

آخر مراجعة: 2024/10/21

## المساعدة المالية للمريض

### الغرض:

NeighborHealth ("المركز") طور هذه السياسة لتحديد الأشخاص ذوي الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم والذين يعانون من نقص التأمين، والمسجلين في خطط التأمين الصحي أو برامج المساعدة المالية ويساعدونهم على تغطية نفقات الرعاية الصحية وضمان الحصول في الوقت المناسب وبشكل مناسب على الرعاية الطبية اللازمة.

### بيان السياسة:

إن سياسة NeighborHealth، بالشراكة مع مركز Boston Medical، هي توفير الرعاية الطبية اللازمة لجميع المرضى، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، وتقديم المساعدة المالية لأولئك غير المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم بشكل غير كاف ولا يستطيعون الدفع. يجب علاج جميع المرضى الذين يتقدمون إلى NeighborHealth ويحتاجون إلى خدمات طارئة أو عاجلة، أو غيرها من الرعاية الطبية الضرورية، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الهوية الجنسية أو التعبير أو القدرة على الدفع.

يقدم مركز NeighborHealth المساعدة المالية لجميع المرضى ذوي الدخل المنخفض أو غير المؤمن عليهم أو الذين يعانون من نقص التأمين والذين يثبتون عدم قدرتهم على دفع جميع الرسوم المستحقة عادةً أو جزء منها. سيتم فحص المرضى الذين ليس لديهم القدرة المالية على الدفع للتأكد من أهليتهم بموجب برنامج Medicaid أو برامج الولاية الأخرى، أو الخطط الصحية المؤهلة، أو سيتم تقييمهم وفقاً للمبادئ التوجيهية المحددة مسبقاً لتحديد أهلية الحصول على المساعدة بموجب برنامج Sliding Fee Discount (SFDP) الخاص بالمركز. يحدد برنامج Sliding Fee Discount Program جميع الظروف التي قد يتأهل فيها المرضى للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. يتم تحديد مستوى الخصم حسب دخل الأسرة للفرد وحجم الأسرة كما هو محدد في إرشادات الأهلية لبرنامج SFDP.

يتم توفير المعلومات حول عروض المركز لبرامج المساعدة المالية للمرضى عند التسجيل للحصول على الخدمات وعند استلام الفاتورة. يمكن النظر في حصول جميع المرضى على المساعدة المالية في أي وقت خلال دورة إعداد الفواتير والتحصيل. لن يتم أبداً تحميل المريض الذي تم تحديده مؤهلاً لبرنامج Sliding Fee Discount التابع لـ NeighborHealth أكثر من المبالغ المفوترة بشكل عام لتقديم الخدمات الضرورية طبيياً، ولن تسعى المستشفى إلى تأهيل مريض للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب برنامج Sliding Fee Discount Program ليكون الغرض هو إنشاء أعمال مستحقة الدفع بموجب برنامج رعاية صحية فيدرالي أو التأثير على اختيار المستفيد لمزود أو ممارس أو مورد معين.

قامت اللجنة المالية التابعة لمجلس أمناء NeighborHealth بمراجعة هذه السياسة والموافقة عليها. يمكن الحصول على معلومات حول سياسة المساعدة المالية وبرنامج المساعدة المالية، بما في ذلك ملخص اللغة البسيطة، (المرفق A)، أو نموذج طلب برنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth، أو نسخ من هذه السياسة ووثائق برنامج Sliding Fee Discount:

- في أي منطقة تسجيل للمرضى داخل NeighborHealth
- عن طريق الاتصال بقسم خدمات المرضى على الرقم 617-568-4600

• من خلال زيارة موقع المركز على <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/> للمراجعة أو التنزيل

• عن طريق تقديم طلب كتابي للحصول على نسخ عن طريق البريد إلى:

○ NeighborHealth

انتباه: قسم خدمات المرضى

10 Gove Street

East Boston, MA 02128

### طلب:

تنطبق سياسة المساعدة المالية على مواقع NeighborHealth التالية:

- NeighborHealth/East Boston, 10 Gove Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 20 Maverick Square, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 79 Paris Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/South End, 1601 Washington Street, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/South End, Hass Center, 400 Shawmut Ave, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/Winthrop, 17 Main Street, Winthrop, MA 02152

### الاستثناءات:

بينما تلتزم NeighborHealth بمساعدة المرضى ذوي الدخل والموارد المحدودة في التقدم بطلب للحصول على البرامج المتاحة لتغطية تكلفة الرعاية، فإن سياسة المساعدة المالية تقتصر على تغطية خدمات الطوارئ والخدمات العاجلة وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية. بشكل عام، تشمل النفقات المستثناة من الخصومات بموجب CCP ما يلي:

- مطالبات السيارات، ومطالبات مسؤولية الطرف الثالث، وخدمات الرسوم الثابتة، والأسعار المتعاقد عليها، وغيرها من الخدمات غير الطبية أو الخدمات الضرورية أو الخدمات الأخرى التي تم بالفعل تطبيق خصومات أخرى عليها.

### التعاريف:

**قانون الرعاية الميسرة (ACA)** – قانون إصلاح الرعاية الصحية الشامل، الذي صدر في مارس 2010 (المعروف أحياناً باسم ACA أو Obamacare) والذي يخدم: إتاحة الرعاية الصحية بأسعار معقولة لعدد أكبر من الأشخاص من خلال تقديم الإعانات ("الإعفاءات الضريبية الممتازة") التي تخفض التكاليف للأسر التي يتراوح دخلها بين 100% و400% من حد الفقر الفيدرالي؛ لتوسيع برامج Medicaid الحكومية لتغطية جميع البالغين الذين يبلغ دخلهم 138% من مستوى الفقر الفيدرالي؛ ودعم أساليب تقديم الرعاية الطبية المبتكرة، المصممة لخفض تكاليف الرعاية الصحية بشكل عام.

**مستشار الطلب المعتمد (CAC)** – فرد (منتسب إلى منظمة معينة) تم تدريبه ليكون قادر على مساعدة المستهلكين والشركات الصغيرة وموظفيهم على مراجعة خيارات التغطية الصحية المتوافقة مع ACA، والمقدمة من خلال سوق التأمين الصحي، والمساعدة في تحديد الأهلية واستكمال استمارات التسجيل.

**الخدمات الاختيارية** – خدمات ضرورية طبيًا لا تتطلب رعاية أو علاجًا من قسم الطوارئ أو مستشفى الحالات الحرجة لتحقيق الاستقرار الطبي، وبالتالي، وبالتالي، لا تستوفي تعريف الخدمات الطارئة أو العاجلة. يقوم المريض عادة، ولكن ليس حصراً، بجدولة مثل هذه الخدمات مقدماً.

**خدمات الطوارئ** – خدمات ضرورية طبيًا مقدمة بعد ظهور حالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تتجلى في أعراض شديدة الخطورة بما في ذلك الألم الشديد، والتي من المتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب أو إغفال الرعاية الطبية الفورية إلى التأثير سلبًا على الحالة أو صحة الشخص، مما يؤدي إلى خطر جسيم أو ضعف أو خلل وظيفي في أي جزء من الجسم أو عضو في الجسم، فيما يتعلق بالمرأة الحامل، فإنه محدد بشكل أكبر في القسم (B) (1) (e) 1867 من قانون الضمان الاجتماعي، 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). تشمل خدمات الطوارئ الفحص الطبي وعلاج الحالات الطبية الطارئة، أو أي خدمة أخرى من هذا القبيل يتم تقديمها إلى الحد المطلوب وفقاً لـ **EMTALA 42 USC 1395(dd)** توهل أن تكون رعاية طوارئ. تشمل خدمات الطوارئ أيضاً الخدمات التي تم تحديدها على أنها حالة طوارئ بواسطة أخصائي طبي مرخص.

**EMTALA** – قانون العلاج الطبي في حالات الطوارئ والمخاض النشط (EMTALA)، وهو قانون سنه الكونجرس في عام 1986 لضمان وصول الجمهور إلى خدمات الطوارئ بغض النظر عن قدرة الفرد على الدفع. يفرض القسم 1867 من قانون الضمان الاجتماعي التزامات محددة على المستشفيات المشاركة في الرعاية الطبية التي تقدم خدمات الطوارئ لتوفير فحص طبي عند تقديم طلب للفحص أو العلاج لحالة طبية طارئة، بما في ذلك المخاض النشط، بغض النظر عن قدرة الفرد على ذلك. يدفع. يُطلب من المستشفيات بعد ذلك توفير العلاج المستقر للمرضى الذين يعانون من حالات EMC. إذا كان المستشفى غير قادر على تحقيق استقرار المريض في حدود قدراته، أو إذا طلب المريض ذلك، فيجب تنفيذ عملية نقل مناسبة.

**إجراءات التحصيل الاستثنائية (ECA)** – أي إجراءات تتخذها NeighborHealth (أو أي وكيل لشركة NeighborHealth، بما في ذلك وكالة التحصيل) ضد أي فرد يتعلق بالحصول على أموال دفع فاتورة مشمولة بموجب هذه السياسة والتي تتطلب عملية قانونية أو قضائية، تتضمن بيع أموال ديون الفرد لطرف آخر، أو الإبلاغ عن معلومات سلبية عن الفرد إلى وكالات تقارير الائتمان الاستهلاكي أو مكاتب الائتمان. إن فتح حساب لدى طرف ثالث للتحصيل ليس بمثابة ECA.

**المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير (FPG)** – تحددها حكومة الولايات المتحدة وتنتشر سنويًا في السجل الفيدرالي. تعتمد FPG على حجم الأسرة ودخل الأسرة وتستخدم في تحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية بموجب برامج Medicaid الحكومية وسياسة المساعدة المالية الخاصة بـ NeighborHealth.

**الرسوم الإجمالية** – السعر الكامل والمحدد للرعاية الطبية التي تفرضها NeighborHealth بشكل ثابت وموحد على جميع المرضى قبل تطبيق البدلات التعاقدية أو الخصومات أو الاستقطاعات الأخرى.

**شبكة الأمان الصحي (HSN)** – شبكة الأمان الصحي هي عبارة عن برنامج مساعدة مالية يدفع مقابل بعض الخدمات الضرورية طبيًا المقدمة للمرضى المؤهلين وذوي الدخل المنخفض في المراكز الصحية المجتمعية (CHCs) ومستشفيات الرعاية الحادة في ماساتشوستس. تدفع HSN أيضاً للمراكز الصحية المجتمعية (CHCs) ومستشفيات الرعاية الحرجة مقابل نفقات الرعاية الطبية الطارئة (عندما تتجاوز النفقات الطبية المؤهلة نسبة مئوية محددة من دخل الأسرة)، ومقابل بعض أنواع ديون المستشفيات المعدومة. تم إنشاء HSN لتوزيع تكلفة توفير الرعاية غير المدفوعة بشكل أكثر إنصافاً للمقيمين ذوي الدخل المنخفض في ماساتشوستس من خلال تقديم رعاية مجانية أو مخفضة عبر مستشفيات الحالات الحرجة في الولاية. ويتم تجميع شبكة الأمان الصحي للرعاية غير المدفوعة من خلال تقييم لكل مستشفى لتغطية تكلفة الرعاية للمرضى غير المؤمن عليهم

والمؤمن عليهم بشكل غير كاف والذين يقل دخلهم عن 300% من مستوى الفقر الفيدرالي. تنص سياسة المركز على أن جميع المرضى الذين يتلقون مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية للمستشفى يشملون خدمات شبكة الأمان الصحية كجزء من الرعاية غير المدفوعة المقدمة للمرضى ذوي الدخل المنخفض.

**مؤمن عليه** – حالة المريض الذي لديه تأمين أو تغطية طرف ثالث يدفع كل أو جزء من إجمالي رسوم المريض مقابل الخدمات الطبية. تشمل هذه الفئة المرضى الذين يغطيهم دافع حكومي مثل Medicare و Medicaid و Champus ومزايا المحاربين القدامى المعتمدة؛ بالإضافة إلى دافعي القطاع الخاص مثل Medicare Advantage، ومنظمات الرعاية المُدارة Medicaid، والرعاية التجارية أو المُدارة، وتعويزات السيارات والعمال.

**ضرورة طبية** – الخدمات التي من المتوقع بشكل معقول أن تمنع الحالات أو تشخصها أو تمنع تفاقمها أو تخففها أو تصححها أو تعالجها وتلك الحالات تتضمن تعرض الحياة للخطر أو تلك التي تسبب المعاناة أو الألم أو تسبب تشوهاً جسدياً أو خللاً وظيفياً أو تهدد بالتسبب في إعاقة أو تفاقمها، أو تؤدي إلى المرض أو العجز. تشمل الخدمات الضرورية طبيًا خدمات المرضى الداخليين والخارجيين على النحو المسموح به بموجب الباب التاسع عشر من قانون الضمان الاجتماعي. ومع ذلك، فإن التصنيف "ضروري طبيًا" لا ينتهك أو يشمل تصنيف الخدمات الطارئة أو قوانين EMTALA المرتبطة بهذا التصنيف.

**الخدمات الأخرى** – الخدمات التي لم يتم من خلالها إثبات الضرورة الطبية للطبيب المراجع أو عندما لا تفي مؤهلات المريض للخدمة بتعريفات خطة التأمين العامة لتلبية معايير الضرورة الطبية الرئيسية للخدمة.

**خدمات الرعاية الأولية** - خدمات الرعاية الصحية، التي يقدمها عادةً الممارسون العامون، وممارسو الأسرة، وأطباء الباطنة العامون، وأطباء الأطفال العامون، وممرضو الرعاية الأولية الممارسون أو مساعداً الأطباء. لا تتطلب خدمات الرعاية الأولية متخصصين من مستشفى الحالات الحرجة أو قسم الطوارئ، وتستبعد خدمات مساعدة وخدمات رعاية الأمومة.

**الخطط الصحية المؤهلة** – خطة تأمين معتمدة من سوق التأمين الصحي، توفر المزايا الصحية الأساسية، وتتبع الحدود المقررة لتقاسم التكاليف (مثل الخصومات، والمدفوعات المشتركة، والحد الأقصى للمبالغ النثرية)، وتلبي المتطلبات الأخرى بموجب قانون الرعاية بأسعار معقولة.

**مؤمن عليه بشكل غير كاف** – حالة المريض الذي لديه شكل من أشكال التأمين الصحي الذي لا يوفر حماية مالية كافية، مما يؤدي إلى عدم قدرة المريض على تغطية نفقات الرعاية الصحية من الجيب، مثل المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات التي يحددها مزود التأمين والمستحق من المريض مقابل تقديم الخدمات الطبية.

**غير مؤمن عليه** – حالة المريض الذي ليس لديه أي تأمين صحي ساري المفعول لتاريخ محدد من الخدمة أو عندما تكون تغطيته غير فعالة لخدمة معينة بسبب قيود الشبكة أو استنفاد مزايا التأمين أو الخدمات الأخرى غير المغطاة.

**خدمات الرعاية العاجلة** – الخدمات الضرورية طبيًا المقدمة بعد ظهور مفاجئ لحالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تتجلى في أعراض حادة شديدة الخطورة (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث أن الشخص العادي العاقل قد يعتقد أن غياب الرعاية الطبية خلال 24 ساعة يمكن أن يتوقع أن يؤدي بشكل معقول إلى: تعريض صحة المريض للخطر، أو إعاقة وظيفة الجسم، أو خلل في أي عضو أو جزء من الجسم. يتم تقديم الخدمات العاجلة للحالات التي لا تهدد الحياة ولا تشكل خطرًا كبيرًا لأضرار جسيمة على صحة الفرد. لا تشمل خدمات الرعاية العاجلة الرعاية الأولية أو الاختيارية.

الإجراءات**ا. تغطية خدمات الرعاية الصحية**

توفر NeighborHealth الرعاية لجميع المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات الطوارئ والخدمات العاجلة وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. وفقًا لمتطلبات القانون الفيدرالي للعلاج الطبي في حالات الطوارئ والمخاض النشط (EMTALA)، سيقوم المركز بإجراء فحص طبي لجميع المرضى الذين يتواجدون في موقع NeighborHealth بحثًا عن خدمات الطوارئ لتحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية طارئة. سيحدد الطبيب المعالج ما إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات الطوارئ أو غير الطوارئ من خلال تقييم مستوى الرعاية والعلاج اللازم لكل مريض بناءً على الأعراض السريرية التي تظهر عليه واتباع معايير الممارسة المعمول بها.

أ. تنطبق الأهلية للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب برنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth على خدمات الرعاية الطارئة والعاجلة والأولية. يتم اتخاذ قرارات الأهلية عمومًا بعد تقديم الخدمة وبناءً على الوضع المالي للمريض على النحو الذي تحدده المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر (FPG). (انظر المرفق C لجدول FPG). لا يتعارض تحديد أهلية المريض للاستفادة من برنامج FAP بأي حال من الأحوال مع إمكانية الحصول على رعاية الطوارئ وأن المستشفى سيوفر رعاية الطوارئ بغض النظر عن أهلية برنامج FAP.

ب. تشمل خدمات الرعاية الأولية الرعاية الطبية اللازمة للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض. تتم جدولة هذه الخدمات بشكل عام مسبقًا أو قد يتم جدولتها في نفس اليوم من قبل المريض أو مقدم الرعاية الصحية.

أ. يتم تقديم الرعاية الأولية عادةً من قبل الممارسين العاميين، وأطباء الأسرة، وأطباء الباطنة العاميين، وأطباء الأطفال العاميين، وممرضى الرعاية الممارسين أو مساعدي الأطباء، ولا تتطلب الرعاية الأولية موارد متخصصة لقسم الطوارئ في مستشفى الحالات الحادة وقد تستثني خدمات المساعدة وخدمات رعاية الأمومة.

ج. يتم تطبيق أهلية برنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth باستمرار على جميع خدمات الطوارئ والخدمات العاجلة وخدمات الرعاية الأولية وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية التي يقدمها المركز.

**ا. المساعدة المالية وأهلية البرنامج**

أ. تقدم NeighborHealth المساعدة المالية من خلال Sliding Fee Discount لجميع المرضى المؤهلين غير المؤمن عليهم بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. ومع ذلك، إذا كان المريض غير المؤمن عليه غير قادر على دفع الرصيد المتبقي بعد تطبيق خصم الدفع الذاتي، يجوز للمريض أن يطلب ويتقدم بطلب للحصول على إعفاء من المشقة من NeighborHealth.

أ. إذا تلقى مريض غير مؤمن عليه خصم Sliding Fee Discount وقدم بعد ذلك معلومات تغطية تأمينية صالحة لتاريخ خدمة المقابلة، فسيتم عكس خصم Sliding Fee Discount وستقوم NeighborHealth بإصدار فاتورة للطرف الثالث.

ب. الخدمات المستبعدة بشكل عام من خصم الدفع الذاتي للمرضى:

ا. الخدمات المقدمة من قبل الأطباء المتعاقدين المستقلين ويدفعون فواتير خاصة مقابل

الرعاية المقدمة وليس من خلال NeighborHealth.

ii. مطالبات السيارات، و/أو مطالبات مسؤولية الطرف الثالث، و/أو خدمات الرسوم الثابتة، و/أو الأسعار المتعاقد عليها، و/أو الخدمات الأخرى غير الضرورية طبيًا، و/أو الخدمات الأخرى التي تم فيها تطبيق خصومات أخرى بالفعل على الرسوم، عادةً، ولكن ليس صراحةً، يتم استبعادها من خصم الدفع الذاتي حيث قد يتم تطبيق الاعتبار الفردي.

ب. يتم تقييم المرضى غير المؤمن عليهم أو يعانون من التأمين غير الكافي والذين يظهرون حاجتهم المالية للرعاية الطبية من حيث الأهلية والتغطية بناءً على إرشادات متسقة ومحددة مسبقًا تحدد برامج Medicaid الحكومية، والخطط الصحية المؤهلة، وبرنامج خصم الرسوم المترتبة من NeighborHealth.

ج. يمكن للمرضى طلب المساعدة المالية في أي وقت أثناء التسجيل المسبق أو التسجيل أو أثناء خدمة العيادات الخارجية أو طوال دورة إعداد الفواتير والتحصيلات عن طريق طلب وتقديم طلب مكتمل للحصول على المساعدة المالية.

د. يتوفر مستشارو التطبيقات المعتمدون (CAC) في قسم وصول المرضى بالمركز لفحص المرضى للتأكد من أهليتهم للبرنامج وتقديم المساعدة الشخصية في التسجيل حسب الحاجة. العناصر المطلوبة للتقدم لبرنامج الرعاية الخيرية:

أ. طلب مكتمل، موقع من قبل المريض وزوجه إذا كان متزوجاً، أو من قبل الضامن (أي الوالد أو الوصي).

ب. إثبات الإقامة

ج. إثبات الهوية

د. إثبات دخل الأسرة

i. الدخل المكتسب

ii. الدخل غير المكتسب

iii. دخل الإيجار

هـ. بيان الدعم (إذا لم يتم الإبلاغ عن الدخل)

و. معلومات الأصول، لتشمل:

i. بيانات البنك

هـ. يجب أولاً تقييم جميع المرضى الذين يطلبون المساعدة المالية للتأكد من أهليتهم بموجب برامج المساعدة العامة أو QHP الخاصة بحالة إقامة المريض.

أ. في ماساتشوستس، تشمل البرامج، على سبيل المثال لا الحصر، MassHealth، وبرنامج دفع المساعدة المتميزة الذي تديره Health Connector، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال، وشبكة الأمان الصحية، وبرنامج الرعاية الطبية الطارئة.

ب. يجب على المرضى المؤهلين للحصول على خيار التغطية العامة الالتزام بعملية التقديم لهذا البرنامج وتلقي الرفض قبل طلب المزايا الإضافية بموجب برنامج الرعاية الخيرية.

ج. يتم إكمال عملية الفحص والتقديم للتأمين الصحي العام من قبل مستشاري التقديم المعتمدين (CACs) في المركز. يمكن إكمال الطلبات وتقديمها ورقياً أو بالفاكس أو عبر الإنترنت من خلال نظام تبادل التأمين الصحي الحكومي (HIX).

و. قد تساعد CACs بالمركز أيضًا المرضى في التقدم بطلب للحصول على الأهلية المفترضة لمنح المرضى إمكانية الوصول الفوري إلى الخدمات المغطاة من خلال MassHealth أو Health Safety Net في ظروف خاصة.

i. يتم إكمال عملية الأهلية الافتراضية من قبل CAC، والتي على أساس الإقرار الذاتي للمريض بالمعلومات المالية، ستحدد إن كان المريض يفي بتعريف الولاية للمريض ذو الدخل المنخفض، وبالتالي سيؤهل المريض للتغطية بموجب MassHealth أو HSN.

ii. يوفر تحديد الأهلية الافتراضية فترة محدودة من التغطية المؤهلة، بدءًا من التاريخ الذي تتخذ فيه CAC بالمركز القرار حتى نهاية الشهر التالي. خلال فترة الأهلية الافتراضية، يُطلب من المرضى إكمال وتقديم طلب كامل مع مستندات التحقق المطلوبة لضمان التغطية المستمرة.

ز. إذا تم تحديد أن المريض غير مؤهل لبرنامج المساعدة العامة، أو QHP أو HSN، أو برنامج الرعاية الطبية الطارئة، فسيتم تقييم المريض لأهلية البرنامج بموجب برنامج الخصم المتدرج لرسوم المستشفى.

أ. من خلال المشاركة في شبكة الأمان الصحي في ولاية ماساتشوستس، قد يكون المرضى ذوو الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم والذين لا يتمتعون بتأمين كاف والذين يتلقون خدمات في NeighborHealth مؤهلين للحصول على مساعدة مالية، بما في ذلك الرعاية المجانية أو المجانية جزئيًا لخدمات HSN المؤهلة. تنص سياسة المستشفى على أن جميع المرضى الذين يتلقون مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية للمستشفى يشملون خدمات شبكة الأمان الصحية كجزء من الرعاية غير المدفوعة المقدمة للمرضى ذوي الدخل المنخفض.

i. شبكة الأمان الصحي - الابتدائي - سكان ماساتشوستس غير المؤمن عليهم والذين لديهم دخل تم التحقق منه بين 0 و300% من مستوى الفقر الفيدرالي قد يتم تحديدهم على أنهم مؤهلون للحصول على الخدمات المؤهلة لشبكة الأمان الصحي.

أ. تقتصر فترة الأهلية ونوع الخدمات التي يغطيها برنامج *HSN Primary* على المرضى المؤهلين للتسجيل في برنامج *Premium Assistance Payment Program* في ولاية ماساتشوستس والذي تديره شركة *Health Connector*.

ب. المرضى الخاضعون لمتطلبات برنامج التأمين الصحي للطلاب في ماساتشوستس ليسوا مؤهلين لبرنامج *HSN Primary*.

ii. شبكة الأمان الصحي - الثانوي - المرضى المقيمين في ولاية ماساتشوستس والذين لديهم تأمين صحي أولي ودخل يتراوح بين 0 و300% من مستوى الفقر الفيدرالي، يمكن تحديدهم على أنهم مؤهلون للحصول على الخدمات المؤهلة لشبكة الأمان الصحي.

أ. تقتصر فترة الأهلية ونوع الخدمات لبرنامج *HSN-Secondary* على المرضى المؤهلين للتسجيل في برنامج *Premium Assistance Payment Program* الذي تديره *Health Connector*.

iii. شبكة الأمان الصحية - الخصومات الجزئية - المرضى المؤهلون لبرنامج *HSN Primary* أو *HSN - Secondary* الذين يتراوح دخلهم بين 150.1% و300% من مستوى الفقر الفيدرالي قد يخضعون لخصم سنوي إذا كان لدى جميع أعضاء مجموعة *Premium Billing Family Group* دخل أعلى من

150.1% من مستوى الفقر الفيدرالي. لا يوجد خصم لأي عضو في Premium Billing Family Group إذا كان الدخل أعلى من 150.1% من مستوى الفقر الفيدرالي. الخصم السنوي يساوي أيهما أكبر:

أ. برنامج دفع المساعدة المميزة الأقل تكلفة الذي تديره شركة Health Connector premium، والذي تم تعديله ليناسب حجم مجموعة Premium Billing Family Group بما يتناسب مع معايير الدخل لمستوى الفقر الفيدرالي التابع لـ MassHealth، اعتبارًا من بداية السنة التقويمية؛ أو

ب. 40% من الفرق بين أدنى دخل الأسرة الإجمالي المعدل من MassHealth أو الدخل المحدود لعائلة الرعاية الطبية الحرجة، كما هو موضح في (1) 101 CMR 613.04، في مجموعة Premium Billing Family Group الخاصة بمقدم الطلب و200% من مستوى الفقر الفيدرالي.

iv. شبكة الأمان الصحي - الرعاية الطبية الحرجة - قد يتأهل أي مقيم في ماساتشوستس بأي دخل للحصول على الرعاية الطبية الحرجة من خلال شبكة الأمان الصحي إذا كانت النفقات الطبية المسموح بها قد استنفدت دخله المحسوب لدرجة أنه غير قادر على دفع تكاليف الخدمات الصحية. للتأهل لبرنامج الرعاية الطبية الحرجة، يجب أن تتجاوز النفقات الطبية المسموح بها لمقدم الطلب نسبة محددة من دخل مقدم الطلب على النحو التالي:

أ. نسبة مستوى الدخل من الدخل المحدود:

مستوى الفقر الفيدرالي 10%	0 - 205%
مستوى الفقر الفيدرالي 15%	205.1 - 305%
مستوى الفقر الفيدرالي 20%	305.1 - 405%
مستوى الفقر الفيدرالي 30%	405.1 - 605%
مستوى الفقر الفيدرالي 40%	< 605.1%

ب. يتم حساب المساهمة المطلوبة لمقدم الطلب كنسبة مئوية محددة من الدخل المحدود بناءً على مستوى الفقر الفيدرالي لعائلة الرعاية الطبية الحرجة، مضمونًا في الدخل الفعلي القابل للعد ناقصًا الفواتير غير المؤهلة لدفع شبكة الأمان الصحي، والتي سيظل مقدم الطلب مسؤولاً عنها.

ب. الأفراد الذين يستوفون متطلبات الأهلية للتأهل للحصول على المساعدة المالية بموجب برنامج شبكة الأمان الصحي الموضح في II.E. قد يكون لدى FAP فواتير حالية مقابل الخدمات المقدمة قبل الأيام العشرة التي تسبق تاريخ تقديم طلب تغطية شبكة الأمان الصحي. وبموجب لوائح شبكة الأمان الصحي، لن تكون بعض الخدمات الأولية والاختيارية مؤهلة للتغطية بموجب شبكة الأمان الصحي قبل فترة الـ 10 أيام ويظل الفرد مسؤولاً عن مبالغ الفاتورة هذه. في الوقت الذي يتم فيه تحديد أهلية Health Safety Net، ستوفر NeighborHealth تغطية رعاية خيرية بنسبة 100% لهذه الفواتير مقابل الخدمات المقدمة قبل فترة العشرة أيام ولن تشارك في تحصيل المزيد من هذه الفواتير.



ح. سيتم تقييم المرضى الذين تم تحديد أنهم غير مؤهلين لبرنامج المساعدة العامة أو QHP أو HSN أو الرعاية الطبية الحرجة للتأكد من أهليتهم للبرنامج بموجب برنامج الخصم المتدرج للرسوم التابع لـ NeighborHealth. سيتم استخدام المعلومات التي تم جمعها لتحديد الأهلية لبرنامج Sliding Fee Discount.

أ. سيكون المرضى الذين تم تحديدهم مؤهلين لبرنامج Sliding Fee Discount مؤهلين للحصول على خصم، يتم تطبيقه على إجمالي الرسوم التي قد تغطي كل أو جزء من فواتيرهم الطبية غير المدفوعة. يتم تحديد أهلية المرضى والخصم المطبق باستخدام الجدول الموجود في المرفق C.

ب. يتم تحديد الأهلية للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة، في جميع الحالات التي يتم النظر فيها للحصول على مساعدة مالية، باستخدام المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر المنشورة مؤخرًا (انظر المرفق C).

ط. يمكن منح الاعتبار الفردي للمرضى الذين يظهرون مواقف مالية فريدة، ويمكن تمديد الخصومات على أساس كل حالة على حدة، وفقًا لسياسة الائتمان والتحصيل الخاصة بالمستشفى وبما يتجاوز الأحكام الأخرى الموضحة في FAP، للتعرف على الحالات الفريدة من الصعوبات المالية.

### III. طريقة التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية

- أ. يمكن للمرضى طلب المساعدة المالية والتقدم بطلب للحصول عليها:
- أ. من خلال زيارة مواقع مكاتب خدمات المرضى في 79 Paris Street, East Boston, MA 02128 و 1601 Washington St, Boston, MA 02118.
- ب. عن طريق الاتصال بقسم خدمات المرضى على الرقم 617-568-4600 ليتم فحصهم عبر الهاتف أو لتحديد موعد مع المستشار المالي، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
- ج. عن طريق إرسال طلب كتابي للحصول على معلومات برنامج المساعدة المالية (FAP)، بما في ذلك نسخ من نموذج فحص المساعدة المالية وطلب برنامج خصم الرسوم المنزلة NeighborHealth الذي سيتم استكمال وإرساله عبر البريد للمعالجة.

i. يتوفر طلب برنامج FAP وبرنامج NeighborHealth Sliding Fee Discount Program على

[https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-](https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/)

[visitors/patient-financial-assistance-program/](https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/)، ويمكن طباعته وإكماله وإعادة شخصيًا أو عن طريق البريد للمعالجة.

ii. في حالة التقديم عن طريق البريد، يجب على المرضى تقديم نموذج فحص المساعدة المالية والطلب ونسخ من المستندات المطلوبة إلى:

• NeighborHealth

انتباه: قسم خدمات المرضى

10 Gove Street

East Boston, MA 02128

## ب. تحديد الأهلية

- أ. يتولى قسم حسابات المرضى في NeighborHealth مسؤولية تحديد الأهلية بناءً على الوثائق المقدمة من المريض لعملية التقديم. يمكن للمرضى الاتصال بقسم حسابات المرضى لطرح أسئلة حول قرارات الأهلية عن طريق الاتصال بالرقم 617-568-7220.
- ب. بمجرد استلام الطلب المكتمل ومعالجته، سيتم تحديد الأهلية، وسيتم إخطار مقدم الطلب كتابيًا بالقرار.
- ج. إشعار بطلب معلومات إضافية أو الرفض:

- i. لن يتم رفض المساعدة المالية بناءً على طلب غير مكتمل قدمه المريض في البداية فقط. تمت الإشارة إلى أنواع الوثائق الأكثر شيوعًا المطلوبة للتقديم في القسم II.D من هذه السياسة وتم توضيحها في وثيقة ملخص NeighborHealth المرفقة (المرفق B).
- ii. إذا كانت هناك حاجة إلى وثائق إضافية لاتخاذ القرار، فسيتم إخطار المريض عبر بريد USPS مع طلب إعادة مستندات التحقق في غضون 30 يومًا من تاريخ الإخطار.
- iii. إذا فشل المريض في تقديم وثائق إضافية، فقد يتم رفض طلب المساعدة المالية وسيتم إرسال فاتورة للمريض وفقًا لسياسة إعداد الفواتير والتحصيل الخاصة بـ NeighborHealth.

- أ. سيحصل المرضى غير المؤمن عليهم الذين يعتبرون غير مؤهلين أو مرفوضين للحصول على برامج المساعدة المالية على خصم الدفع الذاتي حسب الاقتضاء.
- ب. سيكون المرضى غير المؤمن عليهم والذين يعتبرون غير مؤهلين أو مرفوضين للحصول على برامج المساعدة المالية مسؤولين عن رصيد الحساب المتبقي بعد معالجة التأمين.
- ج. ستبذل NeighborHealth جهدًا معقولًا لتحصيل أرصدة الحسابات المستحقة.

- i. سيتلقى المريض أربعة كشوفات على الأقل خلال فترة 120 يومًا قبل أن يتم النظر في الحساب لتصنيف الديون المعدومة.
- ii. تشمل جهود التحصيل الأخرى المكالمات الهاتفية أو خطابات التحصيل أو إشعارات الاتصال الشخصية أو إشعارات الكمبيوتر أو أي طريقة إشعار أخرى تشكل جهدًا حقيقيًا للاتصال بالطرف المسؤول عن الرصيد.
- iii. قد تتعاقد NeighborHealth مع وكالة تحصيل خارجية للمساعدة في تحصيل حسابات معينة، بما في ذلك المبالغ المسؤولة عن المريض والتي لم يتم حلها بعد إصدار فواتير المركز أو الإشعارات النهائية. ومع ذلك، لا تشارك NeighborHealth في إجراءات التحصيل غير العادية (ECA)، للحصول على مدفوعات على أرصدة الحسابات المتأخرة.

د. سياسة الائتمان والتحصيل الخاصة بـ NeighborHealth متاحة للمراجعة على الموقع الإلكتروني للمركز على

<https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.

ه. الإشعار بالموافقة

- i. سيحصل المرضى المعتمدون أو غير المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم بشكل غير كاف على خصم كما هو محدد في سياسة المساعدة المالية (انظر المرفق ج للحصول على ملخص لمعايير الأهلية والخصم المطبق).
- ii. سوف تقوم NeighborHealth بالاتصال بالمريض عبر بريد USPS لإخطاره بالموافقة على برنامج المساعدة المالية. سيتضمن هذا الإشعار الخطوات التي قد يتخذها المريض للحصول على معلومات حول كيفية تحديد مسؤولية المريض، إن أمكن.
- iii. إذا كان المريض قد أنشأ بالفعل خطة دفع أو قام بسداد دفعات على حسابه وتمت الموافقة عليه لاحقاً لبرنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth، فسيتم إما تطبيق أي دفعات تتجاوز مبلغ الدفع المشترك للبرنامج الخيري على الحسابات المستحقة الأخرى أو ردها إلى المريض إذا لم تكن هناك ديون أخرى مستحقة.

و. التزامات المريض

- i. يجب على المرضى المشاركة في عملية فحص المساعدة المالية والموافقة على التقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي المتاحة إذا كانوا مؤهلين للحصول على برنامج حكومي أو مساعدة عامة أو خطة صحية مؤهلة.
- ii. تحتفظ NeighborHealth بالحق في طلب التحقق من الطلب المرفوض لبرنامج التأمين الصحي المتاح قبل أن يتم النظر في حصول المريض على مساعدة مالية بموجب برنامج NeighborHealth Charity Program.
- iii. يُطلب من المرضى تقديم طلب برنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth مكتمل وموقع وتقديم المستندات للتحقق من الدخل وحجم الأسرة اللازم للتسجيل في تغطية التأمين الصحي أو التقدم بطلب للحصول على المساعدة بموجب برنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth. (انظر المرفق D لتطبيق برنامج خصم الرسوم المتدرجة).
- iv. يجب على المرضى الكشف بشكل كامل عن أي تغطية لتعويضات العمال أو المركبات أو مسؤولية الطرف الثالث والتعاون مع طلبات معالجة المطالبات من قبل الدافع المحدد.
- v. يلتزم المرضى بتزويد قسم وصول المرضى الخاص بالمركز بالتحديثات في الوقت المناسب فيما يتعلق بالتغييرات في العنوان أو حالة التوظيف أو حالة التأمين كما هو مطلوب بموجب برامج المساعدة المالية.
- vi. يجب أن يوافق المرضى على دفع أرصدة الحسابات بعد معالجة التأمين، وهم غير مؤهلين للحصول على خصومات بموجب سياسة المساعدة المالية، مثل المدفوعات المشتركة والتأمينات المشتركة والخصومات.

## ز. التزامات NeighborHealth

- i. ستبذل NeighborHealth كل الجهود المعقولة لجمع حالة تأمين المريض والمعلومات المالية اللازمة لتحديد مسؤولية دفع جميع خدمات الرعاية الصحية للمرضى الخارجيين أثناء التسجيل المسبق للمريض، أو في تاريخ الخدمة، أو لفترة معقولة بعد تاريخ الخدمة. تشمل الجهود المعقولة ما يلي:
  - أ. طلب بطاقة التأمين للمريض
  - ب. التحقق من التغطية في نظام الأهلية الخاص بالمركز
  - ج. التحقق من التغطية من خلال الوصول إلى قواعد بيانات التأمين العامة أو الخاصة
  - د. الحصول على معلومات الطرف الثالث للدافع.
- ii. ستحاول NeighborHealth التحقيق مع أي دافع خارجي قد يكون مسؤولاً عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
  - أ. سياسة مسؤولية السيارة أو مالك المنزل
  - ب. سياسات الحوادث العامة
  - ج. برامج تعويض العمال
  - د. سياسات التأمين على الطلاب
- iii. إذا كان المريض أو الضامن/الوصي غير قادر على تقديم المعلومات المطلوبة، وموافقة المريض، فقد تحاول NeighborHealth الاتصال بالأقارب والأصدقاء والضامن/الوصي و/أو أطراف ثالثة مناسبة أخرى للحصول على معلومات إضافية.

## IV. إشعار بتوفر المساعدة المالية

- أ. تستخدم NeighborHealth التدابير التالية لنشر سياسة المساعدة المالية الخاصة بها على نطاق واسع:
  - أ. إبلاغ المريض ببرنامج Sliding Fee Discount من NeighborHealth وتقديم نسخة من ملخص اللغة البسيطة (PLS)، في وقت التسجيل كجزء من عملية تسجيل الوصول القياسية.
  - ب. يتم نشر لافتات المنشورات المتعلقة بتقديم برامج المساعدة المالية، بما في ذلك كيفية ومكان التقديم، بشكل بارز في مواقع وصول المرضى في أنحاء NeighborHealth:
    - أ. في الأقسام و/أو مناطق الانتظار حيث يتم توفير خدمات المرضى الداخليين والخارجيين والعيادات والطوارئ.
    - ii. في مكاتب وصول المرضى
    - iii. في مناطق تسجيل المرضى
  - ج. إتاحة نسخ من السياسة ونموذج الفحص والطلب وملخص اللغة البسيطة:
    - أ. بناء على طلب المريض شخصياً أو عبر الهاتف أو عبر البريد.
    - ii. على الموقع الإلكتروني للمركز، للمرجعة أو التنزيل على <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>
    - iii. في مواقع وصول المرضى عبر NeighborHealth

- د. يقدم إشعارًا عامًا بتوفر برنامج المساعدة المالية في بيانات فواتير المرضى.
- ب. تتم ترجمة جميع الإخطارات والمواد المكتوبة المنشورة المتعلقة بـ FAP، بما في ذلك نموذج الفحص والطلب و PLS والكتيبات التعليمية، إلى لغات أخرى غير الإنجليزية، إذا كان يتحدث بهذه اللغة 5% أو أكثر من السكان المقيمين في منطقة خدمة NeighborHealth. حاليًا، تتم ترجمة جميع اللافتات والمواد المكتوبة إلى اللغات التالية:
- الإنجليزية
  - الأسبانية
  - البرتغالية
  - العربية
  - الكريول الهايتية

#### V. ممارسات الفوترة والتحصيل الخاصة بـ NeighborHealth

- يقع على عاتق NeighborHealth واجب ائتماني يتمثل في طلب السداد، مقابل تقديم الخدمات من الأفراد الذين يمكنهم الدفع، ومن شركات التأمين الخارجية التي تغطي تكلفة الرعاية، ومن برامج المساعدة الأخرى التي يكون المريض مؤهلاً لها.
- كما هو موضح في سياسة الائتمان والتحصيل، تتبع NeighborHealth إجراءات إعداد الفواتير والتحصيل المعقولة:
  - كل بيان فاتورة يتلقاه المريض هو محاولة لتحصيل الرصيد المستحق. سيتضمن كل بيان معلومات لإبلاغ المريض أو الضامن بمدى توفر برامج المساعدة المالية، بما في ذلك كيفية طلب المساعدة وتقديمها؛
  - ستقوم NeighborHealth بتوثيق نشاط التحصيل المستمر الذي يتضمن ما لا يقل عن أربعة (4) كشوفات للمرضى على مدار فترة 120 يومًا قبل اعتبار الحساب لتعيين الديون المعدومة.
  - في الإخطار النهائي، سيتم إخطار المريض أو الضامن بأنه قد تتم إحالة الحساب إلى وكالة تحصيل خارجية وإبلاغه بتوفر برامج المساعدة المالية.
  - ستقوم NeighborHealth بتوثيق جميع الجهود البديلة التي تم بذلها لتحديد الطرف المسؤول عن رصيد الحساب أو للحصول على العنوان الصحيح في بيانات الفواتير التي تعيدها الخدمة البريدية على أنها "عنوان غير صحيح" أو "غير قابل للتسليم".
  - ستقوم NeighborHealth بتوثيق البيانات المتعلقة بالفواتير المستمرة أو إجراءات التحصيل والاحتفاظ بها لغرض مراجعات التدقيق من قبل وكالة اتحادية و/أو حكومية لتقرير تكلفة السنة المالية الذي يتم فيه الإبلاغ عن الفاتورة أو الحساب.
  - لن تقوم NeighborHealth بمتابعة إجراءات الفوترة أو التحصيل المستمرة على أرصدة الحساب المركزي التي تقل عن 6.00 دولارات لأنها باهظة التكلفة.
  - يتم تشجيع المرضى الذين تم تحديد أنهم غير مؤهلين للحصول على برامج المساعدة المالية ولكن يمكنهم إثبات الصعوبات المالية بسبب ظروف غير عادية أو غير متوقعة على لفت انتباه قسم حسابات المرضى إلى حالتهم للنظر فيها بشكل فردي. يجوز لـ NeighborHealth، وفقًا لسياسة الائتمان والتحصيل الخاصة بها، تطبيق السلطة التقديرية وتوسيع نطاق الخصومات بما يتجاوز الأحكام الأخرى في سياسة المساعدة المالية على أساس كل حالة على حدة للتعرف على الحالات الفريدة من الصعوبات المالية.

د. سياسة الائتمان والتحصيل الخاصة بـ NeighborHealth متاحة للمراجعة على الموقع الإلكتروني للمركز  
على [https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-  
financial-assistance-program/](https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/)

المرفق A: ملخص لغة NeighborHealth البسيطة

## NeighborHealth

### سياسة المساعدة المالية: ملخص اللغة البسيطة

NeighborHealth، يوفر الضرورة الطبية النادرة لجميع المرضى، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو القدرة على الدفع. تقدم NeighborHealth المساعدة المالية للمرضى ذوي الدخل المنخفض أو غير المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم، والذين يظهرون الحاجة وعدم القدرة على دفع تكاليف الرعاية. ستعمل NeighborHealth مع المرضى لتحديد أهليتهم للحصول على المساعدة المالية ومساعدتهم على التقدم بطلب للحصول على التغطية بموجب برنامج Medicaid أو برامج الولاية الأخرى، أو الخطط الصحية المؤهلة فدراليًا، أو برنامج Sliding Fee Discount الخاص بالمركز.

المعلومات حول سياسة المساعدة المالية للمركز وكيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية متاحة لجميع المرضى باللغات الإنجليزية والإسبانية والبرتغالية والعربية والكريولية الهايتية. يتوفر المترجمون الفوريون لمساعدة المرضى الذين لديهم طلبات بلغات أخرى من خلال خدمات الترجمة الفورية التابعة لـ MassHealth على الرقم 1-800-841-2900، أو عن طريق الاتصال بـ Patient Financial Counseling على الرقم 617-568-4600 أو زيارة مواقع المكاتب في East Boston, MA أو 1601 Washington St في Boston، سياسة المساعدة المالية الخاصة بـ NeighborHealth متاحة مجانًا عند الطلب وعلى الإنترنت للتنزيل على <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.

#### من هو المؤهل؟

يمكن للمرضى ذوي الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم والذين لا يتمتعون بتأمين صحي والذين يحتاجون إلى رعاية طبية ضرورية وغير قادرين على دفع مقابل الخدمات التقدم بطلب للحصول على برامج المساعدة المالية. تعتمد أهلية البرنامج على المبادئ التوجيهية التي تشمل دخل الأسرة للفرد، وحجم الأسرة، والاحتياجات الطبية، وحالة الإقامة. إن كيفية تأهل المريض للحصول على المساعدة المالية ستحدد نوع البرنامج الذي يكون مؤهلاً له. سيكون بعض المرضى مؤهلين للحصول على برامج لا تتطلب الدفع مقابل الخدمات، بينما يُطلب من المرضى المؤهلين الآخرين سداد دفعة جزئية مقابل الرعاية. بموجب برنامج الخصم على الرسوم المتدرجة، يتأهل المرضى الذين يبلغ دخلهم 100% أو أقل من إرشادات الفقر الفيدرالية (FPG) للحصول على رعاية مجانية مع شطب 100% من إجمالي الرسوم، والمرضى الذين يتراوح دخلهم بين 100% و200% من FPG التأهل لخصم جزئي للرسوم. يمكن أيضًا لسكان ولاية ماساتشوستس التقدم بطلب للحصول على المساعدة في إطار برنامج الرعاية الطبية الحرجة، وهو برنامج متاح من خلال شبكة الأمان الصحي بالولاية. بغض النظر عن حجم الأسرة ودخلها، قد يكون الشخص مؤهلاً للحصول على برنامج الرعاية الطبية الحرجة إذا كانت نفقاته الطبية المسموح بها أكبر من نسبة محددة من دخل أسرته. سيتم تقييم المرضى الذين تم تحديد أنهم غير مؤهلين للتغطية بموجب برامج المساعدة المالية الحكومية أو الفيدرالية لتحديد أهليتهم بموجب برنامج Sliding Fee Discount الخاص بالمركز.

#### كيفية التقديم:

تتوفر المعلومات حول سياسة المساعدة المالية الخاصة بـ BMC وبرنامج Sliding Fee Discount والتطبيق على النحو التالي:

- اتصل بقسم خدمات المرضى على الرقم 568-4600 (617) أو قم بزيارة أحد مواقع المكاتب، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً، على:
  - 79 Paris Street, East Boston, MA 02128; or
  - NeighborHealth/South End, 1601 Washington Street, Boston, MA 02118

- قم بزيارة الموقع الإلكتروني للمركز على <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>

- قم بتقديم طلب كتابي للحصول على معلومات البرنامج وتعليمات التقديم عبر البريد إلى:

NeighborHealth

انتباه: قسم خدمات المرضى

10 Gove Street

East Boston, MA 02128

المرفق B: ملخص مستندات التحقق المقبولة لبرنامج FAP

1. أحدث اثنين من إيصالات الدفع
2. خطاب من جهة العمل يوضح معدل الساعة وساعات العمل في الأسبوع
3. إقرار ضريبة الدخل (نموذج 1040)
4. مصادر الدخل الأخرى



## المرفق C: إرشادات برنامج Sliding Fee Discount للأهلية

مركز East Boston Neighborhood الصحي									
إرشادات الدخل لعام 2024									
اعتباراً من 17 يناير 2024									
المصدر: السجل الفيدرالي									
الدخل السنوي									
%400	%350	%300	%250	%200	%175	%150	%125	%100	الأشخاص في العائلة أو الأسرة
\$ 60,240	\$ 52,710	\$ 45,180	\$ 37,650	\$ 30,120	\$ 26,355	\$ 22,590	\$ 18,825	\$ 15,060	1
81,760	71,540	61,320	51,100	40,880	35,770	30,660	25,550	20,440	2
103,280	90,370	77,460	64,550	51,640	45,185	38,730	32,275	25,820	3
124,800	109,200	93,600	78,000	62,400	54,600	46,800	39,000	31,200	4
146,320	128,030	109,740	91,450	73,160	64,015	54,870	45,725	36,580	5
167,840	146,860	125,880	104,900	83,920	73,430	62,940	52,450	41,960	6
189,360	165,690	142,020	118,350	94,680	82,845	71,010	59,175	47,340	7
210,880	184,520	158,160	131,800	105,440	92,260	79,080	65,900	52,720	8
								5,380	لكل شخص إضافي أضيف
الدخل الشهري									
%400	%350	%300	%250	%200	%175	%150	%125	%100	الأشخاص في العائلة أو الأسرة
\$ 5,020	\$ 4,393	\$ 3,765	\$ 3,138	\$ 2,510	\$ 2,196	\$ 1,883	\$ 1,569	\$ 1,255	1
6,813	5,962	5,110	4,258	3,407	2,981	2,555	2,129	1,703	2
8,607	7,531	6,455	5,379	4,303	3,765	3,228	2,690	2,152	3
10,400	9,100	7,800	6,500	5,200	4,550	3,900	3,250	2,600	4
12,193	10,669	9,145	7,621	6,097	5,335	4,573	3,810	3,048	5
13,987	12,238	10,490	8,742	6,993	6,119	5,245	4,371	3,497	6
15,780	13,808	11,835	9,863	7,890	6,904	5,918	4,931	3,945	7
17,573	15,377	13,180	10,983	8,787	7,688	6,590	5,492	4,393	8
								448	لكل شخص إضافي أضيف
الدخل الأسبوعي									
%400	%350	%300	%250	%200	%175	%150	%125	%100	الأشخاص في العائلة أو الأسرة
\$ 1,158	\$ 1,014	\$ 869	\$ 724	\$ 579	\$ 507	\$ 434	\$ 362	\$ 290	1
1,572	1,376	1,179	983	786	688	590	491	393	2
1,986	1,738	1,490	1,241	993	869	745	621	497	3
2,400	2,100	1,800	1,500	1,200	1,050	900	750	600	4
2,814	2,462	2,110	1,759	1,407	1,231	1,055	879	703	5
3,228	2,824	2,421	2,017	1,614	1,412	1,210	1,009	807	6
3,642	3,186	2,731	2,276	1,821	1,593	1,366	1,138	910	7
4,055	3,548	3,042	2,535	2,028	1,774	1,521	1,267	1,014	8
								103	لكل شخص إضافي أضيف
SLIDING SCALE DISCOUNT									
								SLIDING SCALE DISCOUNT	الدخل كنسبة مئوية من المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير
							%100		0 إلى 100%
							%80		101 إلى 125%
							%60		125 إلى 150%
							%40		151 إلى 175%
							%20		176 إلى 200%
							%0		أكثر من 200%

الخصم	الشريحة	FPL
%100	1	%100 >
%80	2	%125-101
%60	3	%150-126
%40	4	%175-151
%20	5	%200-176
%0	غير متوفر	%200 <

## خدمات الصيدلية:

الخصم	FPL
%100	%100 >
خصم على تكلفة الشراء + 10 دولار رسوم صرف	%200-101
%0	%200 <

## مستلزمات الطرف الثالث:

- في الحالات التي يتم فيها تكبد مستلزمات طرف ثالث تتعلق بالزيارة (على سبيل المثال، أطقم الأسنان وإطارات النظارات وما إلى ذلك)، ستشمل الرسوم الاسمية المفروضة على المرضى تكلفة هذه الإمدادات إلى NeighborHealth.

## المرفق D: تطبيق برنامج خصم الرسوم المنزلية



## تطبيق برنامج خصم الرسوم المنزلية

EBNHC هي منظمة غير ربحية تتمثل مهمتها الأساسية في توفير خدمات رعاية صحية عالية الجودة وبأسعار معقولة للمجتمع. يقدم برنامج Sliding Fee Discount من EBNHC خصمًا على تكلفة الرعاية الصحية للمرضى غير المؤمن عليهم أو الذين لا يتمتعون بتأمين كافٍ، اعتمادًا على مستوى الدخل وحجم الأسرة.

أدرك أن إكمال الطلب لا يضمن قبولي في البرنامج. أفهم أيضًا وأوافق على أن دفع أي رسوم مقابل الخدمات التي أتلقاها من EBNHC هي مسؤوليتي. أقر أنه بالنسبة للخدمات التي أتلقاها في أي مرفق رعاية صحية آخر، يجب علي الاتصال بهذه المؤسسة للحصول على المساعدة فيما يتعلق بأي خيارات للدفع.

**معلومات الأسرة (1):** يرجى ذكر الاسم الكامل وتاريخ الميلاد لكل فرد من أفراد الأسرة. ضع دائرة حول نعم إذا كانوا من مرضى مركز Neighborhood الصحي حي شرق بوسطن. خلاف ذلك، ضع دائرة حول لا.

الاسم	الضامن	الزوج / الشريك	مُعال	مُعال	مُعال
الاسم الأول					
اسم العائلة					
تاريخ الميلاد					
المرضى	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا

مصدر الدخل	ذاتي	الزوج	آخر	إجمالي
إجمالي الأجور والرواتب والإكراميات وما إلى ذلك				
الدخل من الأعمال التجارية والعمل الحر والمعالين				
تعويض البطالة، تعويض العمال، الضمان الاجتماعي، دخل الضمان الإضافي، أو المساعدة العامة، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو استحقاقات التناجيين، أو المعاش التقاعدي أو التقاعد				
الفوائد، أرباح الأسهم، الإيجارات، الإتاوات، الدخل من العقارات، الصناديق الاستئمانية، المساعدة التعليمية، النفقة، إعالة الطفل، المساعدة من خارج الأسرة، ومصادر أخرى متنوعة				
إجمالي الدخل				

**ملاحظة:** قم بتوفير اثنين (2) من أحدث قسائمك للدفع؛ أو خطاب من صاحب العمل يوضح معدل الساعة وساعات العمل في الأسبوع؛ إقرار ضريبة الدخل (نموذج 1040) وأي مصادر دخل أخرى مذكورة أعلاه.

**من المهم جداً أن تحضر معك المستندات المطلوبة المذكورة أدناه عند موعدك.**

أفهم الأسئلة والبيانات الواردة في نموذج الطلب هذا. أشهد أن إجاباتي صحيحة وكاملة على حد علمي. لقد قمت بإدراج جميع أفراد الأسرة وقدمت التحقق من جميع الدخل. أدرك أن هذه المعلومات سيتم استخدامها فقط لتحديد المسؤولية المالية عن الرسوم الخاصة بي في EBNHC وستظل سرية.

توقيعي يسمح لـ EBNHC بالتحقق من أي معلومات مقدمة في هذا النموذج.

الاسم المطبوع لمقدم الطلب \_\_\_\_\_  
توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

طلب تاريخ العودة \_\_\_\_\_  تلقي مكالمة هاتفية بشأن الموافقة على الخصم بالإضافة إلى رسالة  
مرسلة إلى منزلك

إذا كانت لديك أي أسئلة أخرى بخصوص الخيارات المالية، فيرجى الاتصال بقسم خدمات المرضى بمركز Neighborhood الصحي بحي شرق بوسطن على الرقم (617)568-4600. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال الطلب، فاتصل بحساب المريض على الرقم 617-568-7220. ونحن نتطلع إلى العمل معكم.

**استخدام المكتب فقط**

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
الخصم المعتمد: \_\_\_\_\_  
تمت الموافقة عليه بواسطة: \_\_\_\_\_  
تاريخ الموافقة: \_\_\_\_\_

لا	نعم	قائمة التحقق
		الهوية/العنوان: رخصة القيادة، فاتورة المرافق، معرف العمل، أو
		الدخل: الإقرار الضريبي للسنة السابقة، أو ثلاثة قسائم دفع حديثة، أو غير ذلك
		تأمين: بطاقات التأمين

## المرفق E: قائمة لمقدمي الخدمات التابعين

سيتم تطبيق سياسة المساعدة المالية الخاصة بـ NeighborHealth على الرعاية المقدمة في جميع مواقع NeighborHealth. لا تنطبق سياسة المساعدة المالية (FAP) على الرسوم التي يفرضها مقدمو الخدمة مقابل الرعاية المقدمة خارج منشأة NeighborHealth أو مقدمي الخدمة الخارجيين (على سبيل المثال، خدمات المختبر).

تحدد القائمة التالية أسماء جميع الأطباء ومجموعات الممارسة ومقدمي الخدمات الخارجيين الآخرين الذين يقدمون الرعاية في مواقع NeighborHealth. بالنسبة لمقدمي الخدمات المدرجين بـ "لا" في العمود المسمى "التغطية بموجب FAP"، فإنهم لا يتبعون NeighborHealth FAP. سيتم محاسبتك بشكل منفصل من قبل هؤلاء المزودين.

## مقدمو الممارسة

مقدمو	الخدمة	التغطية بموجب FAP	مؤهّل لـ HSN
NeighborHealth	الجميع	نعم	نعم
تشخيص Quest	المعمل	لا	نعم