



عنوان: Banner Health Financial Assistance Policy for Hospital Patients	
شماره: 770 ، نسخه: 5	تاریخ اصلی: 2019/10/06
قابل اجرا: 2023/06/07	آخرین تاریخ بررسی/بازنگری: 2023/06/07
تاریخ بررسی بعدی: 2026/06/07	نویسندگان: Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
تایید شده توسط: Administrative Policy Committee, Banner Health - Board of Directors, PolicyTech Administrators	
Banner Corporate Banner Medical Group Banner-University Medical Group	Discrete Operating Unit/Facility: Hospitals Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center

اهداف/جمعیت هدف:

- A. هدف: این سیاست و Banner-University Medical Group ("برنامه FA") که در اینجا ذکر شده به منظور ایجاد روشی غیر تبعیض آمیز و سازگار برای ارائه مراقبت‌های اضطراری رایگان یا تخفیف‌دار و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی (غیر اختیاری) در بیمارستان‌های Banner Health ("BH") تنظیم شده است. این سیاست همچنین مقررات مربوط به صورتحساب و وصول مطالبات را برای تمامی خدمات بیمارستانی که به بیماران ارائه و صورتحساب می‌شود، تعیین می‌کند.
- B. جمعیت هدف: تمامی کارکنان.

تعاریف:

- A. Amounts Generally Billed (AGB) - مبلغی که یک بیمارستان به طور معمول برای بیماران بیمه‌شده بابت یک خدمت پوشش داده‌شده صورتحساب می‌کند و با استفاده از روش بازنگری "look-back" تعیین می‌شود، همان‌طور که در CFR 1.501(r) - 5(b)(3) 26 مشخص شده است. درصدهای AGB برای هر بیمارستان به صورت آنلاین در دسترس است در: <https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients-visitors/billing/financial-assistance/agb-summary.yashx>
- B. Balance After Insurance (BAI) - هر مبلغی که پس از نهای شدن پرداخت‌های بیمه توسط بیمار بدهکار باشد (شامل فرانشیزها، همپرداخت‌ها و مشارکت در بیمه). مانده پس از بیمه (BAI) شامل سهم هزینه بیمار Medicaid برای خدمات پوشش داده‌شده نمی‌شود (که توسط ایالت به عنوان مبلغی تعیین می‌شود که بیمار باید پرداخت کند تا واجد شرایط Medicaid باشد)، و BH مجاز به ارائه کمک مالی برای تأمین یا بخشش این مبلغ نیست.
- C. Charity Care - خدمات پوشش داده‌شده‌ای که به بیمار ارائه می‌شود و از او انتظار نمی‌رود هیچ مبلغی بابت آن پرداخت کند.
- D. خدمات پوشش داده‌شده - خدمات پزشکی ضروری که توسط بیمارستان ارائه می‌شود.
- E. مراقبت با تخفیف - خدمات پوشش داده‌شده‌ای که به بیمار ارائه می‌شود و از او انتظار می‌رود مبلغی با تخفیف پرداخت کند.
- F. وضعیت اضطراری - شرایط پزشکی ناشی از شروع ناگهانی یک مشکل سلامتی با علائم حاد که در صورت عدم توجه فوری پزشکی، به‌طور معقولی احتمال دارد سلامت بیمار را به خطر جدی بیندازد، منجر به اختلال جدی در عملکرد بدنی شود یا باعث نقص شدید در هر عضو یا قسمت بدن گردد.
- G. Federal Poverty Level (FPL) - سطح درآمد سالانه برای اندازه‌های مختلف خانوار که توسط دولت فدرال تعیین می‌گردد.
- H. برنامه کمک مالی (برنامه FA) - برنامه BH که ارائه مراقبت خیریه و مراقبت با تخفیف را تنظیم می‌نماید.
- I. بیمارستان - هر بیمارستانی که در مالکیت BH یا اجاره شده باشد (به‌جز بیمارستان‌های واقع در کالیفرنیا).

- J. ارائه دهندگان بیمارستان - پزشکان و سایر کادر پزشکی که خدمات مراقبت‌های اضطراری یا دیگر خدمات پزشکی ضروری را در یک بیمارستان ارائه می‌دهند، همان‌طور که در پیوست A بر اساس گروه یا بخش فهرست شده‌اند.
- K. Medicaid - همه برنامه‌های بیمه عمومی ایالتی که شامل (اما نه محدود به) Medicaid، AHCCCS، CICP و FES می‌باشند.
- L. خانوار نیازمند پزشکی - خانواری که در طی 12 ماه گذشته هزینه‌های پزشکی متحمل شده‌اند و بخشی که خانوار مسئول پرداخت آن است، بیش از ۵۰٪ از کل درآمد سالانه آنها را تشکیل می‌دهد. برای تعیین اینکه آیا یک خانوار، نیازمند پزشکی محسوب می‌شود، تمامی هزینه‌های پزشکی، از جمله هزینه‌های پزشکی غیر از BH، در نظر گرفته می‌شوند.
- M. از نظر پزشکی ضروری - خدماتی که توسط بیمارستان ارائه می‌شوند و تمام معیارهای زیر را برآورده می‌کنند:
1. برای درمان ناخوشی، آسیب، وضعیت خاص، بیماری یا علائم آن مورد نیاز هستند.
 2. با تشخیص و درمان شرایط بیمار سازگار هستند.
 3. بر اساس استانداردهای عملکرد پزشکی مطلوب ارائه می‌شوند.
 4. برای راحتی بیمار یا پزشک بیمار ارائه نمی‌شوند؛ و
 5. مراقبتی را تشکیل می‌دهند که متناسب‌ترین سطح برای بیمار است و بر اساس وضعیت پزشکی بیمار تعیین می‌شود، نه وضعیت مالی یا خانوادگی او.
- خدماتی که توسط بیمارستان برای درمان یک وضعیت اضطراری ارائه می‌شوند، به عنوان خدمات پزشکی ضروری تلقی می‌شوند.
- N. Patient Balance Management (PBM) - واحد عملیاتی BH که مسئول صورتحساب و جمع‌آوری حساب‌های خودپرداخت برای خدمات بیمارستانی، از جمله co-paymentها و فرانشیزها می‌باشد.
0. Self-Pay Rate - ۱۲۵٪ از AGB مربوط به یک خدمت پوشش داده‌شده..
- P. بیمه شخص ثالث- نهادی (شرکت، طرح سلامت شرکتی یا امانی، شرکت بازار سلامت، مزایای پرداخت پزشکی خودرو، جبران خسارت کارگران و غیره) غیر از بیمار (یا ضامن) که تمام یا بخشی از صورتحساب‌های پزشکی بیمار را پرداخت خواهد کرد.
- Q. بیمار تحت پوشش ناکافی - بیماری که تحت پوشش بیمه شخص ثالث قرار دارد اما با محدودیت‌های مالی یا هممسئولیتی از جمله فرانشیزها، co-paymentها و بیمه‌های مشترک مواجه است و هزینه‌های پرداختی از جیب او فراتر از توانایی مالی‌اش می‌باشد.
- R. بیمار بدون بیمه - بیماری که تحت پوشش بیمه شخص ثالث قرار ندارد و در هیچ برنامه بیمه دولتی نیز ثبت‌نام نکرده است. بیمار آن بدون بیمه در ابتدا برای خدمات پوشش داده‌شده، با نرخ خودپرداخت (Self-Pay Rate) شارژ می‌شوند.
- III. سیاست:**
- a. عدم تبعیض. BH مراقبت‌های بهداشتی با کیفیتی را برای همه بیماران بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ، مذهب، جنسیت، مت‌شاء ملی، ناتوانی، سن، گرایش جنسی، هویت جنسیتی، وضعیت کهنه‌سربازی و/یا توانایی پرداخت ارائه می‌دهد.

b. محدوده.

i. خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی. این خط مشی تنها به خدمات پوشش داده شده در بیمارستان های BH اعمال می شود، مشروط بر استثنائاتی که در زیر آمده است.

ii. ارائه دهندگان بیمارستان. همه ارائه دهندگان بیمارستان مشمول این خط مشی نیستند. پیوست A مشخص می کند که کدام ارائه دهندگان بیمارستان بر اساس بخش یا گروه تحت این خط مشی پوشش داده می شوند و کدام یک پوشش داده نمی شوند.

iii. بیمارستان California. مرکز پزشکی Banner Lassen واقع در Susanville, California از این خط مشی مستثنی است. این مرکز توسط Banner Lassen Medical Center Financial Assistance Policy for Hospital Patients اداره می شود (شماره 3658).

iv. مجموعه های غیر بیمارستانی. این خط مشی به مجموعه های غیر بیمارستانی BH (مانند Banner Imaging، مراکز مراقبت فوری Banner) یا ارائه دهندگان غیر بیمارستانی (مانند برخی پزشکان و ارائه دهندگان خدمات پیشرفته) اعمال نمی شود. شیوه های پزشک سلامت Banner / کلینیک ها / سیاست کمک مالی سلامت در منزل (شماره 1455) بر چنین امکانات غیر بیمارستانی BH و ارائه دهندگان غیر بیمارستانی حاکم است.

c. برنامه FA. این سیاست یک برنامه FA در BH ایجاد می کند که بر اساس درآمد خانوار بیمار و مقدار هزینه های پزشکی، صلاحیت بیمار برای مراقبت خیریه یا مراقبت با تخفیف را تعیین می کند. کمک مالی برای خدمات پوشش داده شده برای بیمارانی که شامل موارد زیر می شوند: (1) بیماران بدون بیمه یا بیماران تحت پوشش ناکافی که با راهنمای درآمد خانوار مشخص شده در این سیاست مطابقت دارند و/یا (2) اعضای یک خانوار نیازمند پزشکی هستند.

i. کمک مالی بر اساس درآمد خانوار. بیماران بدون بیمه و بیماران تحت پوشش ناکافی بر اساس درآمد خانوار واجد شرایط دریافت کمک مالی خواهند بود اگر: (1) درآمد خانوار آنها ۴۰۰٪ یا کمتر از سطح فقر فدرال (FPL) باشد و (2) درخواست کمک مالی را تکمیل کنند یا به عنوان واجد شرایط مشروط تعیین شوند (به بخش D.iv.111 این خط مشی مراجعه کنید). مقدار کمک مالی که BH به بیماران بدون بیمه و بیماران تحت پوشش ناکافی تأیید شده ارائه می دهد، مطابق با جداول زیر تعیین می گردد:

بیمارستان ها در ایالت های غیر از Colorado		
تخفیف اعمال شده - تخفیف اعمال شده - بدون بیمه	تخفیف اعمال شده - تخفیف اعمال شده - بدون بیمه	درآمد خانوار
تحت پوشش ناکافی	تخفیف 100٪ AGB	تخفیف 100٪ AGB تخفیف 100٪ BAI
تخفیف 100٪ BAI	تخفیف 75٪ AGB	200٪ - 300٪ سطح فقر فدرال
تخفیف 75٪ BAI	تخفیف 50٪ AGB	< 300٪ - 400٪ سطح فقر فدرال

بیماران Colorado که در بیمارستانی در Colorado تحت درمان قرار می‌گیرند، ممکن است واجد شرایط تخفیف‌های بیشتری بر اساس قانون HB 21-1198 Colorado (الزامات صورتحساب خدمات سلامت برای بیماران نیازمند) باشند.

Colorado - بیمارستان‌ها		
تخفیف اعمال شده بدون بیمه	تخفیف اعمال شده - تحت پوشش ناکافی	درآمد خانوار
100% تخفیف	100% تخفیف BAI	تخفیف 100% AGB تخفیف BAI 100%
Colorado Discounted Care Pricing (CDCP) در صورت تأیید. اگر برای CDCP تأیید نشده باشد، 75% تخفیف AGB	Colorado Discounted Care Pricing (CDCP) در صورت تأیید. اگر برای CDCP تأیید نشده باشد، 75% تخفیف BAI	200% - 250% زیر خط فقر
75% تخفیف AGB	75% تخفیف BAI	< 250% - 300% سطح فقر فدرال
50% تخفیف AGB	50% تخفیف BAI	< 300% - 400% سطح فقر فدرال

ii. **Financial Assistance Based on Medically Indigent Household Status**. بیماران بدون بیمه و بیماران تحت پوشش ناکافی ممکن است بر اساس وضعیت خانوار نیازمند پزشکی واجد شرایط دریافت کمک مالی شوند اگر: (1) بیمار عضو یک خانوار نیازمند پزشکی باشد و (2) بیمار درخواست تکمیل‌شده‌ای برای دریافت این کمک مالی ارائه دهد.

- بیماران بدون بیمه و بیماران تحت پوشش ناکافی با درآمد خانوار 400% یا کمتر از سطح فقر فدرال (FPL) بیماران بدون بیمه و بیماران تحت پوشش ناکافی که بر اساس درآمد خانوار طبق بخش C.I.111 این سیاست کمک مالی دریافت می‌کنند، ممکن است همچنین واجد شرایط دریافت کمک مالی بر اساس وضعیت خانوار نیازمند پزشکی شوند، اگر پس از اعمال تخفیف طبق بخش III.C.1، خانوار هنوز هم خانوار نیازمند پزشکی محسوب شود. در صورت تأیید، BH به چنین بیمارانی تخفیف 75% از مانده بدهی بیمار ارائه می‌دهد.

- بیماران بدون بیمه با درآمد خانوار بالاتر از 400% FPL. بیماران بدون بیمه با درآمد خانوار بالاتر از 400% سطح فقر فدرال (FPL) در ابتدا برای خدمات پوشش داده‌شده با نرخ خودپرداخت شارژ می‌شوند. BH به بیماران بدون بیمه که به‌عنوان عضو یک خانوار نیازمند پزشکی واجد شرایط هستند، تخفیف 75% از نرخ خودپرداخت برای خدمات پوشش داده‌شده ارائه می‌دهد.

- بیماران تحت پوشش ناکافی با درآمد خانوار بالاتر از 400% FPL. BH به بیماران تحت پوشش ناکافی که برای کمک مالی بر اساس عضویت در یک خانوار نیازمند پزشکی تأیید شده‌اند، تخفیف 75% از مانده پس از بیمه (BAI) ارائه می‌دهد.

iii. **حداکثر هزینه برای بیماران واجد شرایط**. بیماران بدون بیمه یا بیماران تحت پوشش ناکافی که واجد شرایط دریافت کمک مالی طبق این خط مشی هستند، بیشتر از AGB برای خدمات پوشش داده‌شده هزینه نمی‌کنند. در صورتی که

استفاده از جداول بخش C.i.111 در مورد خدمات تحت پوشش نتیجه‌ای بیش از AGB ایجاد کند، هزینه چنین خدمات تحت پوششی به AGB کاهش می‌یابد.

iv. درخواست کمک مالی. در صورتی که به‌عنوان واجد شرایط مشروط برای کمک مالی طبق بخش **D.iv.111** زیر تعیین شوند، بیماران باید برای دریافت کمک مالی درخواست کنند. بیماران می‌توانند درخواست کمک مالی را به‌صورت حضوری در بیمارستان دریافت کرده یا از طریق وبسایت BH به آن دسترسی پیدا کنند. بیماران همچنین می‌توانند با تماس با شماره 1-888-264-2127 درخواست کنند تا یک فرم درخواست برای آن‌ها ارسال شود. تمام درخواست‌های کمک مالی باید به‌صورت حضوری به بیمارستان تحویل داده شوند، به آدرسی که در فرم درخواست ذکر شده است ارسال شوند، یا طبق دستورالعمل‌های موجود در وبسایت BH ارائه گردند.

v. تأیید درآمد/توانایی پرداخت

- درآمد بیمار با استفاده از موارد زیر تأیید می‌شود که باید توسط بیمار ارائه گردد:
 - برگ‌های مالیاتی درآمد سال گذشته،
 - 3 فیش حقوقی اخیر؛ و/یا
 - 3 صورت‌حساب اخیر حساب‌های پس‌انداز و جاری.
- اگر بیمار هیچ درآمد مستند شده‌ای نداشته باشد و/یا ملزم به ارائه اظهارنامه مالیاتی در ایالات متحده نباشد (برای مثال، یک بیمار بازنشسته)، BH ممکن است توانایی بیمار در پرداخت را با مقایسه بدهی او با حقوق مالکانه‌اش ارزیابی کند. بدهی شامل تمام هزینه‌های ماهانه مانند مسکن، خودرو، مراقبت‌های بهداشتی و غیره می‌باشد. حقوق مالکانه شامل دارایی‌های نقدی (نقد، سهام، اوراق قرضه و سایر دارایی‌هایی که می‌توانند در مدت 7 روز به وجه نقد تبدیل شوند) برای پوشش صورت‌حساب‌های معوق. BH به بیمارانی که نسبت بدهی به حقوق مالکانه آن‌ها بیش از 50٪ باشد، همان تخفیفی را ارائه می‌دهد که به بیماران واجد شرایط دریافت کمک مالی بر اساس وضعیت خانوار نیازمند پزشکی تعلق می‌گیرد.

vi. اطلاعیه تعیین واجد شرایط بودن. پس از تعیین صلاحیت برای برنامه FA، چه بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شود و چه غیر واجد شرایط، BH اطلاعیه کتبی از تصمیم خود را به آخرین آدرس شناخته‌شده بیمار ارسال می‌کند.

vii. اعمال تخفیف‌های کمک مالی.

- بیمارانی که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند، تخفیف قابل اعمال برای کلیه خدمات تحت پوشش دریافت‌شده را دریافت می‌کنند: (i) در 12 ماه گذشته از تاریخ واجد شرایط شدن و (2) در 180 روز پس از تاریخ واجد شرایط شدن.
- بیمارانی که درخواست کمک مالی داده و تأیید شده‌اند اما حداقل 5\$ بیشتر از قیمت تخفیف‌خورده برای خدمات پوشش داده‌شده پرداخت کرده‌اند، مبلغ اضافی پرداختی به آن‌ها بازپرداخت می‌شود.

d. صورتحساب و وصول مطالبات BH می‌تواند هر گونه اقدام قانونی و تمامی اقدامات وصول مطالبات فوق‌العاده ("ECAs") را برای دریافت مبلغ خدمات ارائه‌شده که پرداخت آن‌ها تا 120 روز پس از تاریخ اولین صورتحساب انجام نشده است (دوره اطلاع‌رسانی)، اتخاذ کند. اقدامات وصول مطالبات فوق‌العاده (ECAs) شامل، اما محدود به موارد زیر نیستند:

محدود به ثبت شکایت قانونی، ثبت وثیقه، و گزارش بدهی‌ها به شرکت‌های اعتباری.

- i. سپرده‌ها. بیمارستان ممکن است قبل از ارائه هرگونه خدمات به یک بیمار بدون بیمه و دیعه درخواست کند، به استثنای خدمات اضطراری که نیاز به دیعه ندارند. تمام بیماران بدون بیمه باید از دسترسی به کمک مالی مطلع شوند و در صورت درخواست، فرم درخواست به آن‌ها ارائه گردد.
 - ii. حساب تک بیمار. زمانی که یک بیمار بیش از یک صورتحساب معوق دارد، BH می‌تواند صورتحساب‌های معوق را به یک صورتحساب واحد تجمیع کند. با این حال، هیچ اقدام جمع‌آوری فوق‌العاده (ECA) برای هیچ خدمتی تا پایان دوره اطلاع‌رسانی برای آن خدمت خاص آغاز نمی‌شود.
 - iii. اطلاعیه صورتحساب معوق. در طی دوره اطلاع‌رسانی، BH صورتحساب‌های مربوط به هزینه‌ها را به بیماران (و ضامنان، در صورت وجود) به آخرین آدرس شناخته‌شده ارسال خواهد کرد. صورتحساب شامل موارد زیر خواهد بود:
 - خلاصه‌ای از خدمات پوشش داده‌شده در صورتحساب؛
 - هزینه‌های واقعی برای هر خدمت (از جمله مبالغی که از ارائه دهنده بیمه شخص ثالث دریافت می‌شود)؛
 - مبلغی که باید توسط بیمار (یا ضامن) برای هر خدمت پرداخت شود و
 - یک اطلاعیه کتبی که گیرنده را از دسترسی به کمک مالی تحت برنامه FA مطلع می‌کند، همراه با خلاصه‌ای به زبان ساده از برنامه FA و اطلاعات مربوط به نحوه درخواست کمک مالی (مدرک خلاصه شده به زبان ساده).
- BH همچنین می‌تواند ایمیل‌ها و پیامک‌هایی به بیماران (و ضامنان) ارسال کند که آن‌ها را از مانده معوق خود مطلع کرده و فرصتی برای بررسی صورتحساب‌ها به‌صورت دیجیتال فراهم کند.
- iv. صلاحیت احتمالی برای کمک مالی. قبل از شروع هرگونه ECA، BH به‌طور مستقیم یا از طریق یک فروشنده ثالث تعیین می‌کند که آیا بیمار/ضامن بر اساس درآمد خانوار به‌طور پیش‌فرض واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا خیر. چنین تصمیمی مطابق با واجد شرایط بودن فرضی برای کمک مالی پیشرفته در فرایند بیماران بدون بیمه انجام خواهد شد. اگر بیمار/ضامن بر اساس درآمد خانوار واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، بیمار/ضامن ملزم به پر کردن درخواست نیست و تخفیف‌های مندرج در بخش C.i.111 به‌طور خودکار مطابق با بخش C.vii.111 این خط‌مشی به حساب اعمال می‌شود. با این حال، اگر بیمار/ضامن قبلاً برای هر یک از خدمات تحت پوشش که تخفیف برای آن‌ها اعمال می‌شود، پولی پرداخت کرده باشد، بیمار/ضامن باید برای برنامه FA درخواست دهد و تأیید شود تا تخفیف برای آن خدمات اعمال گردد.
 - v. Final Collection Efforts Prior to ECA. قبل از شروع هر ECA، BH صورتحسابی را به آخرین آدرس شناخته‌شده بیمار (و/یا ضامن) ارسال می‌کند که دریافت‌کننده را از ECAهای خاصی که BH قصد انجام آن‌ها را دارد مطلع می‌سازد، در صورتی که تا آخرین روز دوره اطلاع‌رسانی، بیمار/ضامن موارد زیر را انجام ندهد: (1) برای کمک مالی تحت برنامه FA درخواست دهد؛ (2) کل مبلغ را بپردازد؛ یا (3)

با BH یک قرارداد پرداخت بنویسد. این صورت حساب شامل خلاصه سند به زبان ساده است و حداقل 30 روز قبل از پایان دوره اطلاع رسانی ارسال می شود. BH همچنین باید تلاش معقولی برای اطلاع شفاهی به بیمار درباره برنامه کمک مالی (FA) و نحوه دریافت کمک برای فرآیند درخواست این برنامه انجام دهد.

- اگر بیمار/ضامن یک درخواست کامل برای کمک مالی تحت برنامه FA ارسال کند، BH تا زمانی که درخواست در حال بررسی است، هیچ ECA را آغاز نمی کند.
- اگر بیمار/ضامن یک درخواست ناقص برای کمک مالی تحت برنامه FA ارائه دهد، BH به بیمار/ضامن زمان معقولی می دهد تا اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل درخواست را ارائه کند. اگر بیمار/ضامن نتواند اطلاعات درخواستی را تا مهلت تعیین شده ارائه دهد، BH ممکن است ECA را آغاز کند.
- اگر بیمار/ضامن پس از شروع ECA درخواست کاملی برای کمک مالی تحت برنامه FA ارائه دهد، این ECA تا زمانی که BH تصمیم نهایی را در مورد واجد شرایط بودن بیمار/ضامن برای برنامه FA اتخاذ نکند، به حالت تعلیق درمی آید.
- اگر بیمار/ضامن با BH یک توافق پرداخت برقرار کرده باشد، BH ممکن است پس از سه پرداخت متوالی از دست رفته، ECA را آغاز کند.

e. حذف مطالبات و تعدیلات.

i. واجد شرایط بودن. صرف نظر از اینکه بیمار تحت برنامه کمک مالی (FA) واجد شرایط باشد یا نه، BH به بیماران بدون بیمه ۱۰۰٪ تخفیف برای خدمات تحت پوشش ارائه می دهد و برای هر بیمار با پوشش بیمه ناکافی، BAI را لغو خواهد کرد، اگر:

- بیمار ظرف 12 ماه پس از ارائه خدمات تحت پوشش در Medicaid ثبت نام کند؛ یا
- بیمار در زمان ارائه خدمات تحت پوشش در Medicaid ثبت نام کند، اما بودجه Medicaid برای پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش در دسترس نباشد یا Medicaid پوشش خدمات تحت پوشش را رد کند.

ii. مرجم تأیید برای حذف مطالبات. تمام حذف مطالبات و تعدیلات باید مطابق با موارد زیر تأیید شوند:

- حذف مطالبات/تعدیلات تا سقف \$5,000: باید توسط مدیر PBM تأیید شود.
- حذف مطالبات/تعدیلات به مبلغ \$5,000 و بیشتر: باید توسط مدیر PBM تأیید شود. مدیر PBM ممکن است این اختیار را به مدیر مالی بیمارستان (CFO) واگذار کند.

f. حفظ حق درخواست بازپرداخت هزینه ها از اشخاص ثالث. اگر هر شخص ثالثی از نظر قانونی مسئول پرداخت بخشی از صورت حساب BH بیمار شناخته شود، BH طبق نرخ قراردادی یا دولتی قابل اعمال، به دنبال بازپرداخت کامل تمامی هزینه های متحمل شده توسط بیمار از آن شخص ثالث خواهد بود، و در صورتی که نرخ قراردادی یا دولتی قابل اعمال وجود نداشته باشد، طبق نرخ خودپرداخت (Self-Pay Rate)، صرف نظر از اینکه آیا کمک مالی به بیمار تحت برنامه FA ارائه شده است یا خیر، اقدام خواهد کرد.

g. خدمات خارج از شبکه و رد شده. بیماران خارج از شبکه و بیمارانی که ادعاهای آنها توسط شرکت بیمه خصوصی‌شان رد شده است، در ابتدا برای تمام خدمات تحت پوشش با نرخ خودپرداخت (Self-Pay Rate) شارژ می‌شوند.

.IV رویه‌ها/مداخلات:

A. N/A

.V مستندات رویه‌ای:

A. N/A

.VI اطلاعات اضافی:

A. N/A

.VII مراجع:

- A. Patient Protection and Affordable Care Act, Section 9007
- B. Internal Revenue Code, Section 501(r)
- C. Colorado Indigent Care Program, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 through §1.501(r)-7
- E. Notice 2015-46, Internal Revenue Bulletin 2015-28 (July 13, 2015)
- F. 79 Fed Reg 78954-79016

.VIII سایر خط مشی‌ها/ رویه‌های مرتبط:

- A. Banner Lassen Medical Center Financial Assistance Policy for Hospital Patients (3658#)
- B. Banner Health Non-Hospital Facilities Financial Assistance Policy (#1455)

.IX کلمات و عبارات کلیدی:

- A. برنامه کمک مالی
- B. برنامه کمک به بیمار
- C. بیماران بدون بیمه
- D. صدور صورت حساب
- E. وصول مطالبات
- F. مراقبت‌های خیریه
- G. تخفیف خود پرداخت

.X پیوست:

- A. لیست ارائه‌دهندگان بیمارستان

ضمیمه A

لیست ارائه‌دهندگان بیمارستان

فهرست زیر شامل ارائه‌دهندگان بیمارستانی است که به تفکیک بخش یا گروه، خدمات بهداشتی و درمانی ضروری را در بیمارستان‌های BH ارائه می‌دهند و مشخص می‌کند کدام یک از این ارائه‌دهندگان بیمارستانی تحت پوشش این خط مشی قرار دارند.

بخش یا گروه	تحت پوشش	غیر تحت پوشش
گروه پزشکی Banner - صرفاً شاعل در بیمارستان‌ها	X	
Banner University Medical Group - Hospitalists	X	
پزشکان بیمارستان‌ها غیر شاعل در Banner 1		X
گروه پزشکی Banner - متخصصان مراقبت‌های ویژه	X	
گروه پزشکی دانشگاه Banner - متخصصان مراقبت‌های ویژه	X	
متخصصان مراقبت‌های ویژه غیر شاعل در Banner 1		X
گروه پزشکی Banner - متخصصان 2	X	
گروه پزشکی دانشگاه Banner - متخصصان 2	X	
Banner MD Anderson - متخصصان 2	X	
Banner Alzheimer's Institute - Specialist s ²	X	
غیر شاعل در Banner - متخصصان 2		X
گروه پزشکی دانشگاه Banner - متخصصان بیهوشی	X	
غیر شاعل در Banner 1 - متخصصان بیهوشی		X
گروه پزشکی Banner - پزشکی از راه دور	X	
گروه پزشکی دانشگاه Banner - پزشکی از راه دور	X	
Banner MD Anderson - متخصصان 2	X	
Banner Alzheimer's Institute - Specialist s ²	X	
غیر شاعل در Banner پزشکی از راه دور 1		X
Banner Behavioral Health Providers	X	
Banner Health Ground Ambulance Services	X	
Non-Banner Health Ground Ambulance Services		X

این ضمیمه به صورت سه ماهه بررسی می‌شود و در صورت لزوم به روز می‌شود. اصلاحات فهرست ارائه‌دهندگان بیمارستانی موجود در این پیوست نیازی به تأیید هیئت مدیره BH ندارد.

¹ ارائه‌دهندگان غیر Banner که با Banner برای ارائه خدمات صورت حساب قرارداد دارند به عنوان نهادهای تحت پوشش در نظر گرفته می‌شوند.

² متخصصان شامل موارد زیر می‌شوند، اما محدود به این‌ها نیستند: اورژانس، جراحان، رادیولوژیست‌ها، بخش زایمان و ارائه‌دهندگان خدمات تروما.