

UMass Memorial Medical Center

Financial Assistance and Credit and Collection Policy

December 13, 2017

(Arabic)

سياسة التحصيل والائتمان والمساعدة المالية

13 ديسمبر 2017

مُعتمد من:

Therese Day

المسمى الوظيفي: كبيرة الموظفين الماليين - المركز الطبي

التاريخ: 17/12/7

تبنى المجلس:

17/12/13

جهة الاتصال:

James W. Graves

كبير مديري الخدمات المالية للمرضى

الهاتف: 508-334-1501

البريد الإلكتروني: James.Graves@umassmemorial.org

جدول المحتويات

3	.....	السياسة
3	.....	الإجراءات العامة
4-3	.....	تقديم خدمات الرعاية الصحية
3	.....	I. خدمات الطوارئ والرعاية العاجلة
4	.....	II. الخدمات الطبية الضرورية غير الطارئة وغير العاجلة ("الاختيارية")
4	.....	III. الوقائع التي ينبغي الإبلاغ عنها
5-4	.....	جمع المعلومات المالية من المرضى
4	.....	I. المرضى أصحاب التغطية التأمينية
5	.....	II. المرضى بدون التغطية التأمينية
12-6	.....	المساعدة المالية
10-7	.....	I. شبكة الأمان الصحية Health Safety Net
10	.....	II. عملية التقدم بطلب
10	.....	III. استثناءات تغطية الولاية
11	.....	IV. التحقق من الدخل
11-9	.....	V. المشقة الطبية
16-12	.....	VI. برنامج المساعدات المالية التابع لنظام UMass Memorial للرعاية الصحية
16	.....	VII. التغطية الإضافية والعناية المخفضة المقدمة بواسطة UMMC للمرضى
17-13	.....	إجراءات الفوترة والتحويل
14	.....	I. فوترة الدافعين من الأطراف الثالثة
14	.....	II. عملية الفوترة وتحصيلات المرضى الذين يتحملون نفقاتهم
15	.....	III. خدمة العملاء
15	.....	IV. خطط السداد
15	.....	V. الفائدة
16-15	.....	VI. متطلبات الإيداع
16	.....	VII. الحجوزات
16	.....	VIII. حوادث السيارات
16	.....	IX. الإفلاس
17-16	.....	X. حقوق المرضى ومسؤولياتهم
17	.....	XI. الإعفاء من إجراءات الفوترة وتحصيلات المرضى الذين يتحملون نفقاتهم

UMass Memorial Medical Center مركز السياسة

1130 سياسة التحصيل والائتمان والمساعدة المالية	
تاريخ السريان: 2017/12/13 مُعتمد من: Therese Day، كبيرة الموظفين الماليين (CFO)	تم تطويره بواسطة: James Graves، كبير مديري الخدمات المالية للمرضى
الإلغاء: تحل محل السياسة بتاريخ: 2016/04/08	إمكانية التطبيق: جميع أعضاء القوى العاملة الذين يعملون في عمليات دورة الإيرادات
الكلمات الرئيسية: تحصيل الائتمان، والديون المدعومة، والمساعدة المالية، وشبكة الأمان الصحية Health Safety Net	

السياسة:

تحدد سياسة التحصيل والائتمان المعايير التي بموجبها ستدير UMass Memorial Medical Center, Inc. جمع معلومات التأمين/المعلومات المالية من المرضى، وتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية، وعمليات الفوترة والتحصيل، وفقاً لـ: (1) لوائح المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) (101 CMR 613.00) - الخدمات المؤهلة لشبكة الأمان الصحية و(2) مراكز خدمات Medicare و Medicaid - متطلبات الديون المدعومة لبرنامج 13J Medicare (42CFR 413.89)، دليل السداد لمقدمي خدمات Medicare (الجزء 1، الفصل 3) و(3) قانون الضرائب الداخلية القسم (R) 501 كما هو مطلوب بموجب القسم (a) 9007 من القانون الفيدرالي لحماية المرضى والرعاية بأسعار معقولة (Pub. L. No. 111-148) وكما هو موضح في توضيح مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) المؤرخ بتاريخ 29 ديسمبر 2015 للإبلاغ عن هذه المعلومات في نموذج IRS 990 الخاص بالمستشفى. سيتم تقديم سياسة التحصيل والائتمان والمساعدة المالية إلكترونياً إلى مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net وفقاً لمتطلبات اللوائح.

لا يمارس UMass Memorial Medical Center, Inc. التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنسية أو الهجرة أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو الميل الجنسي أو الهوية الجنسية أو السن أو الإعاقة في أي من سياساته المتعلقة بحيازة والتحقق من المعلومات المالية، وودائع ما قبل دخول المستشفى أو العلاج، وخطط السداد، أو القبول المؤجل أو المرفوض، أو حالة المرضى ذوي الدخل المنخفض.

I تقديم خدمات الرعاية الصحية:

A. للتأكد من أن جميع المرضى الذين يحضرون إلى مركز (UMass Memorial Medical Center, UMMMM) الذين يطلبون فحصاً أو علاجاً لحالة طبية طارئة يتلقون فحصاً طبياً مناسباً للفحص والاستقرار، وإذا لزم الأمر، يتم نقلهم وفقاً لقانون العمل والعلاج الطبي في حالات الطوارئ (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA)

لن يشارك مركز UMMMM في الأنشطة التي لا تشجع الأفراد على طلب الرعاية الطبية الطارئة. يتضمن ذلك التأخير في تقديم الفحص الطبي المناسب أو الفحص الطبي والعلاج الإضافي لاستقرار الحالة الطبية من أجل الاستفسار عن طريقة الدفع للفرد أو حالة التأمين أو للحصول على التوقيعات على نموذج مسؤولية مالية أو نموذج إخطار مسبق للمستفيد. لن يسمح مركز UMMMM بأنشطة تحصيل الديون في قسم الطوارئ أو في مناطق أخرى في منشأة المستشفى عندما تتداخل هذه الأنشطة مع توفير الرعاية الطارئة. لن يتم إجراء طلب المدفوعات المشتركة الخاصة بالتأمين قبل الخضوع للفحص الطبي واستقرار الحالة.

1. تشمل خدمات مستوى الطوارئ:

الخدمات الضرورية من الناحية الطبية المقدمة بعد ظهور حالة طبية، سواء أكانت جسدية أو عقلية، تتجلى في ظهور أعراض شديدة الحدة بما في ذلك الألم الشديد، بحيث يمكن توقع أن غياب الرعاية الطبية الفورية بواسطة شخص عادي حكيم لديه معرفة معقولة عن الصحة والدواء يؤدي إلى تعريض صحة الشخص أو أي شخص آخر لخطر شديد أو إعاقة خطيرة في وظائف الجسم أو خلل خطير في أي عضو أو جزء من الجسم، أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل، على النحو المحدد في القسم (B) (1) (e) 1867 من قانون الضمان الاجتماعي،

42 USC § 1295dd(e) (1) (B). يعتبر الفحص الطبي وأي علاج لاحق لحالة طبية طارئة حالية أو أي خدمة أخرى من هذا القبيل يتم تقديمها بالقدر المطلوب وفقاً لـ EMTALA الفيدرالي (42 USC 1395(dd)) بمثابة خدمة طوارئ.

2. تشمل خدمات الرعاية العاجلة ما يلي:

الخدمات الضرورية طبيًا المقدمة بعد ظهور مفاجئ لحالة طبية، جسدية أو عقلية، تتجلى في ظهور أعراض حادة ذات شدة كافية (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يتوقع الشخص العادي الحكيم أن غياب الرعاية الطبية في غضون 24 ساعة يمكن أن يؤدي إلى تعريض صحة المريض لخطر، أو ضعف في الأداء البدني، أو اختلال وظيفي لأي عضو أو جزء من الجسم. يتم توفير خدمات الرعاية العاجلة للحالات التي لا تهدد الحياة ولا تشكل خطراً كبيراً بالحقاق أضراراً جسيمة بصحة الشخص، والتي تكون بحاجة إلى خدمات طبية عاجلة.

ملاحظة بخصوص قانون EMTALA:

وفقاً للمتطلبات الفيدرالية، ينطبق قانون EMTALA على أي شخص يحضر إلى مستشفى لطلب فحص أو علاج طارئ (حالة طبية طارئة)، أو شخص يدخل قسم الطوارئ لطلب الفحص أو العلاج لحالة طبية. في الغالب، يحضر الأشخاص إلى قسم الطوارئ بدون حجز مواعيد. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين لم يقوموا بحجز مواعيد ويطلبون خدمات لحالة طبية طارئة أثناء الحضور في وحدة أخرى للمرضى الداخليين أو عيادة أو أي منطقة مساعدة أخرى قد يخضعون أيضاً لفحص طبي طارئ وفقاً لقانون EMTALA. سيتم توفير الفحص والعلاج لحالات الطوارئ الطبية أو أي خدمة أخرى يتم تقديمها بالقدر المطلوب بموجب قانون EMTALA للمريض وستأهل الحالة كحالة طوارئ. يتم تحديد أن هناك حالة طبية طارئة بواسطة الطبيب المعالج أو غيره من الموظفين الطبيين المؤهلين في المستشفى كما هو موثق في السجل الطبي. يتم أيضاً تحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية عاجلة أو أولية بواسطة الطبيب المعالج أو غيره من الموظفين الطبيين المؤهلين في المستشفى كما هو موثق في السجل الطبي.

B. **الخدمات الطبية الضرورية غير الطارئة وغير العاجلة ("الاختيارية")** - بالنسبة للمرضى الذين يصلون (1) إلى المستشفى لطلب رعاية غير طارئة أو غير عاجلة أو (2) يطلبون رعاية إضافية بعد استقرار الحالة الطبية الطارئة، سيقوم مركز UMMMC بجمع معلومات مالية من المريض، ومساعدة المريض في الحصول على/التحقق من التغطية للخدمات و/أو اتخاذ الترتيبات المالية الأخرى الموضحة هنا.

الخدمات الاختيارية: الخدمات اللازمة طبيًا التي لا تفي بتعريف الطوارئ أو العاجلة أعلاه. عادةً ما تكون هذه الخدمات إما خدمات رعاية أولية/تخصصية أو إجراءات طبية مقرر مسبقاً بواسطة المريض أو بواسطة مقدم الرعاية الصحية.

C. **الأحداث الخطيرة التي ينبغي الإبلاغ عنها** - يحافظ مركز UMMMC على الامتثال لمتطلبات الفترة المعمول بها، مثل متطلبات إدارة الصحة العامة لعدم تسديد مدفوعات بعض الأحداث الخطيرة التي ينبغي الإبلاغ عنها. لن يرسل UMMMC فاتورة إلى أي مريض، بما في ذلك المرضى ذوي الدخل المنخفض عن المطالبات المتعلقة بالأحداث الخطيرة التي ينبغي الإبلاغ عنها.

II. جمع المعلومات المالية من المرضى

سيبذل مركز UMMMC جهوداً معقولة وسيحاول الحصول على جميع المعلومات المالية والديموغرافية ذات الصلة والتأمين ومعلومات مسؤولية الطرف الثالث من المرضى قبل تقديم الخدمات الاختيارية كما هو موضح أدناه. سيتم جمع هذه المعلومات من المرضى الذين يحتاجون إلى الحصول على رعاية طارئة/عاجلة في أقرب وقت ممكن ولكن فقط عندما يُسمح بذلك وفقاً لقانون EMTALA.

A. **المرضى الذين لديهم التغطية التأمينية** - للمرضى الذين لديهم تأمين صحي أو للمرضى الخاضعين للتغطية بواسطة تعويضات العمال أو شركة تأمين السيارات أو أي طرف ثالث مسؤول عن دفع نفقات الخدمات المقدمة، سيبذل مركز UMMMC قصارى جهده لجمع كل المعلومات المطلوبة لتقديم مطالبة إلى شركة التأمين للخدمات المقدمة.

1. **التحقق من التأمين** - سوف يتحقق مركز UMMMC، كلما كان ذلك ممكناً، من أهلية تأمين المريض عن طريق الوسائل الإلكترونية أو الهاتفية، بالإضافة إلى نظام التحقق من الأهلية الخاص

بـ MassHealth (MassHealth Eligibility Verification, EVS) للتحقق من الأهلية في برنامج المساعدة العامة، قبل وصول المريض لكل تاريخ من تواريخ الحصول على الخدمة. في حالة عدم حدوث ذلك، سيتم التحقق من الأهلية عند الوصول، أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك، بالوسائل الإلكترونية و/أو الهاتفية و/أو مراجعة بطاقة التأمين الخاصة بالمريض.

2. **متطلبات الإحالة والتحويل** - سيحاول مركز UMMMC الحصول على و/أو التحقق من جميع الإحالات والتحويلات المطلوبة بواسطة شركة تأمين المريض قبل تقديم الخدمات.
3. **المدفوعات المشتركة/التأمين المشترك/الاستقطاعات/الخدمات غير المغطاة** - عندما يكون المريض المؤمن عليه مسؤولاً عن دفع جزء من الفاتورة، سيحاول مركز UMMMC، عندما يكون ذلك معقولاً، تحصيل هذا المبلغ أو إجراء ترتيبات للدفع قبل تقديم الخدمات. عند تعذر تحصيل المبلغ المستحق قبل الخدمة، سيقوم مركز UMMMC بمتابعة ذلك الأمر عن طريق عملية الفوترة والتحصيل.
4. **النماذج المطلوبة** - من المتوقع أن يوقع جميع المرضى المؤمن عليهم على نموذج تخصيص المخصصات (Assignment of Benefits, AOB) وأي نماذج أخرى مطلوبة بواسطة شركة التأمين الخاصة بهم أو عن طريق اللوائح من أجل إصدار فاتورة والتحصيل من شركة تأمين الطرف الثالث. إذا لم يتمكن مركز UMMMC من الحصول على AOB موقع، فسيكون المريض مسؤولاً عن دفع إجمالي الرسوم.

B. **المرضى دون التغطية التأمينية** - سيحاول مركز UMMMC مساعدة جميع المرضى المسجلين بأنهم "سيتحملون نفقاتهم" في تحديد وتأمين التغطية، و/أو وضع خطة سداد للمبالغ التي تحدد أنها مسؤولية المريض.

1. سيتم نشر اللافتات باللغات الإنجليزية والإسبانية والبرتغالية والعربية والفيتنامية لإبلاغ المرضى بتوفر المساعدة المالية، ومن الذين يمكن الاتصال بهم للحصول على المساعدة في التقدم بطلب. ستظهر هذه اللافتات بوضوح في المناطق التي ترتفع فيها نسبة المرضى بما في ذلك ما يلي:
 - a. مكاتب القبول وأماكن الانتظار
 - b. مكاتب تسجيل المرضى الخارجيين وأماكن الانتظار
 - c. مكاتب تسجيل الطوارئ وأماكن الانتظار
 - d. مكاتب الاستشارات المالية الموجودة في مركز UMMMC
 - e. مكتب خدمة العملاء لخدمات المرضى المالية
2. النشرات الفردية التي تبلغ المرضى بأن المساعدة المالية متاحة للمرضى المؤهلين سيتم توفيرها في جميع مواقع القبول والتسجيل والاستشارات المالية.
3. سيتم إحالة جميع مرضى العيادة الإسعافية والمرضى المقرر لهم إجراء اختياري وأولئك المسجلين بأنهم سيتحملون نفقاتهم إلى مستشار طلب معتمد. سيتم زيارة جميع المرضى الداخليين المسجلين بأنهم سيتحملون نفقاتهم بواسطة مستشار طلب معتمد أثناء قبولهم، أو يتم الاتصال بهم بعد الخروج من المستشفى.
4. ستتضمن فواتير المريض الأولية وجميع البيانات اللاحقة إشعاراً ينبه المرضى إلى توفر المساعدة المالية ورقم هاتف للاتصال.

III. برامج المساعدة المالية التابعة لـ كومونولث ماساتشوستس

يقدم مركز UMMMC مساعدة مالية واسعة للمرضى على أساس مستوى دخل الأسرة وغيرها من المعايير المذكورة أدناه. تعاقد مركز UMMMC مع المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, MassHealth) وهيئة رابطة التأمين الصحي للكونولث (Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector) ولقد تم اعتبارها منظمة مستشار طلب معتمد (Certified Application Counselor Organization). يوظف مركز UMMMC طاقماً كبيراً من مستشاري الطلب المعتمدين (Certified Application Counselors, CAC) المتاحين في جميع أنحاء UMMMC لمساعدة الأشخاص الذين يبحثون عن المساعدة في التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية.

من أجل مساعدة المرضى في الحصول على تغطية المساعدة المالية المناسبة، سوف يقوم CAC بما يلي:

- تقديم معلومات عن جميع البرامج المتاحة.
- تزويد المرضى بالطلب (الطلبات) المناسب لبرامج Health Safety Net و MassHealth و Children's Medical Security Program و Premium Assistance Payment Programs

التي يديرها Health Connector و Medical Hardship وأنواع أخرى من المساعدات المالية التي قد تغطي كل أو بعض الفواتير الطبية غير المدفوعة.

- مساعدة المرضى في عملية التقدم بطلب والتجديد.
- العمل مع المرضى للحصول على أي وثائق مطلوبة.
- بذل جهود معقولة وجادة لمتابعة حالة الطلب حتى القرار النهائي.
- مساعدة المرضى على التسجيل في خطة للتأمين الصحي.
- عرض وتقديم مساعدة تسجيل الناخب.

A. شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net) - يوفر قانون ماساتشوستس تغطية لخدمات الرعاية الصحية عبر شبكة الأمان الصحية Health Safety Net للمرضى ذوي الدخل المنخفض بناءً على الإقامة في ماساتشوستس، والتحقق من الهوية، والدخل الإجمالي المعدل الموثق من (MassHealth Adjusted Gross Income, MAGI) أو الدخل الطبي المحسوب لأسرة ذات مشقة طبية والذي يعادل أو يقل عن 300% من إرشادات دخل الفقر الفيدرالي (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG). يكون الأفراد غير مؤهلين للالتحاق بشبكة الأمان الصحية Health Safety Net إذا:

- تم تحديد أنهم مؤهلون للحصول على مخصصات برنامج MassHealth أو برنامج Premium Assistance Program الذي يديره Health Connector، بما في ذلك برنامج المساعدة في دفع الأقساط، وفشلوا في التسجيل أو انتهت التغطية بسبب عدم دفع الأقساط.
- تمكنوا من الوصول إلى تغطية التأمين الصحي التي يراها صاحب العمل والتي تعتبر ميسورة التكلفة باستثناء فترة الانتظار.

1. شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net) - الأساسية - يمكن تحديد المرضى غير المؤمن عليهم ذوي دخل الأسرة المحقق من MassHealth MAGI أو الدخل المحسوب لأسرة ذات مشقة طبية البالغ 0-300% من FPIG على أنهم من ذوي الدخل المنخفض بناءً على إرشادات EOHHS ومؤهلون للحصول على الخدمات المؤهلة لشبكة الأمان الصحية Health Safety Net وفقاً للشروط أدناه.

- a. المرضى ذوو الدخل المنخفض المؤهلون للتسجيل في برنامج مدفوعات المساعدة في الأقساط (Premium Assistance Payment Program) الذي يديره Health Connector هم مؤهلون لمدة 100 يوم تبدأ من تاريخ التغطية الطبية للمريض.
- b. الطلاب الخاضعون لمتطلبات برنامج صحة الطلاب في الولاية (Student Health Program) ليسوا مؤهلين لشبكة الأمان الصحية - الأساسية.

2. شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net) - الثانوية - المرضى الذين لديهم تأمين صحي أساسي آخر، بما في ذلك الطلاب المسجلون في خطة صحة الطالب المؤهلة ودخل الأسرة المحقق من MassHealth MAGI أو دخل الأسرة ذات المشقة الطبية البالغ 0-300% من الإرشادات الفيدرالية لدخل الفقر (FPIG)، قد يكونوا مؤهلين كمرضى من ذوي الدخل المنخفض ومؤهلين للالتحاق بشبكة الأمان الصحية Health Safety Net - الثانوية، مع مراعاة الاستثناءات التالية.

- a. لن تغطي شبكة الأمان الصحية Health Safety Net - الثانوية سوى خدمات طب الأسنان للأفراد المسجلين وغير المشمولين ببرنامج Premium Assistance Program الذي يديره Health Connector اعتباراً من اليوم 101 من تاريخ التغطية الطبية.
- b. لن تغطي شبكة الأمان الصحية Health Safety Net - الثانوية سوى خدمات طب الأسنان للبالغين المقدمة بواسطة مراكز صحة المجتمع أو المراكز الصحية المرخصة في المستشفيات أو العيادة التابعة وذلك للأشخاص المسجلين في MassHealth Standard و CommonHealth و MassHealth و CarePlus and Family Assistance، باستثناء MassHealth Family Assistance - Children.

3. **شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net) – الجزئية** - المريض ذو الدخل المنخفض المؤهل للالتحاق بشبكة الأمان الصحية الأساسية أو شبكة الأمان الصحية الثانوية مع دخل الأسرة المحقق من MassHealth MAGI أو الدخل المحسوب لأسرة ذات مشقة طبية والذي يتراوح بين 150% و 300% من الإرشادات الفيدرالية لدخل الفقر (FPIG) قد يكون مؤهلاً للحصول على شبكة الأمان الصحية - الجزئية مع الاستقطاعات السنوية للأسرة. لن يتم تطبيق الاستقطاعات السنوية إلا إذا كان دخل جميع أعضاء (Premium Billing Family Group, PBFG) أكبر من 150% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL). عند تحديد وجود الأهلية، تكون الاستقطاعات السنوية مساوية للمبلغ الأكبر من

1. 40% من الفرق بين أدنى إما دخل أسرة MassHealth MAGI أو دخل قابل للحساب لأسرة ذات مشقة طبية في PBFG الخاص بالمتقدم، و200% من مستوى الفقر الفيدرالي.
2. أقل تكلفة لبرنامج Premium Assistance Program المدار بواسطة قسط Health Connector لحجم الأسرة ومستوى الدخل في بداية السنة التقويمية.

إذا كان أي عضو في PBFG لديه دخل أقل من 200% من FPIG، فليس هناك استقطاعات تطبق على أي عضو في PBFG. سيتم إعفاء النفقات التي تزيد عن هذه الاستقطاعات من نشاط الفوترة والتحويل.

سيقوم مستشارو الطلب المعتمدون من مركز UMMMC بتتبع النفقات القابلة للاسترداد المسموح بها حتى يفي المريض بالاستقطاعات الخاصة به. إذا كان المريض قد تلقى خدمات من أكثر من مقدم خدمة صحية واحد، فإنه يقع على عاتق المريض مسؤولية تتبع المبلغ المستقطع وإخطار مركز UMMMC عندما يتم الوفاء بالاستقطاعات. لن يتم تطبيق نفقات المدفوعات المشتركة والصيدلية على الاستقطاعات.

يتعقب موظفو التحصيل في مركز UMMMC مدفوعات الاستقطاعات. إذا تخلف المريض/الأسرة عن تحمل مسؤولية الوفاء بالاستقطاعات، فسوف يتبع مركز UMMMC إجراءات الفوترة والتحويل لحسابات المرضى الذين يتحملون نفقاتهم كما هو موضح في قسم حسابات المرضى الذين يتحملون نفقاتهم في هذه السياسة. عملية التقديم واستثناءات تغطية الولاية وإجراءات التحقق من الدخل هي نفسها الخاصة بشبكة الأمان الصحية Health Safety Net - الأساسية.

4. **شبكة الأمان الصحية Health Safety Net - الأهلية المفترضة** - في بعض الأحيان، قد يكون المريض مؤهلاً للالتحاق بشبكة الأمان الصحية Health Safety Net وغير قادر على إكمال الطلب الكامل في تاريخ الخدمة. قد يقرر مركز UMMMC أن الشخص يعد مريضاً من ذوي الدخل المنخفض وفقاً لإرشادات شبكة الأمان الصحية وإرشادات الأسرة لفترة محددة من الوقت. سيتم القرار بناءً على المعلومات المصدق عليها شخصياً والتي يقدمها المريض في النموذج المحدد بواسطة مكتب شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net) ستنبدأ فترة الأهلية في تاريخ اتخاذ مركز UMMMC القرار وستستمر حتى اليوم الأخير من الشهر التالي أو يقدم الفرد طلباً كاملاً ويتلقى قراراً من MassHealth أو Health Connector.

B. المشقة الطبية - يجوز للمقيم في ولاية ماساتشوستس في أي مستوى دخل يمكن حسابه أن يتقدم بطلب للحصول على مخصصات المشقة الطبية إذا كانت التكاليف الطبية قد استنفدت دخل الأسرة لدرجة أنه غير قادر على دفع تكاليف الخدمات المؤهلة. يجب أن تتجاوز النفقات الطبية المسموح بها لمقدم الطلب، على النحو المحدد أدناه، نسبة مئوية محددة من الدخل القابل للحساب لمقدم الطلب على النحو التالي:

مستوى الدخل	نسبة الدخل الإجمالي
0 - 205	10%
205.1 - 305	15%
305.1 - 405	20%
405.1 - 605	30%
< 605.1	40%

سيقدم مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net الطلب ويعالج المشقة الطبية وفقاً للوثائق المقدمة من مركز UMMMC والمريض. سيقدم مركز UMMMC طلب المشقة الطبية خلال 5 أيام عمل من استلام جميع المستندات

المطلوبة المقدمة بواسطة المريض. سيقوم مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net بمراجعة ومعالجة طلب المشقة الطبية إذا تجاوزت النفقات الطبية المسموح بها لمقدم الطلب النسبة المئوية للدخل القابل للحساب المذكور أعلاه. لن يقوم مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net بمعالجة طلب المشقة الطبية لأي شخص يقل دخله عن 405% من إرشادات دخل الفقر الفيدرالي إلا إذا أرسل الفرد أولاً طلباً إلى وكالة MassHealth واستلم قراراً. يمكن تقديم طلبين للمشقة الطبية في غضون 12 شهراً.

1. النفقات الطبية المسموح بها - إجمالي الفواتير الطبية لأسرة ذات مشقة طبية من أي مقدم رعاية صحية والتي، إذا تم دفعها، ستأهل كنفقات طبية مستقطعة لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالي. قد يشمل ذلك الفواتير المدفوعة وغير المدفوعة والتي لا يزال المريض مسؤولاً عنها والتي تكبدها قبل اثني عشر شهراً من تاريخ تقديم الطلب. لا يشمل هذا الفواتير المتكبدة عندما يكون مقدم الطلب من المرضى ذوي الدخل المنخفض ما لم يكن من ذوي الدخل المنخفضة فقط في تخصص الأسنان في تاريخ الخدمة. إذا لم يتلق المريض فاتورة لأكثر من 9 أشهر من تاريخ الخدمة، فقد يظل الأمر مسموحاً به إذا تم تقديم طلب المشقة الطبية خلال 90 يوماً من تاريخ الفواتير الأولية. لن يتم تضمين الفواتير غير المدفوعة المضمنة في قرار المشقة الطبية في طلب مشقة طبية لاحق. لن يشمل هذا فواتير الخدمات التي يتكبدها المرضى أثناء التسجيل في MassHealth أو برنامج Premium Assistance Payment Program الذي يديره Health Connector.

2. مساهمة مقدم الطلب - النسبة المحددة من الدخل المحسوب كما هو مذكور أعلاه. هناك مساهمة مشقة طبية واحدة لكل قرار للمشقة الطبية.

3. إخطار بالقرار - سيقوم مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net بإخطار المتقدمين بالقرار. سوف يشمل ذلك ما يلي:

- تواريخ تضمين النفقات الطبية المسموح بها.
- مبلغ مساهمة المشقة الطبية لمقدم الطلب.
- الخدمات التي لا تتأهل كخدمات مؤهلة.
- اسم ورقم جهة اتصال لمزيد من المعلومات.
- سيوضح إشعار الرفض سبب الرفض.

4. إخطار مقدم الخدمة - ستقوم شبكة الأمان الصحية Health Safety Net بإخطار مقدم الخدمة بما يلي:

- القرار والفواتير المدرجة في النفقات الطبية المسموح بها لمقدم الطلب.
- مساهمة مقدم الطلب إلى كل مقدم خدمة تابع لشبكة الأمان الصحية Health Safety Net على أساس إجمالي الرسوم وتواريخ الخدمة المقدمة لأسرة مقدم الطلب.

5. سيقدم مركز UMMMC مطالبات عن خدمات المشقة الطبية التي تتجاوز مساهمة المشقة الطبية الخاصة بالمريض.

6. سوف يقوم مركز UMMMC بإصدار فاتورة لمقدم الطلب عن مساهمة المشقة الطبية ما لم يكن لديه حالة المريض ذي الدخل المنخفض أو مؤهلاً للحصول على MassHealth.

7. سيقوم مركز UMMMC أي جهود تحصيل للمطالبة بالديون المعدومة الطارئة المصدق عليها من أجل المشقة الطبية بموجب برنامج شبكة الأمان الصحية.

8. سيقوم مركز UMMMC جهود التحصيل للفواتير المدرجة في قرار المشقة الطبية والتي كانت مؤهلة للحصول على مدفوعات المشقة الطبية إذا لم يتم تقديم الطلب لأي سبب من الأسباب خلال 5 أيام عمل.

C. استثناءات تغطية الولاية المذكورة أدناه هي حالات لن يتم فيها توفير التغطية بواسطة شبكة الأمان الصحية Health Safety Net. (ملاحظة: تتم تغطية بعض هذه الخدمات من خلال "التغطية الإضافية والرعاية المخفضة" في مركز UMMMC الموضحة في القسم VI).

1. الخدمات غير الضرورية طبيًا.
2. MassHealth، وConnector Care، والمدفوعات المشتركة للتأمين.
3. المطالبات المرفوضة لأي خطأ إداري أو خطأ في الفواتير.
4. الخدمات المقدمة لمريض لديه تأمين صحي خاص والتي تعتبر خارج شبكة مزود التأمين الصحي.

D. **عملية تقديم الطلب** - سيتعين على المرضى الساعين للحصول على المساعدة المالية تقديم طلب للحصول على تغطية لبرنامج MassHealth وPremium Assistance Program الذي يديره Health Connector وشبكة السلامة الصحية وChildren's Medical Security Program. يجب على المرضى إكمال وتقديم، بمساعدة CAC، طلب عبر Health Insurance Exchange الموجودة على موقع Health Connector Exchange على الإنترنت، أو طلب ورقي مقدم من MassHealth، أو طلب عبر الهاتف إلى ممثل خدمة العملاء الموجود في MassHealth أو Connector. ستقوم MassHealth Agency أو Health Connector بمعالجة جميع الطلبات وإخطار الفرد بقرار أهليته أو أهليتها للحصول على MassHealth أو التأهل لبرنامج Premium Assistance Program الذي يديره Health Connector أو التأهل لحالة المريض ذي الدخل المنخفض (شبكة الأمان الصحية).

في ظروف خاصة، قد يتقدم مركز UMMMC بطلب للمريض باستخدام نموذج محدد يعينه مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net للأشخاص الذين يبحثون عن تغطية للمساعدة المالية بسبب تعرضهم للحبس، أو كونهم ضحايا سوء المعاملة الزوجية، أو المتوفين، أو الخدمات السرية للفُصّر، أو حالة المريض ذي الدخل المنخفض المفترض أو تقديم طلب بسبب مشقة طبية.

E. **التحقق من الدخل** - يمكن التحقق من دخل الأسرة إما من خلال مطابقة البيانات الإلكترونية، أو التحقق الورقي. تستخدم MassHealth مصادر البيانات الفيدرالية والتابعة للولاية لمحاولة مطابقة الدخل المذكور في الطلب. سيتم اعتبار الدخل متحققًا منه إذا كانت مطابقة بيانات الولاية متوافقة بشكل معقول مع الدخل المذكور. إذا تعذر على MassHealth التحقق من الدخل من خلال مطابقة البيانات الإلكترونية، فيجب التحقق من ذلك بواحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

1. **الدخل المكتسب:**
 - أحدث كعوب شيكات دفع الأجر
 - بيان موقع من صاحب العمل
 - أحدث إقرار ضريبي فيدرالي
 - مصدر مقارنة آخر
2. **الدخل غير المكتسب:**
 - نسخة من أحدث شيك حالي أو كعب شيك دفع الأجر من مصدر الدخل
 - بيان من مصدر الدخل في حالة عدم توفر المطابقة
 - أحدث إقرار ضريبي فيدرالي
 - مصدر مقارنة آخر

F. **التحقق من الهوية** - يجب على المتقدمين تقديم ما يثبت هويتهم مع، على سبيل المثال لا الحصر، المستندات التي تحتوي على صورة أو معلومات تحديد هوية أخرى، مثل الاسم والعمر والجنس والعرق والطول والوزن ولون العين والعنوان. المستندات المقبولة هي:

- رخصة قيادة صادرة عن ولاية أو إقليم
- بطاقة الهوية الصادرة بواسطة مدرسة أو جيش أو حكومة فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية أو بطاقة تابعة للجيش أو بيانات هوية البحارة التجاريين من خفر السواحل في الولايات المتحدة الأمريكية

- سجل عيادة أو طبيب أو مستشفى أو مدرسة للأطفال الأقل من عمر 19 عاماً
- وثيقتان توفران معلومات تتوافق مع هوية مقدم الطلب مثل، على سبيل المثال لا الحصر، دبلومات المدارس الثانوية والكلية، وسجلات الزواج أو الطلاق، وسندات الملكية، واتفاقيات الإيجار
- اكتشاف الهوية من وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية، إذا كانت الوكالة قد تحققت من الهوية
- إفادة موقعة، تحت عقوبة الحنث باليمين، بواسطة شخص آخر يمكنه أن يشهد بشكل معقول على هوية شخص ما، في حالة عدم توفر وثائق أخرى

IV. برنامج المساعدات المالية التابع لنظام UMass Memorial للرعاية الصحية

إن سياسة نظام UMass Memorial للرعاية الصحية هي توفير الرعاية مع خصم على التكلفة للمرضى المؤهلين بموجب القسم (r) 501 من قوانين مصلحة الضرائب الأمريكية (IRS). بالنسبة للأشخاص الذين قد تقرر أهليتهم، فلن يحملهم نظام UMass Memorial للرعاية الصحية تكاليف أكثر من المبلغ المفروض بشكل عام على المريض الذي يحظى بتغطية تأمينية للخدمات العاجلة والطوارئ واللازمة طبيًا. سيكون قسم الاستشارات المالية للمرضى هو نقطة الاتصال من أجل تزويد المرضى بالسياسة المكتوبة وملخص للسياسة ونموذج طلب التقدم وبالمساعدة المتعلقة بعملية التقدم بطلب.

A. عملية تقديم الطلب

يجب على المتقدم بطلب للحصول على المساعدات المالية تقديم طلب إلى نظام UMass Memorial للرعاية الصحية، مكتمل وموقع. يجب أن يكون طلب التقدم مصحوبًا بجميع وثائق إثبات الدخل المطلوبة.

سيكون طلب تقدم واحد كافيًا لجميع أفراد الأسرة المذكورين في الطلب.

B. الأهلية

من أجل أن تقرر أهلية أحد المتقدمين بالطلبات للانتحاق ببرنامج المساعدات المالية التابع لنظام UMass Memorial للرعاية الصحية، يجب أن تنطبق عليه المعايير التالية:

- يجب أن يكون كل من الدخل وعدد أفراد الأسرة بين 0-600% من توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي.
- إكمال طلب للتقدم للحصول على المساعدات المالية وتوقيعه.
- تقديم وثائق التحقق من الدخل لجميع أفراد الأسرة الذين ينطبق عليهم هذا الأمر.
- التقدم بطلب للحصول على أي مساعدات طبية حكومية أو تابعة للولاية قد يكون مؤهلًا للحصول عليها.
- البدء في عملية التقدم بطلب 240 يومًا من تاريخ أول فاتورة.

C. طلبات التقدم المكتملة

سيعتبر طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية "طلبًا مكتملًا" عند استيفاء المعايير التالية:

- تلقي طلب التقدم في قسم الاستشارات المالية للمرضى.
- توقيع المريض/الضامن أو ممثل مصرح له على طلب التقدم.
- الإجابة عن جميع الأسئلة الواردة في طلب التقدم.
- تقديم وثائق التحقق من الدخل الكافية من أجل تقرير الأهلية.

سيتم تقييم طلب التقدم المكتمل بواسطة مستشار مالي من أجل تحديد الأهلية. ستتم مراجعة جميع طلبات التقدم بواسطة أحد مشرفي الاستشارات المالية للمرضى للحصول على الموافقة النهائية.

1. إذا تم استيفاء جميع معايير الأهلية، فسيتم إرسال خطاب بالموافقة إلى المتقدم بالطلب/الضامن يحدد فترة الأهلية ونسبة الخصم.

2. إذا لم يتم استيفاء جميع معايير الأهلية فسيتم إرسال خطاب بالرفض إلى المتقدم بالطلب/الضامن.
3. سيتم الاحتفاظ بطلبات التقدم التي تمت الموافقة عليها ومعالجتها في ملف مركزي في مكتب العمل المركزي.

D. طلبات التقدم غير المكتملة

إذا لم يكن طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية مكتملاً فسيرسل المستشار المالي خطاب متابعة إلى المريض. سيشير هذا الخطاب إلى المعلومات اللازمة من أجل معالجة طلب التقدم.

يجب على المتقدم بالطلب/الضامن تقديم الوثائق اللازمة خلال 30 يوماً من تلقي خطاب المتابعة. إذا لم يتم تلقي المعلومات خلال هذا الإطار الزمني فسيتم رفض طلب التقدم. سيتم إرسال خطاب بسبب الرفض إلى المتقدم بالطلب.

سُمنح فترة سماح مدتها 30 يوماً من تاريخ الرفض للمتقدم بالطلب/الضامن من أجل تقديم المعلومات الإضافية. في نهاية فترة السماح التي تبلغ 30 يوماً يجب أن يتم إكمال طلب تقدم جديد.

E. وثائق إثبات الدخل

يجب على المتقدم بالطلب/الضامن تقديم وثائق لإثبات دخله.

إن الإثباتات المقبولة للدخل هي كالتالي:

- أحدث كعبي شيكات دفع الأجر.
- نسخة من أحدث بيان أو شيك بمخصصات التقاعد أو الضمان الاجتماعي أو البطالة أو مخصصات الدخل الأخرى.
- بالنسبة لأصحاب الأعمال الحرة، البيان الخاص بالأرباح والخسارة للـ3 أشهر السابقة.
- نسخة من أحدث إقرارات ضريبية ما لم يمض عليها أكثر من 6 أشهر.
- بيان من صاحب العمل يحدد الدخل الكلي الأسبوعي.
- بالنسبة للنفقة/إعالة الطفل، نسخة من أمر المحكمة أو شيك بالمدفوعات التي تم تلقيها.
- بيان موقع بالدعم بالنسبة للمتقدم بالطلب/أحد أفراد الأسرة الذي ليس لديه أي دخل.

F. فترة الأهلية

ستبدأ فترة الأهلية للحصول على المساعدات المالية من تاريخ تلقي طلب التقدم الموقع في قسم الاستشارات المالية للمرضى. ستكون الأهلية سارية لمدة عام واحد من تاريخ الموافقة. سيتم اعتبار طلب التقدم مكتملاً عند استيفاء جميع معايير الأهلية.

وستغطي فترة الأهلية أيضاً 12 شهراً بآثر رجعي من تاريخ الموافقة. وستسري نفس فترة الأهلية على جميع أفراد الأسرة المؤهلين والمذكورين في طلب التقدم.

سيتم إيقاف المساعدات المالية إذا تغيرت معايير الأهلية في أي وقت إلى الحد الذي يجعل المتقدم بالطلب غير مؤهل. قد يتكون هذا الأمر من التغييرات في الدخل أو عدد أفراد الأسرة أو الأهلية للالتحاق ببرامج المساعدات الطبية الحكومية. في مثل هذه الحالات، سيتم إخطار المتقدم بالطلب عن طريق خطاب عن أي إيقاف للمساعدات. سيتم توضيح سبب الإيقاف.

G. الخدمات المؤهلة

ستتطبق خصومات المساعدات المالية التي تم اعتمادها بواسطة برنامج المساعدات المالية التابع لنظام UMass Memorial للرعاية الصحية فقط على الرعاية الصحية العاجلة والطارئة والضرورية طبيًا. سيضم هذا الأمر على سبيل المثال لا الحصر خدمات المرضى الداخليين وخدمات الملاحظة وخدمات المرضى الخارجيين والنقل بسيارات الإسعاف. لا يتم تغطية سوى حالات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الضرورية طبيًا المقدمة داخل منشأة المستشفى بواسطة منشأة المستشفى نفسها. لا ينطبق هذا إلا على هذه الرعاية المقدمة بواسطة موظفي منشأة المستشفى والتكاليف الأخرى التي تتكبدتها منشأة المستشفى مباشرةً.

H. الخدمات غير المؤهلة

لن تكون الخدمات غير الضرورية طبيًا مؤهلة للخضوع لتطبيق خصومات المساعدات المالية. تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، جراحات التجميل وخدمات علاج العقم ووسائل المساعدات السمعية والخدمات الاجتماعية وخدمات إعادة التأهيل المهني. سوف يتم إصدار فواتير بالرسوم الكاملة مقابل أي خدمات غير ضرورية طبيًا.

لا يوظف UMass Memorial Medical Center ("منشأة المستشفى") أطباء تابعين له. يقوم كل طبيب أو جهة خارجية أخرى، إن وجدت، بإصدار فواتير خدماته الخاصة ويتبع إجراءات المساعدة المالية الخاصة بهم والفوترة والتحويل. وفقًا لذلك، فإن الخدمات التي يقدمها الأطباء أو غيرهم من مقدمي خدمات الطرف الثالث، لا يتم تغطيتها بواسطة سياسة التحويل والائتمان والمساعدة المالية الخاصة بمركز UMass Memorial Medical Center.

وفقًا للبيان أعلاه، لا تغطي سياسة التحويل والائتمان والمساعدة المالية الخاصة بـ UMass Memorial Medical Center الخدمات المقدمة بواسطة الأطباء أو الأطباء الآخرين في المجالات التخصصية المحددة أدناه.

طب الحساسية والمناعة	الطب الباطني
الإسعاف (الجوي/البري)	المختبر (البحث)
التخدير	طب الكلى
السمعيات	طب الأعصاب
الصحة السلوكية	طب النساء والولادة
طب القلب	الطب المهني
أمراض القلب والأوعية الدموية	تقويم العظام
طب العناية الحرجة	علم الأمراض (التشريحية والسريرية)
طب الأسنان	طب الأطفال
المعدات الطبية الدائمة للأمراض الجلدية	الطب البدني وإعادة التأهيل
المعدات الطبية المعمّرة	الطب النفسي
الأذن والأنف والحنجرة	الطب الرئوي
طب الطوارئ	الطب الإشعاعي
طب الغدد الصماء	طب الكلى
طب الأسرة/الأساسي	الطب الرياضي
أمراض الجهاز الهضمي	الجراحة
طب الشيخوخة والعناية الملطفة وما بعد الرعاية الحادة	التطبيب عن بعد
أمراض الدم/الأورام	البصر
الأمراض المعدية	

I. أساس حساب المبالغ المفروضة

سيستخدم نظام UMass Memorial طريقة مراجعة الماضي لحساب المبالغ المفروضة بشكل عام على المرضى كما ينطبق على سياسة المساعدات المالية هذه. يتم استخدام الدمج بين رسوم العام السابق والمدفوعات الخاصة بمنتجات التأمين التجاري وتأمين Medicare لتحديد معدل التحصيل الصافي الفعال الملاحظ بواسطة المنظمة. في الوقت الحالي، تبلغ الرسوم المفروضة على المرضى الذين يُعتبرون مؤهلين للاستفادة بموجب برنامج المساعدة المالية 25% من الرسوم. يتحمل المرضى المؤهلون لبرنامج المساعدة المالية والذين لديهم تغطية تأمينية التزاماتهم المالية (مثل المدفوعات المشتركة والاستقطاعات) بعد دفع رسوم التأمين بنسبة لا تزيد عن 25% من إجمالي الرسوم. سيتم إجراء جميع المطالبات والمدفوعات والتعديلات الخاصة بالتأمين قبل أن يطبق أي من خصومات المساعدات المالية.

J. الإعلان على نطاق واسع

سيكون قسم الاستشارات المالية للمرضى هو نقطة الاتصال بالنسبة للمرضى لطلب نسخة ورقية مجانية من كل من السياسة وملخص السياسة المكتوب بلغة سهلة وطلب التقدم والحصول عليها. يمكن طلب هذه الأوراق الثلاث عن طريق الهاتف أو بصفة شخصية أو عن طريق البريد الإلكتروني كما هو موضح أدناه:

معلومات الاتصال الخاصة بقسم الاستشارات المالية للمرضى بنظام UMass Memorial:

- هاتف: 508-334-9300
- البريد الإلكتروني الداخلي: الاستشارات المالية
- البريد الإلكتروني الخارجي: needinsurance@umassmemorial.org
- العنوان: Patient Financial Counseling
306 Belmont St.
Worcester, MA 01604

يمكن الوصول إلى سياسة المساعدة المالية والتحصيل والائتمان وملخص السياسة المكتوب بلغة سهلة والطلب باستخدام الموقع الإلكتروني الخاص بنظام UMass Memorial للرعاية الصحية: www.umassmemorialhealthcare.org تحت قسم المرضى والزائرين، الاستشارات المالية.

V. التغطية الإضافية والعناية المخفضة المقدمة بواسطة UMMMC للمرضى

A. استمرار التغطية - على الرغم من عدم تغطيتها من خلال مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net، سيواصل مركز UMMMC تمديد تغطية الرعاية المجانية للخدمات الضرورية طبياً لمرضى ماساتشوستس ذوي الدخل المنخفض المعتمدين لخدمات الإسعاف من مركز UMMMC.

B. خصومات المدفوعات الفورية - يجوز لـ UMMMC منح خصم للمرضى من أي مستوى دخل الذين يدفعون بشكل نقدي أو عن طريق بطاقة الائتمان، رصيد الدفع الذاتي الخاص بهم قبل أو بعد تقديم الخدمات مباشرة. يعكس الخصم القيمة الزمنية للنقود، وتجنب تكاليف الفوترة والتحصيل، وتجنب مخاطر الائتمان. سيكون الخصم القياسي 20% من صافي التزامات المريض. لا يجوز تقديم خصم أعلى ما لم يكن ذلك مبنياً على ظروف فريدة ومعتمداً من مدير الخدمات المالية للمرضى.

VI. إجراءات التحصيل والفوترة

يجب على UMMMC إدارة عمليات الفوترة والتحصيل التي تتسم بالكفاءة والفعالية في الحصول على المبالغ المستحقة لـ UMMMC، من أجل الوفاء بالتزاماتنا المالية ومواصلة مهمتنا المتمثلة في توفير رعاية صحية ممتازة للمرضى والمجتمعات التي نخدمها. نحن ملتزمون بإجراء ممارسات الفوترة والتحصيل الخاصة بنا بطريقة عادلة ومحترمة لمرضانا وعائلاتهم، كما هو موضح أدناه. يتوفر ممثلو الخدمات المالية للمرضى عبر الهاتف لدعم المرضى في المسائل الخاصة بفواتيرهم الطبية.

A. فترة الدافعين من الطرف الثالث - سيقدم مركز UMMMC مطالبات عن جميع الخدمات المغطاة إلى شركة التأمين الصحي الخاصة بالمريض أو أي دافع مسؤول آخر إذا كان المريض قد قدم هذه المعلومات في الوقت المناسب وبدقة. سيتم تقديم هذه المطالبات في أقرب وقت ممكن بعد تاريخ الخروج من المستشفى أو الخدمة. يظل المرضى مسؤولين ماليًا عن أي خدمات غير مغطاة و/أو مدفوعات مشتركة أو مبالغ التأمين المشترك و/أو استقطاعات و/أو أي مبالغ أخرى مستحقة بموجب شروط خطة المخصصات على النحو الذي تحدده شركة التأمين الصحي الخاصة بهم. يتحمل المرضى مسؤولية فهم متطلبات الإحالة والتفويض وغيرها من متطلبات شركة التأمين الخاصة بهم والامتثال لها. يتحمل المرضى مسؤولية دفع نفقات أي خدمات ترفضها شركات التأمين إلى الحد الذي يسمح به العقد واللوائح.

ستبذل إدارة محاسبة المرضى في UMMMC كل الجهود المعقولة لحل الحسابات مع الدافعين من الطرف الثالث، بما في ذلك استئناف المطالبات المرفوضة. سيتم إنشاء تقارير الحسابات المعلقة بشكل روتيني، ومراجعتها بواسطة إدارة وموظفي محاسبة المرضى، ومتابعتها مع الدافعين. إذا لم يتلق مركز UMMMC، على الرغم من هذه الجهود، مدفوعات أو أي قرار آخر مناسب من دافع غير متعاقد معه، في غضون فترة زمنية معقولة، يمكن إرسال خطاب إلى المريض يبلغه بأن شركة التأمين قد فشلت في حل المطالبة. إذا ظل الحساب غير مدفوع بواسطة دافع غير متعاقد، فقد يخضع المريض لعملية الفوترة والتحصيل للدفع الذاتي القياسي إلى الحد الذي يسمح به القانون. سيبدل مركز UMMMC نفس الجهد لتحصيل حسابات رعاية الطوارئ للمرضى غير المؤمن عليهم مثلما يفعل لتحصيل حسابات الرعاية غير الطارئة وفقًا لشروط هذه السياسة والقانون المعمول به.

B. عملية التحصيل والفوترة للمرضى الذين يتحملون نفقاتهم

1. سيتلقى المرضى الذين يتحملون مسؤوليات نفقاتهم فاتورة مبدئية تحدد بوضوح الخدمات التي يتحملون مسؤوليتها.
2. بالنسبة لأي مسؤوليات خاصة بالمرضى الذين يتحملون نفقاتهم التي لا تزال غير مدفوعة بعد الفاتورة الأولية، سوف يتلقى المريض سلسلة من البيانات الشهرية لمدة 3 أشهر على الأقل أو حتى يتم حل تسديد المبالغ. سيشير البيان الأخير إلى أنه إشعار نهائي. سيتم إرسال إشعار نهائي عن طريق البريد المعتمد إلى المريض لمطالبات المبالغ التي تزيد عن 1,000 دولار لرعاية الطوارئ.
3. عند إعادة بيان المريض بسبب وجود عنوان لا يمكن الوصول إليه، سيحاول مركز UMMMC الاتصال بالمرضى للحصول على عنوان صحيح في جميع مطالبات المبالغ التي تزيد عن 1,000 دولار. يتم إرسال جميع بيانات المبالغ إلى بائع لمحاولة تحديد عنوان صحيح باستخدام قواعد البيانات مثل المنظمة الوطنية لتغيير العنوان (National Change of Address Association, NCOA).
4. سيقوم موظفو محاسبة المرضى أو من ينوب عنهم بإجراء مكالمات هاتفية لأي مريض عليه دفع مبلغ مستحق يبلغ 1,000 دولار أو أكثر أثناء عملية الفوترة والتحصيل العادية للمرضى الذين يتحملون نفقاتهم.
5. يمكن إرسال إشعارات و/أو خطابات إضافية إلى المرضى المدينين أثناء عملية التحصيل والفوترة في محاولة لتحصيل المبالغ المستحقة.
6. سيتم توثيق كل هذه الجهود لتحصيل المبالغ، وكذلك أي استفسارات للمرضى، في نظام الفوترة المحوسب والمتاح لمراجعة الإدارة.
7. إذا، بعد كل الإجراءات المذكورة أعلاه، كانت إدارات المحاسبة والتخليص المالي لمقدمي الخدمة قد استنفدت جميع الجهود لتحديد ما إذا كان المريض يستوفي معايير الأهلية للمشاركة في برنامج المساعدة المالية الخاص بـ UMass Memorial Medical، فستتخذ أيًا من الإجراءات أدناه.
8. سيتم مراجعة الحسابات التي لا تزال بدون تحصيل بعد 120 يومًا وجهود التحصيل الموضحة أعلاه بغرض شطبها باعتبارها ديونًا معدومة، على النحو التالي:

الرصيد	مستوى المراجعة
0 دولار - 999 دولارًا	المحصل
1,000 دولار - 10,000 دولار	المشرف
10,001 دولار - 50,000 دولار	المدير
50,000 دولار وما فوق	كبير المديرين

9. سيقوم مركز UMMMC بالبحث في نظام التحقق من الأهلية (EVS) MassHealth للتحقق من التغطية قبل تقديم المطالبات إلى مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net لتغطية الديون المدومة الطارئة المتكبدة مقابل خدمة رعاية عاجلة أو طارئة.
10. الفوترة الخارجية/وكالات التحصيل - قد يستخدم مركز UMMMC ووكالات التحصيل والفوترة الخارجية لزيادة الجهود لتحصيل المبالغ المستحقة، و/أو تحويل حسابات الديون المدومة إلى وكالات التحصيل الخارجية لمزيد من المتابعة.

- لن "يبيع" مركز UMMMC ديون المريض إلى أي وكالة طرف ثالث.
- تلتزم جميع وكالات تحصيل الفواتير التي تعمل نيابة عن مركز UMMMC كتابةً بالالتزام بممارسات التحصيل والمعايير المعتمدة بواسطة مركز UMMMC والقانون المعمول به.
- يجوز لمركز UMMMC، بموافقة مجلس الأمناء وإشعار كتابي مدته 30 يوماً للمريض، إبلاغ خدمة تصنيف ائتماني بدين لا يزال غير مسدد بعد كل المحاولات المعقولة لتحديد تغطية الرعاية الصحية المتاحة و/أو الوصول إلى برامج الخصم و/أو إنشاء خطط دفع كما هو موضح في هذه السياسة. تحت أي ظرف من الظروف، لن يتم التفكير في إحالة المرضى الذين استوفوا معايير الولاية كمرضى ذوي دخل منخفض إلى خدمة تصنيف ائتماني.

11. سيتم التعامل مع التأمين المشترك لـ Medicare، والمدفوعات المشتركة، والاستقطاعات التي تعتبر ديوناً مدومة وفقاً لعملية الفوترة والتحصيل للمرضى الذين يتحملون نفقاتهم على النحو المحدد أعلاه وفقاً للقانون المعمول به. ستواصل وكالات التحصيل الخارجية المزيد من جهود التحصيل لمدة لا تقل عن 60 يوماً قبل إعادة الحسابات إلى UMMMC باعتبارها غير قابلة للتحصيل.

C. خدمة العملاء - يوظف مركز UMMMC طاقماً من ممثلي الخدمات المالية للمرضى لمعالجة مخاوف المرضى والأسئلة المتعلقة بفواتيرهم. يتوفر الموظفون عن طريق الهاتف وشخصياً من يوم الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً.

D. خطط الدفع - الشخص الذي يبلغ المبلغ المستحق عليه 1,000 دولار أو أقل سيقدم إليه على الأقل خطة دفع لمدة عام بدون فوائد. سيتم تقديم خطة دفع بدون فوائد لمدة عامين على الأقل للمريض الذي يبلغ المبلغ المستحق عليه أكثر من 1,000 دولار، بعد الإيداع الأولي. سيتم تقديم خطة دفع شهرية مجدولة للمرضى الذين يعبرون عن صعوبة في الوفاء بالتزاماتهم المالية (بعد استنفاد جميع خيارات التغطية) بحد أدنى لا يتجاوز 25 دولاراً. قد يتم منح خطط دفع أطول بموافقة المدير. سيخضع المرضى الذين يتوقعون عن إجراء المدفوعات الشهرية المجدولة دون إنشاء ترتيب بديل، لعمليات الفوترة والتحصيل العادية الخاصة بالمرضى الذين يتحملون نفقاتهم بما في ذلك الإحالة إلى وكالة تحصيل خارجية.

E. الفائدة - لا يقوم UMMMC بتحصيل فائدة على مبالغ المرضى الذين يتحملون نفقاتهم.

F. متطلبات الإيداع - يتعين على UMMMC عدم طلب ودائع ما قبل القبول و/أو ودائع ما قبل العلاج للمرضى الذين يحتاجون إلى خدمات الطوارئ أو الرعاية العاجلة أو الذين يتم تحديدهم على أنهم مرضى لشبكة الأمان الصحية Health Safety Net/مرضى ذوو دخل منخفض. يحتفظ مركز UMMMC بالحق في طلب الودائع المقدمة في الحالات التالية:

1. قد يُطلب من المرضى الذين يتلقون خدمات تجميلية اختيارية أو غير ضرورية طبيًا دفع مبلغ يصل إلى 100% من الرسوم المتوقعة قبل الحصول على الخدمة.
2. قد يُطلب من المرضى الذين ليس لديهم تغطية تأمينية يمكن التحقق منها وغير مؤهلين للحصول على حالة شبكة الأمان الصحية Health Safety Net/المرضى ذوي الدخل المنخفض دفع ودیعة مقدمة إذا كانت الخدمة التي يتعين القيام بها ذات طبيعة اختيارية. قد يؤدي عدم القدرة على تلبية متطلبات الإيداع إلى تأجيل الخدمة بموافقة الطبيب المعالج.
3. قد يُطلب من المرضى الذين يسافرون من دول أجنبية إلى مركز UMMMC لتلقي علاج اختياري دفع الفاتورة المقدرة بالكامل مقدماً.

4. قد يُطلب من مرضى شبكة الأمان الصحية Health Safety Net الجزئية دفع ما يصل إلى 20% من المبلغ المستقطع الذي يصل إلى 500.00 دولار للخدمات غير الطارئة.
5. قد يُطلب من المرضى ذوي المشقة الطبية دفع ما يصل إلى 20% من المبلغ المستقطع الذي يصل إلى 1,000.00 دولار للخدمات غير الطارئة.
6. قد يُطلب من المرضى المؤمن عليهم الذين لديهم تأمين مشترك أو استقطاعات الدفع المشترك أو اشتراك في مسؤوليات ديون الأعضاء الأخرى بموجب تصميم خطة المخصصات الخاصة بهم دفع هذه المبالغ نقدًا أو عبر بطاقة ائتمان قبل الخدمة.

G. الحجزات - كدورة روتينية للأعمال، لن يقوم مركز UMMMC بتنفيذ حجوزات الإلتأمين مصلحة UMMMC في تسويات الطرف الثالث أو كما هو مطلوب لتأمين مصالح مركز UMMMC أثناء الإجراءات القانونية. لن يتم بدء أي حجوزات تتعلق بمكان الإقامة الرئيسي للمريض أو السيارات دون موافقة خطية مسبقة من مجلس أمناء مركز UMMMC. سيتم إجراء جميع الموافقات بواسطة مجلس الأمناء على أساس كل حالة على حدة وسيتم تقديم إشعار كتابي مدته 30 يومًا إلى المريض.

H. مسؤولية الطرف الثالث/حوادث السيارات - سيقدّم UMMMC مطالبة إلى مكتب شبكة الأمان الصحية (Health Safety Net Office, HSNO) بشأن مريض ذي دخل منخفض أصيب في حادث سيارة فقط بعد التحقيق فيما إذا كان المريض، و/أو السائق و/أو مالك السيارة لديه بوليصة تأمين على السيارة. سيبدّل مركز UMMMC جهودًا معقولة للحصول على أي معلومات تأمين لطرف ثالث من المريض وسيحتفظ بدليل على هذه الجهود، بما في ذلك توثيق المكالمات الهاتفية والرسائل إلى المريض. سيقوم مركز UMMMC برد أي مدفوعات يتم استلامها إلى مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net إذا تم تحديد أي مورد تابع لطرف ثالث وتلقى UMMMC المدفوعات.

I. الإفلاس - سيتم إيقاف جميع أنشطة الفوترة والتحصيل للمرضى الذين يطلبون الإفلاس القضائي عند استلام إشعار الإفلاس.

J. حقوق المرضى ومسؤولياتهم - سيقوم مركز UMMMC بإبلاغ بعض المرضى بحقوقهم ومسؤولياتهم في كل وقت عندما يتفاعل المريض مع موظفي التسجيل، كما هو موضح أدناه.

1. سوف يبلغ UMMMC المرضى بالحق في:
 - a. التقدم بطلب لبرنامج MassHealth، وهو برنامج Premium Assistance Payment Program المدار بواسطة Health Connector وخطة صحية مؤهلة، والمشقة الطبية وشبكة الأمان الصحية Health Safety Net.
 - b. خطة سداد، كما هو موضح في عملية الفوترة والتحصيل للدفع الذاتي.
2. يجب على المرضى الذين يتلقون خدمات مؤهلة لشبكة الأمان الصحية:
 - a. تقديم جميع الوثائق المطلوبة.
 - b. إبلاغ MassHealth أو UMMMC بأي تغيير في دخل الأسرة، والتأمين الصحي وحالة مسؤولية الطرف الثالث.
 - c. تتبع الاستقطاعات السنوية للأسرة على النحو المحدد للمرضى ذوي الدخل الذي يتراوح بين 150% و300% من إرشادات دخل الفقر الفيدرالي وتقديم وثائق إلى مركز UMMMC تفيد بأنه تم الوصول إلى الاستقطاعات عند تحديد أهلية أكثر من عضو واحد في PBFG أو إذا كان المريض أو أحد أفراد الأسرة يتلقى خدمات شبكة الأمان الصحية Health Safety Net من أكثر من مقدم خدمة صحية واحد.
 - d. يجب إبلاغ مكتب شبكة الأمان الصحية أو MassHealth كتابيًا خلال 10 أيام من تاريخ تقديم أي دعوى أو مطالبة تأمين ستغطي تكلفة الخدمات التي يقدمها المستشفى. يُطلب من المريض كذلك تعيين حقوق دفع طرف ثالث إلى وكالة MassHealth والتي ستغطي تكاليف الخدمات التي يدفعها مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net أو MassHealth وتقديم مطالبة بالتعويض.
 - e. السداد إلى مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net أي أموال مستلمة من طرف ثالث تتعلق بحادث أو حادثة مقابل خدمة طبية سدد تكاليفها مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net.

- f. سوف يسترد مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net الأموال مباشرةً من المريض، فقط عندما يتلقى المريض مدفوعات الطرف الثالث مقابل الخدمات الطبية التي دفع نفقاتها مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net.
- g. قد يطلب مكتب شبكة الأمان الصحية Health Safety Net أن تقوم إدارة الضرائب بالحصول على أي مدفوعات لمريض مقابل الخدمات المقدمة وذلك من أجل مطابفة مقدمة مسددة بواسطة شبكة الأمان الصحية Health Safety Net للديون المعدومة الطارئة.

K. الإعفاء من إجراءات الفوترة والتحصيل الخاص بالمرضى الذين يتحملون نفقاتهم - لن يقوم UMMMC ببدء نشاط الفوترة والتحصيل الخاص بالمرضى الذين يتحملون نفقاتهم في الحالات التالية:

1. بناءً على دليل كافٍ على أن المريض يتلقى مساعدات الطوارئ للمسنين والمعوقين والأطفال (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, EAEDC)، أو مسجل في MassHealth، أو شبكة الأمان الصحية Health Safety Net، أو خطة Children's Medical Security Plan بحيث يكون دخل الأسرة مساوياً أو أقل من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي أو تحديد المريض باعتباره من ذوي الدخل المنخفض باستثناء المرضى ذوي الدخل المنخفض في مجال الأسنان فقط وفقاً لما يحدده مكتب Medicaid باستثناء المدفوعات المشتركة والاستقطاعات المطلوبة بموجب برنامج المساعدة. وضع المستشفى الحساب في حالة تعليق قانوني أو إداري و/أو تم إجراء ترتيبات دفع محددة مع المريض أو الضامن.
2. فواتير المشقة الطبية التي تتجاوز مساهمة المشقة الطبية.
3. مساهمات المشقة الطبية التي لا تزال معلقة خلال فترة أهلية المريض من MassHealth أو مريض من ذوي الدخل المنخفض.
4. ما لم يتحقق مركز UMMMC من نظام EVS لتحديد ما إذا كان المريض قد تقدم بطلب للحصول على MassHealth.
5. للمرضى المؤهلين جزئياً لشبكة الأمان الصحية Health Safety Net، باستثناء أي استقطاعات مطلوبة.
6. قد يصدر UMMMC فاتورة لمرضى شبكة الأمان الصحية Health Safety Net والمشقة الطبية المؤهلين للخدمات غير الضرورية طبياً المقدمة بناءً على طلب المريض والتي وافق المريض عليها موافقة كتابية.
7. قد يقوم مركز UMMMC بإصدار فاتورة للمريض ذي الدخل المنخفض بناءً على طلبه للسماح للمريض بالوفاء باستقطاعات CommonHealth المطلوبة لمرة واحدة.
- 8.