

البوليصة والإجراءات

صفحة # 1 من 6	رقم البوليصة: CHS-RMC-03	العنوان: الدفع المتوقع إلى غير المؤمن عليهم وبوليصة المساعدة الصحية
تاريخ السريان: 5/1/2022	مستوى البوليصة: CHS	القسم المسؤول: المالية
MSMH: 5/1/2022	جرت الموافقة عليه من قبل: ليزا سيلانو، نائب الرئيس الأول، ليزا سيلانو نائب الرئيس الأول للشؤون المالية بارت رودريغز، نائب الرئيس الأول، المسؤول البيعة الأول، شركة CHS ليوناردو سيت كامارا 22/11/3 مجلس السياسات التشغيلية 15/14/12	أعدّه: كريج تشيس، نائب رئيس الخدمات المالية للمرضى والمقيمين
لا تهدف هذه الوثيقة، ولا يتعين تفسيرها على أنها تشكل عقدًا، بين CHS وأي من شركائها سواء من أجل العمل أو لتقديم أي منفعة. تحل هذه البوليصة محل أي سياسة سابقة لها لأي من منظمات CHS وأي أوصاف لهذه السياسات في أي كتيب لهذه المنظمة. قد يخضع الموظفون الذين لا يمثلون لهذه البوليصة لإجراءات تأديبية تصل إلى الفصل.		

الغرض: بناء على رسالتنا، تلتزم Catholic Health بتوفير خدمات الرعاية الصحية لجميع المرضى وفقًا لحاجتهم إلى المساعدة الطبية. ومع ذلك، فنذكر أيضًا الحاجة إلى تقديم المساعدة المالية لأولئك الذين يجدون صعوبة في إدارة النفقات المتكبدة عند تلقي الخدمات الطبية في مرافقنا. يتمثل الغرض من هذه البوليصة في تحديد برنامج المساعدة الصحية (HAP) ووضع المبادئ التوجيهية والمعايير اللازمة للأهلية.

ينطبق على: تقدم Catholic Health خصومات للمرضى غير المؤمن عليهم وأولئك الذين يفتقرون إلى التغطية التأمينية الكافية ويتلقون الخدمات الضرورية في الجانب الطبي. نظرًا لتقديم Catholic Health خدماتها في المقام الأول للمقاطعات الخمس في غرب نيويورك، فيتحقق لجميع المرضى الذين يقيمون في ولاية نيويورك أو الولايات المتجاورة أو ولاية أوهايو، والذين يكون دخل أسرهم يساوي 400% أو يقل عن ذلك من أحدث إرشادات الفقر الفيدرالية (كما هو موضح في المرفق ج) التقديم. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للمرضى الذين يقيمون خارج ولاية نيويورك، حيث لا تعد Catholic Health مقدمًا لبرنامج Medicaid في الولاية التي يقيم فيها المريض، التقديم. يُجرى مراجعة جميع المرضى الآخرين وفقًا لتقدير Catholic Health.

البوليصة: يراعي برنامج المساعدة الصحية، الذي يُجرى تنفيذه وفقًا لجميع القوانين والقواعد واللوائح الفيدرالية المطبقة في ولاية نيويورك، قدرة المريض على المساهمة في تقديم تكاليف الرعاية الصحية الخاصة به ولا يضع أي عبء غير ضروري على المريض أو أسرته. يُجرى تزويد المرضى بالمعلومات والمشورة فيما يتعلق بالبرامج أو الخدمات البديلة داخل مجتمعهم، بما يتوافق مع جميع قوانين ولاية نيويورك المطبقة والقوانين الفيدرالية مثل EMTALA. تبذل Catholic Health جهودًا معقولة لشرح فوائد برنامج Medicaid وبرامج التغطية العامة والخاصة الأخرى المتاحة للمرضى ومساعدتهم في عملية التقديم. يجوز للمريض التقدم بطلب للحصول على Medicaid و / أو تأمينات أخرى و / أو مساعدة مالية في الوقت ذاته، ويمكن أيضًا فحصه للتأكد من أهليته المحتملة كما هو موضح أدناه.

تغطي هذه البوليصة جميع وزارات Catholic Health والخدمات الطبية الضرورية باستثناء ما يلي: (1) الخدمات الاختيارية غير الضرورية طبيًا، (2) خدمات المزود بخلاف خدمات مقدمي الرعاية الأولية الخاصة بـ Catholic Health، ومقدمي الخدمات العاملين في Catholic Health، وغيرهم ممن هم مدرجون كمقدمي التغطية (انظر المرفق د)، (3) خدمات الرعاية طويلة الأجل شبه الحادة والمتخصصة الخاصة بالتمريض، و (4) عناصر الراحة مثل التلفزيون والهاتف ورسوم الغرفة الخاصة المطلوبة.

يُجرى تغطية الخدمات التي يؤديها مقدمو الخدمات العاملون في Catholic Health من خلال برنامج المساعدة الصحية. لن يغطي البرنامج الخدمات التي يؤديها مقدمو الخدمات غير العاملين داخل منشأة Catholic Health وسيُجرى إصدار فاتورة بها بشكل منفصل. يمكنك الاطلاع على التعليمات بشأن كيفية الحصول على قائمة بكل من مقدمي الخدمات المشمولين وغير المشمولين في المرفق (د).

إجراء:

1. توقعات الإجراء العام: تعكس جميع ممارسات السداد والتحصيل التي يشارك فيها ويلاحظها موظفو Catholic Health والمقاولون والوكلاء مهمة Catholic Health وقيمها وسياساتها؛ حيث يتم منح المرضى عند دخولهم المستشفى الحق في تلقي معلومات الرسوم لأي عنصر أو خدمات مقدمة لهم عند الطلب والوصول إليها بشكل فوري؛ ويتم تنفيذ البرنامج بما يتفق مع جميع القوانين والقواعد واللوائح الفيدرالية المطبقة في ولاية نيويورك؛ وينصح المرضى وعائلاتهم بالأطلاع على سياسات Catholic Health، بما في ذلك برنامج المساعدة الصحية الرعاية الصحية وإتاحة المساعدة المالية القائمة على الحاجة، بعبارة سهلة الفهم ومن خلال أي لغة يتحدث بها المرضى بشكل شائع في المجتمع.
2. يحق للمريض غير المؤمن عليه الذي يساوي دخل أسرته 200% أو يقل عنه من إرشادات الفقر الفيدرالية الحالية للحصول على خصم 100%. إذا كان دخل أسرة المريض أكبر من 200% وأقل من 400% أو يساويه من إرشادات الفقر الفيدرالية الحالية، فيحق للمريض الحصول على خصم جزئي كما ورد تفصيليًا في المرفق (ج). وامتثالاً للمادة 501 (ص) من قانون الإيرادات الداخلية، لن يتم فرض رسوم على المرضى المؤهلين أكثر من "المبالغ التي يتم إصدار فاتورة بها بشكل عام" ("AGB") للأفراد المؤمن عليهم. AGB هو متوسط المبلغ الذي سنتلقاه Catholic Health من برنامج Medicaid للطوارئ أو غيرها من برامج الرعاية الصحية الضرورية. إذا لم تكن هناك رسوم يوفرها برنامج Medicaid للرعاية اللازمة، فيتم استخدام جدول رسوم Medicaid لولاية نيويورك لتحديد معدل الدفع الذاتي لصالح المرضى غير المؤمن عليهم.
3. تستخدم Catholic Health أدوات الأهلية الافتراضية للبانين الخارجيين لمساعدتهم في تحديد مؤهلات المريض غير المؤمن عليه للحصول على خصم بموجب برنامج المساعدة الصحية الرعاية الصحية. يعتمد تقييم قدرة المريض على الدفع على تحديد افتراضي وموضوعي وحسن النية والذي سيُجرى تطبيقه على جميع المرضى غير المؤمن عليهم على حد سواء. سيتم مراعاة جميع مصادر الدخل وتكلفة المعيشة وحجم الأسرة والاعتبارات المالية الأخرى.

4. يجوز للفرد غير المؤمن عليه الذي يحصل على خصم أقل من 100% ملء طلب المساعدة المالية. يحق للمرضى المؤمن عليهم أيضاً الحصول على الخصومات بموجب برنامج المساعدة المالية لتعويض تكلفة التأمين المشترك والخصومات وأرصدة المرضى الأخرى المتبقية. يجب على المرضى المهتمين ببرنامج المساعدة المالية ملء نموذج الطلب وتوقيعه وتاريخه. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتضمن الطلب أحد الأشكال التالية للتحقق من الدخل الحالي: نسخة موقعة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي للمريض؛ نسخ من آخر ثلاثة قسائم الراتب؛ نسخ من آخر ثلاثة دفع خاصة بالتعطل عن العمل؛ نسخ من آخر بيانين لمدفوعات الضمان الاجتماعي؛ سجلات أعمال العمل الحر للأرباح والنققات؛ أو بيان موقع وموثق للتحقق من عدم وجود مصادر دخل. يمكن الاطلاع على نسخة من الطلب في المرفق (أ).
5. ويرد في المرفق (ج) الجدول المتدرج لمنح خصومات المساعدة المالية لكل من المرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم.
6. يحق للمرضى تقديم الطلب حتى أول 240^{الاولى} عقب بيان الفوترة الأول. تتخذ Catholic Health قرارات في غضون 30 يوماً من استلام الطلب المكتمل والوثائق المؤيدة على النحو المبين أعلاه. يتم صرف المكافآت لمدة ستة أشهر قبل تاريخ الخدمة المطلوبة في طلب المساعدة المالية وعقب ستة أشهر من هذا التاريخ. يمكن تمديد الأهلية بأثر رجعي إلى 12 شهراً وفقاً لتقدير Catholic Health. يُجرى إخطار المرضى بالقرارات كتابياً كما يُجرى رد أي مدفوعات تزيد عن الخصم المعتمد في الوقت المناسب. إذا كان ذلك ممكناً، يتم إخطار وكالات التحصيل بوقف الجهود المبذولة للتحصيل.
7. إذا كان الطلب غير مكتمل، تقدم Catholic Health إشعاراً كتابياً بالمعلومات الإضافية المطلوبة. يكون لدى المرضى 30 يوماً من تاريخ الرسالة للامتثال للطلب. إذا لم يُجرى تلقي المعلومات في غضون الوقت المسموح به، تكون المسألة منتهية وتبدأ الجهود المبذولة في عملية الجمع المنتظمة.
8. تُعلق جهود الفوترة والتحصيل، كما هو موضح في سياسة الفوترة والتحصيل CHS-RMC-08، بمجرد استلام طلب المساعدة المالية المكتمل. يجوز للمريض تجاهل أي فاتورة من Catholic Health أثناء مراجعة الطلب المعلق قيد المراجعة. إذا تم تحديد أهلية المريض في أي وقت أثناء عملية التقديم للحصول على برنامج Medicaid أو برامج التأمين الأخرى، فستتوقف جهود التحصيل وسيتم إصدار فاتورة لبرنامج الدفع المناسب.
9. ترد ممارسات التحصيل ذات الصلة من سياسة الفوترة والتحصيل CHS-RMC-08 كما يلي:

- a. لن يتم إعادة توجيه حساب المريض غير المؤمن عليه إلى وكالة تحصيل في حال ملء المريض للطلب أو استئناف برنامج مساعدة الرعاية الصحية وانتظار الرد أو القرار.
- b. يحظر البيع الإجباري أو الحجز العقاري لمكان الإقامة الأساسي للمريض غير المؤمن عليه، لإرضاء حساب المريض، لغرض جميع الخدمات باستثناء خدمات الرعاية المجتمعية.
- c. يجب إخطار المرضى غير المؤمن عليهم الذين يشاركون في HAP قبل ثلاثين (30) يوماً على الأقل من إعادة توجيه حساباتهم إلى وكالة تحصيل.
- d. يجب على جميع وكالات التحصيل التي تخدم حسابات Catholic Health الحصول على موافقة خطية من Catholic Health قبل الشروع في أي إجراءات قانونية تخص أي حساب مريض.
- e. يجب أن توافق جميع وكالات التحصيل كتابياً على اتباع جميع سياسات وإجراءات الدفع والتحصيل المتوقعة للصحة الكاثوليكية بشأن المرضى غير المؤمن عليهم.
- f. تتحمل الإدارة المسؤولية عن ضمان تماشي جميع سياسات التحصيل مع القانون الفيدرالي لممارسات تحصيل الديون العادلة وجميع قوانين ولاية نيويورك المطبقة.
- g. يجب على جميع وكالات التحصيل تقديم معلومات للمرضى حول كيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية أو الطعن في قرار المساعدة الطبية الذي يقل عن سقف توقعاتهم.
10. يحظر على جميع وكالات التحصيل إجراء عمليات تحصيل من أي مريض مؤهل لبرنامج Medicaid في وقت تقديم الخدمات.
11. يكون المرضى الذين لديهم أرصدة متبقية عقب الحصول على برنامج المساعدة الطبية مؤهلين للحصول على شروط دفع ممتدة. يُجرى تحديد مبالغ الدفع بالتقسيط بنسبة 10% من إجمالي الدخل الشهري للأسرة المحددة للمريض وفقاً لقانون الصحة العامة لولاية نيويورك.
12. يمكن الطعن في أي القرارات وجميعها والتي يُجرى اتخاذها بموجب هذه البوليصة عبر الهاتف أو كتابياً كما ورد تفصيلاً في المرفق (ب). وسيتم تنفيذ جميع إجراءات إعادة النظر في غضون 30 يوماً من تاريخ الطعن.
13. يتم نشر المعلومات المتعلقة ببرنامج المساعدة الصحية في مناطق الوصول العام الرئيسية مثل مناطق التسجيل وأقسام الطوارئ. وعلاوة على ذلك، يحتوي موقع Catholic Health على معلومات حول كيفية التقديم بالإضافة إلى ملخص بلغة بسيطة لهذه البوليصة بأكملها. تتوفر المعلومات باللغات الأساسية المستخدمة في جميع أنحاء المجتمع. كما تتاح للمرضى فرصة ترجمة المواد من خلال خدمة ترجمة هاتفية متعددة اللغات. تُتاح جميع المواد والمعلومات للمرضى عند الطلب كما توجد على الموقع الإلكتروني www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance.
14. يتم تدريب شركاء Catholic Health المشاركين في اتخاذ قرارات المساعدة المالية على الأقل سنوياً كما سيتم إطلاعهم على التغييرات الإجرائية و / أو التنظيمية.

يشمل الدخل: إجمالي الأجر؛ الرواتب؛ الدخل من الأعمال التجارية والعمل الحر؛ تعويض البطالة؛ تعويضات العمال؛ الضمان الاجتماعي؛ دخل تأميني إضافي؛ مدفوعات المحاربين القدامى؛ فوائد الناجين؛ دخل التقاعد أو التقاعد

يتم تعريف الأسرة على أنها: مجموعة من شخصين أو أكثر (أحدهما هو رب الأسرة) مرتبطان بالولادة أو الزواج أو التبني وقيمان معاً، يعتبر جميع هؤلاء الأشخاص (بما في ذلك أفراد العائلة الفرعية ذوي الصلة) أعضاء في عائلة واحدة.

مستوى المراجعة:

تتم مراجعة هذه البوليصة سنوياً لضمان الامتثال للوائح الولاية واللوائح الفيدرالية ذات الصلة وأي تغييرات في المنهجية أو العملية التشغيلية للصحة الكاثوليكية.

تاريخ الإنشاء: 2014/1/1								
يستبدل (إن أمكن): لا يوجد								
التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	
	02/14/18 BB				12/01/15 LS	1/29/2015 SRK	2/4/2014 SRK	جرت مراجعته:
02/22/19 BB	02/14/18 SL	02/03/17 BB	03/24/16 BB	2/02/16 BB	12/01/15 SRK	1/29/15 SRK	2/4/2014 SRK	جرت تنقيحها:
			7/5/2024 SS	2/20/24 SS	4/28/2022 SL	3/10/22 SL	6/13/19 SL	جرت تنقيحها:
موافقة CSC / OPC: 12/14/15، 3/30/16، 2/6/18، 6/26/19								
المراجع: لا يوجد								

المرفق (أ): طلب برنامج المساعدة الصحية

شكرًا لاختيارك Catholic Health لاحتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. يسعدنا أن نقدم لك فرصتك للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية. للنظر في برنامج المساعدة الصحية الخاص بنا، يرجى طباعة هذه الرسالة وتقديم المعلومات المطلوبة أدناه:

اسم المريض بالكامل: _____

تاريخ ميلاد المريض: _____ الهاتف الجوال#: _____

هاتف الاتصال: _____

عنوان المريض: _____

رقم حساب الفاتورة: _____

عدد الأشخاص في الأسرة (أنت وزوجتك وأطفالك دون سن 18 عامًا): _____

بالإضافة إلى ذلك، يرجى تضمين أحد الأشكال التالية للتحقق من الدخل الحالي:

- خطاب موجز عن المحنة تفيد برغبتك في التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية؛
- فيما يلي أحد الأشكال التالية للتحقق من الدخل الحالي: نسخة موقعة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي للمريض؛ نسخ من آخر ثلاثة قسائم الراتب؛ نسخ من آخر ثلاثة قسائم دفع خاصة بالتعطل عن العمل؛ نسخ من آخر بيانين لمدفوعات الضمان الاجتماعي؛ سجلات أعمال العمل الحر للأرباح والنفقات؛ أو بيان موقع وموثق للتحقق من عدم وجود مصادر دخل.

لديك 240 يومًا من بيان الفاتورة الأول لتقديم هذا الطلب مع جميع المستندات المطلوبة. أثناء مراجعة طلبك، يمكنك تجاهل الفواتير التي تتلقاها من Catholic Health. يرجى الاتصال بنا على 3600-601-716 أو زيارة موقعنا على الإنترنت <https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance> مدد لمزيد من المعلومات.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

يرجى إرسال المعلومات المطلوبة مع هذه الرسالة المكتملة عبر البريد إلى:

الصحة الكاثوليكية/RMC.

144 شارع جينيسي، الدور الثالث

بوفالو، نيويورك 14203

عناية: المشرف، إدارة الائتمان والتحويل

المرفق (ب): الطعن في قرارات المساعدة الصحية

يجوز الطعن في أي قرار للمساعدة المالية يتم إجراؤه بموجب هذه البوليصة. يمكن للمريض الاتصال بفريق الخدمات المالية للمرضى على الرقم (716) -3600-601 أو الطعن كتابيًا على:

إدارة Catholic Health ومركز التدريب
فريق الخدمات المالية للمرضى
144 شارع جينيبي، الدور الثالث
بوقالو، نيويورك 14203

يتم الانتهاء من جميع القرارات المتعلقة بالاستئناف في غضون 30 يومًا من استلام الطلب. يتم إخطار المرضى بأي نتيجة للطعن كتابيًا. إذا لم يقتنع المريض، بعد مراجعة القرار، فيجوز له طلب طعن نهائي بالطريقة ذاتها. كما يُجرى مراجعة الطعون النهائية لمدة 30 يومًا من تاريخ الطلب.

يُجرى مراجعة جميع الطعون النهائية من قبل نائب رئيس الخدمات المالية للمرضى أو من ينوب عنهم. يتم إرسال قرار كتابي بالطعن النهائي موقع من قبل الطرف أو الأطراف المقررة إلى مقدم الطلب.

بخلاف الظروف الاستثنائية، مثل المعلومات الإضافية أو المنقحة التي من شأنها أن تؤثر على القرار الأصلي الذي يتم استلامه عقب تاريخ قرار الطعن النهائي، تكون جميع القرارات الصادرة بشأن الطعن نهائية. لن يحتوي الإخطار الكتابي بالبت في الطعن النهائي على أي إشعار آخر يفيد بالحق في إجراء مزيد من المراجعة أو القيام بالطعن

المرفق (ج): إرشادات الفقر الفيدرالية اعتبارًا من فبراير 2024

خصم المساعدة الصحية	حجم الأسرة										% مستوى الفقر الفيدرالي
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
100% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	126960	116200	105440	94680	83920	73160	62400	51640	40880	30120	أقل من 200%
100% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	126960	116200	105440	94680	83920	73160	62400	51640	40880	30120	200%
90% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	133308	122010	110712	99414	88116	76818	65520	54222	42924	31626	210%
80% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	139656	127820	115984	104148	92312	80476	68640	56804	44968	33132	220%
70% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	146004	133630	121256	108882	96508	84134	71760	59386	47012	34638	230%
60% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	152352	139440	126528	113616	100704	87792	74880	61968	49056	36144	240%
50% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	158700	145250	131800	118350	104900	91450	78000	64550	51100	37650	250%
40% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	165048	151060	137072	123084	109096	95108	81120	67132	53144	39156	260%
30% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	171396	156870	142344	127818	113292	98766	84240	69714	55188	40662	270%
20% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	177744	162680	147616	132552	117488	102424	87360	72296	57232	42168	280%
15% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	184092	168490	152888	137286	121684	106082	90480	74878	59276	43674	290%
10% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	190440	174300	158160	142020	125880	109740	93600	77460	61320	45180	300%
5% من الرصيد بعد خصم HAP الثابت	222180	203350	184520	165690	146860	128030	109200	90370	71540	52710	350%
خصم HAP ثابت*	253920	232400	210880	189360	167840	146320	124800	103280	81760	60240	400%

المرفق (د): مقدمو الخدمات المشمولون وغير المشمولين ببرنامج المساعدة الصحية:

قد تجد قائمة بمقدمي الخدمات المشمولين وغير المشمولين على موقع Catholic Health:

• مقدمو الخدمات المشمولين: <https://www.chsbuffalo.org/providers/employed>

• مقدمو الخدمات غير المشمولين: <https://www.chsbuffalo.org/providers/non-employed>

يُجرى تغطية مقدمي الخدمات المشمولين فقط بموجب هذه البوليصة عند أداء الخدمات في الموقع المشار إليه.

يمكنك أيضًا التأكيد على شمول مقدم الخدمة بهذه البوليصة عن طريق الاتصال بالخدمات المالية للمرضى على 716-601-3600

تاريخ الإنشاء: 2014/1/1								
يستبدل (إن أمكن): لا يوجد								
التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	التاريخ / الأحرف الأولى	
	02/14/18 BB				12/01/15 LS	1/29/2015 SRK	2/4/2014 SRK	جرت مراجعته:
02/22/19 BB	02/14/18 SL	02/03/17 BB	03/24/16 BB	2/02/16 BB	12/01/15 SRK	1/29/15 SRK	2/4/2014 SRK	جرت تنقيحها:
			7/5/2024 SS	2/21/2024 SS	4/28/2022 SL	3/10/22 SL	6/13/19 SL	جرت تنقيحها:
موافقة 6/26/19، 2/6/18، 3/30/16، 12/14/15، CSC/OPC، الانتقال إلى OPC 22/3/30								
المراجع: لا يوجد								