

ชื่อยา	นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการทางการแพทย์	รหัสนโยบาย	179
คำค้นหา	ผู้ป่วย การเงิน ความช่วยเหลือ การกุศล การดูแล จำเป็น บริการ NSA ยกเว้น การยกเว้นความช่วยเหลือทางการเงิน FAA		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

เพื่อกำหนดนโยบายการบริหารจัดการความช่วยเหลือทางการเงินของ Dartmouth Health (DH) สำหรับโปรแกรมการให้บริการทางการแพทย์ นโยบายนี้สรุปประเด็นสำคัญในเรื่องที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ ที่สถานพยาบาลของ DH ทั้งหมด ดังต่อไปนี้

- เกณฑ์การได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงิน
- วิธีที่ผู้ป่วยสามารถสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้
- เกณฑ์พื้นฐานในการคำนวณยอดเงินที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิความช่วยเหลือด้านการเงินภายใต้นโยบายนี้ และข้อจำกัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือความจำเป็นด้านการดูแลทางการแพทย์อื่น ๆ
- มาตรการของ DH ในการเผยแพร่ นโยบายภายในพื้นที่ชุมชนที่ให้บริการ

นโยบายนี้จัดทำขึ้นตามข้อกำหนดของ NH RSA 151:12-b ของประมวลกฎหมายด้านภาษีอากรตามมาตรา 501(r) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยและการบริหารที่เสียได้ปี 2010 ซึ่งอาจมีการปรับปรุงเนื้อหาเป็นครั้งคราวตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

II. ขอบเขตของนโยบาย

นโยบายนี้ใช้กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ของ DH ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของ DH ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ และผู้ให้บริการของ DH จะส่งบิลไปเรียกเก็บเงินภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ การขอรับ “ความช่วยเหลือทางการเงิน” จะเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ ในสถานพยาบาลของ DH ผ่านผู้ให้บริการใด ๆ ที่ได้รับการว่าจ้าง โดย DH

III. เอกสารที่ไม่เลือกปฏิบัติ

Dartmouth Health มีได้แบ่งแยกสิทธิขั้นพื้นฐานของเชื้อชาติ, สี, เพศ, รสนิยมทางเพศ, อัตลักษณ์ทางเพศ, สถานะการสมรส, ศาสนา, วงศ์ตระกูล, ชนชาติกำเนิด, สิทธิในความเป็นพลเมือง, สถานะการอพยพ, ภาษาหลัก, ความทุพพลภาพ, สถานะทางการรักษาหรือข้อมูลด้านกรรมพันธุ์ในด้านการจัดหาความช่วยเหลือทางการเงินหรือการใช้นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วย

IV. คำจำกัดความ

ความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือเป็นที่รู้จักในด้าน “การบริการเพื่อการสงเคราะห์”):

เงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์ฟรี หรือให้อัตราส่วนลดแก่บุคคลที่มีสิทธิตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายใต้นโยบายนี้

ครอบครัว ตามคำจำกัดความของสำนักสำมะโนประชากรสหรัฐ หมายถึงกลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ร่วมกันและมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด, การสมรส หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม

- จะใช้กฎหมายของรัฐเกี่ยวกับการสมรสหรือความสัมพันธ์แบบคู่ชีวิต และแนวทางของรัฐบาลกลาง เพื่อระบุว่าบุคคลนั้นถือเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่
- ในกรณีของผู้สมัครขอรับความช่วยเหลือที่มีรายได้จากการดูแลผู้ใหญ่ที่ทุพพลภาพภายในบ้าน ผู้ใหญ่ที่ทุพพลภาพจะถือเป็นสมาชิกในครอบครัว และรายได้ดังกล่าวจะถูกนำมาพิจารณาด้วย
- หลักเกณฑ์ของหน่วยงานจัดเก็บภาษีอากรที่กำหนดเกี่ยวกับบุคคลที่ถือเป็นผู้พึ่งพาเพื่อใช้คำนวณภาษีจะถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบขนาดครอบครัวเพื่อการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน

ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์: เงื่อนไขความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อให้บริการที่จำเป็นทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ DH ให้ครบถ้วน เนื่องจากไม่มีเอกสารสนับสนุน หรือไม่มีการตอบกลับจากผู้ป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือนั้น

จะพิจารณาจากปัจจัยแวดล้อมในชีวิตของแต่ละคนที่แสดงถึงความต้องการตามความจำเป็นด้านการเงิน ไม่มีความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์สำหรับยอดคงเหลือหลังจากที่ Medicare จ่ายให้

ครัวเรือน: กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกันเป็นหลัก และมีความเกี่ยวข้องกันตามกฎหมาย (ทางสายเลือด, การสมรส, การรับเป็นบุตรบุญธรรม) รวมทั้งบิดามารดาที่ไม่ได้สมรสกันแต่มีบุตรซึ่งอยู่ในการดูแลร่วมกัน ครัวเรือนของผู้ป่วย รวมถึงตัวผู้ป่วย, คู่สมรส, บุตรที่อยู่ภายใต้การดูแล, คู่ชีวิตที่ไม่ได้สมรสกัน แต่มีบุตรที่อยู่ภายใต้การดูแลร่วมกันและอาศัยในชายคาเดียวกัน, คู่รักเพศเดียวกัน (สมรสหรือเป็นคู่ชีวิต) และบิดามารดาที่ใช้สิทธิการลดหย่อนเงินภาษีสำหรับบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว

รายได้ครัวเรือน: ที่ได้อธิบายไว้ตามแนวทางเกี่ยวกับระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL) ซึ่งเผยแพร่เป็นประจำทุกปีโดยกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐนั้น จะพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้

- รายได้, เงินชดเชยกรณีว่างงาน, เงินชดเชยแรงงาน, เงินประกันสังคม, รายได้เสริมด้านความปลอดภัย, ความช่วยเหลือจากภาครัฐ, เงินสวัสดิการทหารผ่านศึก, สิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ทายาทกรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต, บำนาญหรือรายได้จากการเกษียณอายุ, ดอกเบี้ย, เงินปันผล, ค่าเช่า, ค่าลิขสิทธิ์, รายได้จากทรัพย์สิน, ทรัสต์, ความช่วยเหลือด้านการศึกษา, ค่าเลี้ยงดู, ค่าเลี้ยงดูบุตร, ความช่วยเหลือจากภายนอกครัวเรือน และแหล่งรายได้เล็กน้อยอื่น ๆ
- สิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่เงินสด (เช่น แสตมป์อาหาร และเงินช่วยเหลือสำหรับที่อยู่อาศัย ไม่ได้ อยู่ในเกณฑ์การพิจารณานี้)
- รายได้ก่อนหักภาษี
- รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (ผู้ไม่ใช่ญาติ เช่น คนที่อาศัยในชายคาเดียวกันจะ ไม่ได้ ถูกพิจารณาด้วย)

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ: ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือแหล่งชำระเงินจากบุคคลภายนอกอื่นใด สำหรับบริการทางการแพทย์

ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพไม่เพียงพอกับความจำเป็นทางการแพทย์: ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพหรือแหล่งชำระเงินจากภายนอกบางส่วน แต่ยังมีค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเองเกินกว่าความสามารถในการชำระเงินของตนเองตามที่กำหนดไว้ในนโยบายนี้

ค่าใช้จ่ายรวม:

ค่าใช้จ่ายโดยรวมในอัตราปกติที่กำหนดไว้ของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย

สถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์: ภายใต้คำจำกัดความในมาตรา 1867 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม (42 U.S.C. 1395dd) หมายถึงสภาวะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นฉับพลันและรุนแรงพอสมควร (รวมถึงอาการปวดอย่างรุนแรง) ที่หากไม่ได้รับการดูแลทางการแพทย์ในทันทีแล้ว อาจมีผลดังนี้

- ทำให้สุขภาพของบุคคล (หรือสุขภาพของสตรีที่ตั้งครรภ์, สุขภาพของแม่หรือเด็กในครรภ์) ได้รับผลกระทบที่ร้ายแรง
- ส่งผลกระทบท่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายอย่างรุนแรง

- ทำให้อวัยวะหรือร่างกายบางส่วนทำงานผิดปกติอย่างรุนแรง
- ในกรณีของสตรีที่ตั้งครรภ์:
 - มีเวลาไม่พอที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่นอย่างปลอดภัยก่อนคลอดได้
 - อาจเกิดอันตรายต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของสตรีหรือเด็กในครรภ์

ความจำเป็นทางการแพทย์: ตามคำจำกัดความของ Medicare หมายถึงการได้รับอุปกรณ์หรือบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค หรือเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ หรือเพื่อแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่ผิดปกติให้ดีขึ้น

บริการทางเลือก: อุปกรณ์หรือบริการด้านการแพทย์ที่ไม่ถือว่าเป็นความจำเป็นทางการแพทย์

ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน: บริการที่ไม่ถือว่าเป็นความจำเป็นทางการแพทย์หรือเป็นบริการแบบทางเลือก นโยบายนี้ใช้กับการดูแลที่ให้บริการโดย Dartmouth Health บริการเหล่านี้จะไม่อยู่ภายใต้ นโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินของ DH

ดาร์ธมัทธ เฮลท์(Dartmouth Health): ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth Health (DH) ได้แก่ Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, โรงพยาบาล Mt. Ascutney และศูนย์สุขภาพ(Ascutney Hospital and Health Center), โรงพยาบาล New London(New London Hospital), โรงพยาบาล Mary Hitchcock Memorial(Mary Hitchcock Memorial Hospital), และ Visiting Nurse และ Hospice for Vermont และ New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหมดในรัฐนิวแฮมป์เชียร์และรัฐเวอร์มอนต์ไม่ถือว่าเป็นสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิก

นโยบายนี้ใช้กับสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิกของ DH ที่ใช้ระบบ Epic

V. คำแถลงนโยบาย

Dartmouth Health (DH)

มุ่งมั่นจัดหาความช่วยเหลือด้านการเงินให้แก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถชำระค่าบริการหรือยอดค่าใช้จ่ายด้วยตัวเองได้

DH มุ่งมั่นในการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเงินและจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงหรือรับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ทุกเมื่อทั้งในช่วงก่อน, ระหว่าง และหลังจากได้รับบริการแล้ว รวมทั้งหลังจากมีการโอนยอดหนี้ไปยังหน่วยงานติดตามหนี้จากภายนอกแล้ว

DH จะให้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์และบริการที่จำเป็นแก่บุคคล โดยไม่คำนึงว่าจะมีความสามารถในการชำระเงินหรือได้รับความช่วยเหลือใด ๆ จากภาครัฐหรือไม่ และไม่คำนึงถึงอายุ, เพศ, เชื้อชาติ, สถานะทางสังคมหรือสถานะการเข้าเมือง, ตลอดจนถึงรสนิยมทางเพศ หรือความเชื่อทางศาสนา ภายใต้พระราชบัญญัติการรักษายาบาลฉุกเฉินและการคลอดเร่งด่วน (EMTALA)

ผู้ป่วยจะไม่ถูกคัดกรองเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หรือพิจารณาข้อมูลความสามารถในการชำระเงินใดๆ ก่อนที่จะได้รับบริการฉุกเฉินทางการแพทย์

ความช่วยเหลือทางการเงินไม่ได้ใช้เพื่อทดแทนความรับผิดชอบส่วนบุคคล ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือตามขั้นตอนต่าง ๆ ของ DH เพื่อที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือการชำระเงินในรูปแบบอื่นใด และต้องมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความสามารถในการชำระหนี้ของตนเองด้วย

บุคคลที่มีความสามารถทางการเงินจะต้องซื้อประกันสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยรวม และเพื่อการปกป้องทรัพย์สินส่วนตัว

DH จะดำเนินการตามที่จำเป็นเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ ก่อนที่จะเรียกเก็บเงินพิเศษใด ๆ จากผู้ป่วย ช้อยกเว้นใด ๆ จะต้องได้รับอนุมัติจากประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน

สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินการของ DH ในกรณีที่ไม่มีภาระเงิน โปรดดูนโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้ของเรา สำเนานโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้ มีเผยแพร่ไว้ในระบบออนไลน์ และสามารถร้องขอได้จากสำนักงานการบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วย หรือสามารถแจ้งขอให้ส่งทางไปรษณีย์โดยติดต่อไปที่หมายเลข 844-808-0730

A. วิธีที่ผู้ป่วยสามารถยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากไม่มีการติดต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการ ขั้นตอนการสมัครได้ตามที่กำหนดในนโยบายนี้ ผู้ป่วยอาจมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เพื่อการสงเคราะห์

1. DH จะสำรวจแหล่งทางเลือกอื่น ๆ สำหรับความคุ้มครองด้านสุขภาพ และ/หรือการจ่ายเงิน จากรัฐบาลกลาง รัฐ หรือโปรแกรมอื่น ๆ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สมัครโปรแกรมเหล่านี้ ในส่วนของยอดคงเหลือหลังจากใช้เงินช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ เหล่านี้แล้ว

DH จะประเมินความจำเป็นทางการเงินของผู้ป่วย

เพื่อพิจารณาว่าบุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือภายใต้นโยบายนี้หรือไม่ โดยใช้ขั้นตอนต่อไปนี้

- ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันจะต้องส่งใบสมัครตามรูปแบบที่ฝ่ายบริหารของ DH ได้อนุมัติ และให้ข้อมูลและเอกสารเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัว การเงิน และข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น เพื่อให้ DH พิจารณาว่าบุคคลนี้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงเอกสารยืนยันรายได้ครัวเรือน และทรัพย์สินที่มี หรือแหล่งรายได้อื่น ๆ หาก DH ไม่ได้รับใบสมัครหรือเอกสารรับรองที่ต้องการใด ๆ จากผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันของผู้ป่วย DH อาจพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์หรือไม่
- แม้ว่าจะได้รับใบสมัครและเอกสารรับรองจากผู้ป่วยแล้ว เจ้าหน้าที่อาจดำเนินการใด ๆ เพื่อช่วยแนะนำให้มีการอนุมัติคำขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์ ดังนี้
- DH อาจมอบหมายให้ผู้ให้บริการหนึ่งหรือสองรายช่วยคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ ของบุคคล โดยใช้แหล่งข้อมูลสาธารณะที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถและความเป็นไปได้ในการชำระหนี้ของผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน ความสามารถและค่าเสียดูของผู้ค้ำประกันที่จะต้องจ่าย
- คุณสมบัติตามเกณฑ์ในปัจจุบันสำหรับ Medicaid
- ค่าแถมปัจจุบันจากหน่วยงานด้านการเคหะของรัฐบาลกลางหรือของรัฐ
- การยืนยันจากแหล่งพักพิงสำหรับผู้ไร้บ้าน หรือจากศูนย์สุขภาพที่ได้รับรองของรัฐบาลกลาง
- การยืนยันเรื่องการถูกจองจำโดยไม่มีแหล่งรายได้จากทัณฑสถาน
- สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล เจ้าหน้าที่อาจยอมรับการยืนยันด้วยวาจาจากผู้ป่วย เกี่ยวกับรายได้และทรัพย์สินต่าง ๆ แทนหนังสือรับรองรายได้ โดยผู้ป่วยต้องมีเพียงหนึ่ง (1) บัญชีเท่านั้น และมียอดเงินในบัญชีดังกล่าวต่ำกว่า 1,000 ดอลลาร์

2. เราขอแนะนำแต่ไม่ใช่เป็นการบังคับว่า ให้ผู้ป่วยขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และมีการลงความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินก่อนที่จะเข้ารับบริการด้านการแพทย์ที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม เราสามารถพิจารณาการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยได้ทุกเมื่อระหว่างรอบของการติดตามหนี้ การช่วยเหลือด้านการเงินที่ได้รับการอนุมัติใช้กับยอดเงินทุกยอดสำหรับผู้ป่วยที่ขอเงินช่วยเหลือด้านการสงเคราะห์เพิ่มเติมในกรณีฉุกเฉิน และการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่จัดให้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง วันที่ให้บริการก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงยอดเงินใด ๆ ที่โอนไปยังหน่วยงานติดตามหนี้ และการให้บริการใด ๆ ก่อนหรือ ณ วันครบกำหนดที่ระบุในหนังสือการยอมรับสภาพหนี้ หากไม่ใช่บริการที่ระบุดังต่อไปนี้ หลังจากเวลาดังกล่าวหรือ ณ เวลาใดที่ทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีสิทธิรับความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วย DH จะต้องประเมินความจำเป็นทางการเงินของผู้ป่วยแต่ละคนใหม่ภายใต้นโยบายนี้

DH ยอมรับการตัดสินใจตามโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินต่อไปนี้ โดยไม่ขอดูสำเนาใบสมัครต่าง ๆ DH สงวนสิทธิ์ที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการตัดสินใจใด ๆ นอกกรอบแนวทางปฏิบัติของ DH ที่กระทำโดยหน่วยงานด้านล่าง ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินร่วมหรือจำนวนเงินที่ต้องรับผิดชอบอื่น ๆ ตามข้อกำหนดของโปรแกรม

- บัตรการเข้าใช้บริการเครือข่ายสุขภาพของรัฐนิวแฮมป์เชียร์ มีไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเท่านั้น
- คลินิกเพื่อนบ้านสุขภาพดี
- สุขภาพอามอสค็อก
- สุขภาพแลมเพรย์
- ชุมชนสุขภาพเคลื่อนที่
- คลินิกสุขภาพวัยรุ่น
- การมีสิทธิได้รับ Medicaid ในปัจจุบัน หากไม่มีผลย้อนหลังสำหรับบริการที่มีให้ในอดีต
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่มีทรัพย์สิน (ตามที่ได้รับการยืนยันจากผู้จัดการมรดกหรือรัฐ)

3. DH กำหนดเป้าหมายที่จะพิจารณาใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบการตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วันหลังจากได้รับใบสมัครที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนแล้ว
4. **กระบวนการอุทธรณ์:** หาก DH ปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วนหรือทั้งหมด ผู้ป่วย (หรือตัวแทนของผู้ป่วย) สามารถอุทธรณ์การตัดสินใจดังกล่าวภายใน 60 วัน ผู้ป่วยจะต้องส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการแผนกพิจารณาคุณสมบัติและการลงทะเบียน เพื่อชี้แจงเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ DH จดหมายอุทธรณ์จะได้รับการพิจารณาโดย DH และจะส่งคำตัดสินขั้นสุดท้ายให้กับผู้ป่วยภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับคำร้องขออุทธรณ์

B. ผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินภายใต้นโยบายนี้ จะต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- เป็นผู้พำนักในรัฐนิวแฮมป์เชียร์หรือรัฐเวอร์มอนต์ หรือเป็นบุคคลที่ไม่ใช่ผู้พำนักอาศัยแต่ได้รับบริการฉุกเฉินจากสถานพยาบาลของ DH
- เป็นบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถขอรับโปรแกรมสิทธิประโยชน์จากรัฐบาลใด ๆ และไม่สามารถชำระเงินเพื่อการรักษาพยาบาลตามที่ได้ระบุไว้ในนโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้ ซึ่งเป็นไปตามความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินภายใต้ นโยบายนี้
- มีรายได้รวมจากสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของผู้ป่วยตลอดช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาต่ำกว่า 400% ของ FPL
- มีรายได้รวมของครอบครัวต่ำกว่า 600% ของ FPL และยอดรวมของยอดคงเหลือในบัญชีที่ค้างชำระค่าบริการที่ได้รับจาก DH มากกว่า 20% ของรายได้ของครอบครัวภายใน (1) ปี รวมถึงเงินออม (ให้ดูด้านล่าง)
- เงินออม (ได้แก่ บัญชีออมทรัพย์ ค่าเลี้ยงดู หรือเอกสารรับรองเงินฝาก) นำมาพิจารณาได้สูงสุด 400% ของ FPL
- แสดงให้เห็นว่าได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ เพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพในโปรแกรมแลกเปลี่ยนด้านการให้บริการทางการแพทย์ของรัฐนิวแฮมป์เชียร์หรือเวอร์มอนต์ หากผู้ป่วยมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการเหล่านี้ ผู้บริหารอาวุโสอาจอนุมัติข้อยกเว้นต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ หากมีเหตุสมควร โดยจะพิจารณาเป็นกรณีไป “เหตุสมควร” จะขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงและสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ และอาจรวมถึง
 - บุคคลที่ยื่นสมัครไม่ทันช่วงที่เปิดรับ และไม่เข้าข่ายผู้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สามารถยื่นคำขอเป็นกรณีพิเศษ
 - ผู้ที่จะมีภาระทางการเงินมากขึ้นที่จะให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์สมัครเข้าร่วมแผนสุขภาพ เมื่อเทียบกับการไม่สมัคร

C. การพิจารณาจำนวนเงินช่วยเหลือทางการเงิน

จะพิจารณาเกี่ยวกับการชำระเงินจากประกันสุขภาพและการปรับยอดตามสัญญาข้อตกลงทั้งหมด รวมถึงส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพคุ้มครองก่อนปรับยอดความช่วยเหลือทางการเงิน ดูรายละเอียดได้จากนโยบายส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพของ DH: แผนกการจัดการรายได้ (ลิงก์ด้านล่าง)

หากบุคคลได้รับอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน ความช่วยเหลือดังกล่าวจะใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่มีประกัน : ผู้ป่วยที่มีประกันจะมีส่วนลดที่ใช้กับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง

ผู้ป่วยที่มีประกันที่มีรายได้ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 250% ของ FPL เราจะยกเว้น (เช่น ส่วนลด 100%) ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองสำหรับกรณีบริการทางการแพทย์ที่ฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น หลังจากที่ได้รับบริการแล้ว ผู้ป่วยที่มีประกันที่มีรายได้เท่ากับ:

- 251%-300% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 75%
- 301%-350% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 50%
- 351%-400% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 40%

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ: ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะมีส่วนลดที่เรียกเก็บโดยทั่วไปจากการบริการทางการแพทย์ที่ฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น หลังจากที่ได้รับบริการแล้ว

ผู้ป่วยที่มีประกันที่มีรายได้ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 250% ของ FPL เราจะยกเว้น (เช่น ส่วนลด 100%) ที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับกรณีบริการทางการแพทย์ที่ฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น หลังจากที่ได้รับบริการแล้ว (เช่น การบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้เท่ากับ:

- 251%-300% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 75%
- 301%-350% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 50%
- 351%-400% ของ FPL, ส่วนลดจะเป็น 40%

ในสถานการณ์ร้ายแรง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีหรือมีประกันสุขภาพ จะมีสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ หากจำนวนทั้งหมดของการบริการด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นที่ค้างชำระ หลังจากที่ได้รับบริการแล้ว เกินกว่า 20% ของรายได้ครัวเรือน จำนวนที่ค้างจ่ายจะลดลง ซึ่งจะเท่ากับ 20% ของรายได้ครัวเรือนของ ผู้ป่วย

- ส่วนลดนอกเหนือจากที่อธิบายไว้ข้างต้น จะต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
อุทธรณ์ความช่วยเหลือทางการเงิน โดยอ้างอิงจากหนังสืออุทธรณ์จากผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบ
- ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์
จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน 100%
- ความช่วยเหลือทางการเงินจะมีผลตามกรอบเวลาดังต่อไปนี้ ขึ้นอยู่กับวันที่ที่ลงนามเมื่อยื่นสมัคร
 - ครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการทำงาน – หก (6) เดือน
 - ครอบครัวที่มีรายได้ที่แน่นอน – สิบสอง (12) เดือน
 - ครอบครัวที่ไม่มีการจ้างงาน – สาม (3) เดือน
 - ผู้ที่อาศัยที่มาจากต่างรัฐ – หนึ่ง (1) เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทั้งผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายนี้ จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่ายอดเงินที่เรียกเก็บโดยปกติจากผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพสำหรับบริการเดียวกัน Dartmouth-Health จะคำนวณส่วนลดให้เพิ่มเติมจากค่าบริการรวมสำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน ซึ่งจะช่วยให้ยอดเงินที่ผู้ป่วยจะต้องชำระลดลง

ส่วนลดจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ “ค่าธรรมเนียมบริการของ Medicare แบบย้อนหลัง ร่วมกับบริษัทประกันเอกชนผู้จ่ายเงิน” ตามที่อธิบายไว้ในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องภายใต้มาตรา 501(r) ของประมวลกฎหมายอาชญากรรม จะใช้ส่วนลดนี้ก่อนออกบิลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย และก่อนที่จะปรับยอดจากความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้กับการจ่ายร่วม, การประกันร่วม, มูลค่าความรับผิดชอบส่วนแรก, การจ่ายเงินล่วงหน้า หรือบริการแบบแพ็คเกจใด ๆ ที่ได้รับส่วนลดที่จำเป็นแล้ว หรือบริการที่ไม่เข้าข่ายได้รับการคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ

สำหรับรอบปีงบประมาณ 26 ระหว่าง 10/1/25 ถึง 9/30/26 จะใช้อัตราส่วนลดดังนี้

	รอบปีงบประมาณ 24	รอบปีงบประมาณ 25	รอบปีงบประมาณ 26
คลินิกดาร์ทัมธ-ฮิตช์ค็อก	64%	65.7%	69.4%
โรงพยาบาลแมรี ฮิตช์ค็อก เมโมเรียล(Mary Hitchcock Memorial Hospital)	64%	65.7%	69.4%
โรงพยาบาลอลิซ เพ็ค เดย์ เมโมเรียล(Alice Peck Day Memorial Hospital)	44.0%	45.8%	46.1%
ศูนย์การแพทย์เชสเชียร์(Cheshire Medical Center)	68.5%	70.8%	72.4%
โรงพยาบาลนิวลอนดอน(New London Hospital)	50.6%	53.8%	54.3%
พยาบาลเยียมบ้านและสถานพยา บาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ VT และ NH	0%	0%	0%
ภูเขาแอสคัตเนีย			44.8%

D. การสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ DH สำหรับผู้ป่วยและภายในชุมชน

- บุคลากรของ DH หรือตัวแทนของหน่วยงาน รวมถึงแพทย์, พยาบาล, ที่ปรึกษาด้านการเงิน, เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์, ผู้จัดการรายการณ, หัวหน้าผู้ดูแล และหน่วยงานทางศาสนา ที่ให้การสนับสนุน อาจแนะนำความช่วยเหลือทางการเงินให้แก่ผู้ป่วยได้ การยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว, เพื่อนสนิท หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมายด้านความเป็นส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง
- บุคคลทั่วไปและผู้ป่วยของ DH สามารถเข้าดูข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก DH รวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัดเพียงนโยบายนี้ ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับนโยบายที่เข้าใจง่ายแบบฟอร์มใบสมัคร และข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบขั้นตอนการติดตามหนี้ผู้ป่วยของ DH ผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่งด้านล่าง
 - บนเว็บไซต์ของ DH
 - ประกาศที่แจ้งไว้ในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย
 - บัตรข้อมูลการลงทะเบียนและแผนกรับผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - แหล่งข้อมูลสาธารณะอื่น ๆ ตามที่ DH กำหนดไว้
 - เอกสารที่จัดทำเป็นภาษาต่าง ๆ สำหรับผู้เข้ารับบริการจาก DH/CMC โดยจะให้บริการด้านการแปลตามความจำเป็น
- หากยอดเงินผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับจดหมายแจ้งการอนุมัติความช่วยเหลือดังกล่าว

E. เกณฑ์การได้รับสิทธิสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินในกลุ่มผู้ป่วย HIV

ผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินภายใต้นโยบายนี้ จะต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- โปรแกรม Ryan White NH Cares HIV สำหรับค่าใช้จ่ายในส่วน C และส่วน D ผู้ป่วยจะต้องสมัครขอความช่วยเหลือจาก Medicaid รัฐนิวแฮมป์เชียร์และถูกปฏิเสธก่อน จึงจะมีสิทธิรับความช่วยเหลือจากรัฐนิวแฮมป์เชียร์ (เงินอุดหนุนโปรแกรม NH Cares) หากถูกปฏิเสธ แต่มีรายได้ต่ำกว่า 500% ของ FPL มีสิทธิ์ตามเกณฑ์และสามารถให้เอกสารที่ต้องการได้ จะได้รับเงินช่วยเหลือที่ครอบคลุมบริการรักษา HIV สำหรับผู้ป่วยนอกเท่านั้น เงินช่วยเหลือนี้จะไม่ครอบคลุมถึงบริการสำหรับผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าบริการเหล่านี้เอง การใช้ความช่วยเหลือนี้จะต้องมีการกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายด้วย ซึ่งพิจารณาตามเปอร์เซ็นต์ของรายได้ครัวเรือน วงเงินที่จะต้องจ่ายนี้ รวมถึงบริการทางการแพทย์, บริการดูแลที่บ้าน และยาที่แพทย์สั่งจ่ายทั้งหมด แม้ว่าจะไม่ได้รับบริการจากผู้ให้บริการของ DH ก็ตาม จะใช้ความช่วยเหลือด้านการเงิน DH ก่อนเริ่มวงเงินค่าใช้จ่าย จะไม่นำทรัพย์สินต่าง ๆ มาคำนวณสำหรับวงเงินค่าใช้จ่ายในส่วน C และส่วน D

ข้อกำหนดสำหรับโปรแกรม:

- การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV (ส่วน C)
- ต้องมีการวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV

หรือสมาชิกในครัวเรือนของสตรี/เด็กที่ติดเชื้อ HIV สำหรับโปรแกรม HAB ของรัฐนิวแฮมป์เชียร์ (NH CARES) ดังนี้

- ผู้พำนักในรัฐนิวแฮมป์เชียร์
- การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV
- รายได้เท่ากับหรือต่ำกว่า 300% FPL
- จะต้องสมัคร Medicaid อย่างน้อยปีละครั้ง

ตารางด้านล่างอธิบายถึงเปอร์เซ็นต์ของรายได้ที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเองก่อนที่ DH จะหยุดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วย (การจ่ายร่วม, การประกันร่วม, การรับผิดชอบส่วนแรก หรือค่าใช้จ่ายในการนัดพบแพทย์) ก่อนที่จะดำเนินการใด ๆ ต่อไป

รายได้ต่อบุคคล	ค่าใช้จ่ายสูงสุด
ที่ระดับ 100% หรือต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPG)	\$0
ที่ระดับ 101 ถึง 200% หรือต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง ณ ปัจจุบัน	ไม่เกิน 5% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 18,000 ดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจำกัดที่ 500 ดอลลาร์)
ที่ระดับ 201 ถึง 300% ของเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง ณ ปัจจุบัน	ไม่เกิน 7% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 33,000 ดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,310 ดอลลาร์)
มากกว่า 300% ของเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง ณ ปัจจุบัน	ไม่เกิน 10% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 49,000 ดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 4,900)

- จะต้องขอรับเอกสารแสดงรายได้จากผู้ป่วยทุกรายสำหรับการให้เงินช่วยเหลือสำหรับค่าใช้จ่ายส่วน C หรือส่วน D อย่างน้อยปีละครั้ง และต้องยืนยันรายได้ทุก 6 เดือนหาก DH FAA ตัดสินใจให้ขยายเวลาออกไปเกินกว่า 6 เดือน จะต้องมามีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อยหนึ่งรายการดังต่อไปนี้
 - ข้อมูลการยื่นภาษีล่าสุด
 - ต้นข้าวเช็คค่าจ้างครั้งล่าสุด
 - หนังสือยืนยันกรณีการว่างงาน
 - การรับแสดมปีอาหาร
 - สวัสดิการจากประกันสังคม
 - แนะนำให้ผู้ป่วยสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเป็นพิเศษสำหรับ HIV แต่สามารถยื่นใบสมัครกับ DH ได้เช่นกัน
- จะต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการติดตามตรวจสอบ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับที่พักอาศัย

F. ความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัคร

คุณสามารถรับความช่วยเหลือเป็นการส่วนตัวเพื่อกรอกใบสมัคร ณ สถานที่ต่อไปนี้

ดาร์ทมอร์-ฮิตช์ค็อก(Dartmouth-Hitchcock) ไตรฟวันเมดิคอลเซ็นเตอร์(One Medical Center Drive) Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	คลินิกดาร์ทมอร์-ฮิตช์ค็อกคอนคอร์ด(Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord) 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	คลินิกดาร์ทมอร์-ฮิตช์ค็อกแมนเชสเตอร์(Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester) 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692
ดาร์ทมอร์-ฮิตช์ค็อก แนชัว(Dartmouth-Hitchcock Nashua) 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	ดาร์ทมอร์-ฮิตช์ค็อก คีน(Dartmouth-Hitchcock Keene) 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ext:4444	ศูนย์การแพทย์เชสเชียร์(Cheshire Medical Center) 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
โรงพยาบาลอลิซ เพ็ค เดย์ เมโมเรียล(Alice Peck Day Memorial Hospital) 10 Alice Peck Day Drive เลบานอน, NH 03766 (603) 443-9579	โรงพยาบาลนิวลอนดอน(New London Hospital) 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082	พยาบาลเยี่ยมบ้านและสถานพยาบาลสำหรับเวอร์มอนต์และนิวแฮมป์เชียร์(VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
โรงพยาบาล Mt Ascutney และศูนย์สุขภาพ(Mt Ascutney Hospital and Health Center) 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471		

คุณต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับบริการใด ๆ จนกว่าเราจะได้รับใบสมัครที่มีรายละเอียดครบถ้วนจากคุณแล้ว

สามารถรับตัวเลือกเพิ่มเติมได้ผ่านเครือข่ายการเข้าถึงสุขภาพนิวแฮมป์เชียร์
(<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

G. กระบวนการอุทธรณ์ขอความช่วยเหลือทางการเงิน

- หากยอดเงินไม่ได้รับการอนุมัติ ผู้ป่วยจะได้รับหนังสือปฏิเสธหรือสำเนาใบคำร้องชี้แจงสาเหตุที่ไม่ได้รับอนุมัติ ถ้ามีการร้องขอ ทุกครั้งที่มีการปฏิเสธ เราจะจัดส่งจดหมายที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการอุทธรณ์ให้ หรือส่งจดหมายแจ้งถึงการปรับลดความช่วยเหลือบางส่วนเท่านั้น ผู้ป่วยมีระยะเวลา 60 วันเพื่ออุทธรณ์การตัดสินใจนี้
- คณะกรรมการของทีมงานผู้บริหาร DH สามคนที่ไม่เกี่ยวข้องในขั้นตอนแรก จะทบทวนคำอุทธรณ์ และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการอุทธรณ์ที่ถูกปฏิเสธทั้งหมด

H. เกณฑ์การมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์

DH อาจมอบหมายให้บุคคลภายนอกตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินความจำเป็นทางการเงิน การตรวจสอบนี้จะใช้ตามแบบจำลองเชิงคาดการณ์ที่เป็นที่ยอมรับในอุตสาหกรรมทางการแพทย์โดยใช้ฐานข้อมูลสาธารณะ แบบจำลองดังกล่าวจะใช้ข้อมูลสาธารณะเพื่อคำนวณคะแนนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และความสามารถทางการเงิน ซึ่งรวมถึงการประเมินรายได้, ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน ชุดกฎเกณฑ์ของแบบจำลองนี้ออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยจะมีการปรับเทียบกับการอนุมัติความช่วยเหลือด้านการเงินอื่นๆ ที่ผ่านมาในระบบของ Dartmouth Health

DH อาจใช้ข้อมูลจากแบบจำลองเชิงคาดการณ์เพื่อพิจารณาให้ความสงเคราะห์ทางการเงิน หากไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง ไม่มีความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์สำหรับยอดคงเหลือหลังจากที่ Medicare จ่ายให้

โรงพยาบาลจะใช้ระบบการคัดกรองเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน

โดยไม่คำนึงถึงยอดค้างชำระสำหรับบัญชีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเกิน 120 วันหลังจากจัดส่งใบแจ้งยอด การแจ้งเตือนการติดตามหนี้ และก่อนนำเสนอบัญชีไปยังตัวแทนการติดตามหนี้จากภายนอก เพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบกลับการแจ้งทางเลือกในการขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน บัญชีภาคทัณฑ์ที่เกินกรอบเวลาที่กำหนด มีสิทธิ์เข้าสู่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ความสงเคราะห์ทางการเงินได้

การสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ไม่ได้ใช้เพื่อแทนที่กระบวนการ FAP ตามปกติ

แต่จะใช้เพื่อเป็นความช่วยเหลือเพิ่มเติม และมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่อาจไม่สามารถตอบสนองตามกระบวนการ FAP ปกติได้ โรงพยาบาลจะใช้ระบบคัดกรองทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนใช้วิธีจัดการหนี้เสีย เพื่อพยายามขจัดอุปสรรคต่าง ๆ และเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยของเรา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ถูกโอนไปยังตัวแทนผู้ติดตามหนี้เสีย

การเข้าร่วมในโปรแกรมนี้จะพิจารณาตามอัลกอริทึมการจัดอันดับคะแนนโดยใช้ข้อมูลสาธารณะ และโดยปกติแล้วจะไม่ใช้เกณฑ์คะแนนค่าธรรมเนียมแบบปรับได้ ไม่อนุญาตให้เสนอส่วนลด บางส่วนกับการสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรเฉพาะกลุ่ม รวมถึง

- ผู้เสียชีวิตที่ไร้ทรัพย์สิน หรือไม่มีครอบครัวที่สามารถติดต่อได้
- บุคคลเร่ร่อนไร้บ้าน
- บุคคลที่ห่างเหินจากครอบครัวและไม่มีใครคอยช่วยเหลือ
- ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนอง หรือไม่สามารถจัดการขั้นตอนตามปกติให้เสร็จสิ้นได้

การคำนวณคะแนนเพื่อพิจารณาการสงเคราะห์ทางการเงิน จะรวมปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเข้ากับข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเครดิตทางการเงิน กระบวนการคัดกรองจะใช้ฐานข้อมูลสาธารณะที่มีข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลธุรกรรมในด้านการบริโภค
- ประวัติคดีในศาล
- การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน
- การเป็นเจ้าของบ้านกับการเป็นผู้เช่า
- ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางเศรษฐกิจในพื้นที่
- สถานะการจ้างงาน
- ข้อมูลด้านสาธารณสุขบุคคล
- ข้อมูลจากภาครัฐ
- แฟ้มข้อมูล (การล้มละลาย, หมายเลขประกันสังคม หรือบุคคลที่เสียชีวิต)

การสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ใช้ข้อมูลรายงานจากสำนักงานเครดิต และไม่ระบุถึงข้อมูลที่ละเอียดอ่อนในรายงานทางเครดิต ข้อมูลที่ได้จะนำมาคำนวณหาคะแนนเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน ตั้งแต่ 0 (มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) ถึง 1000 (มีความจำเป็นน้อยที่สุด) ข้อมูลนี้เป็นการคาดการณ์ความจำเป็นของผู้คำประกัน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทราบ รวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัดเพียงรายได้ ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน

การคืนเงิน:

หากผู้ป่วยได้ชำระยอดคงค้างและสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินในภายหลัง และได้รับการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงินตามขั้นตอนใบสมัครแล้ว โรงพยาบาลจะคืนเงินให้แก่บุคคลดังกล่าวตามจำนวนที่ได้จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์

I. การพิจารณาระดับการสงเคราะห์

- การอนุมัติจะแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้

ตำแหน่ง	ดาร์ทมัธ-ฮิตช์ค็อก(Dartmouth-Hitchcock)	โรงพยาบาลในเครือชาย
รองประธาน/CFO/ประธาน	>\$350,000	>\$100,000
ผู้อำนวยการแผนกจัดการรายได้	>\$50,000	>\$50,000
ผู้อำนวยการ - Conifer	สูงสุด 50,000 ดอลลาร์	สูงสุด 50,000 ดอลลาร์
ผู้จัดการ - Conifer	สูงสุด 10,000 ดอลลาร์	สูงสุด 10,000 ดอลลาร์
หัวหน้าฝ่าย - Conifer	สูงสุด 1,000 ดอลลาร์	สูงสุด 1,000 ดอลลาร์
เจ้าหน้าที่ดูแลบัญชี - Conifer	สูงสุด 500 ดอลลาร์	สูงสุด 500 ดอลลาร์

J. ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน - บริการ

a. ข้อพิจารณาพิเศษ

- หักลดการทางการแพทย์ด้านล่างเป็นเพียงบางตัวอย่างเท่านั้น
- บริการทางการแพทย์ที่ไม่มีความจำเป็น ตามความเห็นของแพทย์อาจไม่พิจารณารวมในนี้
- เราจะพยายามอย่างเต็มที่เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ก่อนให้การรักษาใหม่ใด ๆ ที่ไม่อยู่ภายใต้โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินนี้

b. กระบวนการทางเลือกเพื่อการศัลยกรรม (ไม่คุ้มครอง)

- การผ่าตัดเลาะพังผืดที่หน้าอกพร้อมวัสดุเสริม
- Mastopexy (การยกกระชับทรงอก)
- ภาวะเต้านมโตในเพศชาย (ผ่าตัดเต้านมในเพศชาย)
- การผ่าตัดเต้านม (เพื่อความสวยงาม)
- การผ่าตัดดึงหน้า (ยกกระชับใบหน้า)
- ศัลยกรรมตา (เปลือกตา)
- การยกคิ้ว (ภาวะไขมัน/รอยเหี่ยวย่นที่หน้าผาก)
- การเสริมหน้าอก (ทำหน้าอก)
- การผ่าตัดลดขนาดเต้านม (กรณีที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพ)
- การศัลยกรรมจมูก (เสริมจมูก)
- หักลดการเกี่ยวกับผิวหนัง
- การศัลยกรรมหน้าท้อง (ตัดหนังหน้าท้อง)
- การยกกระชับทุกรูปแบบ (ดูดไขมัน)
อาจถือเป็นการผ่าตัดผิวหนังหรือไขมันส่วนเกินที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์

หมายเหตุ:

โดยปกติหัตถการข้างต้นจะผ่านการคัดกรองและพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ประสานงานข้อมูลด้านการเงิน ข้อยกเว้นสำหรับนโยบายนี้ เช่น ศัลยกรรมการผ่าตัดแปลงเพศ ซึ่งถือเป็นความจำเป็นด้านการแพทย์จะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีไป

c. การผสมเทียม

- Microreanastomosis (การทำหมันในเพศหญิง)
- Vasovasostomy (การแก้หมันชาย)
- หักลดการผ่านกล้องสำหรับผู้มีบุตรยาก (โปรแกรม IUI - IVF - GIFT)
- การรักษาภาวะมีบุตรยาก

d. อื่น ๆ

- การฝังเข็ม
- บริการด้านการบำบัดโรคโดยวิธีการจับกระตุกสันหลัง
- เครื่องช่วยฟังและการซ่อมแซม
- แวนสายตา
- การนวดบำบัด
- เลนส์โทริก
- ยาที่สั่งโดยแพทย์หรือเภสัชกรและยาที่จำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์
- คลินิกเคลื่อนที่
- การตรวจเลือดจากสายสะดือ
- การขายปลีก
- บริการที่จัดให้โดย Renaissance Psychiatry of New England, LLC

- e. ความช่วยเหลือทางการเงินจะมีให้หลังจากที่อนุมัติความจำเป็นในการให้บริการทางการแพทย์แล้ว
- ก. การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน

f. เฉพาะแผนกต่าง ๆ ใน Manchester และ Nashua

• **การตรวจสายตาปกติ**

- จะครอบคลุมเมื่อวินิจฉัยแล้วว่ามี ความจำเป็นทางการแพทย์และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ใด ๆ
- หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขเหล่านี้ เจ้าหน้าที่นัดหมายจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่สามารถใช้ความช่วยเหลือด้านการเงินได้
- Keene และ Lebanon Ophthalmology ตัดรายการเหล่านี้ทิ้ง

g. ข้อยกเว้น

- บริการบางอย่างที่อยู่ในเกณฑ์การรักษาทางเลือก หรือไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ อาจได้รับความคุ้มครองภายใต้ นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ DH
- นโยบายและหัตถการต่าง ๆ จะแสดงไว้ในบริการที่ทราบที่อยู่แล้ว ซึ่งจะได้รับการดูแลจากทีมงานด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- ข้อมูลเหล่านี้จะได้รับการทบทวนปีละครั้งและแก้ไขตามความเหมาะสม
- หัวหน้าฝ่ายประสานงานข้อมูลผู้ป่วย และรองประธานฝ่ายจัดการรายได้พิจารณา ทบทวนการอนุมัติข้อยกเว้นเป็นรายกรณีไป

h. ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน - ผู้ให้บริการที่ไม่ได้สังกัด DH

โรงพยาบาลอลิซ เพ็ค เดย์ เมโมเรียล(Alice Peck Day Memorial Hospital)

ยาสลบอะมอสคิก	Envision (แผนกฉุกเฉินและแพทย์ประจำ โรงพยาบาล)	
---------------	---	--

ศูนย์การแพทย์เชสเชียร์(Cheshire Medical Center)

สมาคมวิทยุวิทยาแห่งเมืองคีน	Surgicare – แผนกอุปกรณ์ทางการ แพทย์	การบริการศูนย์สุขภาพ พลิตซุมชนที่ไม่แสวง หาผลกำไร
ยาสลบอะมอสคิก	ฟิลิป/เจเนวา	

Concord

สุขภาพจิตชุมชนริเวอร์เ บอนด์	บริการที่ให้โดยโรง พยาบาลคอนคอร์ด (Concord Hospital)	
---------------------------------	---	--

Manchester

สถาบันพันธมิตรทางก ารแพทย์		
-------------------------------	--	--

Nashua

ศูนย์สุขภาพจิต Greater Nashua (นักสังคมสงเคราะห์)	กลุ่มวิสัญญีแพทย์แ นซ์	St. Joseph's Hospital(บริการกายภาพบำบัด/ ฟื้นฟูสมรรถภาพ)
--	---------------------------	--

New London

นพ.ริชาร์ด โรชาโต – ศัลยกรรมช่องปากและขากรรไกร (ผู้เชี่ยวชาญ)	นพ. ปายัล เวอร์มา - ศัลยกรรมช่องปากและข ากรรไกร (ผู้เชี่ยวชาญ)	
---	--	--

โรงพยาบาลแมรี ฮิตช์ค็อก เมโมเรียล(Mary Hitchcock Memorial Hospital)

อุปกรณ์การแพทย์อ อร์โธแคร์	ฟิลิปส์/เจเนวา	
-------------------------------	----------------	--

โรงพยาบาลเมท์แอสคัตนีย์(Mt Ascutney Hospital)

HCRS	คีน เมติคอล	ดร. นีออตต์, DMD
ร้านขายยา	วิสัญญีแพทย์ MedStream	ออร์โธแคร์
กลุ่มโรคผิวหนังเปราซา	การแพทย์สัมผัส	วิลโลว์บรู๊ค โพรสเทติกส์

VI. ข้อมูลอ้างอิง ไม่มี

เจ้าของผู้รับผิดชอบ:	ฝ่ายการเงินส่วนกลาง	ผู้ติดต่อ:	คิมเบอร์ลี เมนเดอร์
อนุมัติโดย:	ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; สำนักสนับสนุนนโยบาย เฉพาะนโยบายระดับองค์กร โคเฮน, ลิซ่า ฟิลดิง, เวนดี้; มูเลน, จอห์น; โรเบิร์ตส์, ทิออตต์; แชนเดอร์ส, ทาเมรา	เวอร์ชัน #	15
วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:	09/10/2025	รหัสเอกสารเดิม:	RMD.0031
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	09/10/2025		
นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่ เกี่ยวข้อง:	นโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ แผนการจัดการรายได้ นโยบายด้านเครดิตและการเรียกเก็บเงิน นโยบายการจ่ายเงินตามงบประมาณ - แผนการจัดการรายได้		
เครื่องมือช่วยเหลือนด้านการท างที่เกี่ยวข้อง:			