

## مركز بوسطن الطبي

### سياسة الفوترة والتحويل للمستشفى

**المستشفى مركز بوسطن الطبي ("المستشفى أو BMC")** مفروض عليه واجب انتماني داخلي باستعادة الأموال مقابل الخدمات التي يوفرها للمرضى القادرين على الدفع، ومن شركات التأمين المسؤولة التي تمثل الأطراف الأخرى والتي تغطي تكاليف رعاية المريض، ومن برامج المساعدة الأخرى التي يستحق المريض الاستفادة منها. لتقرير ما إذا كان المريض قادرًا على دفع مقابل الخدمات المقدمة له أم لا، بالإضافة إلى مساعدة المريض على العثور على خيارات التغطية البديلة إذا لم يكن **المريض** لديه تأمين أو إذا كان تأمينه غير كافٍ، **يتبع استخدام** المستشفى المعايير المتعلقة بالفوترة والتحويل من المرضى. أثناء الحصول على المعلومات المالية الشخصية الخاصة بالمريض والأسرة، يحتفظ المستشفى بكل المعلومات بما يتوافق مع قوانين الخصوصية والأمان وسرقة الهوية الفيدرالية والخاصة بالولاية.

#### A. جمع معلومات حول الموارد المالية للمريض والتغطية التأمينية له

- (a) يعمل المستشفى مع المريض لتوفير الإرشادات **للمريض** حول مسؤوليتهم عن توفير المعلومات الرئيسية التالية:
- قبل توفير أي خدمات رعاية صحية (باستثناء الخدمات التي يتم توفيرها من أجل تحقيق الاستقرار لحالة المريض الذي تم تقرير أنه يعاني من حالة طبية طارئة أو يحتاج إلى خدمات الرعاية العاجلة)، يكون المرضى مسؤولين عن توفير المعلومات الدقيقة وفي الوقت المطلوب حول حالة التأمين الخاصة بهم في الوقت الحالي والمعلومات الديموغرافية الخاصة بهم **بالمريض** والتغييرات التي تحدث في دخل أسر **المريض** أو تغطية البوليصة المجمعة (إن وجدت)، والمعلومات المتعلقة بالخصومات أو المدفوعات المشتركة المطلوبة من خلال التأمين أو البرنامج المالي الخاص **بالمريض**، إن كانت تلك المعلومات معروفة. يجب أن تشمل المعلومات التفصيلية لكل عنصر على ما يلي، دون الحصر:
- (i) الاسم الكامل، والعنوان، ورقم الهاتف، وتاريخ الميلاد، ورقم الضمان الاجتماعي (إن كان متاحًا)، وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية، ومعلومات المواطنة والسكن، والموارد المالية المملوكة للمريض التي يمكن استخدامها لدفع الفاتورة الخاصة **بالمريض**؛
- (ii) وإن أمكن، الاسم الكامل لضامن المريض، وعنوانه **المريض المشار إليه آنفًا**، ورقم هاتفه، وتاريخ ميلاده، ورقم الضمان الاجتماعي الخاص به (إن كان متاحًا)، وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية، ومعلومات المواطنة والسكن، والموارد المالية المملوكة التي يمكن استخدامها لدفع الفاتورة الخاصة **بالمريض**؛
- (iii) الموارد الأخرى التي يمكن استخدامها لدفع **الفاتورة المريض**، بما في ذلك برامج التأمين الأخرى، أو المركبات، أو بوليصات التأمين على مالكي المنازل إذا كان العلاج ناجمًا عن حادث، وبرامج تعويض العمال، وبوليصات التأمين على الطلاب، وأي دخل آخر للطلاب مثل الإرث أو الهدايا أو التوزيعات من صناديق مالية متاحة، بالإضافة إلى أشياء أخرى.

يكون المريض كذلك مسؤولاً عن تتبع فاتورة المستشفى التي لم يتم دفعها، بما في ذلك أي مدفوعات مشتركة وتأمين مشترك وخصومات الحالية، **ويجب على المريض بالإضافة إلى** الاتصال بالمستشفى في حالة الحاجة **المريض** إلى مساعدة في دفع جزء من الفاتورة **المستشفى جزء منها أو كلها أو الفاتورة بالكامل**. ويلزم على المريض كذلك إبلاغ شركة التأمين الصحي الحالية التي يتعامل معها **المريض** (إذا كان يتعامل **المريض** مع شركة تأمين صحي) أو الوكالة التابعة للولاية التي قررت حالة أهلية المريض للمشاركة في برنامج عام بأي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين. يمكن أن يساعد المستشفى كذلك المريض فيما يتعلق بتحديث أهلية **المريض** في برنامج عام عندما تكون هناك أي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين، شريطة أن يبلغ المريض المستشفى بأي من هذه التغييرات في حالة أهلية المريض.

يعمل المستشفى مع المريض للتحقق من أنه على دراية بالمسؤولية الملقاة على عاتقه فيما يتعلق بإبلاغ المستشفى والبرنامج الساري الذي يتلقى **المريضون** عنه المساعدة (على سبيل المثال، MassHealth أو Health Connector أو Health Safety Net أو Medical Hardship)، وفيما يتعلق بالمعلومات المتعلقة بالتغيير في دخل الأسرة، أو ما إذا كان **المريض الأسرة جزءًا** من مطالبة تأمينية يمكن أن تغطي تكلفة الخدمات التي يوفرها المستشفى. إذا كان هناك طرف آخر (بما في ذلك على سبيل المثال، لا الحصر، التأمين على المنزل أو السيارة) مسؤول عن تغطية تكلفة الرعاية بسبب حادث أو واقعة أخرى، يعمل المريض مع المستشفى أو البرنامج الساري (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، MassHealth أو Connector أو Health Safety Net) من أجل التنازل عن حقوق استعادة المبلغ المدفوع أو غير المدفوع مقابل تلك الخدمات.

(b) التزامات المستشفى:

سيبذل المستشفى كل الجهود المعقولة والجادة للحصول على معلومات التأمين وغير ذلك من المعلومات الخاصة بالمريض من أجل التحقق من توافر التغطية لخدمات الرعاية الصحية التي يتم توفيرها له من خلال المستشفى. يمكن أن تحدث هذه الجهود أثناء تسجيل المريض المبدئي وجهًا لوجه في موقع المستشفى من أجل الحصول على خدمة ما، أو يمكن أن تحدث في أوقات أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، يقوم المستشفى بإبلاغ المريض بآليات التغطية من خلال المساعدة العامة المتاحة أو برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى، بما في ذلك التغطية المتاحة من خلال MassHealth أو برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيط الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector أو برنامج الضمان الطبي للأطفال أو شبكة Health Safety Net أو Medical Hardship، فيما يتعلق بفوترة الفواتير التي ترسل إلى المريض أو ضامن المريض بعد توفير الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، يقوم المستشفى كذلك بتنفيذ العناية الواجبة من خلال أنظمة التحقق المالية العامة أو الخاصة الحالية من أجل تقرير ما إذا كان بإمكان المستشفى تحديد حالة أهلية المريض لتغطية التأمين العام أو الخاص. وسوف يحاول المستشفى تجميع تلك المعلومات قبل توفير أي خدمات رعاية صحية غير طارئة أو غير عاجلة. يقوم المستشفى بتأجيل أي محاولة للحصول على هذه المعلومات أثناء علاج المريض من الحالات الطبية الطارئة أو أثناء توفير خدمات الرعاية العاجلة الضرورية.

تشمل جهود العناية الواجبة التي يقوم بها المستشفى بما في ذلك، دون الحصر، طلب المعلومات حول حالة التأمين الخاصة بالمريض وفحص أي قواعد بيانات تأمين خاص أو عام متاحة والالتزام بقواعد الفوترة والتصريح واستئناف أي مطالبة يتم رفضها، بالشكل المناسب، عندما يجب دفع ثمن الخدمة بالكامل أو بشكل جزئي من خلال شركة تأمين تمثل طرفًا آخر تكون معروفة قد تكون مسؤولة عن تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأخيرة التي تلقاها المريض. عندما يبلغ المريض فريق إدارة المستشفى أو الدخول إليه، فسوف يعمل فريق **العملون كذلك** مع المريض للتحقق من أن المعلومات ذات الصلة يتم نقلها إلى البرامج العامة المناسبة، مثل أي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين، بما في ذلك أي قضايا أو مطالبات تأمين يمكن أن تغطي تكلفة الخدمات **المستشفى التي يوفرها المستشفى**.

إذا لم يتمكن المريض أو الوصي / الضامن من توفير المعلومات **المطلوبة اللازمة**، ووافق المريض على ذلك، يقوم المستشفى ببذل جهود معقولة للاتصال بالأقارب و / أو الأصدقاء و / أو غير ذلك من الأطراف الأخرى للحصول على المزيد من المعلومات.

تشتمل جهود العناية الواجبة التي يبذلها المستشفى للتحقق فيما إذا كانت هناك شركة تأمين من طرف آخر أو أي مورد آخر مسؤولة (مسؤول) عن تكلفة الخدمات التي يوفرها المستشفى، دون الحصر، على تقرير ما إذا كانت هناك بوليصة تغطي تكاليف المطالبات أم لا، من خلال المريض، بما في ذلك: (1) بوليصة **تلت** المركبات أو بوليصة مسؤولية مالك المنزل، (2) وبوليصة الحوادث العامة أو الحماية من الحوادث الشخصية، (3) وبرنامج تعويضات العمال، (4) وبوليصات التأمين على الطلاب، وغيرها. إذا كان بإمكان المستشفى تحديد هوية طرف آخر مسؤول أو تلقى مدفوعات من طرف آخر أو من مورد آخر (بما في ذلك شركة تأمين خاصة أو برنامج عام آخر)، يقوم المستشفى بإبلاغ البرنامج الساري بالمدفوعات وتعويضها، إن أمكن، وفقًا لمتطلبات معالجة مطالبات البرنامج، في مقابل أي مطالبات ربما تم دفعها من خلال الأطراف الأخرى أو الموارد الأخرى. بالنسبة لبرامج المساعدة العامة من الولاية التي قامت بالفعل بدفع تكلفة الخدمات، لا يكون المستشفى ملزم بتأمين تنازل المريض عن حقه لطرف آخر من أجل تغطية الخدمات. وفي هذه الحالات، يجب أن يكون المريض على دراية بأن برنامج الحالة السارية يمكن أن يحاول طلب التنازل لصالح تكاليف الخدمات التي يتم توفيرها إلى المريض.

## B. ممارسات الفواتير والتحصيل الخاصة بالمستشفى

يملك المستشفى عملية متسقة وثابتة حول تقديم وتجميع المطالبات التي يتم تقديمها إلى المرضى، بغض النظر عن حالة التأمين الخاصة بهم. وعلى وجه الخصوص، إذا كان لدى المريض رصيد غير مدفوع مرتبط بالخدمات التي يتم توفيرها للمريض ولا تخضع للتغطية من خلال خيار تغطية خاص أو عام، يتبع المستشفى إجراءات التحصيل / الفوترة المعقولة التالية، والتي تشتمل على ما يلي:

(a) يتم إرسال فاتورة مبدئية إلى المريض أو إلى الطرف المسؤول عن الالتزامات المالية الشخصية للمريض؛ تشتمل الفاتورة المبدئية على معلومات حول إتاحة المساعدة المالية (بما في ذلك، دون الحصر، MassHealth، وبرنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيط الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector، وبرنامج الضمان الطبي للأطفال، وبرنامج شبكة Health Safety Net و Medical Hardship) من أجل تغطية تكاليف فاتورة المستشفى؛

(b) الفواتير التالية أو المكالمات الهاتفية أو خطابات التحصيل أو إشعارات الاتصال الشخصية أو إشعارات أجهزة الكمبيوتر أو أي وسائل إشعار أخرى تمثل جهدًا أصليًا للاتصال بالطرف المسؤول عن الفاتورة غير المدفوعة، والتي تشتمل كذلك على معلومات حول كيفية اتصال المريض بالمستشفى إذا كان يحتاج إلى مساعدة مالية؛

- (c) إن أمكن، توثيق الجهود البديلة لتحديد الطرف المسؤول عن الالتزام أو العنوان الصحيح حول الفواتير المعادة من خلال الخدمات البريدية مثل "العناوين غير الصحيحة" أو "الرسائل التي لا يمكن توفيرها".
- (d) إرسال إشعار نهائي من خلال البريد المعتمد **إلى** لا مريض غير المؤمن عليهم (أولئك غير المشاركين في برنامج مثل Health Safety Net أو MassHealth) والذين يتحملون رصيد ديون معدومة للطوارئ تتجاوز 1000 دولار **فقط** فيما يتعلق بخدمات مستوى الطوارئ **فقط**، عندما لا يتم إعادة الإشعارات في شكل "عنوان غير صحيح" أو "الرسائل التي لا يمكن توفيرها"، وكذلك إشعار المرضى بآتاحة المساعدة المالية عبر الرسائل؛
- (e) يتم الاحتفاظ بوثائق الفواتير المستمرة أو إجراءات التحصيل المتخذة لمدة 120 يومًا من تاريخ الخدمة وتتاح للبرامج الفيدرالية و / أو التابعة للولاية للتحقق من هذه الجهود؛
- (f) الرجوع إلى نظام التحقق من الأهلية في ولاية ماساتشوستس للتحقق من أن المريض ليس مريضًا يعاني من الدخل المنخفض ولم يتم بتقييم طلب تغطية لبرنامج MassHealth أو برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector أو برنامج الضمان الطبي للأطفال أو شبكة Health Safety Net أو Medical Hardship، قبل تقديم المطالبات إلى مكتب شبكة Health Safety Net لتغطية الديون المعدومة.
- (g) بالنسبة لكل المرضى المشاركين في برنامج المساعدة العامة، يمكن أن يقوم المستشفى فقط بإصدار الفواتير لأولئك المرضى مقابل المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك أو الخصومات المحددة الموضحة في لوائح الولاية السارية والتي يمكن أن يتم توضيحها بشكل إضافي في نظام معلومات إدارة برنامج Medicaid.

يسعى المستشفى إلى الحصول على مدفوعات محددة لأولئك المرضى الذين لا يكونون مؤهلين للمشاركة في برنامج المساعدة العام الخاص بولاية ماساتشوستس، مثل السكان من خارج الولاية، والذين يفون بشكل آخر بفئات الأهلية المالية العامة لبرنامج مساعدة عام تابع للولاية. بالنسبة لأولئك المرضى، يقوم المستشفى بإبلاغ المريض إذا كانت تلك الموارد متاحة اعتمادًا على دخل المريض وغير ذلك من المعايير، كما هو موضح في سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمريض

يمكن أن يقوم المستشفى كذلك، عندما يطلب المريض منها واعتمادًا على مراجعة داخلية للحالة المالية لكل مريض، بتوفير خصم إضافي أو غير ذلك من المساعدة للمريض وفقًا لبرنامج المساعدة المالية الداخلي الخاص بها والمطبق بشكل متسق على المرضى، والذي يضع في الاعتبار الموقف المالي الموثق للمريض وعدم قدرة المريض على تقديم المدفوعات بعد تنفيذ إجراءات التحصيل المعقولة. أي خصومات يتم توفيرها من خلال المستشفى تتسق مع متطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية، ولا تؤثر على قدرة المريض على تلقي الخدمات من المستشفى.

### C. الفئات المعفاة من أنشطة التحصيل

الفئات التالية من المرضى معفون من أي إجراءات تحصيل أو فوترة وفقًا للوائح وسياسات الولاية: المرضى المشاركون في برنامج تأمين صحي عام، بما في ذلك، ودون الحصر، MassHealth ومساعدة كبار السن في حالات الطوارئ والمعاقين والأطفال؛ وخطة الضمان الطبي للأطفال إذا كان الدخل الإجمالي للمعدل المضبوط أقل من أو يساوي 300% من مستوى الفقر الفيدرالي؛ والمرضى من محدودي الدخل وفقًا لبرنامج MassHealth وشبكة Health Safety Net، بما في ذلك أولئك الذين يكون الدخل الإجمالي للمعدل المضبوط أو الدخل المنزلي أو الدخل القابل للحساب للعائلة في برنامج Medical Hardship بين 150.1 إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي؛ والصعوبات الطبية، وفقًا للاستثناءات التالية:

- (a) يمكن أن يسعى المستشفى نحو الحصول على إجراءات تحصيل ضد أي مريض يشارك في البرامج المشار إليها أعلاه نظير المدفوعات المشتركة والخصومات المطلوبة منهم والتي تكون محددة من خلال كل برنامج من البرامج المحددة؛
- (b) يمكن أن يبدأ المستشفى كذلك ببدء عمليات الفوترة أو التحصيل لمريض يدعي أنه مشارك في برنامج مساعدة مالية يغطي تكاليف خدمات المستشفى، ولكنه لا يمكنه توفير دليل على تلك المشاركة. عند تلقي دليل مرض بأن المريض يشارك في برنامج مساعدة مالية، (بما في ذلك تلقي أو التحقق من الطلب الموقع عليه)، يوقف المستشفى أنشطة الفوترة أو التحصيل الخاصة به؛
- (c) يمكن أن يتابع المستشفى إجراء التحصيل حيال أي مريض من محدودي الدخل مقابل الخدمات التي يتم توفيرها قبل إصدار قرار بأن المريض من محدودي الدخل، شريطة أن تكون حالة كون المريض من محدودي الدخل الحالية قد تعرضت للإلغاء أو انتهاء الصلاحية أو لم يتم تحديدها بأي شكل آخر من الأشكال في نظام التحقق من الأهلية أو نظام معلومات إدارة برنامج Medicaid التابع للولاية. ومع ذلك، بمجرد أن يتم تقرير أن المريض مؤهل ومشارك في برنامج MassHealth أو برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector أو برنامج الضمان الطبي للأطفال أو شبكة Health Safety Net أو Medical Hardship، يوقف المستشفى أنشطة التحصيل الخاصة به (باستثناء أي مدفوعات مشتركة أو خصومات) نظير الخدمات التي يتم توفيرها قبل بداية الأهلية **المريض** للبرنامج المذكور **أفًا**.
- (d) يمكن أن يقوم المستشفى بتنفيذ إجراء تحصيل ضد أي من المرضى المشاركين في البرامج الموضحة أعلاه نظير الخدمات غير الخاضعة للتغطية التي وافق المريض على أن يكون مسؤولاً عنها، شريطة أن يكون المستشفى قد وافق على الحصول على موافقة مكتوبة مسبقًا من المريض بإصدار فواتير له نظير تلك الخدمة (الخدمات). ومع ذلك، وحتى في تلك الظروف، لا يجوز للمستشفى إصدار الفواتير فيما يتعلق بالمطالبات المتعلقة بالأخطاء الطبية أو المطالبات التي ترفضها شركة التأمين الرئيسية للمريض بسبب خطأ إداري أو خطأ في الفوترة.

### D. إجراءات التحصيل الاستثنائية

(a) لن يقوم المستشفى باستخدام أي "إجراءات تحصيل استثنائية".

(b) تشمل "إجراءات التحصيل الاستثنائية" على ما يلي:

(i) بيع دين مريض إلى طرف آخر (باستثناء ما إذا تم الوفاء بالمتطلبات الخاصة الموضحة أدناه)؛

(ii) تقديم معلومات إلى وكالات إعداد التقارير الائتمانية أو مكاتب الائتمان؛

(iii) تأجيل أو رفض أو المطالبة بالدفع قبل توفير الرعاية الطبية اللازمة بسبب عدم دفع المريض لفاتورة واحدة أو أكثر للرعاية المتاحة التي تم تقديمها مسبقاً والمغطاة ضمن سياسة المساعدة المالية (التي تعد بمثابة إجراء تحصيل استثنائي للرعاية التي تم توفيرها من قبل)

(iv) الإجراءات التي تتطلب إجراء عملية قانونية أو قضائية، بما في ذلك:

(1) تطبيق حق الحجز على ممتلكات المريض؛

(2) ونزع ملكية ممتلكات المريض؛

(3) والحجز على الحساب البنكي أو أي ممتلكات شخصية أخرى أو مصادره (مصادرتها)؛

(4) ورفع دعوة مدنية ضد المريض؛

(5) والتسبب في اعتقال المريض؛

(6) وتعريض المريض لأمر مصادرة الجسم؛

(7) والحجز على رواتب المريض.

(v) يتعامل المستشفى مع بيع دين المريض لطرف آخر على أنه إجراء تحصيل استثنائي ما لم يدخل المستشفى في اتفاقية

مكتوبة ملزمة مع الجهة التي تشتري الدين بما يفرض ما يلي: (1) يحظر على المشتري المشاركة في أي إجراءات

تحصيل استثنائية للحصول على المدفوعات من أجل الرعاية؛ (2) يحظر على المشتري فرض فائدة على الدين بمعدل

يتجاوز معدل عدم الدفع الساري من مصلحة الضرائب؛ (3) يمكن إعادة الدين إلى المستشفى أو يمكن أن تقوم باستعادته

من خلال المستشفى عند صدور قرار بأن المريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية؛ و(4) إذا تم تقرير أن

المريض صدر له قرار بأنه مؤهل للحصول على المساعدة المالية ولم تتم إعادة الدين إلى المستشفى أو لم يستعده

المستشفى، يلزم على المشتري الالتزام بالإجراء الذي يضمن ألا يقوم المريض بدفع ما هو أكثر مما يكون المريض

مسؤولاً عنه بشكل شخصي للدفع بموجب سياسة المساعدة المالية للمشتري.

(vi) تشمل إجراءات التحصيل الاستثنائية على الإجراءات التي يتم تنفيذها من أجل الحصول على مدفوعات للرعاية تجاه أي

**شخص مريض** آخر تم قبوله أو يلزم له قبول المسؤولية عن فاتورة المستشفى للمريض مقابل الرعاية.

## E. وكالات التحصيل الخارجية

يمكن تعاقد المستشفى مع وكالة تحصيل خارجية من أجل المساعدة في تحصيل مبالغ معينة، بما في ذلك المبالغ التي يكون المريض

مسؤولاً عنها والتي لا يتم حلها بعد 120 يوماً من إجراءات التحصيل المستمرة. يمكن أن يبرم المستشفى كذلك تعاقدات ملزمة مع

وكالات التحصيل الخارجية. وأي تعاقدات من تلك النوعية تسمح ببيع الدين ولا يتم التعامل معها على أنها إجراءات تحصيل استثنائية

تفي بالمتطلبات الموضحة أعلاه. وفي كل الحالات الأخرى، إذا قام المستشفى ببيع أو إحالة ديون المريض إلى طرف آخر، يتم تصميم

الاتفاق مع الطرف الآخر لضمان ألا يتم اتخاذ أي إجراءات تحصيل استثنائية. تقوم كل وكالات التحصيل الخارجية التي يستخدمها

المستشفى بتوفير فرصة للمريض لتقديم تظلم، وتقوم بتوجيه نتائج تلك التظلمات الخاصة بالمرضى إلى المستشفى. يفرض المستشفى

على أي وكالة تحصيل خارجية أن تعمل بالتوافق مع المتطلبات الفيدرالية ومتطلبات تحصيل الدين العادلة الخاصة بالولاية.

## و. خطط المبالغ المقدمة والتقسيت

وفقاً للوائح شبكة Massachusetts Health Safety Net فيما يتعلق بالمرضى الذين يكونون إما: (1) تم تحديدهم من "مرضى من

محدودي الدخل" أو (2) مؤهلين للاستفادة من برنامج Medical Hardship، يقوم المستشفى بتوفير المعلومات للمريض حول خطط

المبالغ المقدمة والتقسيت اعتماداً على الموقف المالي الموثق للمريض. تعتمد أي خطة أخرى على برنامج المساعدة المالية الداخلية

الخاصة بالمستشفى، ولن تسري على المرضى الذين كان لديهم القدرة على الدفع.

(a) خدمات الطوارئ

لن تفرض المستشفى دفع مبالغ مقدمة قبل الدخول إلى المستشفى و / أو قبل العلاج بها من المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات من

مستوى الطوارئ أو الذي صدر قرار بأنهم مرضى من محدودي الدخل.

(b) المبالغ المقدمة للمرضى من محدودي الدخل

يمكن أن يطلب المستشفى من المرضى الذين صدر قرار بأنهم من محدودي الدخل تقديم مبالغ مقدمة. ويجب أن تقتصر تلك المبالغ

المقدمة على 20% من المبلغ القابل للخصم، وبما لا يتجاوز 500 دولار. كل الأرصدة المتبقية تكون عرضة لشروط خطة الدفع

المحددة في 101 (g) 613.08(1) CMR.

(c) المبالغ المقدمة للمرضى المشاركين في برنامج Medical Hardship

يمكن أن يطلب المستشفى من المرضى المؤهلين لبرنامج Medical Hardship مبالغ مقدّمة. ويجب أن تقتصر المبالغ المقدّمة على 20% من مساهمة Medical Hardship، وبما لا يتجاوز 1000 دولار. كل الأرصدة المتبقية تكون عرضة لشروط خطة الدفع المحددة في 101 (g) 613.08 (1) CMR.

(d) خطط الدفع للمرضى من محدودى الدخل وفقاً لبرنامج شبكة Massachusetts Health Safety Net يجب أن تتاح للمريض الذي لديه رصيد بقيمة 1000 دولار أو أقل، بعد دفع المبالغ المقدّمة المبدئية، خطة دفع خالية من الفوائد على مدار عام على الأقل يكون الحد الأدنى للقسط الشهري المدفوع لا يتجاوز 25 دولارًا. يجب أن تتاح للمريض الذي لديه رصيد أكبر من 1000 دولار، بعد دفع المبالغ المقدّمة المبدئية، خطة دفع خالية من الفوائد على مدار عامين على الأقل.

(e) الخصومات مرة واحدة من CommonHealth خطط الدفع للمرضى  
بناءً على طلب من المريض، يمكن أن يصدر المستشفى فاتورة لمريض من محدودى الدخل للسماح للمريض بالوفاء بالخصومات المطلوبة مرة واحدة من CommonHealth من محدودى الدخل وفقاً لبرنامج شبكة Massachusetts Health Safety Net للخدمات المقدّمة في مركز صحي مرخص من المستشفى.

(f) خطط الدفع للمرضى من محدودى الدخل للخصومات مرة واحدة من CommonHealth  
بناءً على طلب من المريض، يمكن أن يصدر المستشفى فاتورة لمريض من محدودى الدخل للسماح للمريض بالوفاء بالخصومات المطلوبة مرة واحدة من CommonHealth وفقاً لبرنامج شبكة Massachusetts Health Safety Net للخدمات المقدّمة في مركز صحي مرخص من المستشفى.

(z) كما يوفر المستشفى كذلك للمرضى من محدودى الدخل بشكل جزئي وفقاً لبرنامج شبكة Massachusetts Health Safety Net خطة للتأمين المشترك، بما يسمح للمريض بدفع 20% من مدفوعات شبكة Health Safety Net لكل زيارة حتى يفي المريض بالخصومات السنوية له. ويتم شطب باقي الرصيد المستحق لشبكة Health Safety Net.