

Financial Advocacy Department
4 Allegheny Center, 4th Floor
Pittsburgh, Pa 15205

یا به نشانی FinancialAdvocates@AHN.org ایمیل بزنید

AHN هر یک از درخواستهای کمک هزینه را بلافاصله بررسی میکند. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر AHN نامهای به بیمار میفرستد.

Allegheny Health Network رأی را به صورت نوشتاری به اطلاع بیمار یا ضامن یا نماینده وی میرساند.

طرح کمک هزینه Allegheny Health Network

بیمارستانها و پزشکان Allegheny Health Network (AHN) متعهد هستند که سلامت بیماران و اجتماعی را که در آن خدمات ارائه میدهم ارتقاء دهند. سیاست ما ارائه خدمات درمانی بدون هرگونه تبعیض به تمامی بیماران است، از جمله آنهایی که ممکن است به خاطر محدود بودن درآمدها در پرداخت بهای خدمات مشکل داشته باشند. AHN بهای خدمات درمانی ضروری را برای افراد واجد شرایط کمک هزینه محدود می-کند. مبلغ صورتحساب این افراد بیشتر از مبلغ صورتحساب عمومی (AGB) که برای افراد بیمه شده صادر میگردد نخواهد بود. جهت رفع نیاز اجتماع AHN یک برنامه اعطای کمک هزینه ارائه نموده است.

برنامه کمک هزینه AHN به طور کامل در توضیح طرح کمک هزینه و وصول مطالبات Allegheny Health Network که از تاریخ 1 ژانویه 2018 قابل اجراء است شرح داده شده است. این طرح تنها مختص ارائه دهندگان خدمات درمانی در شبکه AHN و نهادهای وابسته تحت پایش آن میباشد، از جمله پزشکان تحت استخدام آن. در ادامه خلاصهای از این طرح مطرح شده است که به شرح موارد زیر میپردازد:

- چه کسانی بر اساس معیارهای درآمد واجد شرایط دریافت کمک هزینه از AHN هستند
- کدام خدمات AHN مشمول این طرح میشود و کدام خدمات مشمول آن نمیشود
- بیمار چگونه باید برای دریافت کمک هزینه از AHN درخواست ارائه دهد

چه کسی واجد شرایط دریافت کمک هزینه است؟

سیاست AHN بر این اساس است که به بیمارانی که شرایط زیر را داشته باشند کمک هزینه ارائه دهد:

- بیمه درمانی ندارند یا بیمه محدودی دارند
- واجد شرایط مدیکر یا مدیکید نشدهاند
- شهروند ایالات متحده یا مقیم قانونی ایالات متحده آمریکا هستند
- در ناحیه خدماتی اصلی AHN زندگی میکنند
- نیاز مالی خود را به اثبات میرسانند

کمک هزینه برای صورتحسابهای AHN

شبهه بهداشت و درمان آلیگینی (Allegheny Health Network (AHN)) تعهد میدهد که خدمات پزشکی ضروری را بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت بیماران به آنها ارائه دهد. برای عمل به این تعهد ما با بیماران همکاری میکنیم و به آنها کمک میکنیم تا بتوانند تعهدات مالی خود را بابت خدماتی که ما ارائه میدهم برآورده نمایند.

چه کسانی واجد شرایط دریافت کمک هزینه برای صورتحسابهای AHN خود هستند؟

Allegheny Health Network ممکن است بتواند برای صورتحسابهای AHN بیمارانی کمک هزینه ارائه دهد که:

- بیمه درمانی ندارند یا بیمه محدودی دارند
- واجد شرایط مدیکر یا مدیکید نشدهاند
- شهروند ایالات متحده یا مقیم قانونی ایالات متحده آمریکا هستند
- در ناحیه خدماتی اصلی AHN زندگی میکنند
- نیاز مالی خود را به اثبات میرسانند

چگونه میتوانم بفهمم که واجد شرایط دریافت کمک هزینه هستم یا نه؟

هر بیمار باید جهت دریافت کمک هزینه برای صورتحساب AHN درخواست ارائه دهد. جهت ارائه درخواست:

- فرم و دستورالعمل درخواست کمک هزینه Allegheny Health Network را از نشانی <https://www.ahn.org/financial-assistance-ahn-bills> دانلود و چاپ نمایید.
- فرم را تکمیل نموده، به همراه مدارک مورد نیاز جهت اثبات میزان درآمد ارسال نمایید.
- اگر نمیتوانید فرم را دانلود یا چاپ نمایید، برای تکمیل درخواست به کمک احتیاج دارید، یا در رویه کمک هزینه برای بیمارستانهای Allegheny General، Grove City، Forbes، Canonsburg، Allegheny Valley، Westfield، Saint Vincent، Jefferson، Medical Center، AHN Harmor، Wexford، West Penn، Memorial، AHN، AHN McCandless Neighborhood، Neighborhood، Brentwood Neighborhood یا AHN Hempfield Neighborhood به کمک احتیاج دارید لطفاً با بخش حمایت مالی (Financial Advocacy) به شماره 1-855-493-2500 تماس بگیرید یا به دفتر پذیرش بیمارستان AHN که در آن خدمات درمانی به شما ارائه شده است مراجعه نمایید.
- جهت دریافت یک نسخه از طرح کمک هزینه Allegheny Health Network و فرم درخواست نامهای به نشانی زیر ارسال کنید:

معیارهای درآمد برای دریافت کمک هزینه چیست؟

معیار خط فقر فدرال سال 2022 برای 48 ایالت هم جواز و بخش کلمبیا

- تحریک عمقی مغزی

- تکنیکهای حذف کلسترول خون

- خدماتی که تحت پوشش سایر برنامهها یا کمک هزینهها هستند، مانند برنامه

Ryan White مختص درمان HIV/AIDS

چگونه میتوانم برای دریافت کمک هزینه پرداخت صورتحسابهای AHN

درخواست بدهم؟

جهت ارائه درخواست دریافت کمک هزینه پرداخت صورتحسابهای AHN بیمار یا نماینده وی باید فرم درخواست کمک هزینه Allegheny Health Network و مدارک مورد نیاز جهت اثبات میزان درآمد را تکمیل و ارائه نماید. درخواست و مدارک اثبات میزان درآمد باید ظرف مدت 240 روز پس از دریافت خدمات پزشکی به AHN ارائه شود.

میزان درآمد	تعداد افراد خانوار
200%	100%
\$27,180.00	\$13,590.00
\$36,620.00	\$18,310.00
\$46,060.00	\$23,030.00
\$55,500.00	\$27,750.00
\$64,940.00	\$32,470.00
\$74,380.00	\$37,190.00
\$83,820.00	\$41,910.00
\$93,260.00	\$46,630.00

* بر اساس دو برابر معیار کنونی خط فقر. در مورد خانوادهها/خانوارهای بیش از 8 نفر، به ازای هر نفر اضافه مبلغ \$4,720 اضافه نماییید.

در مورد بیمارستان Westfield Memorial میزان درآمد افراد واجد شرایط تا 300% معیار خط فقر فدرال افزایش مییابد. جهت مشاهده جدول کامل میزان درآمدها به پیوست E طرح کمک هزینه مراجعه نماییید.

کدام خدمات مشمول کمک هزینه میگردند؟

کمک هزینه برای خدمات زیر در دسترس بیماران واجد شرایط میباشد:

- خدمات پزشکی اورژانسی
- خدمات پزشکی ضروری (نه انتخابی) برای شرایط اضطراری و مرگ آفرین که خارج از بخش اورژانس ارائه می گردد
- سایر خدمات ضروری پزشکی که مورد به مورد تعیین می شوند

کمک هزینه AHN به خدمات زیر تعلق نمیگیرد:

- خدماتی که مدیکر آنها را "پوشش نمیدهد"
- خدماتی که از نظر پزشکی ضروری نباشند از جمله موارد زیر که محدود به این موارد نیز نمیشود:

- خدمات زیبایی

- خدمات انتخابی باروری، مانند بارورسازی آزمایشگاهی یا واکتومی/بازگشت

واکتومی

- جراحی پیوند عضو و خدمات مربوط به آن

- جراحی کاهش وزن و خدمات مربوط به آن

- خدمات طبی مکمل/جایگزین مانند طب سوزنی

- معاینات دورهای چشم

- لنز تماسی، ابزارهای کمک شنوایی، کاشت حلزون گوش

بر روی وبگاه به نشانی <https://www.ahn.org/financial-assistance-ahn-> bills میتوانید به طرح کمک هزینه، خلاصه‌های به زبان ساده و فرم درخواست به زبان - های زیر دسترسی داشته باشید:

آلمانی	کرهای	ترکی استانبولی
ایتالیایی	مایتیلی	فیلیپینی
لهستانی	اردو	فارسی
روسی	ازبک	هندی
اوکراینی	ویتنامی	عربی
چینی	اسپانیایی	بوسنیایی
ژاپنی	پرتغالی	چکی
	فرانسوی	

خدمات مالی بیماران AHN

اگر سوالی دارید، برای تکمیل فرم درخواست به کمک احتیاج دارید، به نسخه چاپی احتیاج دارید، یا میخواهید اطلاعات بیشتری درباره صورتحساب Allegheny Health Network یا برنامه کمک هزینه ما به دست بیاورید، لطفاً به اطلاعات تماس زیر مراجعه نمایید یا به محل ثبت بیمارستان مراجعه نمایید:

مرکز خدمات مشتریان: 1-833-684-0239

حمایت مالی: 1-855-493-2500 یا به FinancialAdvocates@AHN.org ایمیل بزنید