

تلتزم Intermountain Health بتقديم المساعدة والدعم المالي للأشخاص الذين يعانون مشكلات صحية ولكنهم غير مشمولين في خطط التأمين، وكذا هؤلاء ممن لديهم خطط تأمين جزئية، وغير المؤهلين للبرامج الحكومية وغيرهم من الأشخاص المعوزين الذين لا يمكنهم تحمّل نفقات خدمات الرعاية الطبية الضرورية بسبب أوضاعهم المعيشية الصعبة.

وبدورها، فإن Intermountain Health تقدم خدماتها إلى الأشخاص دون تمييز، وتوفر خدمات الرعاية الطبية للحالات الطارئة التي تقع للأشخاص بصرف النظر عن مدى قدرتهم على تحمّل النفقات أو أهليتهم للحصول على المعونات المالية أو المساعدات الحكومية.

سوف يجري توفير المساعدة والدعم المالي للمرضى الذين تنطبق عليهم شروط التأهل للاستفادة من مزايا البرنامج والذين يقطنون في نطاق أماكن تقديم الخدمات الصحية لـ Intermountain. سوف يُمنح المرضى من المناطق التي تقع خارج نطاق مناطق توفير الخدمات الصحية لمؤسسة Intermountain Health مساعدة مالية، دون أي تحيُّز أو تمييز. وينطبق ذلك على أولئك الذين يستوفون معايير البرنامج ويعانون حالات طبية عاجلة أو طارئة أو مُهَدَّدة للحياة.

وبدورها، فإن Intermountain Health سوف تستند إلى أحدث المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر كميّار للتأكد من أهلية الأشخاص لأحكام سياسة المساعدات المالية الخاصة بها. سوف يتلقى المرضى المؤهلون للحصول على مساعدة ودعم مالي إما خدمات رعاية مجانية تمامًا وإما خدمات نظير رسوم مخفضة بموجب سياسة المساعدات المالية هذه. وقد يحصل كذلك المرضى الذين يتجاوز دخلهم حد استحقاق مساعدات الضائقة المالية المتعلقة بالحالة الصحية على مساعدة مالية إذا تجاوزت نفقاتهم الطبية نسبة مئوية محددة مسبقًا من دخل أسرهم.

تلتزم برامج المساعدة المالية بجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين المحلية المعمول بها؛ مما يضمن تقديمها بشكل مناسب للمرضى أو الجهات الضامنة المعينة لهم. تُقدّم المساعدة المالية بشرط أن يلتزم المرضى بالإجراءات التي حددتها Intermountain Health للتقدم بطلب للحصول على هذه المساعدة المالية أو طرق الدفع الأخرى. وسوف يساهمون في تحمّل نفقات الرعاية الطبية الخاصة بهم وذلك بحسب قدرتهم على السداد. يُعد تشجيع الأفراد القادرين من الناحية المالية على الاشتراك في التأمين الصحي أمرًا بالغ الأهمية لضمان حصولهم على خدمات الرعاية الصحية وتعزيز صحتهم بشكل

عام. لقد قامت برامج التبادل الصحي الفيدرالية وعلى مستوى الولايات بتوسيع نطاق التغطية التأمينية أو Medicaid بشكل كبير. تتوقع Intermountain Health أن يتعاون المرضى غير المؤمن عليهم في تحديد خيارات Medicaid أو التغطية التأمينية المحتملة.

سوف يجري تقديم المساعدة المالية حسب الحاجة المالية، بصرف النظر عن عوامل مثل العرق أو الأصل الإثني أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو التوجه الجنسي أو حالة التأمين.

وبناءً عليه، فإن هذه السياسة الخطية:

- تتضمن معايير وفئات أهلية الحصول على المساعدة المالية - خدمات الرعاية المالية المجانية بالكامل أو المخفضة التكلفة.
- توضح الطريقة المستخدمة لتحديد الرسوم المُطبَّقة على المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة.
- توضح الطريقة التي يمكن للمرضى من خلالها التقدم بطلب للحصول على المساعدات المالية.
- توضح بالتفصيل الإستراتيجيات التي سيجري تطبيقها لنشر السياسة بين المجتمعات التي تخدمها Intermountain Health وذلك على نطاق واسع.

- كما أنها تُحدد حدًا أقصى للرسوم التي يمكن أن تفرضها Intermountain Health على خدمات الرعاية الطبية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الطبية الضرورية المقدمة إلى الأفراد المؤهلين للحصول على المساعدة المالية. سيجري تحديد ذلك الحد الأقصى بناءً على متوسط السعر الذي جرت الموافقة عليه عادةً من قِبَل برنامج Medicare.

نطاق هذه السياسة: تسري هذه السياسة على جميع الأشخاص العاملين لدى Intermountain Health أو من يمثلها. تسري هذه السياسة أيضًا على جميع المستشفيات والمنشآت الطبية والعيادات التابعة لمؤسسة Intermountain Health وكذلك على الأطباء العاملين لديها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

Colorado

Good Samaritan Hospital, Lutheran Hospital, Platte Valley Hospital, Saint Joseph Hospital, and St. Mary's Regional Hospital

Idaho

Cassia Regional Hospital

Montana

Holy Rosary Hospital, St. James Hospital, and St. Vincent Regional Hospital

Utah

Alta View Hospital, American Fork Hospital, Bear River Valley Hospital, St George Regional Hospital, Fillmore Community Hospital, LDS Hospital, Layton Hospital, Logan Regional Hospital, McKay-Dee Hospital Center, Orem Community Hospital, Primary Childrens Hospital, Riverton Hospital, Sanpete Valley Hospital, Spanish Fork Hospital, Sevier Valley Hospital, Park City Hospital, Utah Valley Hospital, The Hospital, Cedar City Hospital, Heber Valley Hospital, Intermountain Medical Center Orthopedic Specialty Hospital

أصدر مجلس إدارة Intermountain Health هذه المبادئ التوجيهية للمساعدات المالية لتعزيز الإدارة المسؤولة للموارد وتمكين Intermountain Health من مساعدة الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدات مالية بشكل فعّال.

التعريفات:

لأغراض تطبيق هذه السياسة، تحمل المصطلحات التالية المعاني قرين كلٍ منها:

المبالغ المفوترة بشكل عام (AGB) – يُقصد بها المبالغ المفوترة بشكل عام من أجل خدمات الرعاية الطبية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الطبية الضرورية للأفراد الذين يمتلكون خطط تأمين صحي تغطي تلك الخدمات. يجري حساب المبالغ المفوترة بشكل عام (AGB) باستخدام الطريقة العكسية لحساب المدفوعات بما يتوافق مع أحكام 1.501(r)-5(b). (يُستثنى من المبالغ المفوترة بشكل عام (AGB) Medical Group و Homecare)

المُتوفى – يُقصد به الشخص المُتوفى، كما هو مُشار إليه في سياق إدارة ممتلكاته، وتنفيذ وصيته، والإجراءات الأخرى التي تتبع وفاته.

الرعاية المُخفّضة – يُقصد بها المساعدة المالية التي يجري بموجبها توفير خدمات الرعاية الصحية نظير رسوم مخفضة للمرضى المؤهلين الذين لديهم دخل عائلي سنوي يتراوح بين مبالغ تساوي أو تزيد على 250% ولكنها أقل من أو تساوي 500% من حد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر. بموجب هذا النوع من المساعدة المالية يُعفى المريض من المسؤولية المالية، باستثناء أي مبالغ قد تكون مُستحقة بعد تطبيق الخصومات ذات الصلة على الخدمات الطبية التي تقدمها Intermountain Healthcare.

المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر. – تشير المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر إلى المعايير التي يجري تحديثها سنويًا في السجل الفيدرالي من قِبَل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، حيث وُضعت هذه الإرشادات بموجب سلطة القسم الفرعي (2) من القسم 9902 من العنوان 42 من قانون الولايات المتحدة. يشتمل قسم المصادر الأساسية أدناه على أحدث نسخة من تلك الإرشادات. تقوم Intermountain Healthcare بتحديث جدول حد الفقر الفيدرالي المعمول به لديها سنويًا في الأول من شهر أبريل كل عام.

مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) – يُقصد به المبادئ التوجيهية التي يجري مراجعتها ونشرها سنويًا من قِبَل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، والتي بموجبها يجري تحدد الأهلية المالية للأشخاص من أجل الاستفادة من برامج ومزايا فيدرالية محددة. **المساعدة المالية** – يُقصد بها المساعدة المقدمة للمرضى الذين قد يعانون عبئًا ماليًا لتغطية التكاليف النثرية المتوقعة للخدمات التي تراها Intermountain Health ضرورية من الناحية الطبية، والذين يستوفون شروط معايير التأهل للحصول على هذه المساعدة. **المستشارون الماليون** – يُقصد بهم متخصصو الرعاية الصحية الذين يساعدون المرضى و/أو الضامنين في اتخاذ قرارات مالية مُستنيرة عن طريق الرد على استفساراتهم بشأن تكاليف خدمات الرعاية الصحية وإعداد خطط السداد، وتحديد غيرها من أشكال المساعدات المالية. **خدمات الرعاية المُخفّضة التكلفة بالكامل** – يُقصد بها الإعفاء الكامل بنسبة 100% من المسؤولية عن سداد التكلفة المالية التي عادةً ما يتحملها المريض مقابل الخدمات الطبية التي يتلقاها من Intermountain Health كذلك يتأهل للحصول على خدمات الرعاية المخفضة التكلفة بالكامل المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم والذين لديهم دخول أسرية سنوية لا تتجاوز ما نسبته 250% من مستوى الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر. **المصاريف الإجمالية** – يُقصد بها المبلغ الإجمالي الذي حددته المؤسسة مقابل خدمات رعاية المرضى وفقًا لأسعارها القياسية، قبل تطبيق أي استقطاعات من الإيرادات.

الضامن – يُقصد به أي شخص -بخلاف المريض- يتحمل المسؤولية عن سداد قيمة الفاتورة المُستحقة على المريض. **المُشترّد** – يُقصد بالمشترّد الشخص الذي يفتقر إلى سكن مستقر ودائم، وقد يقيم في أماكن مؤقتة مختلفة مثل الشوارع، أو الملاجئ أو في أحد المراكز الخيرية، أو مسكن من غرفة واحدة، أو مبنى أو مركبة مهجورة، أو في أي مكان آخر غير دائم. **مساعدات الضائفة المالية المتعلقة بالحالة الصحية المساعدات المالية** التي توفر خصمًا متدرجًا للمرضى المؤهلين الذين يتجاوز دخل أسرهم السنوي ما نسبته 500% من حد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر، تُطبق هذه المساعدة عندما تتجاوز الالتزامات المالية من الخدمات الطبية المقدمة من أي كيان أو مقدم خدمة Intermountain Health ما نسبته 25% من الدخل السنوي للأسرة. **الضرورة الطبية** – بحسب التعريف الوارد في برنامج Medicare فإنها الخدمات أو المستلزمات المناسبة والضرورية من أجل تشخيص مرض أو إصابة وعلاجها.

الزوج/ الزوجة الناجية – يُقصد به زوج / زوجة الشخص المريض في وقت وفاته. **المريض غير المؤمن عليه** – يُقصد به أي شخص غير مشمول في أيّ مما يلي : خطة تغطية تأمينية مُقدمة من قِبَل شركة تأمين تجارية تابعة للغير، أو خطة ERISA أو برنامج الرعاية الصحية الفيدرالية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر برامج Medicare, Medicaid, SCHIP وCHAMPUS) أو برامج تعويضات العمال أو غيرها من المساعدات المُقدمة من الجهات الخارجية بغرض مساعدته / مساعدتها في الوفاء بالتزاماته / التزاماتها.

المرضى أصحاب خطط التأمين الجزئية – يُقصد بهم الأشخاص الذين -على الرغم من وجود تأمين صحي خاص أو عام لهم- يجدون صعوبة مالية في تغطية التكاليف النثرية المتوقعة للخدمات الطبية التي تقدمها Intermountain Health. **خدمات الرعاية الطبية العاجلة والطارئة** – يُقصد بها عملية تشخيص وعلاج الحالات الطبية الخطيرة والتي تشكل تهديدًا فوريًا على حياة الشخص وصحته.

قائمة انتظار الأعمال (WQ) – يُقصد بها قائمة مرجعية تشغيلية أو تقرير ديناميكي.

الخدمات المؤهلة:

يُقصد بها الخدمات والمنتجات التي يتأهل الأشخاص للحصول عليها بموجب سياسة المساعدات والدعم المالي على أن تتضمن ما يلي:

1. خدمات علاج الصدمات وعلاج الحالات الطبية الطارئة التي يجري توفيرها في بيئة رعاية مُخصصة للطوارئ. يستمر المريض في تلقي خدمات الرعاية تلك إلى حين استقرار حالته الصحية قبل أن يجري اتخاذ قرار بشأن ترتيبات سداد أي مدفوعات أو مصاريف.
2. الخدمات المُقدمة لحالةٍ طبية والتي إن لم يجر معالجتها على الفور - فمن المحتمل أن تؤدي إلى تدهور في الحالة الصحية للمريض.
3. الخدمات الإلزامية أو غير الاختيارية المُقدمة استجابةً لبعض الظروف الصحية المُهددة لحياة الشخص وذلك في بيئةٍ بخلاف بيئة الطوارئ و/أو
4. غيرها من الخدمات الطبية الضرورية المُقرر توفيرها مُقدمًا والتي جرى تقييمها والموافقة عليها بناءً على التقدير المُطلق لمؤسسة

Intermountain Health

ثمة عدد من مزودي الخدمات المشمولين في قائمة مزودي خدمات الرعاية الطبية للمرضى. يمكنك العثور على قائمة مزودي الخدمات هؤلاء الذين تشملهم هذه السياسة وذلك على الموقع الإلكتروني العام، أو في المستند المرفق في قسم المواد الثانوية أدناه، أو عن طريق طلب نسخة ورقية. فيما يخص مزودي الخدمات الذين لم يرد ذكرهم في هذه السياسة، فقد يكون لديهم سياسة مساعدات مالية ومتطلبات أهلية تخصصهم. للاستفسارات عن برامجهم، ينبغي للمرضى التواصل مع مزودي الخدمات هؤلاء مباشرة.

تتضمن الخدمات غير المؤهلة للمساعدات والدعم المالي ما يلي:

1. الإجراءات الاختيارية التي تندرج ضمن الإجراءات الطبية غير الضرورية بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- خدمات التجميل. يتضمن قسم المواد الثانوية أدناه قائمة بالخدمات المُستثناة.
2. مقدمو الرعاية الصحية الإضافيون الذين لا يجري إرسال فواتيرهم من خلال Intermountain Health، مثل الخدمات المُقدمة من الأطباء المستقلين، والتمريض الخاص، والنقل بسيارات الإسعاف، وما إلى ذلك. يتعين على المرضى التواصل مع مزودي الخدمات مباشرةً للاستفسار عن الدعم والمساعدات والتفاوض على شروط الدفع والسداد مع تلك المؤسسات.

الأهلية ومعايير المساعدة والدعم المالي

سوف يجري تقييم مدى أهلية الحصول على مساعدات مالية للأفراد غير المؤمن عليهم، أو أصحاب خطط التأمين الجزئية، أو غير القادرين على تحمّل تكاليف خدمات الرعاية الصحية الخاصة بهم. وسوف يستند ذلك إلى تقييم احتياجاتهم المالية، بما يتماشى مع هذه السياسة. عند تقييم مدى أهلية المريض، فإن Intermountain Health لا تأخذ في الحسبان مسائل العزق أو النوع أو العمر أو التوجّه الجنسي أو التوجّه الديني أو الحالة الاجتماعية وحالة الهجرة وعمر المريض.

تلتزم Intermountain Health بجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين المحلية المعمول بها؛ مما يضمن تقديم الدعم والمساعدات المالية للمرضى أو ضامنهم. سوف يجري تقديم المساعدة المالية حسب الحاجة بصرف النظر عن عوامل مثل العزق أو الأصل الإثني أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو التوجّه الجنسي أو حالة التأمين.

يتحمل مقدمو طلبات الحصول على المساعدات المالية مسؤولية البحث عن البرامج العامة التي توفر التغطية والتقدم إليها. من المتوقع منهم أن يبحثوا عن تغطية تأمين صحي عام أو خاص للرعاية التي تقدمها Intermountain Health. لتلقي المساعدات المالية، يجب على المرضى أو ضامنهم المشاركة بنشاط للتقدم بطلب للحصول على البرامج وخيارات التمويل المتاحة، بما في ذلك تغطية COBRA، وهو قانون اتحادي يوفر تغطية رعاية صحية مؤقتة. إذا ما قررت Intermountain Health أن تغطية COBRA هي واحدة من خطط التأمين المُمكنة، ولم يكن المريض من المشمولين في خطة Medicaid أو Medicare، فسيكون على المريض أو ضامنه تزويد Intermountain Health بالبيانات الضرورية من أجل تحديد القسط الشهري لخطة COBRA. وسيكون عليهم كذلك التعاون مع موظفي Intermountain Health لتحديد ما إذا كانوا مؤهلين للحصول على الدعم والمساعدات المالية لتغطية أقساط خطة Intermountain Health COBRA التي قد يجري توفيرها لمدة قصيرة للمساعدة في سداد مصروفات خطة التغطية التأمينية.

المرضى -أو ضامنوهم- الذين لا يتعاونون في التقدم بطلب للحصول على البرامج التي يمكن أن تُموّل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بهم، مثل برنامج Medicaid، قد يكونون غير مؤهلين للحصول على المساعدة المالية. سوف تبذل Intermountain Health بورها كل الجهود الممكنة من أجل تقديم الدعم والمساعدة للمرضى وضامنهم فيما يخص التقدم بطلبات الحصول على البرامج العامة والخاصة. بناءً على أحكام قانون العلاج الطبي والعمل في حالات الطوارئ (EMTLA)، ينبغي تقديم خدمات الرعاية الصحية في حالات الطوارئ إلى المريض وذلك قبل تقييم ظروفه فيما يتعلق بأهليته لتلقي المساعدات المالية أو غيرها من ترتيبات السداد.

خدمات الرعاية الصحية المجانية بالكامل (الخالية من الرسوم): فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية المؤهلة، فسوف يجري توفير خدمات الرعاية الصحية المجانية بالكامل إلى المرضى أو ضامنهم ممن تنطبق عليهم الشروط التالية:

1. المرضى غير المؤمن عليهم وأصحاب خطط التأمين الجزئية الذين تنطبق عليهم شروط أهلية أخرى والذين لا يتجاوز دخل أسرهم السنوي ما نسبته %250 من حد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر،
2. أن تكون جميع خيارات السداد الأخرى فيما يخص المريض قد استنفدت بما في ذلك خطط التأمين الخاصة والفيديرالية وتلك التي توفرها الولاية وبرامج المساعدات الطبية المحلية وغيرها من أشكال الدعم والمساعدة المقدمة من الجهات الخارجية ما لم يكن ذلك محظورًا بموجب أيّ من القوانين المحلية أو قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية.

خدمات الرعاية المخفضة التكلفة : فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية المؤهلة فسوف يجري توفير خدمات الرعاية الصحية المخفضة التكلفة إلى المرضى أو ضامنهم ممن تنطبق عليهم الشروط التالية:

- المرضى غير المؤمن عليهم وأصحاب خطط التأمين الجزئية الذين تنطبق عليهم شروط أهلية أخرى والذين يتجاوز دخل أسرهم السنوي ما نسبته %250 ولكنه أقل من أو يساوي ما نسبته %500 من حد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر،
 - أن تكون جميع خيارات السداد الأخرى فيما يخص المريض قد استنفدت بما في ذلك خطط التأمين الخاصة والفيديرالية وتلك التي توفرها الولاية وبرامج المساعدات الطبية المحلية وغيرها من أشكال الدعم والمساعدة المقدمة من الجهات الخارجية.
- يتضمن الملحق (ب) من مصفوفة مسؤولية المريض عن المساعدة المالية الخصومات والتخفيضات

مساعدات الضائقة المالية المتعلقة بالحالة الصحية: رغم أن المساعدات المالية يجري توفيرها عادةً بما يتوافق مع شروط معايير الأهلية المحددة، إلا أنه من المُسَلَّم به أنه قد تكون هناك حالات عَرَضِيَّة تتطلب توفير مساعدات إضافية نتيجةً لبعض الظروف الخاصة.

فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية المؤهلة فسوف يجري توفير خدمات الرعاية الصحية المخفضة التكلفة إلى المرضى أو ضامنهم ممن تنطبق عليهم الشروط التالية:

1. المرضى أو ضامنوهم الذين يتجاوز دخل أسرهم السنوي ما نسبته %500 من حد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر
2. المرضى أو ضامنوهم الذين استنفدوا جميع خيارات السداد الأخرى بما في ذلك خطط التأمين الخاصة والفيديرالية وتلك التي توفرها الولاية وبرامج المساعدات الطبية المحلية وغيرها من أشكال الدعم والمساعدة المقدمة من الجهات الخارجية،
3. النفقات النثرية وغيرها من الالتزامات الخاصة بالمريض الناتجة عن الخدمات الطبية المقدمة من قِبَل مزودي الخدمة التابعين لـ Intermountain Health التي تتجاوز ما نسبته %25 من قيمة دخل الأسرة السنوي.

يتحمل المرضى -أو ضامنوهم- الذين يستوفون معايير الأهلية لبرنامج مساعدات الضائقة المالية المتعلقة بالحالة الصحية، رسومًا من شركة Intermountain Health بحد أقصى %25 من دخل أسرهم السنوي. يُطبق هذا التعديل في الرسوم على جميع الخدمات الطبية المؤهلة المقدمة خلال السنة التقييمية.

الخدمات المخفضة التكلفة للمرضى غير المؤمن عليهم: يجوز للمرضى غير المؤهلين للمساعدات المالية وأولئك الذين ليس لديهم تغطية طبية من قِبَل جهة خارجية تشمل الخدمات الطبية الضرورية المقدمة من قِبَل Intermountain Health الاستفادة من خصومات وتخفيضات التكلفة على النحو المنصوص عليه في سياسة Intermountain Health لخصومات وتخفيضات المرضى.

خطط السداد: سوف يجري إعداد خطة سداد مناسبة بالتعاون بين كلٍّ من Intermountain Health والمريض أو ضامنهم، وذلك فيما يخص أي رصيد متبقٍ من الرسوم بعد خصم قيمة تكلفة خدمة الرعاية الطبية بموجب سياسة المساعدات المالية.

الخدمات الطبية الطارئة

سوف تزود جميع المؤسسات الطبية التابعة لمؤسسة Intermountain Health الأفراد والمرضى - الذين يحتاجون إلى خدمات طبية طارئة أو أولئك الذي تقدّم من ينوب عنهم بطلب في حال عجز المريض عن القيام بذلك- بفحص طبي لتحديد وجود إحدى الحالات الطبية الطارئة أم لا. بغض النظر عن قدرة المرضى على السداد، أو حالة التأمين، أو حالة الهجرة، فإن المرضى في مؤسسات الرعاية الصحية التابعة لـ Intermountain Health سوف يتلقون خدمات الفحوصات والخدمات العلاجية والعلاجات دون أي تأخير أو تأجيل.

تلتزم مرافق الرعاية الصحية في Intermountain Health بتزويد الأفراد-الذين يعانون حالات طبية طارئة- بالعلاج اللازم حتى تستقر حالتهم. وعند الخروج، يجب أن يكون المرضى قادرين على القيام بتنفيذ خدمات الرعاية الخاصة لأنفسهم، أو إذا كانوا في حاجة إلى دعم مستمر، فسيجري اتخاذ الترتيبات المناسبة لضمان استمرار الرعاية لهم. سوف يجري توفير خدمات المرضى الداخليين بالتساوي لجميع المرضى بغض النظر عن قدرتهم على سداد مصاريف الخدمات. لا يجوز لأي مرفق من مرافق الرعاية الصحية في Intermountain Health إخراج أي مريض يعاني حالة طبية طارئة قبل استقرار حالته الصحية حتى إذا كان قد جرى إلغاء تأمينه الطبي أو حتى إذا توقف عن سداد مصاريف الخدمات أثناء فترة إقامته في المستشفى.

وإذا كان أيٌّ من المستشفيات التابعة لمؤسسة Intermountain Health غير قادر على التعامل مع الحالة الطبية الطارئة وعلاجها، فسيقوم بعمل الإحالة الطبية المناسبة للمريض لنقله إلى مستشفى آخر قادر على توفير الرعاية له.

أسس حساب التكاليف التي يدفعها المرضى

لن يجري فرض رسوم على المرضى المؤهلين بموجب سياسة المساعدة المالية لـ Intermountain Health بما يتجاوز متوسط إجمالي الرسوم الحالية لخدمات الرعاية الطبية الطارئة أو الأساسية، على نحو يضمن المعاملة العادلة والمُنصفة مقارنةً بالمرضى المؤمن عليهم. يمكن للأشخاص الاستفسار عن نسبة متوسط إجمالي الرسوم الحالية من خلال التواصل مع قسم الاستشارات المالية أو مكتب إعداد الفواتير عبر روابط الاتصال المتوفرة في القسم الذي يحمل عنوان "المواد الثانوية" أدناه.

تقوم Intermountain Health بحساب النسبة المئوية لمتوسط إجمالي الرسوم سنويًا باستخدام طريقة الحساب بأثر رجعي. يتضمن ذلك قسمة المبلغ الإجمالي للمطالبات المدفوعة بالكامل من قِبَل Medicare وشركات التأمين الصحي الخاصة-الذين كانوا جهات السداد الأساسية لهذه المطالبات على مدى الاثني عشر شهرًا (12) السابقة- على إجمالي الرسوم المرتبطة بتلك المطالبات.

التقدم بطلب للحصول على المساعدات المالية

يجري الفصل في مدى أهلية الشخص للحصول على المساعدة المالية بناءً على أحكام سياسة Intermountain Health وكذلك على تقييم مدى حاجته المالية. وبناءً عليه، سوف يتم إطلاع المؤمن عليهم وأصحاب خطط التأمين الجزئية على محتوى سياسة المساعدات المالية وإجراءات تقديم طلبات الحصول عليها. ويتحمل المرضى وضامنهم مسؤولية التعاون والمشاركة في عملية تقديم طلبات الحصول على المساعدات المالية وذلك عن طريق توفير البيانات والمستندات اللازمة بشأن حجم الأسرة ودخلها.

ومع ذلك، فسوف تبذل Intermountain Health جميع الجهود الممكنة أو لآ لتسليط الضوء على مزايا برنامج Medicaid وغيره من البرامج الخاصة والعامة للمرضى أو وضامنهم، كما ستزودهم بالمعلومات الكافية عن تلك البرامج التي يمكنها توفير التغطية التأمينية للخدمات الطبية المُقدمة. هذا، ولن تألو Intermountain Health جهدًا لمساعدة المرضى وضامنهم لتقديم طلبات الاستفادة من البرامج العامة والبرامج الخاصة وتغطية COBRA، التي قد يكونون مؤهلين للاستفادة منها والتي قد تساعدهم في تلقي خدمات الرعاية الصحية وسداد مصاريفها من المتوقع من المرضى الذين تقرر احتمالية استيفائهم معايير الأهلية أن يتخذوا الخطوات اللازمة للتقدم لهذه البرامج.

سوف يجري تقديم المعلومات حول خيارات التأمين الخارجي المتاحة وسياسة المساعدة المالية لـ Intermountain Health للمرضى بطريقة يسهل عليهم فهمها وباستخدام اللغات السائدة المستخدمة داخل مجتمعاتهم.

الطلبات والمستندات: لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية، يجب على جميع المتقدمين إكمال نموذج المساعدة المالية الخاص بالمنطقة ذي الصلة، وقد يُطلب منهم أيضًا تقديم وثائق تكميلية. قد تتضمن الوثائق ما يلي:

1. وثائق التحقق من الدخل كقوائم الدفع الأخيرة، والوثائق الداعمة لدخل العمل الحر، وأحدث إقرار ضريبي، والبيانات المصرفية.
2. بيانات المصاريف الشهرية (على النحو المُبين في نموذج طلب الحصول على المساعدات المالية) و/أو
3. قد تتضمن المستندات الداعمة المبينة في سياسة Intermountain Health ونموذج طلب المساعدات المالية ما يلي:
 - الإخطار بعدم الأهلية للحصول على مزايا Medicaid، إذا كان ذا صلة.
 - وثيقة الطلاق أو إشعار الانفصال القانوني، إذا كان ذا صلة.
 - شهادة الوفاة إذا كانت ذات صلة ويمكن إثبات ذلك من خلال تقديم وثائق مثل: شهادة الوفاة، أو إعلان الوفاة، أو إشعار من دار الجنازة، وما إلى ذلك.
 - دليل على المشاركة في مبادرات الخدمات الإنسانية، عند الاقتضاء
 - خطاب الدعم، إذا كانت ذات صلة.
 - كشف حساب النفقات الطبية غير المدفوعة التي تتجاوز 5000 دولار، إن وُجدت

- تتضمن معايير الأهلية المُستخدمة في عملية التقييم، قيمة الدخل مقارنةً بحد الفقر المنصوص عليه في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر (FPL) والذي يجري تحديده سنويًا بمعرفة الوزارة الفيدرالية للصحة والخدمات الإنسانية بناءً على حجم الأسر المعيشية ومستوى دخل الأسرة.
- لتلقي خدمات الرعاية غير العاجلة في المستشفى أو أحد برامج الرعاية الخاصة، فلا بد أن يكون الشخص من المقيمين داخل مناطق الخدمات لـ Intermountain Healthcare. تُعد خدمات الرعاية الطارئة ورعاية الصدمات المُقدمة في بيئة الرعاية الطارئة مشمولة ضمن الخدمات بصرف النظر عن حالة الإقامة ومكانها للمريض.
- يطلع المريض و/أو ضامنه على جميع مصادر التمويل المتاحة بما في ذلك برامج المساعدات الحكومية والخاصة قبل التقدم بطلب الحصول على المساعدات المالية. يمكن لـ Intermountain Health مساعدة المرضى في تقديم طلب لتلقي المساعدات عبر الموارد غير التابعة لـ Intermountain Health.

الأهلية الافتراضية

تعني Intermountain Health أن القدرة على إكمال طلب المساعدة المالية أو تقديم الوثائق المطلوبة قد لا تكون متاحة لجميع المرضى أو ضامنيهم. وفي ضوء هذا الواقع، فإن المستشارين الماليين لدينا الذين يقدمون خدماتهم في مواقع الرعاية مستعدون لتقديم الدعم لأي شخص يحتاج إلى مساعدة في تقديم الطلب. بالنظر إلى المرضى أو ضامنيهم الذين يجدون صعوبة في تقديم الوثائق المطلوبة ولكنهم يستوفون معايير الحاجة المالية، فإن Intermountain Health قد تقدم لهم المساعدة المالية. يمكن أن يتم تحديد الأهلية بشكل افتراضي، بناءً على الظروف الفردية للحياة التي قد تشمل مجموعة متنوعة من العوامل مثل:

1. برامج المساعدة الدوائية التي تدعمها الولاية؛
2. الأشخاص المشردين الذين يعيشون بلا مأوى أو الذين يتلقون الرعاية من عيادة متخصصة للأشخاص بلا مأوى؛
3. المشاركة في برامج التغذية التكميلية الخاصة بالنساء والرُضّع والأطفال (WIC)؛
4. مدى أهلية الاستفادة من برنامج قسائم الطعام (Food Stamp)؛
5. مدى أهلية الاستفادة من برنامج الغداء المدرسي المدعوم ماليًا؛
6. مدى أهلية الاستفادة من برامج المساعدة الأخرى التي لا تتلقى تمويلًا على مستوى الولاية أو المستوى المحلي (مثل عملية الإنفاق إلى أن يستوفي الدخل معايير الأهلية المالية لبرنامج Medicaid)؛

7. تقديم السكن المدعوم للأشخاص ذوي الدخل المنخفض؛ مما يتيح لهم الحصول على عنوان صالح.
8. قد تُحدّد الأهلية أيضًا بناءً على مجموعة متنوعة من مصادر المعلومات في مجال الرعاية الصحية (مثل: بيانات السجل العام، والمعلومات الاجتماعية الاقتصادية، والدرجات التي يحتسبها البائع).

في الأوقات التي لا يستجيب فيها المرضى أو ضامنوهم للإجراءات المتعلقة بتقديم الطلبات في Intermountain Health، يمكن اللجوء إلى مصادر معلومات بديلة لتقييم احتياجاتهم المالية على نحو فردي. ستمنح هذه المعلومات Intermountain Health القدرة على اتخاذ قرار مستنير ومبني على المعرفة بشأن الاحتياجات المالية للمرضى الذين لا يستجيبون للإجراءات المتعلقة بتقديم الطلبات. قد تلجأ Intermountain Health إلى جهة أخرى لمراجعة معلومات المرضى أو ضامنهم لتقييم الحاجة المالية؛ وذلك بهدف مساعدة المرضى المحتاجين ماليًا. تستعين هذه المراجعة بنموذج تنبئي معروف في عالم الرعاية الصحية، يستند إلى مجموعة من البيانات المُستقاة من السجلات العامة. يقوم هذا النموذج بتحويل تلك البيانات إلى درجة تعبر عن الوضع الاقتصادي والاجتماعي والقدرة المالية للأفراد. صُممت القواعد التي يعتمد عليها النموذج لتقييم كل مريض بنفس المعايير، وجرى تعديلها بناءً على القرارات التاريخية بشأن الموافقة على المساعدة المالية من جانب Intermountain Health. تستفيد Intermountain Health من النموذج التنبئي الذي يُمكنها من التعرف على المرضى الذين يتشابهون في خصائصهم مع المرضى الآخرين الذين تمكنوا من الحصول على المساعدة المالية في السابق من خلال العملية التقليدية لتقديم الطلبات.

قد تستخدم Intermountain Health المعلومات المُستخرجة من النموذج التنبئي لمنح الأهلية الافتراضية للمرضى أو ضامنهم، أو تخفيف بعض متطلبات الوثائق المطلوبة. في الحالات التي يعتذر فيها تقديم المعلومات مباشرةً من قبل المريض، وبعد بذل الجهود اللازمة لتأكيد إتاحة التغطية، يوفر النموذج التنبئي طريقة منهجية لمنح الأهلية الافتراضية للمرضى المحتاجين ماليًا. في حالة عدم أهلية المريض بموجب مجموعة قواعد الأهلية الافتراضية، يمكن للمريض -بكل تأكيد- تقديم المعلومات اللازمة، وسيجري النظر في طلبه بموجب الإجراء التقليدي لتقديم طلب المساعدة المالية.

المرضى المتوفون: في حال وفاة المريض الذي لم يكن متزوجًا وليس لديه إرث معروف، وبعد التأكد من تحقق المعايير المطلوبة لتسوية حسابه، يُرسل حسابه للمراجعة بهدف النظر في إمكانية تسوية المبلغ المُستحق. للتأكد من حالة الإرث، يقوم ممثلٌ من الإدارة المعنية بالمساعدة المالية للمريض بارسال استفسار إلى البلدية التي كان يقيم فيها المريض المتوفى. يجري تضمين تفاصيل الحساب -بما في ذلك الرصيد المتبقي- في هذا الاستفسار.

إذا كان للمريض المتوفى زوج أو زوجة على قيد الحياة، فإن قانون الولاية التي كان يقيم فيها المتوفى سيحدد ما إذا كان الرصيد المتبقي يصبح مسؤولية الزوج الباقي على قيد الحياة أو إرث المتوفى. في حال تحمّل الزوج الباقي على قيد الحياة المسؤولية، سيجري تحويل الحساب إليه. يجوز للزوج الباقي على قيد الحياة التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية إذا كانت قوانين الولاية تحدد أن دين المتوفى يصبح مسؤولية الزوج الباقي على قيد الحياة. سيحتاج الزوج الباقي على قيد الحياة إلى إكمال طلب الحصول على المساعدة المالية وتقديم أي وثائق مطلوبة. سيخضع الحساب بعد ذلك لمراجعة برنامج المساعدة المالية لتحديد الأهلية.

الموافقة على المساعدات المالية

سوف يجري مراجعة القرارات المتعلقة بالمساعدة المالية مع مراعاة السياسة المُتبعة، وذلك بطريقة تعبر عن التوجيه المالي والمسؤولية الاجتماعية. ستتماشى التسويات مع المستويات المُحددة في سياسة Intermountain Health.

الجدول الزمني بشأن تحديد الأهلية المالية

في أي مرحلة من مراحل الرعاية الصحية للمريض -بعد استقرار حالته الطبية أو خلال دورة التحصيل- يمكن اتخاذ قرار بشأن المساعدة المالية. وسيجري اتخاذ هذا القرار بعد استنفاد كل الجهود المبذولة لتأهيل المريض للبرامج العامة أو الخاصة. وفي حال البحث عن طرق أخرى للدعم المالي، ستتواصل Intermountain Health مع المريض أو الضامن لتوضيح الإجراءات والجدول الزمني المتوقع لتحديد الأهلية، ولن تبذل أي جهود لتحصيل أي مدفوعات أثناء اتخاذ هذا القرار.

سيجري معالجة طلبات المساعدة المالية بسرعة، وستقوم Intermountain Health بإعلام المريض أو المتقدم بالقرار خطياً في الوقت المناسب. في حال اعتماد الأهلية، سيحظى المريض بالمساعدة المالية لمدة اثني عشر شهراً. ستطبق المساعدة المالية أيضاً على جميع الحسابات المؤهلة التي تم تكبدها نظير الخدمات المقدمة قبل تاريخ تقديم الطلب. وفي حال رفض اعتماد المساعدة المالية، يمكن للمريض أو الضامن تقديم طلب مرة أخرى كلما حدث تغيير في الدخل أو في الحالة المادية. إذا مرت فترة تزيد على ستة أشهر منذ رفض طلب المساعدة المالية، يتعين على المريض أو الضامن إعادة تقديم الطلب.

إشعار حول المساعدة المالية

تتوفر معلومات حول سياسات أو برامج المساعدة المالية وتُنشر على جميع مواقع Intermountain Health الإلكترونية. بالإضافة إلى ذلك، سيجري الإعلان بوضوح عن توفر المساعدة المالية في: أقسام الطوارئ، ومراكز الرعاية العاجلة، ومناطق القبول والتسجيل، وأي مواقع أخرى تراها Intermountain Health مناسبة. تتوفر معلومات حول المساعدة المالية بلغاتٍ متعددة تشكل على الأقل 5% من المرضى الذين يتلقون الخدمات سنوياً في الموقع الخاص بالرعاية.

وبالإضافة إلى الأساليب المذكورة أعلاه، تُتاح سياسات المساعدة المالية أو ملخصات البرامج لوكالات الخدمات الصحية والبشرية والمنظمات الأخرى داخل المجتمع المحلي التي تقدم المساعدة للأشخاص المحتاجين. وسيجري تضمين معلومات المساعدة المالية -بما في ذلك رقم الاتصال- في فواتير المرضى ومن خلال التواصل الشفوي. تتوفر معلومات حول المساعدة المالية في مراكز التسجيل. وتُقدّم خدمات الإرشاد المالي للمرضى لمساعدتهم في التعامل مع فواتير Intermountain Health. يقع على عاتق المريض أو الضامن مسؤولية تحديد موعدٍ للحصول على المساعدة من مستشار مالي.

تعمل Intermountain Health على نشر الوعي والمعرفة بين مقدمي الرعاية الصحية الذين يتواصلون بشكل مباشر مع المرضى حول سياسات وممارسات المساعدة المالية والتحصيل (وهذا يشمل العاملين في تسجيل المرضى وقبولهم، والمساعدة المالية، وخدمة العملاء، والفواتير والتحصيل). يمكن لأي مقدم رعاية أو فريق طبي في Intermountain Health -بما في ذلك الأطباء والمرضات والمستشارون الماليون والعاملون الاجتماعيون ومدبرو الحالات والقساوسة والرعاة الدينيون- أن يقترحوا على المرضى الاستفادة من برنامج المساعدة المالية.

تسوية الطعون والمنازعات

في حال وجود نزاع بشأن تطبيق سياسة المساعدة المالية، يجوز للمرضى طلب النظر في النزاع من قِبَل Intermountain Health. بالإضافة إلى ذلك، يحق للمرضى الذين رُفِضَ طلبهم للحصول على مساعدة مالية أن يقدموا استئنافاً بشأن تحديد الأهلية الخاصة بهم. يمكن بدء إجراءات النزاع والطعن عن طريق التواصل مع فريق الإدارة المعنية بالمساعدة المالية. يجب توثيق أسباب النزاع أو الطعن خطياً وتقديمها في غضون فترة لا تزيد على 90 يوماً بعد اتخاذ قرار بشأن المساعدة المالية.

قد يغطي برنامج المساعدة المالية التابع لشركة Intermountain Health بنود رعاية صحية مُحددة تتعلق مباشرةً بمعالجة الأفراد غير المؤمن عليهم، أو الذين لديهم خطط تأمين جزئية، أو الذين لا تغطي خطتهم الصحية تلك العناصر. يُرجى الرجوع إلى بنود المساعدة المالية المتعلقة بخدمات الرعاية الطبية المبينة في المواد الثانوية.

يُرجى الرجوع إلى الملحق أ- عناوين المستشفيات التابعة لـ Intermountain Health، للاطلاع على عناوين المستشفيات التابعة لـ Intermountain Health من أجل تقديم أيٍّ من الاعتراضات أو الاستئنافات.

حفظ السجلات

للحفاظ على الضوابط المالية المناسبة والامتثال لجميع اللوائح المعمول بها، ستقوم مؤسسة Intermountain Health بتوثيق جميع حالات المساعدة المالية، بما في ذلك الرعاية المخفضة بالكامل (المجانية)، وخدمات الرعاية المخفضة التكلفة، والمساعدة في حالات الضائقة المالية المتعلقة بالحالة الصحية.

التدابير المُتخذة في حالة عدم السداد

للحيلولة دون تعرُّض المرضى غير المؤمن عليهم لصعوبات مالية غير ضرورية، ستجعل Intermountain Health من أولوياتها إبلاغهم ببرنامج المساعدة المالية الخاص بنا من خلال تضمين شرح موجز للسياسة المعمول بها لدينا وذلك في جميع بيانات الفواتير الصادرة، بما يضمن اطلاع المرضى غير المؤمن عليهم على خياراتهم قبل اتخاذ أي إجراءات تحصيل. تتوافق جميع سياسات التحصيل المعمول بها لدى Intermountain Health مع اللوائح الفيدرالية وتلك المعمول بها على مستوى الولاية وكذلك مع القوانين المُنظمة لعمليات إصدار فواتير مصاريف خدمات الرعاية الصحية وعمليات التحصيل. هذا، ولن يجري استخدام أي بيانات مُوثَّقة جرى الحصول عليها أثناء عملية تقديم الطلبات كقاعدة تستند إليها عملية التحصيل.

لضمان حصول المرضى على جميع الفرص لتلقي الدعم المالي، لن تتخذ مؤسسة Intermountain Health أي إجراءات استثنائية لاسترداد الرسوم المُستحقة دون اتخاذ الجهود المناسبة لإجراء تقييم شامل أو لالوضع المالي للمريض وأهليته للحصول على المساعدة المالية. تتضمن تلك الجهود المعقولة -على سبيل المثال لا الحصر- التأكد من دقة الفواتير غير المدفوعة للمرضى، والتأكد من تحديد جميع المصادر المُحتملة لمدفوعات الطرف الثالث وإصدار فواتيرها بواسطة Intermountain Health. وقد تتضمن الإجراءات المعقولة التزام Intermountain Health بعدم تعرُّض المرضى غير المؤمن عليهم أو الذين لديهم خطط تأمين جزئية لضغوط مالية غير مُبررة، ومن ثم سوف تحجب أي إجراءات لتحصيل الديون حتى يجري إبلاغهم بشكل مناسب ببرنامج المساعدة المالية لدينا وتُتاح لهم الفرصة لطلب المساعدة المالية أو التفاوض بشأن خطة سداد معقولة. سوف يجري إعفاء المرضى الذين يمكنهم تقديم دليل على طلبهم للحصول على برنامج Medicaid أو برامج الرعاية الصحية العامة الأخرى من أي إجراءات استثنائية لتحصيل المصاريف تتخذها مرافق الرعاية الصحية.

تنص سياسة Intermountain Health على ضرورة إدراج معلومات المساعدات المالية في جميع الكشوف المُرسلة إلى المرضى، مما يضمن اطلاعهم على خيارات المساعدة المالية الخاصة بهم عند تلقي إخطار بالمصاريف المُستحقة. إضافة إلى ذلك ولضمان عدم تحميل المرضى بأعباء الديون الطبية التي لم يتم تسويتها، سنشارك مرافق الرعاية الصحية وشركاؤها المعتمدون في اتصالات استباقية مع المرضى غير المُستجيبين، باستخدام جميع الأساليب الشفهية والمكتوبة لإبلاغهم بالأرصدة المُستحقة وتحديد أهليتهم للحصول على مساعدة مالية أو مناقشة خيارات خطط الدفع المقبولة.

الشروط التنظيمية

في سياق تنفيذ سياسة المساعدة المالية هذه، ستضمن إدارة Intermountain Health ومرافقها الامتثال لجميع القوانين والقواعد واللوائح الفيدرالية والولائية والمحلية ذات الصلة التي تنظم الأنشطة التي تغطيها هذه السياسة.

الاستثناءات:

تُعد المرافق التالية غير مشمولة في هذه السياسة:

- Mount Saint Vincent
- عيادات Saltzer Health
- مواقع Tellica Imaging

اعتماد السياسة

تخضع سياسة المساعدة المالية الصادرة عن Intermountain Health للمراجعة الدورية. ولا تسري أي تعديلات على هذه السياسة ولا يُعتد بها ما لم يجر اعتمادها من قِبَل Intermountain Health.

المبادئ التوجيهية بشأن حدود الفقر الصادرة عن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) لعام 2022

السياسات و/أو المبادئ التوجيهية ذات الصلة:

- سياسة التحصيل والديون المعدومة
- سياسة الخصومات والتخفيضات المتاحة للمرضى

الوثائق الداعمة

- مزودو الخدمات المشمولون – Idaho, Nevada, and Utah
- مزودو الخدمات المشمولون – Colorado, Kansas و Montana
- طلب الحصول على المساعدة المالية
- خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفيات التي لا تغطيها المساعدات المالية
- جدول الرسوم المخفضة التدريجية للمساعدات المالية
- بيانات الاتصال بقسم الاستشارات المالية – Idaho, Nevada, و Utah
- بيانات الاتصال بقسم الاستشارات المالية – Colorado و Montana

الملحق أ

يجوز تقديم الطعون والاستئنافات عن طريق التواصل مع إدارة الاستشارات المالية لبرامج المساعدات المالية

Colorado, Kansas or Montana:

Financial Assistance Program
500 Eldorado Blvd.
Broomfield, CO 80021

Idaho, Nevada or Utah:

Financial Assistance Program
P.O. Box 30193
Salt Lake City, UT 84130

مستشفيات Intermountain Health:

Colorado:

Platte Valley Hospital
1600 Prairie Center Pkwy
Brighton, CO 80601

Lutheran Hospital
8300 W 38th Avenue
Wheat Ridge, CO 80030

Good Samaritan Hospital
200 Exempla Circle
Lafayette, CO 80026

St Mary's Regional Hospital
2635 N. 7th Street
Grand Junction, CO 81501

St Joseph Hospital
1375 East 19th Avenue
Denver, CO 80218

Idaho:

Cassia Regional Hospital
1501 Hiland Ave
Burley, ID 83318

Montana:

St. Vincent Regional Hospital
1233 N. 30th Street
Billings, MT 59101

St. James Hospital
200 S. Clark Street
Butte, MT 59701

Holy Rosary Hospital
2600 Wilson Street
Miles City, MT 59301

Utah:

Bear River Valley Hospital
905 N 1000W
Tremonton, UT 84337

American Fork Hospital
170 N 1100 E
American Fork, UT 84003

Alta View Hospital
9660 S 1300 E
Sandy, UT 84094

Utah (تبتبع.)

Intermountain Medical Center 5121 Cottonwood St. Murray, UT 84107	Layton Hospital 201 W Layton Pkwy Layton, UT 84041	Fillmore Community Hospital 674 UT-99 Fillmore, UT 84631
McKay-Dee Hospital 4401 Harrison Blvd Ogden, UT 84403	Orem Community Hospital 331 N 400 W St Orem, UT 84057	Logan Regional Hospital 1400 N 500 E Logan, UT 84341
Sanpete Valley Hospital 1100 S Medical Dr Mt Pleasant, UT 84647	Riverton Hospital 3741 W 12600 S Riverton, UT 84065	Primary Childrens Hospital 100 Mario Capecchi Dr Salt Lake City, UT 84113
Park City Hospital 900 Round Valley Dr Park City, UT 84060	Sevier Valley Hospital 1000 N Main St Richfield, UT 84701	Spanish Fork Hospital 765 E Mkt PI Dr Spanish Fork, UT 84660
Heber Valley Hospital 454 East Medical Way Heber City, UT 84032	Cedar City Hospital 1303 N Main St Cedar City, UT 84721	Utah Valley Hospital 1034 N 500 W Provo, UT 84604
	Orthopedic Specialty Hospital 5848 S 300 E Murray, UT 84107	LDS Hospital 8 th Avenue, C ST E Salt Lake City, UT 84143

Financial Assistance Patient Responsibility Matrix
Attachment B

2023	Percentage of Federal Poverty Guideline														*501% +				
	Sizes of Household	0%	to	250%	251%	to	300%	301%	to	350%	351%	to	400%	401%		to	450%	451%	to
1	\$ -	to	\$ 36,450	\$ 36,451	to	\$ 43,740	\$ 43,741	to	\$ 51,030	\$ 51,031	to	\$ 58,320	\$ 58,321	to	\$ 65,610	\$ 65,611	to	\$ 72,900	Self-pay Discount
2	\$ -	to	\$ 49,300	\$ 49,301	to	\$ 59,160	\$ 59,161	to	\$ 69,020	\$ 69,021	to	\$ 78,880	\$ 78,881	to	\$ 88,740	\$ 88,741	to	\$ 98,600	
3	\$ -	to	\$ 62,150	\$ 62,151	to	\$ 74,580	\$ 74,581	to	\$ 87,010	\$ 87,011	to	\$ 99,440	\$ 99,441	to	\$ 111,870	\$ 111,871	to	\$ 124,300	
4	\$ -	to	\$ 75,000	\$ 75,001	to	\$ 90,000	\$ 90,001	to	\$ 105,000	\$ 105,001	to	\$ 120,000	\$ 120,001	to	\$ 135,000	\$ 135,001	to	\$ 150,000	
5	\$ -	to	\$ 87,850	\$ 87,851	to	\$ 105,420	\$ 105,421	to	\$ 122,990	\$ 122,991	to	\$ 140,560	\$ 140,561	to	\$ 158,130	\$ 158,131	to	\$ 175,700	
6	\$ -	to	\$ 100,700	\$ 100,701	to	\$ 120,840	\$ 121,841	to	\$ 140,980	\$ 140,981	to	\$ 161,120	\$ 161,121	to	\$ 181,260	\$ 181,261	to	\$ 201,400	
7	\$ -	to	\$ 113,550	\$ 113,551	to	\$ 136,260	\$ 136,261	to	\$ 158,970	\$ 158,971	to	\$ 181,680	\$ 181,681	to	\$ 204,390	\$ 204,391	to	\$ 227,100	
8	\$ -	to	\$ 126,400	\$ 126,401	to	\$ 151,680	\$ 151,681	to	\$ 176,960	\$ 176,961	to	\$ 202,240	\$ 202,241	to	\$ 227,520	\$ 227,521	to	\$ 252,800	
For each additional person add			\$5,140			\$5,140			\$5,140			\$5,140			\$5,140			\$5,140	SP Disc
Clinic Copay			0			\$25			\$35			\$50			\$75			\$100	
IPIO Discount			100%			95%			90%			85%			80%			75%	

*Patient responsibility per visit not to exceed 25% of household income for patients with incomes greater than 500% of the Federal Poverty Level who qualify for a Medical Hardship
Sliding scale effective 12/15/2023