

## مركز بوسطن الطبي سياسة المساعدات المالية

### مقدمة

إن مهمة مركز بوسطن الطبي ("المستشفى" أو "مركز BMC"، بالتعاون مع المراكز الصحية المجتمعية المرخصة منه، تتمثل في توفير خدمات متميزة ويسهل الوصول إليها بصفة دائمة لكل المحتاجين إلى الرعاية، بغض النظر عن الحالة أو القدرة على الدفع. وتتمثل رؤية المركز في الوفاء بالاحتياجات الصحية للأشخاص في بوسطن والمجتمعات المحيطة بها من خلال توفير الرعاية عالية الجودة والشاملة للجميع، مع الاهتمام على وجه الخصوص باحتياجات الفئات المعرضة للخطر، من خلال نظام التوفير المتكامل الخاص بها، بكل الطرق المسؤولة أخلاقياً ومالياً

تسري هذه السياسة على مركز بوسطن الطبي وبعض مراكز الصحة المجتمعية وموفري الرعاية كما هو محدد في هذه السياسة.

المستشفى هو خط المواجهة لتوفير الرعاية والذي يوفر الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لكل الأشخاص الذين يحضرون إلى منشآت المستشفى ومواقعه بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. ويوفر المستشفى هذه الرعاية لكل المرضى الذين يحضرون إلى منشآتها على مدار الساعة، طوال العام. ونتيجة لذلك، يلتزم المستشفى بتوفير الرعاية والخدمات عالية الجودة لكل مرضانا. وكجزء من هذا الالتزام، يعمل المستشفى مع الأفراد من أصحاب الدخول والموارد المحدودة للعثور على الخيارات المتاحة لتغطية تكاليف رعايتهم.

ويساعد المستشفى الأشخاص غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بشكل غير كافٍ للحصول على التغطية الصحية عبر برنامج مساعدة عامة أو عبر برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى (بما في ذلك، ودون الحصر 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)، كما سيتعلم مع الأفراد للمشاركة حسب الضرورة. ويتم تقرير المساعدة فيما يتعلق بهذه البرامج من خلال مراجعة دخل أسرة الفرد والأصول المملوكة له وعدد أفراد الأسرة ونفقاتها والاحتياجات الطبية له، بالإضافة إلى أمور أخرى.

في حين أن المستشفى يساعد المرضى على الحصول على تغطية الرعاية الصحية عبر البرامج العامة وعبر برامج المساعدة المالية من خلال المصادر الأخرى متى أمكن ذلك، بما في ذلك المستشفى، قد يُفرض على المستشفى كذلك إصدار فواتير خاصة بمدفوعات معينة وتحصيلها بالشكل المناسب، بما يمكن أن يشتمل، دون الحصر، على المدفوعات المشتركة والخصومات والمبالغ المقدمة وغير ذلك من المبالغ السارية التي يوافق المريض على أن يكون مسؤولاً عنها. عند التسجيل في الخدمات أو عند تلقي فاتورة، يشجع المستشفى المرضى على الاتصال بفريق العمل **بها المستشفى** من أجل تقرير ما إذا كان المريض و / أو أحد أفراد الأسرة يحتاجون إلى مساعدة مالية أو ما إذا كانوا مؤهلين لها.

أثناء العمل مع المرضى للعثور على المساعدة أو التغطية العامة المتاحة من خلال برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى، لا يقوم المستشفى بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو المواطنة أو الأصل الأجنبي أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو العمر أو الإعاقة في السياسات الخاصة بالمستشفى أو أثناء تطبيقها للسياسات، فيما يتعلق بالحصول على المعلومات الطبية والتحقق منها، أو المبالغ المقدمة قبل الدخول إلى المستشفى أو العلاج بها، أو خطط الدفع، أو تأجيل أو رفض الدخول إلى المستشفى، أو التقرير بأن الشخص مؤهل لحالة المرضى محدودي الدخل وفقاً لنظام أهلية برنامج Massachusetts MassHealth/Connector، أو التصديق على المعلومات من أجل تقرير حالة المرضى محدودي الدخل. ومن ثم، تمت مراجعة هذه السياسة واعتمادها من خلال لجنة التمويل في مجلس الأمناء في المستشفى.

في حين أننا ندرك أن لكل شخص موقفه المالي الفريد الخاص به، يمكن الحصول على المعلومات والمساعدة فيما يتعلق بالأهلية لبرامج المساعدة العامة و / أو التغطية من خلال برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى من خلال الاتصال بقسم الاستشارات المالية في مبنى مينينو أو شايبورو، من الاثنين حتى الجمعة، من الساعة الثامنة صباحاً إلى الساعة الخامسة بعد الظهر، من أجل التحدث مع مستشار طلبات معتمد من مركز BMC.

تتاح المزيد من المعلومات حول هذه السياسة وبرنامج المساعدة المالية الخاص ببرامج المساعدة المالية بالمستشفى، بما في ذلك نموذج الطلب والملخص المبسط لسياسة المساعدة المالية، على موقع الويب الخاص بالمستشفى:

[www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program](https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program)

كما تتاح كذلك نسخة من سياسة المساعدة المالية:

(1) في أي منطقة تسجيل للمرضى في المستشفى؛  
(2) من خلال طلب إرسال تلك النسخة عبر البريد إلى الفرد. يمكن أن يتم تقديم ذلك الطلب من خلال الاتصال بقسم الاستشارات المالية على الرقم 617-414-5155 أو من خلال إرسال طلب مكتوب إلى العنوان الوارد أدناه:  
مركز بوسطن الطبي  
عناية: مكتب الاستشارات المالية  
Harrison Ave 840  
Boston, MA 02115

تم توضيح الإجراءات التي يمكن أن يتخذها المستشفى في حالة عدم الدفع في سياسة الفوترة والتحصيل المنفصلة الخاصة بالمستشفى. يمكن أن يحصل العامة على نسخة مجانية من سياسة الفوترة والتحصيل:

(1) في أي منطقة تسجيل للمرضى في المستشفى؛  
(2) من خلال تنزيل السياسة من موقع الويب الخاص بالمستشفى، [www.bmc.org/PFChttps://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program](http://www.bmc.org/PFChttps://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program)؛  
(3) من خلال طلب إرسال تلك النسخة عبر البريد إلى الفرد. يمكن أن يتم تقديم ذلك الطلب من خلال الاتصال بقسم الاستشارات المالية على الرقم 617-414-5155 أو من خلال إرسال طلب مكتوب إلى العنوان الوارد أدناه:  
مركز بوسطن الطبي  
عناية: مكتب الاستشارات المالية  
Harrison Ave 840  
Boston, MA 02115

## I. تغطية خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً

يوفر المستشفى خدمات الرعاية الصحية والسلوكية الضرورية من الناحية الطبية لكل المرضى الذي يحضرون إلى موقع المستشفى بغض النظر عن قدرته **المريضهم** على الدفع. وتشتمل الخدمات الضرورية من الناحية الطبية على تلك الخدمات التي يكون من المتوقع أن تمنع الأمراض التي تعرض الحياة للخطر أو تسبب المعاناة أو الألم أو التي تسبب التشوه البدني أو تعطل الوظائف البدنية أو التي تهدد بالتسبب في زيادة حدة الإعاقة أو التسبب في وقوع مرض أو عجز، أو تشخيص تلك الأمراض أو منع تفاقمها أو التخفيف من حدتها أو تصحيحها أو علاجها. تشتمل الخدمات الضرورية من الناحية الطبية على الخدمات المقدمة في العيادات الداخلية والخارجية والمرخصة بموجب المادة الرابعة عشر من قانون الضمان الاجتماعي.

يقرر الأخصائي الطبي المعالج نوع ومستوى الرعاية والعلاج الضروري لكل مريض اعتماداً على الأعراض الإكلينيكية الحالية وبموجب الالتزام بمعايير الممارسة السارية. يتبع المستشفى متطلبات القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمل النشط (EMTALA) من خلال تنفيذ فحص طبي للمرضى الذين يحضرون إلى موقع المستشفى ويطلبون الحصول على خدمات الطوارئ من أجل تقرير ما إذا كانت هناك حالة طبية طارئة أم لا لديهم.

يعتمد تصنيف الخدمات الطارئة وغير الطارئة على التعريفات العامة التالية، بالإضافة إلى القرار الطبي للطبيب المعالج. ويتم استخدام تعريفات خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة التالية بشكل إضافي من خلال المستشفى لأغراض تقرير إمكانية السماح بتغطية الديون المعدومة للحالات الطارئة والعاجلة بموجب برنامج المساعدة المالية للمستشفى، بما في ذلك شبكة Health Safety Net.

### A. خدمات الطوارئ والرعاية العاجلة

أي مريض يحضر إلى موقع المستشفى ويطلب المساعدة الطارئة يتم تقييمه اعتماداً على الأعراض الإكلينيكية الموجودة على المريض بغض النظر عن هوية المريض أو تغطيته التأمينية أو قدرته على الدفع. لن يشترك المستشفى في الإجراءات التي لا تشجع الأفراد على طلب الرعاية الطبية الطارئة، مثلاً من خلال المطالبة بأن يقوم المرضى بالدفع قبل تلقي العلاج في الحالات الطبية الطارئة، أو من خلال التدخل في فحص وتوفير الرعاية الطبية الطارئة من خلال مناقشة برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى أو الأهلية لبرنامج المساعدة العامة بشكل مبدئي.

a. خدمات مستوى الطوارئ تشتمل على علاج ما يلي:

i. الحالات الطبية، سواء كانت بدنية أو عقلية، والتي تظهر من خلال الأعراض التي تمثل خطورة عالية، والتي تشتمل الألم الشديد، بحيث يمكن أن يكون من المتوقع، بشكل معقول، من خلال شخص عادي يمتلك معرفة متوسطة بالطب والصحة، أن يؤدي غياب الرعاية الطبية السريعة إلى تعريض صحة الشخص المريض أو شخص آخر إلى خطر محقق أو إعاقة خطيرة للوظائف الجسدية أو خلل وظيفي خطير في أي عضو أو جزء

من أعضاء أو أجزاء الجسم، أو، فيما يتعلق بالنساء الحوامل، كما هو موضح بمزيد من التفاصيل في المادة 42 من القسم dd(e)(1)(B)1395 من قانون الولايات المتحدة (U.S.C).

ii. وبما يتوافق مع المتطلبات الفيدرالية، يتم تطبيق القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمل النشط (EMTALA) على أي شخص يحضر إلى مقر المستشفى ويُطلب الفحص أو العلاج من أي حالة طارئة (كما هو محدد أعلاه) أو يدخل إلى قسم الطوارئ طالبًا للفحص أو العلاج بسبب حالة طبية. في أغلب الأحوال، يحضر الأشخاص بدون مواعيد مسبقة إلى قسم الطوارئ. ومع ذلك، يتم تقييم وفحص الأشخاص الذين يحضرون بدون مواعيد مسبقة والذين يطلبون الحصول على الخدمات مقابل حالة طبية طارئة أثناء التواجد في وحدة عيادات داخلية / خارجية أو عبادة أو وحدة تابعة أخرى، ويمكن أن يتم نقلهم إلى موقع أكثر ملائمة من أجل إجراء الفحص الطبي للحالة الطارئة بما يتوافق مع القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمل النشط. يتم توفير الفحص والعلاج للحالات الطبية الطارئة، أو أي خدمات أخرى يتم توفيرها إلى الحد المطلوب بموجب القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمل النشط إلى المريض ويتم اعتبارها رعاية من مستوى الطوارئ. يتم إصدار القرار بأن الحالة هي حالة طبية طارئة من خلال الطبيب المعالج أو غيره من العاملين في المجال الطبي في المستشفى كما هو محدد في السجلات الطبية للمستشفى.

b. تشمل خدمات الرعاية الطارئة على العلاج مما يلي:

i. الخدمات الضرورية من الناحية الطبية والتي يتم توفيرها في مستشفى الأمراض الحادة بعد ظهور حالة طبية بشكل مفاجئ، سواء كانت بدنية أو عقلية، والتي تتضح من خلال الأعراض الحادة ذات الخطورة الشديدة (بما في ذلك الألم الحاد) بما يجعل الشخص العادي يرى أن غياب الاهتمام الطبي خلال 24 ساعة يمكن أن يؤدي بشكل معقول إلى تعريض صحة المريض إلى الخطر أو إلى إعاقة وظائف الجسم أو إلى خلل في أي عضو أو جزء من أعضاء أو أجزاء الجسم. يتم توفير خدمات الرعاية العاجلة للحالات التي لا تهدد الحياة والتي لا تمثل خطرًا مرتفعًا بحدوث ضرر خطير لصحة الأفراد. ولا تشمل خدمات الرعاية العاجلة على الرعاية الرئيسية أو الانتقائية.

### B. الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة:

بالنسبة للمرضى الذين (1) يقرر الطبيب المعالج أنهم لا يحتاجون إلى رعاية من مستوى الطوارئ أو من المستوى العاجل أو (2) الذين يسعون نحو الحصول على الرعاية والعلاج بعد استقرار الحالة الطبية الطارئة، يمكن أن يُعد المستشفى تلك الرعاية على أنها خدمات رئيسية أو انتقائية.

a. تشمل الخدمات الرئيسية أو الانتقائية على مستوى الرعاية الطبية التي لا تكون عاجلة أو طارئة والتي تكون مطلوبة للأفراد أو العائلات من أجل الحفاظ على الصحة ومن أجل منع الإصابة بالأمراض. بشكل نموذجي، تكون هذه الخدمات عبارة عن إجراءات / زيارات طبية أو سلوكية محجوزة بشكل مسبق أو اليوم نفسه من خلال المريض أو من خلال موفر الرعاية الصحية في موقع من مواقع المستشفى، بما في ذلك، ودون الحصر، الحرم الرئيسي، أو أي موقع أو مكان بعيد، بالإضافة إلى مكتب الطبيب المرتبط بنا أو عيادته أو مركز الصحة المجتمعي. تتكون الرعاية الرئيسية من خدمات الرعاية الصحية التي يتم توفيرها بشكل معتاد من خلال الممارسين العموميين أو ممارسي طب العائلة أو أطباء الباطنة العموميين أو أطباء الأطفال العموميين أو الممرضات الممارسات للرعاية الرئيسية أو مساعدي الأطباء في خدمات الرعاية الرئيسية. لا تتطلب الرعاية الرئيسية الموارد المتخصصة المطلوبة في قسم الطوارئ في مستشفى الأمراض الحادة ويستثنى منها الخدمات الإضافية وخدمات رعاية الأمهات.

b. يمكن أن يتم تأجيل أو تأخير خدمات الرعاية الصحية غير العاجلة أو غير الطارئة (أي الرعاية الرئيسية أو الانتقائية) اعتمادًا على الاستشارات مع فريق العمل الإكلينيكي في المستشفى، بالإضافة إلى موفر الرعاية الرئيسية أو موفر الرعاية المعالج للمريض إذا كان متاحًا وحسب الضرورة. كما يمكن أن يرفض المستشفى كذلك توفير الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة للمريض إذا كانت حالة المريض مستقرة وكان المستشفى غير قادر على الحصول على مصدر للدفع أو معلومات حول الأهلية للتأمين الصحي العام أو الخاص من المريض أو من أي مصادر أخرى لتغطية تكاليف الرعاية غير العاجلة أو غير الطارئة. يتم تقرير تغطية خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الصحة الطبية والسلوكية،

وتوضيحها في أدلة التغطية والضرورة الطبية الخاصة بشركة التأمين الصحي العامة أو الخاصة. وفي حين أن المستشفى سوف يحاول تقرير التغطية اعتمادًا على التغطية التأمينية المعروفة والمتاحة للمريض، يمكن أن يتصدر **المستشفى** الفواتير للمريض إذا كان التأمين لا يدفع ثمن الخدمات ووافق المريض على أن يتم إصدار الفاتورة له.

c. قد لا تسري التغطية من برنامج خاص أو عام أو برنامج مالي معتمد على المستشفى على الإجراءات الرئيسية أو الانتقائية التي لا تدفع خيارات التغطية تلك مقابلها. إذا لم يكن المريض متأكدًا حبال ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية أم لا، يجب أن يقوم **المريض** بالاتصال بفريق عمل المستشفى في قسم الاستشارات المالية، والموجود في مباني مينينو وشابيرو، من الاثنين حتى الجمعة، من الساعة الثامنة صباحًا وحتى الساعة الخامسة بعد الظهر، من أجل تقرير خيارات التغطية المتاحة.

## C. مواقع المستشفى التي توفر الخدمات الضرورية طبيًا والخاضعة للتغطية من خلال سياسة المساعدة المالية:

تغطي سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى المستشفى وبعض مراكز الصحة المجتمعية التي تبنت سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى. فيما يلي قائمة بالمواقع التي تلتزم بسياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى:

Boston Medical Center, One Boston Medical Center Place, Boston, MA 02118  
Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02124  
East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128  
DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122  
Greater Roslindale Medical & Dental Center, 4199 Washington Street, Roslindale, MA 02131  
South Boston Community Health Center, 409 West Broadway, South Boston, MA 02127

بالإضافة إلى ذلك، تغطي سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى خدمات الرعاية الطارئة والعاجلة والرئيسية التي يتم توفيرها من خلال موفري الرعاية المضمنين في المرفق "أ" في مواقع المستشفيات المسرودة أعلاه.

## II. برامج المساعدة العامة والمساعدة المالية عبر المستشفى

### A. نظرة عامة على برامج التغطية الصحية والمساعدة المالية

يمكن أن يكون المرضى في المستشفى مؤهلين لخدمات الرعاية الصحية المجانية أو مخفضة التكلفة من خلال العديد من برامج المساعدة العامة التابعة للولاية بالإضافة إلى برامج المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى (بما في ذلك، ودون الحصر 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). وتهدف مثل تلك البرامج لمساعدة المرضى من ذوي الدخل المحدودة **من خلال** الوضع في الاعتبار قدرة كل شخص على المساهمة في تكلفة علاجه بالنسبة لأولئك غير المؤمن عليهم أو الذين لا يكون تأمينهم كافيًا، يقوم المستشفى، عندما يُطلب منه ذلك، بمساعدتهم في تقديم الطلبات للاستفادة من التغطية عبر برامج المساعدة العامة أو عبر برامج المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى والتي يمكن أن تقوم بتغطية كل أو بعض فواتير المستشفى التي لم يتم دفعها.

### B. برامج المساعدة العامة التابعة للولاية

يكون المستشفى متاحًا لمساعدة المرضى فيما يتعلق بالاشتراك في برامج التغطية الصحية التابعة للولاية. وتشتمل تلك البرامج على برنامج MassHealth وبرنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector التابع للولاية وخطة الضمان الطبي للأطفال. بالنسبة لتلك البرامج، يمكن أن يقدم مقدمو الطلبات عبر موقع ويب متاح عبر الإنترنت (والذي يكون موجودًا بشكل مركزي على موقع ويب برنامج Health Connector التابع للولاية)، أو طلب مكتوب على الورق أو عبر الهاتف من خلال أحد مندوبي خدمة العملاء الموجودين في برنامج MassHealth أو Connector. يمكن أن يطلب الأفراد كذلك الحصول على المساعدة من المستشارين الماليين في المستشفى (والذين يطلق عليهم كذلك اسم مستشاري تقديم الطلبات المعتمدين) فيما يتعلق بتقديم الطلبات إما عبر موقع **الإنترنت** وإما عبر طلب ورقي.

### C. المساعدة المالية عبر المستشفى

يوفر المستشفى كذلك المساعدة المالية للمرضى الذين يبدو من خلال دخولهم عدم قدرتهم على دفع كل أو جزء من ثمن الخدمات المقدمة إليهم. قد يتوجب على المرضى المقيمين في ولاية ماساتشوستس و / أو في منطقة الخدمة الخاصة بالمستشفى إكمال الطلب الخاص بالولاية للحصول على تغطية Medicaid أو التأمين الصحي المدعوم قبل طلب التغطية عبر خيارات المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى. يكون المرضى المؤهلون مستحقين للاستفادة من سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى اعتمادًا على المعايير التالية:

### ج. 1. المساعدة المالية من المستشفى عبر شبكة Health Safety Net

من خلال مشاركة المستشفى في شبكة Massachusetts Health Safety Net، يقوم بتوفير المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بشكل غير كافٍ من محدودي الدخل المقيمين في ولاية ماساتشوستس والذين يفون بمعايير الدخل. لقد تم إنشاء شبكة Health Safety Net من أجل توزيع تكاليف توفير الرعاية التي لا يتم تعويضها بشكل أكثر عدلاً على المرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بتأمين غير كافٍ من محدودي الدخل عبر الرعاية المجانية أو مخفضة التكاليف عبر مستشفيات الرعاية الحادة في ولاية ماساتشوستس. ويتم الوصول إلى مجموعة الرعاية التي لا يتم التعويض عنها في شبكة Health Safety Net عبر تقييم

**قدرة لكل مستشفى على** لتغطية تكاليف الرعاية للمرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بتأمين غير كافٍ من ذوي الدخل التي تقل عن نسبة 300% من مستوى الفقر الفيدرالي. وسياسة المستشفى تتمثل في أن كل المرضى الذين يتلقون المساعدة المالية بموجب سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى بما يشتمل على خدمات شبكة Health Safety Net كجزء من الرعاية التي لا يتم تعويضها والتي يتم توفيرها للمرضى من محدودى الدخل.

ومن خلال مشاركة المستشفى في شبكة Health Safety Net، يمكن أن يكون المرضى من محدودى الدخل والذين يتلقون الخدمات في المستشفى مؤهلين للحصول على المساعدة المالية، بما في ذلك الرعاية المجانية أو شبه المجانية للخدمات المؤهلة في شبكة Health Safety Net والمحددة في 101 CMR 613:00.

#### (a) Health Safety Net - الرعاية الرئيسية

يمكن أن يتم تقرير أن المرضى غير المؤمن عليهم المقيمين في ولاية ماساتشوستس والذين لديهم دخل أسرة إجمالي مؤكد متوافق مع معايير الدخل المعدل والمضبوط وفقاً لبرنامج MassHealth أو وفقاً لدخل الأسرة في برنامج Medical Hardship، كما هو موضح في 101 CMR 613.04(1)، والذي يكون بين 0% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي يكونون مؤهلين للاستفادة من الخدمات المؤهلة بموجب شبكة Health Safety Net.

تقتصر فترة الأهلية ونوعها للخدمات في شبكة Health Safety Net - الرعاية الرئيسية على المرضى المؤهلين للمشاركة في برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيت الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector كما هو موضح في 101 CMR (a) 613.04(5) و (b) لا يكون المرضى الخاضعون لمتطلبات برنامج Student Health لقسم M.G.L. c. 15A، البند § 18 مؤهلين للاستفادة من شبكة Health Safety Net - الرعاية الرئيسية.

#### (b) Health Safety Net - الرعاية الثانوية

يمكن أن يتم تقرير أن المرضى المقيمين في ولاية ماساتشوستس والذين لديهم دخل أسرة إجمالي مؤكد متوافق مع معايير الدخل المعدل والمضبوط وفقاً لبرنامج MassHealth أو وفقاً لدخل الأسرة القابل للحساب في برنامج Medical Hardship، كما هو موضح في 101 CMR 613.04(1)، والذي يكون بين 0% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي يكونون مؤهلين للاستفادة من الخدمات المؤهلة بموجب شبكة Health Safety Net. تقتصر فترة الأهلية ونوعها للخدمات في شبكة Health Safety Net - الرعاية الثانوية على المرضى المؤهلين للمشاركة في برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيت الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector كما هو موضح في 101 CMR 613.04(5) (a) و (b). لا يكون المرضى الخاضعون لمتطلبات برنامج Student Health لقسم M.G.L. c. 15A، البند § 18 مؤهلين للاستفادة من شبكة Health Safety Net - الرعاية الرئيسية.

#### (c) Health Safety Net - الخصومات الجزئية

يمكن أن يخضع المرضى المؤهلون لبرنامج شبكة Health Safety Net - الرعاية الرئيسية أو برنامج شبكة Health Safety Net - الرعاية الثانوية والذين لديهم دخل أسرة إجمالي متوافق مع معايير الدخل المعدل والمضبوط وفقاً لبرنامج MassHealth أو وفقاً لدخل الأسرة القابل للحساب في برنامج Medical Hardship والذي يكون بين 150.1% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي لخصومات سنوية إذا كان كل أعضاء مجموعة الأسرة لفوترة الأقساط لهم دخل يتجاوز 150.1% من مستوى الفقر الفيدرالي. يتم تعريف هذه المجموعة في 130 CMR 501.0001.

إذا كان أي عضو من أعضاء مجموعة الأسرة لفوترة الأقساط له مستوى فقر فيدرالي أقل من 150.1%، فلا تكون هناك أي خصومات لأي عضو في مجموعة الأسرة لفوترة الأقساط. ويكون الخصم السنوي مساوياً للأكثر مما يلي:

1. قسط برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيت الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector، والمعدل بما يتناسب مع عدد أفراد مجموعة الأسرة لفوترة الأقساط بشكل تناسبي وفقاً لمعايير دخل مستوى الفقر الفيدرالي الخاصة ببرنامج MassHealth، بدءاً من العام التقويمي؛ أو

2. 40% من الفرق بين الحد الأدنى لدخل الأسرة الإجمالي المعدل والمضبوط وفقاً لبرنامج MassHealth أو الدخل القابل للحساب وفقاً لبرنامج Medical Hardship، كما هو موضح في 101 CMR 613.04(1)، في مجموعة الأسرة لفوترة الأقساط و200% من مستوى الفقر الفيدرالي.

#### (d) Health Safety Net - Medical Hardship

يمكن أن يكون أي من المقيمين في ولاية ماساتشوستس من أصحاب أي دخل مؤهلاً لبرنامج Medical Hardship من خلال شبكة Health Safety Net إذا استنفدت النفقات الطبية المسموح بها الدخل القابل للحساب لدرجة الوصول إلى عدم القدرة على دفع مقابل الخدمات الصحية. لكي يصبح مقدم الطلب مؤهلاً لبرنامج Medical Hardship، يجب أن تتجاوز النفقات الطبية المسموح بها لمقدم الطلب نسبة مئوية محددة من الدخل القابل للحساب لمقدم الطلب المحدد في 101 CMR 613 كما يلي:

النسبة المئوية للدخل القابل للحساب	مستوى الدخل
10%	0 - 205% من مستوى الفقر الفيدرالي
15%	205.1 - 305% من مستوى الفقر الفيدرالي
20%	305.1 - 405% من مستوى الفقر الفيدرالي
30%	405.1 - 605% من مستوى الفقر الفيدرالي
40%	أكبر من 605.1% من مستوى الفقر الفيدرالي

يتم حساب المساهمة المطلوبة من مقدم الطلب كنسبة مئوية من الدخل القابل للحساب المحدد في CMR 101 (b)(1) 613.05 اعتمادًا على مستوى الفقر الفيدرالي للأسرة وفق برنامج *Medical Hardship* مضروبًا في الدخل القابل للحساب الفعلي ومطروحًا منه الفواتير غير المؤهلة للدفع بموجب شبكة Health Safety Net، والتي يكون مقدم الطلب مسؤولاً عنها. المزيد من المتطلبات الخاصة ببرنامج *Medical Hardship* محددة في CMR 613.05 101.

**ج2. الرعاية الخيرية التي يتم توفيرها إلى الأشخاص المؤهلين للاستفادة من شبكة HSN**  
بالنسبة للأفراد الذين يفون بمتطلبات الأهلية للاستفادة من المساعدة المالية بموجب برنامج شبكة Health Safety Net الموضح في I ج.1 من السياسة، يمكن أن يكون عليهم فواتير حالية مقابل الخدمات التي يتم توفيرها قبل العشرة أيام التي تسبق تقديم الطلب للاستفادة من تغطية شبكة Health Safety Net في ظل لوائح Health Safety Net، لن تكون بعض الخدمات الرئيسية والانتقائية متاحة للتغطية بموجب شبكة Health Safety Net قبل فترة العشرة أيام ويبقى الفرد مسؤولاً عن مبالغ تلك الفواتير. في الوقت الذي يتم فيه تحديد الأهلية لبرنامج شبكة Health Safety Net، يوفر مركز BMC تغطية رعاية خيرية بنسبة 00% من تلك الفواتير المتعلقة بالخدمات التي تم تقديمها قبل فترة العشرة أيام ولن يقوم بأي عمليات تحصيل إضافية لتلك الفواتير.

#### D. القيود المفروضة على النفقات

لن يقوم المستشفى بفرض أي رسوم على أي شخص مؤهل للمساعدة في ظل سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى للرعاية الطارئة والضرورية طبيًا بما يتجاوز "المبلغ المدفوع بصفة عامة" للأفراد الذين لديهم تأمين مقابل تلك الرعاية نفسها. لهذا الغرض، يتم تقرير "المبلغ المدفوع بصفة عامة" باستخدام معدل تعويض Medicare.

يقوم المستشفى بفرض رسوم على أي شخص مؤهل للمساعدة في ظل سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى لكل أنواع الرعاية الأخرى بمبلغ أقل من النفقات الإجمالية التي تدفع مقابل تلك الرعاية نفسها.

#### E. الإشعارات والطلبات للاستفادة من برامج المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة

##### د1. الإشعارات الخاصة باتاحة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى وخيارات المساعدة العامة

بالنسبة للأفراد غير المؤمن عليهم أو الذين لا يكون تأمينهم كافيًا، يعمل المستشفى مع المرضى لمساعدتهم على تقديم الطلبات للاستفادة من برامج المساعدة العامة و / أو المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى التي يمكن أن تغطي بعضًا من فواتير المستشفى الخاصة بهم أو كلها والتي لم يتم دفعها. لمساعدة الأشخاص غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بشكل غير كافٍ للعثور على الخيارات المتاحة والمناسبة، يوفر المستشفى للأفراد إشعارًا عامًا ببرامج المساعدة العامة وبرامج المساعدة المالية المتاحة أثناء التسجيل الشخصي المبدئي للمريض في موقع المستشفى للحصول على الخدمة، في كل الفواتير الخاصة بالفوترة والتي يتم إرسالها إلى مريض وضامن، وعندما يتم إبلاغ موفر الرعاية أو عندما يصبح، عبر عملية العناية الواجبة الخاصة به، على دراية بحدوث تغيير في حالة أهلية المريض للتغطية التأمينية العامة أو الخاصة.

بالإضافة إلى ذلك، ينشر المستشفى كذلك إشعارات عامة في مناطق توفير الخدمة عندما تكون هناك منطقة تسجيل أو إيداع (بما في ذلك، دون الحصر، مناطق العيادات الداخلية والعيادات الخارجية وأقسام الطوارئ ومواقع مراكز الصحة المجتمعية المقترنة بالمستشفى)، وفي مكاتب مستشاري الطلبات المعتمدين، وفي مناطق المكاتب العامة الخاصة بالأعمال والتي يستخدمها المرضى بشكل معتاد (على سبيل المثال، مناطق الدخول والتسجيل، أو مكاتب الخدمات المالية للمرضى التي تكون مفتوحة بشكل نشط أمام العامة). يبلغ الإشعار العام المرضي **بمضي** باتاحة المساعدة العامة والمساعدة المالية الخاصة بالمستشفى (بما في ذلك 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) بالإضافة إلى الموقع (المواقع) الموجود داخل المستشفى و / أو أرقام الهاتف المخصصة للاتصال من أجل حجز موعد مع مستشاري الطلبات المعتمدين. والهدف من هذه الإشعارات هو مساعدة الأفراد على تقديم الطلب للحصول على التغطية عبر واحد أو أكثر من هذه البرامج.

## د.2. طلبات الاستفادة من برامج المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة

تكون المستشفى متاحة لمساعدة المرضى فيما يتعلق بالاشتراك في برنامج مساعدة عامة تابع للولاية. وتشتمل تلك البرامج على برنامج MassHealth وبرنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector التابع للولاية وخطة الضمان الطبي للأطفال. اعتمادًا على المعلومات التي يتم توفيرها من خلال المريض، يحدد المستشفى كذلك خيارات التغطية المتاحة من خلال برنامج المساعدة المالية الخاص به، بما في ذلك برنامج شبكة Health Safety Net وبرنامج Medical Hardship.

بالنسبة للبرامج بخلاف Medical Hardship، يمكن أن يقدم مقدمو الطلبات الطلب عبر [موقع الإنترنت متاح عبر الإنترنت](#) خلال [موقع الويب](#) (والذي يكون موجودًا بشكل مركزي على موقع ويب برنامج Health Connector التابع للولاية)، أو [يمكنهم تقديم](#) طلب مكتوب على الورق أو عبر الهاتف من خلال [التحدث إلى](#) أحد مندوبي خدمة العملاء الموجودين في برنامج MassHealth أو Connector. يمكن أن يطلب الأفراد كذلك [الحصول على المساعدة](#) من مستشاري تقديم الطلبات المعتمدين [الحصول على المساعدة](#) فيما يتعلق بتقديم الطلبات إما عبر [الإنترنت موقع الويب](#) وإما عبر طلب ورقي.

بالنسبة لبرنامج Medical Hardship، يعمل المستشفى مع المريض من أجل تقرير ما إذا كان هناك برنامج يشبه Medical Hardship يكون ملائمًا للمريض وتقديم طلب المشاركة في Medical Hardship إلى برنامج شبكة Health Safety Net. يجب على المريض توفير كل المعلومات الضرورية التي يطلبها المستشفى في خلال إطار زمني مناسب من أجل التحقق من أن المستشفى يمكنه تقديم طلب مكتمل. إذا كان المريض قادرًا على توفير كل المعلومات في الوقت المناسب، يبذل المستشفى قصارى جهده لتقديم الطلب الناتج والمكتمل خلال خمسة (5) أيام عمل من تاريخ تلقي كل المعلومات الضرورية والمطلوبة. إذا لم يتم تقديم الطلب الناتج والمكتمل خلال خمسة أيام عمل من تاريخ تلقي كل المعلومات الضرورية، فلا يجوز تنفيذ إجراءات التحصيل ضد المريض فيما يتعلق بالفواتير المؤهلة للاستفادة من Medical Hardship.

كما يمكن أن يساعد المستشفى كذلك المرضى فيما يتعلق بالمشاركة في شبكة Health Safety Net باستخدام عملية التحديد الافتراضية، والتي توفر فترة زمنية محدودة من الأهلية. ويتم تنفيذ هذه العملية من خلال فريق عمل مركز الصحة المجتمعية والمستشفى والذين يقومون، على أساس التصديق الذاتي للمعلومات المالية التي يوفرها المريض، باعتبار أن المريض يفي بتعريف المريض من ذوي الدخل المحدود وتتم تغطيته [فقط](#) فيما يتعلق بخدمات Health Safety Net [فقط](#). وتبدأ التغطية من التاريخ الذي يتخذ فيه موفر الرعاية القرار حتى نهاية الشهر التالي للشهر الذي يتم إصدار القرار الافتراضي به. ومع ذلك، يمكن أن يتم إنهاء التغطية في وقت مبكر إذا قام المريض بتقديم طلب كامل كما هو موضح أعلاه.

## د.3 دور المستشار المالي للمستشفى

ويساعد المستشفى الأشخاص غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بشكل غير كافٍ للحصول على التغطية الصحية عبر برنامج مساعدة عامة (بما في ذلك، ودون الحصر برنامج MassHealth أو برنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector أو برنامج الضمان الطبي للأطفال)، كما [سيتم عمل](#) مع الأفراد لإشراكهم حسب الضرورة. كما يساعد المستشفى كذلك المرضى الذين يرغبون في تقديم طلبات للحصول على المساعدة المالية من المستشفى، بما يشتمل على التغطية عبر برنامج شبكة Health Safety Net وبرنامج Medical Hardship.

يقوم المستشفى بما يلي:

- توفير معلومات حول المجموعة الكاملة من البرامج، بما في ذلك برنامج MassHealth وبرنامج مدفوعات المساعدة بالتقسيم الذي يتم تشغيله من خلال Health Connector وبرنامج الضمان الطبي للأطفال وشبكة Health Safety Net وMedical Hardship؛
- ومساعدة الأفراد على تعبئة طلب جديد للتغطية أو تجديد التغطية الحالية؛
- والعمل مع الأفراد للحصول على كل الوثائق المطلوبة؛
- وتقديم الطلبات أو التجديدات (بالإضافة إلى كل الوثائق المطلوبة)؛
- والتعامل مع البرامج، متى كان ذلك ممكنًا ووفقًا لما هو مسموح به بموجب قيود النظام الحالية، حول حالة تلك الطلبات والتجديدات؛
- والمساعدة على تسهيل مشاركة مقدمي الطلبات أو المستفيدين في برامج التأمين؛
- وتوفير المساعدة لتسجيل الناخبين.

يوفر المستشفى الإرشادات للمريض حول التزامه تجاه توفير المعلومات الدقيقة وفي الوقت المناسب إلى المستشفى والوكالة المناسبة التابعة للولاية فيما يتعلق بالاسم الكامل للمريض وعنوانه ورقم هاتفه وتاريخ ميلاده ورقم الضمان الاجتماعي له (إن وجد) وخيارات تغطية التأمين الحالية (بما في ذلك التأمين على المنزل والسيارة وغير ذلك من التأمين على المسؤوليات) بما يغطي تكلفة الرعاية التي يتم تلقيها وأي موارد مالية أخرى ذات صلة بالإضافة إلى معلومات المواطنة والسكن. يتم تقديم هذه المعلومات إلى الولاية كجزء من الطلب للحصول على المساعدة من برنامج عام من أجل تقرير التغطية للخدمات التي يتم توفيرها للفرد.

إذا لم يتمكن الفرد أو الضامن من توفير المعلومات الضرورية، يمكن أن يقوم المستشفى (بناءً على طلب المريض من الفرد) ببذل الجهود المعقولة للحصول على أي معلومات إضافية من المصادر الأخرى. وتشتمل تلك الجهود كذلك على العمل مع الأفراد المرضى، عندما يطلب الفرد ذلك، لتقرير ما إذا كان يجب إرسال فاتورة الخدمات إلى الفرد المريض للمساعدة في الوفاء بمتطلبات الخصم لمرة واحدة أم لا. ويحدث ذلك عندما يقوم الفرد المريض بجدولة الخدمات المستشفى الخاصة به، أثناء فترة ما قبل التسجيل، أثناء دخول المريض الفرد إلى المستشفى، أو عند خروجه منه، أو خلال فترة زمنية مقبولة بعد الخروج من المستشفى. يتم الاحتفاظ بالمعلومات التي يحصل عليها مستشار الطلبات المعتمد بما يتوافق مع قوانين الخصوصية والأمن الفيدرالية والخاصة بالولاية.

كما يقوم المستشفى كذلك بإبلاغ المريض أثناء عملية تقديم الطلبات بمسؤولية المريضته عن إبلاغ المستشفى والوكالة التابعة للولاية والتي توفر التغطية لخدمات الرعاية الصحية عن الأطراف الأخرى التي يمكن أن تكون مسؤولة عن دفع المطالبات، بما في ذلك بوليصة التأمين على المنزل أو السيارة أو أي تأمين آخر على المسؤوليات. إذا كان المستشفى قد قام بتقديم مطالبة لطرف آخر أو قام برفع قضية ضد طرف آخر، يقوم مستشار الطلبات المعتمد بإبلاغ المريض بالمتطلبات اللازمة لإبلاغ موفر الرعاية والبرنامج التابع للرعاية خلال 10 أيام من تلك الإجراءات. كما يتم كذلك إبلاغ المريض بأنه يجب أن يقوم بإعادة دفع مبلغ الرعاية الصحية الخاضع للتغطية بموجب برنامج الولاية إلى الوكالة المناسبة التابعة للولاية في حالة استعادة الأموال الخاصة بالمطالبة، أو التنازل عن الحقوق للولاية للسماح لها باستعادة المبالغ ذات الصلة الخاصة بها.

عندما يتصل الفرد بالمستشفى، يحاول المستشفى تحديد ما إذا كان الفرد مؤهلاً للاستفادة من برنامج مساعدة عام أو من خلال برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى. يمكن أن يكون الفرد المشارك في برنامج مساعدة عام مؤهلاً للاستفادة من امتيازات معينة. كما يمكن أن يكون الأفراد كذلك مؤهلين للحصول على مساعدة إضافية من خلال اعتماداً على برنامج المساعدة المالية للمستشفى اعتماداً على الدخل الموثق للفرد والنفقات الطبية المسموح بها.