخرى تدعم أهلية الحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة وسيكمل الطلب وفقاً لذلك. وفي وقت الموعد أو عند القبول، سيطلب من المرضى زيارة ممثل المستشفى والتوقيع على الطلب.

2 الطلبات. سيُرسل أي طلب، سواء أُنشئ بصورة شخصية أو عبر الإنترنت أو تم تسليمه أو إرساله بالبريد، إلى ممثل المستشفى لتقييمه ومعالجته.

3 تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية. سيقوم ممثل المستشفى ويعالج جميع طلبات الحصول على المساعدة المالية. وسيتم إخطار المريض عن طريق رسالة بقرار تحديد الأهلية. وسيحصل المرضى الذين سيحق لهم الحصول على مساعدة مالية أقل من 100% على تقدير المبلغ المستحق من ممثل المستشفى، وسوف يطلب منهم إعداد ترتيبات الدفع.

7 أساس احتساب المبالغ المطلوبة من المرضى ونطاق المساعدة المالية ومدتها

سيحصل المرضى المؤهلون للحصول على منح المساعدة المالية على أساس الدخل بموجب السياسة على المساعدة وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إن كان دخل أسرتك السنوي يصل إلى 250% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الدخل، ستحصل على رعاية مجانية.
- إن كان دخل أسرتك السنوي بين 251% و400% من الدخل المحدد وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف فقر الدخل، ستحصل على رعاية مخفضة من الرسوم الإجمالية "بالمبلغ المدفوع بصفة عامة" إلى المرضى المؤمن عليهم مقابل الحصول على هذه الخدمات.

على النحو المستخدَم هنا، فإن "المبلغ المدفوع بصفة عامة" يُقصد به المعنى المنصوص عليه في القسم 501 (ع) (5) وأي لوائح أو إرشادات أخرى صادرة عن وزارة الخزانة الأمريكية أو دائرة الإيرادات الداخلية تُحدد هذا المصطلح. انظر الملحق أ للحصول على شرح تفصيلي حول كيفية احتساب "المبلغ المدفوع بصفة عامة".

وبمجرد أن تُقرر المستشفى أن المريض يحق له الحصول على المساعدة المالية على أساس الدخل، يسري هذا القرار لمدة تسعين (90) يوماً من تاريخ مراجعة الأهلية. بعد تسعين (90) يوماً، يمكن للمريض استكمال طلب جديد للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة للمرضى الذين تمت الموافقة على حصولهم على المساعدة في ظل ظروف طبية استثنائية أو خاصة، سيتم تغطية المريض بموجب هذه السياسة بنسبة 100٪ من الرسوم غير المدفوعة ورسوم كل الرعاية الطبية اللازمة المقدمة خلال الفترة اللازمة لاستكمال العلاج أو الرعاية التي قد يحددها طبيب المستشفى المعالج. ويمكن لأي مريض ممن يطرأ على وضعه المالي أي تغيير أن يطلب إعادة تقييمه في أي وقت.

8 تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية قبل اتخاذ إجراء عدم الدفع

1 إعداد الفواتير والجهود المعقولة لتحديد مدى أهلية الحصول على المساعدة المالية. تسعى المستشفى لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة بموجب هذه السياسة وقت القبول أو الحصول على الخدمة أو قبل ذلك. إذا تم اتخاذ قرار بعدم أهلية المريض في الحصول على مساعدة مالية قبل الخروج من المستشفى أو الحصول على الخدمة، فإن المستشفى ستُحاسب المريض مقابل حصوله على الرعاية. إن كان المريض مؤمناً عليه، ستحتسب المستشفى الرسوم المتكبدة على شركة التأمين التابع لها المريض والواردة في السجل. وعندما تتخذ شركة التأمين التابع لها المريض قراراً، فإن أي مسؤولية متبقية على المريض ستُحتسب مباشرة عليه. إن كان المريض غير مؤمن عليه، ستُحاسب المستشفى المريض مباشرة على الرسوم المتكبدة. وسيحصل المرضى على سلسلة تصل إلى أربع بيانات فوترة على مدى فترة 120 يوماً تبدأ بعد خروج المريض من المستشفى وتُسلم هذه البيانات على العنوان المسجل للمريض. ولن يتلقى بيانات فوترة إلا المرضى الذين لديهم رصيد غير مدفوع. تتضمن بيانات الفوترة موجزاً بلغة واضحة لهذه السياسة وتعليمات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية. تشمل الجهود المعقولة لتحديد مدى الأهلية: إخطار المريض من جانب المستشفى بالسياسة عند القبول وإجراء اتصالات كتابية وشفوية مع المريض بشأن فاتورة حصوله على الرعاية بجانب محاولة إخطار الفرد عبر الهاتف عن السياسة وعملية تقديم الطلبات للحصول على المساعدة قبل 30 يوماً على الأقل من اتخاذ إجراء للبدء في رفع أي دعوى قضائية. بالإضافة إلى تقديم رد خطي على أي طلب يُقدم للحصول على مساعدة مالية بغرض المساعدة بموجب هذه السياسة في غضون 240 يوماً من تاريخ إرسال بيان الفوترة الأول فيما يتعلق بالرصيد غير المدفوع أو، إذا كان في وقت لاحق، يكون في التاريخ الذي تقوم فيه وكالة التحصيل التي تعمل نيابة عن المستشفى بإرجاع الرصيد غير المدفوع إلى المستشفى المعنية الخاضعة لإدارة مجموعة المستشفيات ذات الصلة.

2 إجراءات تحصيل الأرصدة غير المدفوعة. إن كان لا يزال على المريض رصيداً مستحقاً للمستشفى بعد إرسال، بحد أقصى، أربعة بيانات فوترة في غضون 120 يوماً، فسيتم إحالة رصيد المريض إلى إحدى وكالات التحصيل التي تمثل المستشفى والتي ستسعى لتحصيل الرصيد المستحق للمستشفى. ولا تخضع المستشفى أو وكالات التحصيل التابعة لها إلى إشراف مكاتب الائتمان ولا تسعى إلى حجز أموال المدين ولا إجراءات التحصيل المماثلة. لدى وكالات التحصيل التي تمثل المستشفى القدرة على متابعة التحصيل لمدة تصل إلى 18 شهراً بداية من يوم إرسال الرصيد إلى وكالة التحصيل. قد يُقدم المريض بطلب للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة حتى بعد إحالة رصيد المريض غير المدفوع إلى وكالة التحصيل. بعد مرور 120 يوماً على الأقل من إرسال بيان الفوترة الأول بعد الخروج من المستشفى والذي يوضح الرسوم التي لم تُدفع بعد، وعلى أساس كل حالة على حدة، يمكن أن تتابع المستشفى تحصيلها من خلال رفع دعوى قضائية عندما يكون على المريض رصيد غير مدفوع ولا يرغب في التعاون مع طلبات الحصول على معلومات أو الدفع من المستشفى أو وكالة التحصيل التي تعمل نيابة عنها.

المؤمن عليه والذي يسعى إلى تحديد مواعيد خدمات جديدة ولم يُفترض كونه مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من قبل أحد الممثلين الذي سيخطر المريض بالسياسة وسيساعده على تقديم طلب للحصول على المساعدة المالية إن طلب ذلك.

3 المراجعة والموافقة. يتمتع ممثل المستشفى بسلطة مراجعة وتحديد ما إذا كانت قد بذلت جهوداً معقولة لتقييم مدى أهلية المريض للحصول على المساعدة بموجب السياسة بحيث يمكن أن تبدأ إجراءات التحصيل الاستثنائية للحصول على رصيد غير مدفوع.

9 لا تُغطي سياسة المساعدة المالية للمستشفى الأطباء

يتم تغطية بعض الخدمات من جانب أطباء كليفلاند كلينك وسياسة المساعدة المالية لنظام كليفلاند كلينيك الصحي.

يتم تحديد فئات الأطباء العاملين في المستشفى غير المشمولين بموجب هذه السياسة في الملحق ب، قائمة المتقدمين المرفقة، حسب الفئة. ويتم تحديث القائمة كل ثلاثة أشهر، وتتوفر أيضاً على الإنترنت على الموقع التالي:

<http://clevelandeast.regencyhospital.com>

<http://clevelandwest.regencyhospital.com>

<http://clevelandfairhill.selectspecialtyhospitals.com>

<http://clevelandgateway.selectspecialtyhospitals.com> , in our admissions areas, and upon request by asking an Hospital representative.

سياسة المساعدة المالية

الملحق أ

أساس احتساب المبالغ المطلوبة من المرضى

تستخدم مستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف نورث سنترال أوهايو ذ.م.م، التي تمارس نشاطها التجاري باسم مستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند إيست (كليفلاند إيست)، ومستشفى ريجنسي هوسبيتال أوف كليفلاند ويست (كليفلاند ويست)، ومستشفى سيلكت سبيشلتلي هوسبيتال- كليفلاند ذ.م.م، التي تمارس نشاطها التجاري باسم مستشفى سيلكت سبيشلتلي هوسبيتال فير هيل (كليفلاند فير هيل)، ومستشفى سيلكت سبيشلتلي هوسبيتال- كليفلاند جيتاواي (كليفلاند جيتاواي) (المشار إليها بصورة جماعية بلفظ "المستشفى") طريقة "الأثر الرجعي" لتحديد المبالغ المدفوعة بصفة عامة (AGB) للأشخاص الذين يتمتعون بالتأمين الذي يغطي خدمات الرعاية الطبية اللازمة الأخرى. وقد بلغت نسبة المبالغ المدفوعة بصفة عامة المطبقة في 17/1/7 في كليفلاند إيست وكليفلاند ويست 21.4% مما نتج عنه تطبيق خصم بنسبة 78.6% على إجمالي الرسوم. وقد بلغت نسبة المبالغ المدفوعة بصفة عامة المطبقة في 17/1/7 في كليفلاند فير هيل وكليفلاند جيتاواي 32.17% مما نتج عنه تطبيق خصم بنسبة 67.83% على إجمالي الرسوم.

كما تُدير مستشفى سيلكت سبيشلتلي هوسبيتال- كليفلاند ذ.م.م وحدة الحالات غير الحرجة داخل مستشفى كليفلاند فير هيل التي تستخدم أيضًا طريقة "الأثر الرجعي" لتحديد "المبالغ المدفوعة بصفة عامة" (AGB) للأشخاص الذين يتمتعون بالتأمين الذي يغطي خدمات الرعاية الطبية اللازمة الأخرى. وقد بلغت المبالغ المدفوعة بصفة عامة المطبقة في 17/1/7 نسبة 38.37% مما نتج عنه تطبيق خصم بنسبة 61.63% على إجمالي الرسوم.

وقد احتسبت المبالغ المدفوعة بصفة عامة باستخدام جميع المطالبات المسموح بها من جانب مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (التقليدية) والتي تتراوح تواريخ المغادرة فيها ما بين 1 يوليو 2016 إلى 30 يونيو 2017. وتمت قسمة إجمالي الدفعات المتوقعة من المطالبات المسموح بها على إجمالي الرسوم المدفوعة لهذه المطالبات.