

PAS35B	المعرف
السياسة	نوع المستند
الشبكة CVPH/AHMC/ECH	نوع التطبيق
مدير الوصول إلى المرضى	المسمي الوظيفي للملك
VP Network Revenue Cycle	المسمي الوظيفي للمسؤول المعتمد
2024/20/10	تاريخ السريان
2025/31/10	تاريخ المراجعة القادمة



University of Vermont Health

العنوان: تقيد الرسوم (AGB) و HFAL

الغرض: وضع سياسة وإجراءات لتحديد المبالغ المُحصّلة من المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية.

بيان السياسة: وفقاً لواحة هيئة الإيرادات الداخلية (IRS 501r)، فإن شركاء مستشفيات نيويورك التابعين لشبكة The University of Vermont Health Network، سيقومون بحصر الرسوم المفروضة على المرضى المؤهلين ضمن برنامج المساعدة المالية في حدود المبالغ المفروضة عادةً (AGB) للمرضى المؤمن عليهم لقاء الرعاية الطارئة أو غيرها من الرعاية الطبية الضرورية. وبموجب قانون ولاية نيويورك k-2807 PHL، تُطبق قيود إضافية على المريض غير المؤمن عليه.

تنطبق السياسة على شركاء شبكة جامعة فيرمونت الصحية (UVMHN) التالية:

Elizabethtown Community Hospital
75 Park Street
Elizabethtown, NY 12932

Alice Hyde Medical Center
133 Park Street
Malone, NY 12953

Champlain Valley Physicians Hospital
75 Beekman Street
Plattsburgh, NY 12901

الإجراء:

1. يتعمّن على شركاء مستشفيات نيويورك التابعين لشبكة The University of Vermont Health Network، احتساب المبلغ المفروض عادةً للمرضى المؤمن عليهم سنويًا، وحصر المبالغ المفروضة للمرضى لقاء الخدمات المؤهلة للحصول على المساعدة المالية ضمن هذا الحد. سيتم احتساب المبلغ المفروض عادةً (AGB) في شهر أكتوبر، وبطبيعة الحال على جميع الخدمات المقيدة خلال السنة المالية الجديدة.

2. يتعمّن على شركاء مستشفيات نيويورك التابعين لشبكة UVMHN استخدام طريقة المراجعة اللاحقة لاحتساب المبلغ المفروض عادةً (AGB)، على أن يشمل ذلك الجهات الدافعة الحكومية والتجارية، وبشكل محدد: برنامج Medicare ACO، وبرنامج Medicare Advantage، وبرنامج Medicare Advantage ، وجهات التأمين التجاري/الخاص.

3. وبموجب لواحة هيئة الإيرادات الداخلية (IRS)، يتعمّن على شركاء مستشفيات نيويورك التابعين لشبكة UVMHN إدراج جميع المطالبات المسموح بها للسنة المالية السابقة، بما في ذلك الرسوم المترتبة على المريض. تشمل المطالبات الخاصة للمراجعة تلك التي تم سدادها خلال فترة الاثني عشر - شهراً، وليس الخدمات التي قُدمت خلال تلك الفترة الزمنية. إذا لم تتم تسوية المطالبة بشكل نهائي بحلول اليوم الأخير من فترة الاثني عشر - شهراً، فإن الدرج ضمن احتساب السنة المالية الحالية.

4. وعند احتساب المبلغ المفروض عادةً (AGB)، يتم تضمين كامل المبلغ المسموح به من قبل شركة التأمين، بالإضافة إلى المبلغ الذي يلتزم المريض بسداده. يشمل ذلك مبالغ المشاركة في الدفع والتأمين المشترك والخصومات.

5. ولضمان إدراج الرسوم/الخدمات التي تتضمن تسوية مسموح بها فقط، سيقوم شركاء مستشفيات نيويورك التابعين لشبكة UVMHN بتحفيض إجمالي المبلغ المسموح به بما يقابل التعديلات الناتجة عن غياب التفويض المسبق. هذه الرسوم غير مقبولة من جهة الدافع، ويتم تعديلها على مستوى إجمالي الرسوم.

6. ويشمل الاحتساب كامل المبلغ المسموح به من قبل جهة التأمين، مطروحاً منه التعديلات الإدارية الخاصة بغياب التفويض، ثم يُقسم هذا المبلغ على إجمالي الرسوم المفروضة لتلك المطالبات.

7. الاحتساب للسنة المالية 2024 (من 1 أكتوبر 2023 حتى 30 سبتمبر 2024) هو الحد الأدنى من المبلغ الواجب منحه للمؤهلين للحصول على المساعدة المالية:

%64	:Champlain Valley Physicians Hospital	.a
%44	:Alice Hyde Medical Center	.b
%51	:Elizabethtown Community Hospital	.c

وفقاً لقانون ولاية نيويورك، سيحصل كل من المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم على حد أدنى من الخصومات استناداً إلى احتساب HFAL الموضع أدناه. وعلى الرغم من أن ذلك غير مطلوب بموجب القانون، فإن سياستنا ستطبق أفضل معدل مدمج من المستشفيات الثلاثة الشريكية، مع تعديل وضع كل من المرضى غير المؤمن عليهم وذوي التأمين غير الكافي عبر المستشفيات الثلاثة التابعة لشبكة UVMHN.

مستوى الدخل	الدفع
أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	إغفاء من جميع الرسوم
من 200% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	المرضى غير المؤمن عليهم: مقاييس تدرجية يصل إلى 10% من المبلغ الذي كانت ستدفعه لبرامح Medicaid لقاء الخدمة/الخدمات.
من 301% إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى 10% من المبلغ الذي كان سينتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.
المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سينتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.	المرضى غير المؤمن عليهم: مقاييس تدرجية يصل إلى 20% من المبلغ الذي كانت ستدفعه لبرامح Medicaid لقاء الخدمة/الخدمات.
المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سينتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.	المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سينتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.

9. الاحساب للمعدل المدمج لمستشفيات AHMC، CPHV، ECH للسنة المالية 2025 هو:

- (a) المرضى المؤمن عليهم والمؤهلون يحصلون على المنح التالية بناءً على مستوى خط الفقر الفيدرالي (FPL) (ولا يلزم تحديد حالة نقص التأمين لأن الخصومات تتجاوز الحدود الدنيا التي يفرضها القانون):
- أقل من 250% بناءً على مستوى الفقر الفيدرالي خصم بنسبة 100% من المبالغ المستحقة بعد التأمين.
 - أقل من 300% بناءً على مستوى الفقر الفيدرالي 10% بحد أقصى من للمبالغ المستحقة بعد التأمين.
 - أقل من 400% بناءً على مستوى الفقر الفيدرالي 20% بحد أقصى من للمبالغ المستحقة بعد التأمين.

- (b) المرضى غير المؤمن عليهم والمؤهلون يحصلون على المنح التالية بناءً على مستوى خط الفقر الفيدرالي (FPL):
- أقل من 250% بناءً على مستوى خط الفقر الفيدرالي خصم بنسبة 100%.
 - أقل من 300% بناءً على مستوى خط الفقر الفيدرالي خصم بنسبة 98%.
 - أقل من 400% بناءً على مستوى خط الفقر الفيدرالي خصم بنسبة 96%.

10. وفي حالة الاكتشاف المتأخر للأهليّة، وامتنالاً لقواعد الملاذ الآمن، يتعين على جميع المستشفيات رد أي مبالغ مدفوعة من المرضى تزيد على المبلغ المفوترة عادةً (AGB) لقاء رعاية كان من الممكن أن تتعذر مؤهلة للحصول على المساعدة، وذلك خلال فترة 240 يوماً من تاريخ الموافقة على الطلب. ملاحظة: يجوز تطبيق الدفعات الزائدة على أرصدة أخرى مفتوحة قبل مباشرة إجراءات رد المبالغ إلى المريض.

خطة المتابعة:

المراجعات السنوية
مراجعة أئمّة السجل الصحي الإلكتروني

التعريفات:

التسوية الإدارية: تعديل أو شطب للرسوم على الحساب، مثل غياب التقويض المسبق، وغيرها.

المبلغ المسموح به: الحد الأقصى من المدفوعات الذي يغطيه برنامج التأمين لقاء خدمة رعاية صحية مشمولة.

إجمالي الرسوم: المبلغ الكامل المفروض على الخدمة المقدمة قبل إجراء أي تسويات أو خصومات.

تقيد الرسوم: يجب على كل مستشفى معفى من الضرائب أن يقتد المبلغ المفوترة عادةً لقاء الرعاية الطارئة أو الرعاية الطبية الضرورية الأخرى المقدمة للمرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بحيث لا يتجاوز المبالغ المفوترة عادةً للمرضى المؤمن عليهم، ولا يجوز استخدام الرسوم الإجمالية كأساس للفوترة.

طريقة المراجعة اللاحقة: مراجعة بأثر رجعي لجميع المطالبات التي سددتها جهات التأمين خلال السنة المالية السابقة.

السياسات ذات الصلة:

PAS1B برنامج المساعدة المالية

المراجع:

:(4)®501IRC §
IRC § 501®(5):
IRC § 501®(6):
NYS PHL§2807k

المراجعون:

AHMC/CVPH، نائبة مساعدة للرئيس لدوره الإيرادات في Katherine A Peterson
AHMC، مدير حسابات المرضى في Susan Vogelzang
ECH/PMC، مدير خدمات الشؤون المالية للمرضى في Christine Cook
CVPH، مدير التدقيق الداخلي والامتثال المؤسسي في Kirsten Pope
CVMC/ECH/PMC/UVMMC، نائبة مساعدة للرئيس لشئون وصول المرضى في Shannon Lonergan

المالك: Melissa LaMountain، المديرة الإقليمية لوصول المرضى

المسؤول المعتمد: VP Network Revenue Cycle