



مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN ملخص سياسة المساعدة المالية

يلتزم مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin ("OHOW") بالحفاظ على كرامة كل شخص ويحترم ذلك مع اهتمام خاص بأولئك الذين يعانون من عقبات أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية. ويتحمل المستشفى التزامًا ماثلاً في إدارة موارد الرعاية الصحية لديها كخدمة مقدمة للمجتمع بأكمله. وتعزيزًا لهذه المبادئ، يُقدم المستشفى المساعدة المالية لبعض الأفراد الذين يتلقون الرعاية اللازمة طبيًا من المستشفى. كما يقدم هذا الملخص نظرة عامة موجزة عن سياسة المساعدة المالية في المستشفى.

من يتمتع بالأهلية؟

قد تتمكن من الحصول على مساعدة مالية إذا كنت غير خاضع للتأمين. تُحدد المساعدة المالية بصورة عامة حسب إجمالي دخل الأسرة مقارنة بمستوى الفقر الفيدرالي. إذا كان دخلك أقل من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي أو مساويًا لذلك، فستحصل على نسبة 100% من الرعاية الخيرية تُشطب من رسوم المستشفى. إذا كان دخلك أعلى من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكنه لا يتجاوز 400% من هذا المستوى، فقد تتلقى أسعارًا مخفضة حسب المقياس المتدرج. لن تُفرض رسوم أكثر من المبالغ التي يتم دفعها بصورة عامة للمرضى الذين لديهم تغطية تأمينية وذلك بالنسبة للمرضى المؤهلين للحصول على مساعدة مالية.

ما الخدمات المغطاة؟

تتطبق سياسة المساعدة المالية على الرعاية اللازمة طبيًا. وقد تم تعريف هذه الشروط في سياسة المساعدة المالية.

كيف يمكنني تقديم طلب؟

للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية، يكون عليك عادة إكمال طلب مكتوب وتقديم المستندات الداعمة كما هو موضح في سياسة المساعدة المالية واستمارة سياسة المساعدة المالية.

كيف يمكنني الحصول على مساعدة تخص عملية الطلب؟

للحصول على مساعدة بشأن طلب سياسة المساعدة المالية، يمكنك الاتصال بقسم الخدمات المالية في مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin على الرقم 414 961-6880.

كيف يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات؟

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية ونموذج طلب سياسة المساعدة المالية على موقع OHOW.com أو يمكن الحصول عليها عن طريق إرسال طلبك إلى:

مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin
اهتمام: الخدمات المالية
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212

تتوفر أيضًا معلومات إضافية حول سياسة المساعدة المالية عن طريق الاتصال بقسم الخدمات المالية لدى مستشفى OHOW على الرقم 414 961-6880.



مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
سياسة المساعدة المالية
أغسطس 2019

السياسة:

تلتزم سياسة مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin ("OHOW") بضمان ممارسة اجتماعية عادلة لتوفير الرعاية اللازمة طبيًا في مرافق المستشفى. وقد تم إعداد هذه السياسة خصوصًا لمعالجة أهلية المساعدة المالية للمرضى الذين يحتاجون إلى مساعدة مالية ويتلقون الرعاية من مستشفى OHOW.

1. وستعكس كل المساعدات المالية التزامنا بالكرامة الإنسانية للأفراد والصالح العام واحترامنا لها، واهتمامنا الخاص وتضامننا مع الأشخاص الذين يعيشون في حالة فقر وغيرهم من الأشخاص الضعفاء، والتزامنا بالعدالة التوزيعية والإشراف.
2. كما تنطبق هذه السياسة على جميع الخدمات الطبية الضرورية التي يقدمها مستشفى OHOW. ولا تنطبق هذه السياسة على ترتيبات الدفع للإجراءات الاختيارية أو غيرها من الرعاية التي ليست لها ضرورة طبية.
3. وتوفر قائمة مقدمي الخدمات التي تغطيها سياسة المساعدة المالية (المرفق ب) قائمة بأي مقدمي خدمات يقدمون رعاية داخل مرافق مستشفى OHOW والتي تحدد الأفراد المشمولين بسياسة المساعدة المالية والأفراد غير المشمولين بها.

تعريفات:

"(r) 501" - تعني القسم (r) 501 من قانون الإيرادات الداخلية واللوائح الصادرة بموجبه.

"المبالغ المفروضة بصورة عامة (AGB)" - وذلك يعني -فيما يتعلق بالطوارئ أو غيرها من الرعاية اللازمة طبيًا- المبلغ الذي يتم دفعه عمومًا للأفراد الذين لديهم تأمين يغطي هذه الرعاية.

"المجتمع" - يعني مقاطعتي ميلووكي وأوزاوكي.

"الرعاية اللازمة طبيًا" - تعني الرعاية التي تم إقرارها على أنها ضرورية من الناحية الطبية بعد إقرار الاستحقاق السريري من قبل مقدم رعاية مرخص. في حال إقرار الرعاية المطلوبة من قبل المريض المشمول بهذه السياسة على أنها ليست ضرورية من الناحية الطبية من قبل الطبيب المراجع، يجب أيضًا تأكيد ذلك من قبل الطبيب المقبول أو طبيب الإدخال.

"المريض" - يقصد به الأفراد غير المؤمن عليهم الذين يتلقون الرعاية اللازمة طبيًا في مستشفى OHOW والشخص المسؤول ماليًا عن رعاية المريض.

1. المساعدة المالية المقدمة

1.1. سيكون المرضى الذين يقل دخلهم عن 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ("FPL") أو يساوي ذلك مؤهلين للحصول على 100% من الرعاية الخيرية التي يتم شطبها على هذا الجزء من رسوم الخدمات التي يتحملها المريض.

1.2. وكحد أدنى كما سيحصل المرضى الذين يزيد دخلهم عن 250% من مستوى الفقر الفيدرالي ولكن لا يتجاوزون 400% من هذا المستوى على خصم المقياس المتدرج على هذا الجزء من رسوم الخدمات المقدمة والتي يكون المريض مسؤولاً عنها بعد الدفع من قبل شركة التأمين إن وجدت. لن يتم فرض رسوم على المريض المؤهل للحصول على خصم المقياس المتدرج أكثر من الرسوم المحسوبة للمبالغ المفروضة بصورة عامة. يكون خصم المقياس المتدرج كما يلي:

| مستوى المساعدة في الرعاية الصحية ومستوى الفقر الفيدرالي % | | | | حجم العائلة |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 67% | 80% | 90% | 100% | |
| 400% | 350% | 300% | 250% | |
| مستوى الدخل لا يزيد عن | | | | |
| \$ 49960 | \$ 43715 | \$ 37470 | \$ 31225 | 1 |
| \$ 67640 | \$ 59185 | \$ 50730 | \$ 42275 | 2 |
| \$ 85320 | \$ 74655 | \$ 63990 | \$ 53325 | 3 |
| \$ 103000 | \$ 90125 | \$ 77250 | \$ 64375 | 4 |
| \$ 120680 | \$ 105595 | \$ 90510 | \$ 75425 | 5 |
| \$ 138360 | \$ 121065 | \$ 103740 | \$ 86475 | 6 |
| \$ 156040 | \$ 136535 | \$ 117030 | \$ 97525 | 7 |
| \$ 173720 | \$ 152005 | \$ 130290 | \$ 108575 | 8 |
| \$ 191400 | \$ 167475 | \$ 143550 | \$ 119625 | 9 |
| \$ 209080 | \$ 182945 | \$ 156810 | \$ 130675 | 10 |

1.3. قد يكون المرضى الذين لديهم احتياجات مالية مثبتة مع دخل يزيد عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلين للنظر في حالتهم بموجب "استطلاع الموارد المالية" للحصول على بعض الخصم من رسوم خدماتهم المقدمة من مستشفى OHOW حسب تقييم موضوعي لقدرتهم على الدفع. لن تُفرض رسوم على المريض المؤهل للحصول على خصم "استطلاع الموارد المالية" أكثر من الرسوم المحسوبة للمبالغ المفروضة بصورة عامة.

1.4. قد تُفرض رسوم رمزية ثابتة على المرضى المؤهلين للحصول على الرعاية الخيرية بنسبة 100% وقد يصل ذلك إلى \$0 للخدمات.

1.5. يمكن إقرار أهلية الحصول على المساعدة المالية في أي مرحلة من دورة الإيرادات وقد تشمل استخدام القياس المقترض لإقرار الأهلية بغض النظر عن فشل مقدم الطلب في استمارة طلب المساعدة المالية ("طلب FAP").

1.6. يجب إقرار أهلية الحصول على المساعدة المالية لأي رصيد يتحمل المريض صاحب الحاجة المالية مسؤوليته.

1.7. ستُصنف الالتزامات الصادرة عن إجراءات الإفلاس على أنها رعاية خيرية. وسيعد تحرير الدين مستندًا كافيًا بأن الضامن مؤهل للرعاية الخيرية.

2. مساعدات أخرى للمرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية

يظل المرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية -كما هو موضح أعلاه- مؤهلين للحصول على أنواع أخرى من المساعدة التي يقدمها مستشفى OHOW. وحرصًا على التكامل، يتم سرد هذه الأنواع الأخرى من المساعدات هنا، وذلك برغم من أنها ليست قائمة على مدى الحاجة ولم تُعد لتخضع إلى البند (r) 501 لكن يتم تضمينها هنا من أجل توفير الراحة للمجموعة التي يخدمها مستشفى OHOW.

2.1. سيحصل المرضى غير المؤهلين للحصول على مساعدة مالية على خصم بنسبة 20% من الدفع الذاتي.

2.2. وقد يحصل المرضى غير المؤهلين للحصول على مساعدة مالية على خصم بنسبة 20% من الدفع الفوري. يمكن تقديم خصم الدفع الفوري بالإضافة إلى الخصم غير المؤمن الموضح في الفقرة السابقة مباشرة.

2.3. قد يتلقى المرضى غير المؤمن عليهم والمرضى المؤمن عليهم الذين يزيد دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مساعدة حسب "استطلاع الموارد المالية".

3. القيود المفروضة على رسوم المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية

3.1. لن يتم فرض رسوم فردية تزيد عن المبالغ المفروضة بصورة عامة على المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية مقابل الرعاية اللازمة طبياً ولن تزيد الرسوم أيضاً عن الرسوم الإجمالية لجميع خدمات الرعاية الطبية الأخرى. يحسب مستشفى OHOW مبلغًا واحدًا أو أكثر من المبالغ المفروضة بصورة عامة باستخدام طريقة "مراجعة الماضي" وتشمل رسوم dicareMe مقابل الخدمة وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع المطالبات إلى المستشفى، ويكون ذلك كله وفقًا للبند (r) 501 (المرفق أ). يمكن الحصول على نسخة مجانية من وصف حساب المبالغ المفروضة بصورة عامة والنسبة المئوية عن طريق إرسال طلب إلى:

مستشفى dic Hospital of Wisconsin Orthopae
اهتمام: المدير المالي
475 W. Riverwoods Pkwy
Glendale, WI 53212

4. طلب المساعدة المالية

4.1.1. قد يصبح المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من خلال أهلية القياس المفترضة أو عن طريق التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية من خلال إرسال استمارة مكتملة لطلب المساعدة المالية. قد يُحرم المريض من المساعدة المالية إذا قدم معلومات خطأ عن استمارة طلب المساعدة المالية أو فيما يتعلق بعملية أهلية القياس المفترضة. تتوفر استمارة طلب المساعدة المالية وتعليماتها للخدمات المتعلقة بالمستشفى عن طريق الاتصال بالرقم 961-6880 (414) أو تنزيل الوثائق من موقعنا على الويب (ohow.com).

5. الفواتير والتحصيلات

5.1. يتم وصف الإجراءات التي قد يتخذها مستشفى OHOW في حال عدم الدفع في سياسة منفصلة للفواتير والتحصيلات (المرفق ج). يمكن الحصول على نسخة مجانية من سياسة الفواتير والتحصيلات عن طريق إرسال طلب إلى:

مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin

اهتمام: المدير المالي

475 W. Riverwoods Pkwy

Glendale, WI 53212

6. التفسير

6.1. تهدف هذه السياسة إلى الامتثال للبند (r) 501، باستثناء الحالات المشار إليها على وجه التحديد. يجب تفسير هذه السياسة - بالإضافة إلى جميع الإجراءات المعمول بها- وتطبيقها وفقاً للبند (r) 501 باستثناء الحالات المشار إليها على وجه التحديد.



المرفق أ

مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
حساب المبالغ المفروضة بصورة عامة
أغسطس 2019

يحسب مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin نسبة واحدة من المبالغ المفروضة بصورة عامة باستخدام طريقة "مراجعة الماضي" وتشمل رسوم Medicare مقابل الخدمة وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع المطالبات إلى المستشفى، ويكون ذلك كله وفقاً للوائح دائرة الإيرادات الداخلية. البند 1.501(r)-5(b)(3)، و1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B)، و1.501(r)-5(b)(3)(iii) وقد تم التوضيح أدناه تفاصيل الحساب ونسبة المبالغ المفروضة بصورة عامة.

نسبة المبالغ المفروضة بصورة عامة لمستشفى OHOW هي كما يلي "

المبالغ المفروضة بصورة عامة: 44%

تُحسب هذه النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بصورة عامة عن طريق تقسيم مجموع مبالغ جميع مطالبات مستشفى OHOW التي تخص الرعاية اللازمة طبيياً والتي سمحت بها رسوم Medicare مقابل الخدمة وجميع شركات التأمين الصحي الخاصة التي تدفع مطالبات إلى المستشفى عن طريق المجموع الخاص بالإجمالي المرتبط الذي يُدفع لتلك المطالبات. وتعد المطالبات الوحيدة التي يتم استخدامها لأغراض إقرار المبالغ المفروضة بصورة عامة هي تلك التي تم السماح بها مؤخراً بواسطة شركة تأمين صحي.



المرفق ب

مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
قائمة مقدمي الخدمات الذين تغطيهم سياسة المساعدة المالية
أغسطس 2019

لكل لائحة البند (F)(iii)(1)(b)-4(r) 1.504 والإشعار 2015-46، تحدد هذه القائمة مقدمي الرعاية اللازمة طبيًا المقدمة في مرفق المستشفى والذين تشملهم سياسة المساعدة المالية (FAP). لا تغطي سياسة المساعدة المالية الإجراءات الاختيارية وغيرها من خدمات الرعاية غير الضرورية طبيًا لأي من مقدمي الخدمات.

| مقدمو الخدمات الذين لا تشملهم سياسة المساعدة المالية | مقدمو الخدمات الذين تشملهم سياسة المساعدة المالية |
|--|---|
| Blount Orthopaedic Associates • | مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin • |
| Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin • | Orthopaedic Hospital of Wisconsin • Cedarburg Physical Therapy • |
| استشاريو جراحة تقويم العظام • | Orthopaedic Hospital of Wisconsin • Shorewood Physical Therapy • |
| Milwaukee Hand Center • | Orthopaedic Hospital of Wisconsin New Berlin Physical Therapy • |
| Milwaukee Orthopaedic Group, Ltd. • | Orthopaedic Hospital of Wisconsin Greenfield Physical Therapy • |
| Wisconsin Bone & Joint, SC • | |
| Milwaukee Spinal Specialists • | |
| Aspen Orthopaedic & Rehabilitation Specialists, SC • | |
| Watertown Pain Consultants, SC • | |
| John A. Roffers, MD SC • | |
| Advanced Pain Management • | |
| Glendale Anesthesia Associates • | |
| Wisconsin Radiology Specialists • | |
| Medical College of Wisconsin • | |



المرفق ج

مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
سياسة الفواتير والتحصيلات
أغسطس 2019

السياسة:

تلتزم سياسة مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin ("OHOW") بضمان ممارسة اجتماعية عادلة لتوفير الرعاية اللازمة طبيًا في مرافق المستشفى وفقًا لسياسة المساعدة المالية (FAP). وقد تم إعداد سياسة الفواتير والتحصيلات هذه خصوصًا لمعالجة ممارسات الفواتير والتحصيلات للمرضى الذين يحتاجون إلى مساعدة مالية ويتلقون الرعاية في مستشفى OHOW.

وستعكس كل ممارسات الفواتير والتحصيلات التزامنا بالكرامة الإنسانية للأفراد والصالح العام واحترامنا لها، واهتمامنا الخاص وتضامننا مع الأشخاص الذين يعيشون في حالة فقر وغيرهم من الأشخاص الضعفاء، والتزامنا بالعدالة التوزيعية والإشراف. يجب على موظفي مستشفى OHOW ووكلائه التصرف بطريقة تعكس سياسات المنشأة التي ترعاها الكنيسة الكاثوليكية وقيمها، بما في ذلك معاملة المرضى وأسرهم بكرامة، واحترام، وتعاطف.

كما تنطبق سياسة الفواتير والتحصيلات هذه على جميع الخدمات الطبية الضرورية التي يقدمها مستشفى OHOW. ولا تنطبق سياسة الفواتير والتحصيلات على ترتيبات الدفع للإجراءات الاختيارية.

تعريفات:

"(r) 501" - القسم (r) 501 من قانون الإيرادات الداخلية واللوائح الصادرة بموجبه.

"فترة تقديم الطلب" - الفترة التي يمكن خلالها تقديم استمارة طلب المساعدة المالية إلى مستشفى OHOW. تبدأ فترة تقديم الطلب في التاريخ الذي يتم فيه تقديم استمارة طلب المساعدة المالية أو في التاريخ الذي تُقدم فيه الرعاية وتنتهي الفترة في التاريخ المحدد في إشعار إنهاء فترة استمارة تقديم الطلب.

"إشعار إنهاء فترة استمارة تقديم الطلب" - إشعار مكتوب يوضح الموعد النهائي الذي لن يقبل مستشفى OHOW بعده استمارة طلب المساعدة المالية المرسله من قبل المريض ولن يُعالجها (أو حتى إكمالها إن أمكن ذلك) وذلك للحصول على الرعاية المقدمة مسبقًا في هذا الموضوع، مع تحديد الموعد النهائي في إشعار مكتوب في موعد لا يتجاوز (أ) ثلاثين (30) يومًا من تاريخ تقديم الإشعار المكتوب، (ب) بعد أن يصبح الحساب في حالة غير نشطة (ج) في حال المريض الذي يُفترض أنه مؤهل للحصول على مساعدة مالية أقل من 100%، ثم مع نهاية فترة زمنية معقولة لتقديم طلب للحصول على المساعدة المالية كما هو موضح هنا. قد يكون إشعار إنهاء فترة استمارة تقديم الطلب مستندًا مكتوبًا منفصلًا أو قد يتم تضمين لغة في إشعار مكتوب آخر يتم إرساله إلى المريض.

"إجراءات التحصيلات الاستثنائية" أو "ECAs" - أي من أنشطة التحصيل التالية التي تخضع لقيود بموجب البند (r) 501:

1. بيع ديون المريض لطرف آخر، ما لم يخضع المشتري لقيود معينة كما هو موضح أدناه.
2. الإبلاغ عن معلومات سلبية عن المريض إلى وكالات التصنيف الائتماني للمستهلك أو مكاتب الائتمان.
3. تأجيل الدفع أو رفضه أو طلبه قبل تقديم الرعاية اللازمة طبيًا بسبب عدم دفع المريض لفاتورة أو أكثر مقابل الرعاية المقدمة مسبقًا والمشمولة بموجب سياسة المساعدة المالية.
4. الإجراءات التي تتطلب إجراءات قانونية أو قضائية، باستثناء الدعاوى المرفوعة في قضية إفلاس أو دعوى إصابة شخصية. تشمل هذه الإجراءات، على سبيل المثال لا الحصر،
 - 4.1. وضع امتياز على ممتلكات المريض،
 - 4.2. التحفظ على ممتلكات المريض،
 - 4.3. فرض ضريبة على الحساب المصرفي للمريض أو الممتلكات الشخصية الأخرى أو إرفاقها أو وضع يد عليها بطريقة أخرى،
 - 4.4. بدء دعوى مدنية ضد المريض،
 - 4.5. الحجز على أجور المريض.

بصرف النظر عن البند الفرعي رقم 4 المذكور أعلاه، لن يضع مستشفى OHOW تحت أي ظرف من الظروف- امتيازًا على الإقامة الأساسية للمريض إذا كان الامتياز سيؤدي إلى التحفظ على مكان الإقامة الشخصي للمريض أو بيعه بالإكراه.

لا يتضمن إجراء التحصيلات الاستثنائية أيًا مما يلي (حتى لو كانت معايير إجراء التحصيلات الاستثنائية على النحو المنصوص عليه أعلاه مستوفاة بصورة عامة):

1. بيع ديون المريض في حال وجود اتفاق خطي ملزم قانونيًا مع المشتري -قبل عملية البيع- والذي يحظر على المشتري بموجبه الاشتراك في أي من إجراءات التحصيلات الاستثنائية للحصول على دفع مقابل الرعاية؛
 - 1.1. يحظر على المشتري فرض فوائد على الدين الذي يتجاوز السعر الساري بموجب المادة (2)(a) 6621 من قانون الإيرادات الداخلية في وقت بيع الدين (أو سعر الفائدة الآخر المحدد بواسطة إشعار أو إرشادات أخرى نُشرت في بيان الإيرادات الداخلية)؛
 - 1.2. الدين الذي يمكن لمستشفى OHOW رده أو سداه بناءً على إقرار من المستشفى أو المشتري بأن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية؛
 - 1.3. يتعين على المشتري الالتزام بالإجراءات المحددة في الاتفاقية التي تضمن أن المريض لا يدفع -وليس عليه أي التزام بالدفع- للمشتري ومستشفى OHOW معًا أكثر من المبلغ الذي يتحمل دفعه شخصيًا بموجب سياسة المساعدة المالية إذا كان قد تم إقرار المريض ليكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية ولم يرد مستشفى OHOW الدين أو يسدده.

2. أي امتياز يحق لمستشفى OHOW فرضه بموجب قانون الولاية على عائدات الحكم، أو الحل، أو التسوية المستحقة للمريض نتيجة للإصابات الشخصية التي قدم المستشفى رعاية لها.

3. رفع دعوى في أي إجراءات إفلاس.

"FAP" - سياسة المساعدة المالية الخاصة بمستشفى OHOW، وهي سياسة معدة لتقديم المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم المؤهلين لدعم المستشفى.

"استمارة طلب FAP" - استمارة طلب المساعدة المالية

"المساعدة المالية" - هي المساعدة التي قد يقدمها مستشفى OHOW للمريض وفقاً لسياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى.

"المريض" - الشخص الذي يتلقى الرعاية (أو الذي تلقى الرعاية) من مستشفى OHOW وأي شخص آخر مسؤول مالياً عن هذه الرعاية (بما في ذلك أفراد الأسرة والأوصياء).

الإجراء:

يحافظ مستشفى OHOW على عملية منظمة لإصدار بيانات الفواتير بانتظام إلى المرضى والتي تتعلق بالخدمات المقدمة والتواصل مع المرضى. في حال عدم دفع المريض مقابل الخدمات التي يقدمها مستشفى OHOW، يجوز للمستشفى الانخراط في إجراءات تهدف إلى تلقي الأموال، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- محاولات الاتصال عن طريق الهاتف، والبريد الإلكتروني، والمكالمات الشخصية، وإجراء واحد من التحصيلات الاستثنائية أو أكثر من ذلك، مع مراعاة الأحكام والقيود الواردة في سياسة الفواتير والتحصيلات هذه.

وفقاً للبند 501 (ص)، تحدد سياسة الفواتير والتحصيلات هذه الجهود المقبولة التي يجب على مستشفى OHOW تنفيذها لإقرار ما إذا كان المريض مؤهلاً بموجب سياسة المساعدة المالية لديها وذلك للمساعدة المالية قبل الانخراط في أي إجراء تحصيل استثنائي، أو ECA. بمجرد اتخاذ قرار، يمكن لمستشفى OHOW تفعيل إجراء واحد أو أكثر من إجراءات التحصيل الاستثنائي، كما هو موضح هنا

7. إجراء استمارة طلب المساعدة المالية - باستثناء ما هو منصوص عليه أدناه، يجوز للمريض غير المؤمن عليه إرسال استمارة طلب المساعدة المالية في أي وقت خلال فترة طلب التقديم. ولن يكون مستشفى OHOW ملزماً بقبول استمارة تقديم سياسة المساعدة المالية بعد فترة الطلب ما لم يُطلب خلاف ذلك وفقاً للبند 501 (r). ستتم معالجة إقرار أهلية الحصول على المساعدة المالية بناءً على الفئات العامة التالية.

7.1. استمارة طلب المساعدة المالية الكاملة - في حال قَدّم مريض غير مؤمن عليه استمارة طلب المساعدة المالية كاملة خلال فترة الإرسال، يقوم مستشفى OHOW -في الوقت المناسب- بتعليق أي إجراءات تحصيل استثنائية للحصول على المال مقابل الرعاية، واتخاذ قرار بشأن الأهلية، وتقديم إخطار مكتوب، كما هو موضح أدناه.

7.2. إقرارات الأهلية المقترضة - في حال إقرار أن المريض غير المؤمن عليه مؤهل للحصول على مقدار أقل من أغلب المساعدات السخية المتوفرة بموجب سياسة المساعدة المالية (على سبيل المثال، يعتمد إقرار الأهلية على طلب مقدم فيما يتعلق برعاية سابقة)، سيقوم مستشفى OHOW بإخطار المريض غير المثبت بالإقرار ومنحه فترة زمنية معقولة للتقدم بطلب للحصول على مساعدة أكثر سخاء قبل بدء إجراء تحصيل استثنائي.

7.3. الإشعار والمعالجة مع عدم تقديم أي استمارة طلب - ما لم يتم تقديم استمارة طلب مساعدة مالية كاملة أو إقرار الأهلية وفقاً لمعايير الأهلية المفترضة في استمارة طلب المساعدة المالية، سوف يمتنع مستشفى OHOW عن بدء إجراءات التحصيل الاستثنائية لمدة 120 يوماً على الأقل من تاريخ أول بيان فوترة بعد الإعفاء ليتم إرسال الرعاية للمريض. وفي حال وجود أحداث رعاية متعددة، قد يتم تجميع أحكام الإخطار هذه، وفي هذه الحالة ستستند الأطر الزمنية إلى أحدث حدث من الرعاية المضمنة في عملية الجمع. وقبل الشروع في إجراء واحد (1) أو أكثر من إجراءات التحصيل الاستثنائية للحصول على الأموال مقابل الرعاية من مريض لم يقدم استمارة طلب المساعدة المالية، يتعين على مستشفى OHOW اتخاذ الإجراءات التالية:

7.3.1. تزويد المريض بإخطار مكتوب يشير إلى أن المساعدة المالية متوفرة للمرضى المؤهلين، ويحدد إجراء (إجراءات) التحصيل الاستثنائي المراد اتخاذه للحصول على الأموال مقابل الرعاية، وينص على الموعد النهائي الذي يمكن بعده بدء هذه الإجراءات ولا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ تقديم الإخطار المكتوب

7.3.2. تقديم ملخص مبسط لسياسة المساعدة المالية للمريض

7.3.3. بذل جهد معقول لإخطار المريض شفهيًا عن سياسة المساعدة المالية ومعالجة استمارة طلب المساعدة المالية

7.4. استمارات طلب المساعدة المالية غير المكتملة - في حال المريض الذي يقدم استمارة طلب المساعدة المالية غير المكتملة خلال فترة الطلب، يجب على مستشفى OHOW إخطار المريض كتابيًا حول كيفية إكمال الاستمارة وإعطاء المريض ثلاثين (30) يوماً لفعل ذلك. ويتم تعليق أي إجراء تحصيل استثنائي قيد الانتظار خلال هذا الوقت، ويجب أن يشير الإخطار الخطي (1) إلى المعلومات الإضافية و / أو الوثائق المطلوبة بموجب سياسة المساعدة المالية أو استمارة طلب المساعدة المالية المطلوبة لإكمال الاستمارة، و(2) تضمين معلومات الاتصال المناسبة.

7.5. إنهاء فترة استمارة طلب المساعدة المالية- قد يتم إنهاء فترة استمارة الطلب بواسطة مستشفى OHOW من خلال تقديم إخطار مكتوب بإنهاء فترة استمارة الطلب إلى المريض.

8. القيود المفروضة على تأجيل الرعاية أو رفضها -إذا كان مستشفى OHOW ينوي التأجيل أو الرفض، أو طلب الدفع قبل تقديم الرعاية الطبية اللازمة كما هو محدد في سياسة المساعدة المالية بسبب عدم دفع المريض لفاتورة أو أكثر لرعاية مقدمة مسبقًا مشمولة بموجب سياسة المساعدة المالية، فسيتم تزويد المريض باستمارة طلب المساعدة المالية وإخطار مكتوب يشير إلى أن المساعدة المالية متوفرة للمرضى المؤهلين. يمكن أيضًا إعطاء المريض إخطار إنهاء فترة استمارة الطلب.

9. إخطار الإقرار

9.1. الإقرارات - بمجرد استلام استمارة طلب المساعدة المالية المكتملة على حساب المريض، سيقوم مستشفى OHOW بتقييم الاستمارة لإقرار الأهلية وإخطار المريض كتابيًا بالقرار النهائي خلال خمسة وأربعين (45) يومًا تقويميًا. سيتضمن الإخطار إقرار المبلغ الذي يتحمل المريض المسؤولية المالية عن سداه. إذا تم رفض استمارة طلب المساعدة المالية، فسيتم إرسال إخطار يوضح سبب الرفض.

9.2. المبالغ المستردة - يوفر مستشفى OHOW استردادًا للمبلغ الذي دفعه المريض مقابل الرعاية والذي يتجاوز المبلغ الذي تم إقراره ليكون المريض مسؤولاً شخصيًا عن دفعه بموجب سياسة المساعدة المالية، ما لم يكن هذا المبلغ الزائد أقل من 5.00 دولارات

9.3. إبطال إجراء (إجراءات) التحصيل الاستثنائي- سيأخذ مستشفى OHOW جميع التدابير المتوفرة المعقولة لإبطال أي إجراء من إجراءات التحصيل الاستثنائي المتخذة ضد المريض للحصول على الأموال مقابل الرعاية، وذلك إلى الحد الذي يتم فيه الإقرار بأن المريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب سياسة المساعدة المالية. تشمل هذه التدابير المتوفرة المعقولة -على سبيل المثال لا الحصر- تدابير لإلغاء أي حكم ضد المريض ، أو رفع أي ضريبة أو امتياز على ممتلكات المريض، أو إزالة أي معلومات سلبية من التصنيف الائتماني للمريض أبلغت عنها وكالة تقارير المستهلك أو مكتب الائتمان.

10. التحصيلات- عند الانتهاء من الإجراءات المذكورة أعلاه، يجوز لمستشفى OHOW تفعيل إجراءات التحصيل الاستثنائي ضد المرضى غير المؤمن عليهم والذين يفتقرون إلى التغطية التأمينية الكافية، وذلك كما هو محدد في إجراءات المستشفى لإعداد فواتير المرضى وخطط الدفع ومعالجتها ورصدها. ووفقاً للقيود المحددة هنا، يجوز لمستشفى OHOW استخدام وكالة تحصيل ديون معدومة خارجية ذات سمعة طيبة أو غيرها من مقدمي الخدمات لمعالجة حسابات الديون المعدومة، ويجب أن تمتثل هذه الوكالات أو مقدمو الخدمات لأحكام البند (r) 501 المطبقة على الأطراف الأخرى.



مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin

استمارة طلب المساعدة المالية

شكرا لاختيارك مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin لتلبية احتياجاتك الطبية. وقد أعربت عن رغبتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة المالية لمستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

ومن أجل النظر في الوثائق التالية، يجب استلامها في مكتبنا:

- استمارة الطلب المكتملة بما في ذلك التوقيع والتاريخ
- إثبات الدخل الشهري الحالي للمريض / الضامن والزوج، بما في ذلك: العمالة الحالية، أو إعالة الطفل، أو النفقة، أو التعويض عن البطالة، أو تعويض العمال، أو الضمان الاجتماعي، أو المعاش، أو دخل التقاعد، أو الفوائد، أو الأرباح الأخرى
- دخل إيجار العقارات
- إثبات المساعدة الحكومية، بما في ذلك بطاقات صرف الطعام، أو الإسكان المدعوم، أو برنامج النساء والرضع والأطفال
- نسخة كاملة من آخر عائدات ضريبة الدخل الاتحادية والفيدرالية المقدمة بما في ذلك جميع المرفقات
- نسخة حالية من بيانات حساب التوفير والحساب الجاري التي تظهر الرصيد الحالي
- إثبات الأصول الجارية، بما في ذلك: القصور الائتماني، والأوراق المالية، والتأمين على الحياة، وغيرها من الأسهم العقارية
- خطاب تصديق مكتمل إذا تم مساعدتك بنفقات المعيشة اليومية

لا ترسل المستندات الداعمة الأصلية.

سيؤدي الفشل في تقديم استمارة الطلب الكاملة والوثائق الداعمة المطلوبة حسب التاريخ المحدد إلى الرفض الفوري.

ولا تعد المساعدة المالية خطة تأمين. يمكن أن تساعد المساعدة المالية في فواتير Orthopaedic Hospital of Wisconsin للمرضى غير المؤمن عليهم. سيؤدي رفض التقديم للبرامج الحكومية التي تكون مؤهلاً للاشتراك بها إلى الرفض الفوري للمساعدة المالية. وسوف تتلقى قرارك خلال 10 أيام من استلام استمارة طلب المساعدة المالية الكاملة والوثائق الداعمة.

لا تغطي المساعدة المالية الخدمات التالية:

- خصومات التأمين أو عمليات المشاركة في التسديد
- رسوم التقاضي (الإجراءات القانونية مثل تعويض العمال، وحوادث السيارات، وغيرها)
- مجموعات الفوترة الخارجية، بما في ذلك المستشفيات الأخرى، والعيادات، والمختبرات، وخدمات الأطباء، ونقل سيارات الإسعاف.

يرجى الاتصال على 414 961-6880 إذا كانت لديك أي أسئلة



استمارة الرعاية المجتمعية في مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin لتوفير معلومات إضافية عن أفراد الأسرة أو الجانب المهني الذي يخصها، استخدم الجزء الخلفي من الاستمارة

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| رقم (أرقام) الحساب: | | رقم السجل الطبي: | | يملأ موظفو المستشفى رقم السجل الطبي ورقم الحساب | |
| يرجى تقديم المعلومات التالية بالكامل وبدقة فالمعلومات تخضع للتحقيق يجب ملء جميع الحقول، وإذا لم تكن منطبقة، فيرجى الإشارة إلى ذلك بكتابة لا ينطبق | | | | | |
| اسم مقدم الطلب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير) | | رقم الضمان الاجتماعي: | | تاريخ الميلاد: | |
| العنوان: | | رقم الهاتف: | | الجوال: () | |
| المدينة / الولاية / الرمز البريدي: | | المنزل: () | | العمل: () | |
| هل أنت مشمول ضمن خطة التأمين الصحي؟ | | نعم <input type="checkbox"/> | | لا <input type="checkbox"/> | |
| اسم شركة التأمين | | | | | |
| في حال الزواج، اكتب معلومات عن الزوج أو الزوجة وعن أي أطفال قصر | | تاريخ الميلاد لكل شخص: | | رقم الضمان الاجتماعي: | |
| 1. | | | | الصلة بالمريض: | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| الدخل: شهرياً (المريض والزوج أو الزوجة في حال الزواج) أو الأباء والأمهات إذا كان مقدم الطلب قاصراً | | أصحاب العمل يكتبون إضافياً على الجزء الخلفي | | | |
| دخل الأسرة (قبل الضرائب) (W2 أو 1099) | | \$ | | صاحب العمل (مقدم الطلب) أو الوالد (إذا كان قاصراً) | |
| معاش / ضمان اجتماعي / دخل العجز | | \$ | | تاريخ التوظيف | |
| دعم الطفل / النفقة المستلمة | | \$ | | أصحاب العمل الإضافي في السنة التقويمية | |
| إرفاق دليل الدعم الشهري | | \$ | | تاريخ التوظيف | |
| دخول إيجار العقارات | | \$ | | تاريخ التوظيف | |
| الأصول: رصيد الحساب الجاري / حساب الادخار لا تشمل أرصدة حسابات المعاش | | \$ | | معلومات عمل الزوجين الإضافية للسنة التقويمية: | |
| معلومات توظيف الزوجين | | رقم الهاتف | | رقم الهاتف | |
| تاريخ التوظيف | | تاريخ الإنهاء | | تاريخ التوظيف | |
| تاريخ الإنهاء | | تاريخ الإنهاء | | تاريخ الإنهاء | |

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه تعد بياناً دقيقاً وصحيحاً لمعلوماتي المالية. كما أقر أيضاً بعدم وجود تغطية تأمينية إضافية لهذا المريض بخلاف ما كان مدرجاً في وقت التسجيل. وأدرك أن تقديم معلومات خطأ سيؤدي إلى رفض طلب أي نوع من المساعدة المالية من مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin. إذا كان يحق لي اتخاذ أي إجراء أو الحصول على تسوية من جهات دافعة لطرف آخر، فسوف أتخذ أي إجراء ضروري أو مطلوب من قبل مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin للحصول على هذا التعويض وسأحال إلى هذا المستشفى، وعند الاستلام سأدفع إلى المستشفى جميع المبالغ المستردة والتي تصل إلى المبلغ الإجمالي للرصيد المستحق على فاتورتتي. وقد يؤدي إخفاقي في التقدم بطلب للحصول على هذا التعويض أو متابعة عملية الطلب أو اتخاذ تلك الإجراءات الضرورية والمطلوبة من قبل مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin بصورة معقولة إلى رفض هذا الطلب. كما أنني أفوض أيضاً مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin بفحص تاريخ الائتمان الخاص بي من خلال مكتب الائتمان إذا لزم الأمر.

تجب إعادة الطلب المكتوب بالكامل بواسطة _____ للنظر فيه.

إرسال إلى مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
اهتمام: المدير المالي

قد يتم رفض الطلب غير المكتمل وإعادته بسبب المعلومات المفقودة

التاريخ

توقيع المريض (الطرف المسؤول)

للاستخدام الإداري فقط

التاريخ

توقيع المعتمدين