

سياسة الائتمان والتحويل  
فهرس المحتويات

الجزء عنوان

- A. جمع المعلومات عن الموارد المالية للمريض والتغطية التأمينية
- B. ممارسات فواتير المستشفيات والتحويل
- C. الفئات السكانية المعفاة من أنشطة التحويل
- D. الديون المعدومة الطارئة
- E. إجراءات التحويل الإستثنائية
- F. وكالات التحويل الخارجية
- G. الودائع وخطط التقسيط

## سياسة الائتمان والتحصيل من مركز بيت إسرائيل ديكونيس الطبي

مركز بيت إسرائيل ديكونيس الطبي، المشار إليها فيما بعد باسم BIDMC ، لديه واجب انتماني داخلي لطلب تعويض عن الخدمات التي قدمها للمرضى القادرين على الدفع ، من شركات التأمين المسؤولة التي تغطي تكلفة رعاية المريض ، ومن برامج المساعدة الأخرى التي يكون المريض مؤهلاً لها. لتحديد ما إذا كان المريض قادراً على الدفع مقابل الخدمات المقدمة وكذلك لمساعدة المريض في العثور على خيارات تغطية بديلة إذا كان لا يملك تأمين صحي أو لديه تأمين صحي منخفض ، يلتزم المستشفى بالمعايير التالية المتعلقة بالفواتير والتحصيل من المرضى. في الحصول على المعلومات المالية الشخصية للمريض والعائلة ، يحتفظ المستشفى بجميع المعلومات وفقاً لقوانين الخصوصية والأمن وسرقة الهوية الفيدرالية والخاصة بالولاية المعمول بها. BIDMC لا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنسية أو الاغتراب أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو العمر أو الإعاقة في سياساتها أو في تطبيقها للسياسات المتعلقة بالحصول على المعلومات المالية والتحقق منها فيما يخص ودائع ما قبل القبول أو ما قبل العلاج ، وخطط الدفع ، والقبول المؤجل أو المرفوض ، وحالة المريض منخفض الدخل على النحو الذي يحدده مكتب ماساتشوستس للمساعدات الطبية Medicaid ، وتحديد أن المريض من ذوي الدخل المنخفض ، أو في ممارسات الفواتير والتحصيل.

تنطبق سياسة الائتمان والتحصيل هذه على مركز بيت إسرائيل ديكونيس الطبي وأي كيان يمثل جزءاً من ترخيص المستشفى أو رقم التعريف الضريبي الخاص بالمستشفى.

### A. جمع المعلومات عن الموارد المالية للمريض والتغطية التأمينية

(a) BIDMC سيعمل مع المريض لإبلاغه بواجبه في تقديم المعلومات الأساسية التالية:

قبل تقديم أي خدمات رعاية صحية (باستثناء الخدمات التي يتم توفيرها لتحقيق الاستقرار لمريض تقرر أنه يعاني من حالة طبية طارئة أو يحتاج إلى رعاية عاجلة) ، من المتوقع أن يقدم المريض معلومات دقيقة وفي الوقت المناسب عن حالة التأمين الحالية ، والمعلومات الديموغرافية والتغييرات في دخل الأسرة أو سياسة تغطية المجموعة (إن وجدت) ، وإذا كانت معروفة ، معلومات عن الخصومات والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة التي يتطلبها التأمين المطبق أو البرنامج المالي. يجب أن تتضمن المعلومات التفصيلية لكل عنصر ، على سبيل المثال لا الحصر:

(i) الاسم الكامل ، والعنوان ، ورقم الهاتف ، وتاريخ الميلاد ، ورقم الضمان الاجتماعي (إن وجد) ، وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية ، ومعلومات الجنسية والإقامة ، والموارد المالية المطبقة لدى المريض والتي يمكن استخدامها لدفع فاتورته ؛

(ii) إن أمكن ، الاسم الكامل لضمان المريض وعنوانه ورقم هاتفه وتاريخ ميلاده ورقم الضمان الاجتماعي (إن وجد) وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية والموارد المالية المطبقة التي يمكن استخدامها لدفع فاتورة المريض ؛ و

(iii) الموارد الأخرى التي يمكن استخدامها لدفع فواتيرهم ، بما في ذلك برامج التأمين الأخرى ، أو سياسات التأمين على السيارات أو التأمين لأصحاب المنازل إذا كان العلاج ناتجاً عن حادث ، وبرامج تعويض العمال ، وسياسات تأمين الطلاب ، وأي دخل عائلي آخر مثل الميراث ، الهدايا ، أو التوزيعات من صندوق ائتمان متاح ، وغيرها.

BIDMC ستبلغ المريض بأنه من واجبه تتبع فواتير المستشفى غير المدفوعة ، بما في ذلك أي مدفوعات مشتركة حالية ، والتأمين المشترك ، والخصومات ، والاتصال بالمستشفى إذا احتاجوا إلى المساعدة في دفع بعض أو فاتورتهم بالكامل. سيقوم المستشفى بإبلاغ المريض بمتطلباته لإبلاغ إما شركة التأمين الصحي الحالية (إذا كان لديه واحدة) أو وكالة الدولة التي حددت حالة أهلية المريض في برنامج عام بأي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين. قد يساعد المستشفى أيضاً المريض في تحديث أهليته في برنامج عام عندما تكون هناك أي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين بشرط أن يقوم المريض بإبلاغ المستشفى بأي تغييرات من هذا القبيل في حالة أهلية المريض.

BIDMC سيعمل مع المريض للتأكد من أنه على دراية بواجبه في إخطار المستشفى والبرنامج المطبق الذي يتلقون فيه المساعدة (على سبيل المثال ، MassHealth أو Connector أو Health Safety Net أو Health Safety Net Connector) ، بأي معلومات ذات صلة لتغيير في دخل الأسرة ، أو إذا كانوا جزءاً من مطالبة التأمين التي قد تغطي تكلفة الخدمات التي تقدمها المستشفى. إذا كان هناك طرف ثالث (على سبيل المثال لا الحصر ، التأمين على المنزل أو على السيارة) مسؤول عن تغطية تكلفة الرعاية بسبب حادث أو واقعة أخرى ، فسيعمل المريض مع المستشفى أو البرنامج القابل للتطبيق (بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، MassHealth أو Connector أو Health Safety Net) لتعيين الحق في استرداد المبلغ المدفوع أو غير المدفوع مقابل هذه الخدمات.

BIDMC ستخطر المريض بالتزامه بإخطار مكتب شبكة الأمان الصحي Health Safety Net أو وكالة MassHealth عندما يكون المريض قد قام بحادث ، أو يعاني من مرض أو إصابة ، أو أي خسارة أخرى أدت أو قد تؤدي إلى دعوى قضائية أو مطالبة تأمين. في مثل هذه الحالات يجب على المريض -

(i) تقديم مطالبة بالتعويض إن وجدت ؛

(ii) يوافق على الامتثال لجميع متطلبات M.G.L. c.118E بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- a. منح مكتب شبكة الأمان الصحي Health Safety Net الحق في استرداد مبلغ مساوٍ لمبلغ Health Safety Net المقدم من عائدات أي مطالبة أو إجراءات أخرى ضد طرف ثالث ؛
- b. تقديم معلومات حول المطالبة أو أي إجراء آخر ، وتعاون بشكل كامل مع مكتب شبكة الأمان الصحي Health Safety Net Office أو من ينوب عنه ، ما لم يقرر مكتب Health Safety Net أن التعاون لن يكون في المصلحة الفضلى أو قد يؤدي إلى ضرر جسيم أو ضعف عاطفي للمريض
- c. إخطار شبكة الأمان الصحي أو وكالة MassHealth كتابياً في غضون عشرة أيام من تقديم أي مطالبة أو دعوى مدنية أو إجراء آخر ، و
- d. إعادة دفع مستحقات Health Safety Net من الأموال المستلمة من طرف ثالث لجميع الخدمات المؤهلة المقدمة في أو بعد تاريخ الحادث أو أي واقعة أخرى بعد أن تصبح مريضاً منخفض الدخل لأغراض الدفع لشبكة الأمان الصحي ، بشرط أن تكون فقط مدفوعات Health Safety Net المقدمة نتيجة لحادث أو واقعة أخرى سيتم سدادها.

(b) التزامات المستشفى:

BIDMC ستبذل كل الجهود المعقولة والدؤوبة لجمع معلومات تأمين المريض والمعلومات الأخرى للتحقق من تغطية خدمات الرعاية الصحية التي سيقدمها المستشفى. قد تتم هذه الجهود أثناء التسجيل الشخصي الأولي للمريض في موقع المستشفى للحصول على خدمة ، أو قد تحدث في أوقات أخرى. بالإضافة إلى ذلك ، سيقوم المستشفى بإخطار المريض بتوافر خيارات التغطية من خلال المساعدة العامة المتاحة أو برنامج المساعدة المالية بالمستشفى ، بما في ذلك التغطية من خلال MassHealth ، وبرنامج دفع المساعدة المتميزة الذي يديره Health Connector ، وبرنامج الأمان الطبي للأطفال ، وشبكة الأمان الصحي Health Safety Net ، أو برنامج المشقة الطبية لشبكة الأمان الصحي Health Safety Net Medical Hardship ، في الفواتير التي يتم إرسالها إلى المريض أو ضامن المريض بعد تقديم الخدمات. علاوة على ذلك ، سيقوم المستشفى أيضًا ببذل العناية الواجبة من خلال أنظمة التحقق المالي العامة أو الخاصة الحالية لتحديد ما إذا كان قادر على تحديد حالة أهلية المريض للتغطية التأمينية العامة أو الخاصة. سيقوم المستشفى بجمع هذه المعلومات قبل تقديم لأي شخص خدمات الرعاية الصحية غير الطارئة وغير العاجلة. سيؤخر المستشفى أي محاولة للحصول على هذه المعلومات أثناء علاج المريض لحالة طبية طارئة أو خدمات رعاية عاجلة مطلوبة.

ستشمل جهود العناية الواجبة التي سيقوم بها BIDMC ، على سبيل المثال لا الحصر ، طلب معلومات حول حالة تأمين المريض والتحقق من أي قواعد بيانات تأمين عامة أو خاصة متاحة BIDMC سيطلب الدفع من دافعي الطرف الثالث لجميع الخدمات المغطاة وسيتمثل لمتطلبات الفواتير والتفويضات الخاصة بشركة التأمين. BIDMC سوف يطعن في أي مطالبة مرفوضة عندما تكون الخدمة مستحقة الدفع كليًا أو جزئيًا من قبل شركة تأمين معروفة تابعة لجهة خارجية والتي قد تكون مسؤولة عن تكاليف رعاية المريض. متى أمكن، BIDMC سيساعد المريض في استئناف حالات الرفض أو الأحكام المعاكسة الأخرى مع خطة التأمين الخاصة به ، مع الاعتراف بأن خطة التأمين تتطلب غالبًا تقديم هذه الاستئنافات من قبل المريض. عندما يتم إبلاغ موظفي التسجيل أو الدخول بالمستشفى من قبل المريض ، يجب عليهم أيضًا العمل مع المريض لضمان إرسال المعلومات ذات الصلة إلى البرامج العامة المناسبة ، مثل أي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين ، بما في ذلك أي دعوى قضائية أو مطالبة تأمين قد تغطي تكلفة الخدمات التي تقدمها المستشفى.

إذا كان المريض أو الضامن / الوصي غير قادر على تقديم المعلومات المطلوبة ، ووافق المريض ، فسيبذل المستشفى جهودًا معقولة للاتصال بالأقارب والأصدقاء والضامن / الوصي و / أو أطراف أخرى مناسبة للحصول على معلومات إضافية.

يجب أن تتضمن جهود العناية الواجبة والمعقولة الخاصة ب BIDMC التحقق فيما إذا كان تأمين طرف ثالث أو مورد آخر مسؤولاً عن تكلفة الخدمات المقدمة من المستشفى ، على سبيل المثال لا الحصر ، تحديد ما إذا كانت هناك سياسة قابلة للتطبيق لتغطية تكلفة المطالبات ، بما في ذلك: (1) سياسة مسؤولية السيارة أو مالك المنزل ، (2) سياسة حماية الحوادث العامة أو الإصابة الشخصية ، (3) برامج تعويض العمال ، و (4) سياسات التأمين للطلاب ، من بين أمور أخرى. إذا كان المستشفى قادرًا على تحديد طرف ثالث مسؤول أو تلقى مدفوعات من جهة خارجية أو مصدر آخر (بما في ذلك من شركة تأمين خاصة أو برنامج عام آخر) ، فسيقوم المستشفى بالإبلاغ عن الدفعة للبرنامج المطبق وتعويضها ، إذا قابلة للتطبيق وفقًا لمتطلبات معالجة مطالبات البرنامج ، مقابل أي مطالبة قد تم دفعها من قبل الطرف الثالث أو أي مورد آخر. بالنسبة لبرامج المساعدة العامة للولاية التي دفعت بالفعل تكاليف الخدمات ، لا يُطلب من المستشفى تأمين التنازل عن حق المريض في تغطية خدمات الطرف الثالث. في هذه الحالات ، يجب أن يدرك المريض أن برنامج الدولة المطبق قد يحاول طلب تخصيص تكاليف الخدمات المقدمة للمريض.

## B. ممارسات فواتير المستشفيات والتحصيل

BIDMC لديه عملية موحدة ومتسقة لتقديم وجمع المطالبات المقدمة إلى المرضى ، بغض النظر عن حالة التأمين الخاصة بهم. على وجه التحديد ، إذا كان لدى المريض رصيد حالي غير مدفوع مرتبط بالخدمات المقدمة للمريض ولا يغطيها خيار التغطية العامة أو الخاصة ، فسيتبع المستشفى إجراءات التحصيل / الفواتير المعقولة التالية ، والتي تشمل:

- فاتورة أولية تُرسل إلى المريض أو الجهة المسؤولة عن الالتزامات المالية الشخصية للمريض ؛ ستتضمن الفاتورة الأولية معلومات حول مدى توفر المساعدة المالية (بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، MassHealth ، برنامج دفع المساعدة المتميزة الذي تديره Health Connector ، وبرنامج الأمان الطبي للأطفال ، وشبكة الأمان الصحي ، وبرنامج المشقة الطبية لشبكة الأمان الصحي) لتغطية تكلفة فاتورة المستشفى ؛
- الفواتير اللاحقة ، والمكالمات الهاتفية ، وخطابات التحصيل ، وإشعارات الاتصال الشخصية ، وإخطارات الكمبيوتر ، أو أي طريقة إخطار أخرى تشكل جهداً حقيقياً للاتصال بالطرف المسؤول عن الفاتورة غير المدفوعة ، والتي ستتضمن أيضاً معلومات حول كيفية اتصال المريض بالمستشفى إذا يحتاجون إلى مساعدة مالية ؛
- إذا أمكن ، توثيق الجهود البديلة لتحديد الطرف المسؤول عن الالتزام أو العنوان الصحيح للفواتير التي يتم إرجاعها بواسطة الخدمة البريدية مثل "عنوان غير صحيح" أو "غير قابل للتسليم" ؛
- إرسال إشعار نهائي عن طريق البريد المعتمد للمرضى بدون تأمين صحي (أولئك الذين لم يتم تسجيلهم في برنامج مثل Health Safety Net أو MassHealth) الذين يتحملون رصيداً طارئاً للديون المعدومة يزيد عن 1,000 دولار على خدمات مستوى الطوارئ فقط ، حيث لم يتم إرجاع الإشعارات على أنها "عنوان غير صحيح" أو "غير قابل للتسليم" ، وكذلك إخطار المرضى بتوافر المساعدة المالية في الاتصال ؛
- توثيق الفواتير المستمرة أو إجراءات التحصيل التي تم اتخاذها لمدة 120 يوماً من تاريخ مواصلة الخدمة وإتاحتها للبرنامج الفيدرالي و / أو التابع للولاية للتحقق من هذه الجهود ؛ و
- فحص نظام التحقق من الأهلية في ماساتشوستس (EVS) للتأكد من أن المريض ليس مريضاً منخفض الدخل ولم يقدم طلباً للحصول على تغطية من MassHealth ، أو برنامج دفع المساعدة المتميز الذي تديره Health Connector ، أو برنامج الأمان الطبي للأطفال ، شبكة الأمان الصحي ، أو برنامج المشقة الطبية الخاص بشبكة الأمان الصحي ، قبل تقديم المطالبات إلى مكتب شبكة الأمان الصحي Health Safety Net لتغطية الديون المعدومة.
- لجميع المرضى المسجلين في برنامج المساعدة العامة ، BIDMC سيقوم فقط بإصدار فواتير هؤلاء المرضى مقابل الدفع المشترك المحدد أو التأمين المشترك أو الخصم المحدد في لوائح الولاية المعمول بها والتي يمكن الإشارة إليها أيضاً في نظام معلومات إدارة المساعدات الطبية Medicaid للولاية.

BIDMC سيسعى للحصول على مدفوعات محددة لهؤلاء المرضى غير المؤهلين للتسجيل في برنامج المساعدة العامة لولاية ماساتشوستس ، مثل المقيمين خارج الولاية ، لكنهم قد يستوفون فئات الأهلية المالية العامة لبرنامج المساعدة العامة للولاية. لهؤلاء المرضى ، سيخطر BIDMC المريض إذا كانت هذه الموارد الإضافية متاحة بناءً على دخل المريض والمعايير الأخرى ، على النحو المبين في سياسة المساعدة المالية بالمستشفى.

قد يكون المرضى مؤهلين أيضاً للحصول على مساعدة مالية من BIDMC ، وفقاً لسياسة المساعدة المالية الخاصة بـ BIDMC.

### C. الفئات السكانية المعفية من أنشطة التحصيل

تُعفى المجموعات السكانية التالية من أي إجراءات تحصيل أو فواتير وفقاً للوائح وسياسات الدولة: المرضى المسجلين في برنامج التأمين الصحي العام ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ، MassHealth ، المساعدات الطارئة لكبار السن والمعوقين والأطفال (EAEDC) ؛ خطة التأمين الطبي للأطفال (CMSP) ، إذا كان دخل MAGI أقل أو يساوي 300٪ من مستوى الفقر الفيدرالي FPL ؛ المرضى ذوي الدخل المنخفض على النحو الذي تحدده MassHealth و Health Safety Net ، بما في ذلك أولئك الذين لديهم دخل أسرة MAGI أو دخل أسري معتبر للمشفة الطبية الخاصة بشبكة الأمان الصحي بين 150.1 إلى 300 ٪ من FPL ؛ و المشقة الطبية لشبكة الأمان الصحي Medical Hardship Health Safety Net ، مع مراعاة الاستثناءات التالية:

- BIDMC قد يطلب إجراء تحصيل ضد أي مريض مسجل في البرامج المذكورة أعلاه لدفعه المشترك المطلوب والخصومات المنصوص عليها في كل برنامج محدد ؛
- BIDMC قد يشرع أيضاً في إصدار الفواتير أو التحصيل لمريض يدعي أنه مشارك في برنامج مساعدة مالية يغطي تكاليف خدمات المستشفى ، لكنه يفشل في تقديم دليل على هذه المشاركة. عند استلام دليل مرض على أن المريض مشارك في برنامج المساعدة المالية ، (بما في ذلك استلام أو التحقق من الطلب الموقع) BIDMC يجب أن تتوقف عن أنشطة إصدار الفواتير أو التحصيل ؛
- BIDMC قد يستمر في إجراءات التحصيل على أي مريض منخفض الدخل مقابل الخدمات المقدمة قبل تحديد ما إذا كان المريض منخفض الدخل ، شريطة أن تكون حالة مريض الدخل المنخفض الحالية قد تم إنهاؤها أو انتهاء صلاحيتها أو لم يتم تحديدها بطريقة أخرى في نظام التحقق من الأهلية أو نظام معلومات إدارة Medicaid . ومع ذلك ، بمجرد تحديد أن المريض مؤهل ومسجل في MassHealth ، أو برنامج مدفوعات المساعدة المميزة الذي يديره Health Connector أو خطة الأمان الطبي للأطفال أو برنامج المشقة الطبية لشبكة الأمان الصحي ، BIDMC سيوقف نشاط تحصيل الخدمات (باستثناء أي مدفوعات مشتركة وخصومات) المقدمة قبل بداية أهليتها.
- BIDMC قد يطلب إجراء تحصيل ضد أي من المرضى المشاركين في البرامج المذكورة أعلاه للخدمات غير المغطاة التي وافق المريض على تحمل مسؤوليتها ، شريطة أن يحصل المستشفى على موافقة خطية مسبقة من المريض ليتم محاسبته على هذه الخدمة (الخدمات). ومع ذلك ، حتى في هذه الظروف ، BIDMC لن يقوم المريض بإصدار فواتير المطالبات المتعلقة بالأخطاء الطبية أو المطالبات التي تم رفضها من قبل شركة التأمين الرئيسية للمريض بسبب خطأ إداري أو خطأ في الفواتير.
- بناء على طلب المريض يجوز ل BIDMC إصدار فاتورة لمريض منخفض الدخل من أجل السماح للمريض بتلبية المبلغ المطلوب من الكومنهيلث CommonHealth الخاضع للخصم مرة واحدة كما هو موضح في 130 CMR 506.009.

### D. الديون المعدومة الطارئة

- BIDMC ستقدم مطالبات الديون المعدومة الطارئة على النحو المحدد في (2) 613.06 CMR 101. BIDMC لن يقدم مطالبة بجزء قابل للخصم أو تأمين مشترك من مطالبة مريض لا يملك تأمين صحي أو لديه تأمين صحي منخفض يكون مسؤولاً عنها.
- لخدمات المرضى المقيمين، سيبدل المستشارون الماليون ل BIDMC جهوداً معقولة للحصول على معلومات مالية لتحديد المسؤولية عن الدفع من المريض أو الضامن ، قبل خروج المريض من المستشفى أو إذا لزم الأمر في وقت الخروج. إذا كان المريض أو الضامن / الوصي غير قادر على تقديم المعلومات المطلوبة ، ووافق المريض ، فسيبدل المستشفى جهوداً معقولة للاتصال بالأقارب والأصدقاء والضامن / الوصي و / أو أطراف أخرى مناسبة للحصول على معلومات إضافية.
  - لخدمات الطوارئ وحالات المرضى غير المقيمين ، سيبدل موظفو التسجيل لدى BIDMC جهوداً معقولة في أقرب وقت ممكن للحصول على معلومات مالية لتحديد مسؤولية الدفع من المريض أو الضامن.

## E. إجراءات التحصيل غير العادية

(a) BIDMC لن يتخذ أي "إجراءات تحصيل غير عادية" حتى يحين الوقت الذي يبذل فيه جهودًا معقولة ويتبع مراجعة معقولة للوضع المالي للمريض والمعلومات الأخرى اللازمة لتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية التي ستحدد حق المريض في الحصول على مساعدة مالية أو الإعفاء من أي أنشطة تحصيل أو إعداد فواتير بموجب سياسة الائتمان والتحصيل هذه. المدير المالي له السلطة النهائية لتحديد ما إذا قام BIDMC ببذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان الفرد مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية لـ BIDMC ، وبالتالي قد يشارك في إجراء تحصيل استثنائي ضد هذا الفرد. BIDMC سيحتفظ بأي وجميع الوثائق التي تم استخدامها في هذا القرار وفقاً لسياسة الاحتفاظ بالسجلات المعمول بها في المستشفى.

(b) BIDMC سيقبل ويعالج طلب الحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية و التي يقدمها المريض طوال "فترة الطلب" بأكملها. تبدأ "فترة الطلب" في تاريخ تقديم الرعاية وتنتهي بعد 240 يوم من تاريخ تقديم أول بيان فاتورة للرعاية بعد الخروج من المستشفى ، مع مراعاة المتطلبات الإضافية الخاصة التالية. لا تنتهي فترة التقديم قبل 30 يوماً من قيام المستشفى بتزويد المريض بإخطار مدته 30 يوماً و الموضح أدناه. في حالة ما إذا تم تحديد على أن المريض مؤهل افتراضياً للحصول على أقل من المساعدة الأكثر سخاء بموجب سياسة المساعدة المالية ، لا ينتهي الطلب قبل نهاية فترة معقولة لكي يتقدم المريض للحصول على مساعدة مالية أكثر سخاء ، كما هو موضح أدناه.

(c) تشمل إجراءات التحصيل غير العادية ما يلي:

- (i) بيع دين المريض لطرف آخر (إلا إذا تم استيفاء المتطلبات الخاصة الموضحة أدناه) ؛
- (ii) تقديم التقارير إلى وكالات تقارير الائتمان أو مكاتب الائتمان ؛
- (iii) تأجيل أو رفض أو طلب الدفع قبل تقديم الرعاية اللازمة طبيياً بسبب عدم دفع فواتير أو أكثر للرعاية المغطاة سابقاً بموجب سياسة المساعدة المالية للمستشفى (والتي تعتبر إجراء تحصيل استثنائي للرعاية المقدمة سابقاً)
- (iv) الإجراءات التي تتطلب إجراءات قانونية أو قضائية ، بما في ذلك:
  - (1) وضع رهن على ممتلكات المريض ؛
  - (2) حبس الرهن العقاري ؛
  - (3) الحجز أو الاستيلاء على حساب مصرفي أو أي ممتلكات شخصية أخرى ؛
  - (4) رفع دعوى مدنية ضد مريض ؛
  - (5) التسبب في اعتقال مريض؛
  - (6) التسبب في إخضاع المريض لأمر الحجز الشخصي ؛ و
  - (7) حجز راتب المريض.

(v) BIDMC سوف يتعامل مع بيع دين المريض لطرف آخر كإجراء تحصيل استثنائي ما لم يبرم المستشفى اتفاقية كتابية ملزمة مع مشتري الدين وبموجبه (1) يُحظر على المشتري الانخراط في أي إجراءات تحصيل غير عادية للحصول على الدفع مقابل الرعاية (2) يُحظر على المشتري فرض فائدة على الدين بمعدل أعلى من معدل الدفع الناقص في مصلحة الضرائب المعمول به ؛ (3) يمكن إعادة الدين إلى المستشفى أو استرداده من قبل المستشفى عند تحديد أن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية ؛ و (4) إذا تم تحديد أن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية ولم تتم إعادة الدين إلى المستشفى أو استعادته ، فيجب على المشتري الالتزام بالإجراءات التي تضمن أن المريض لا يدفع للمشتري أكثر مما يدفعه المريض المسؤول شخصياً عن الدفع بموجب سياسة المساعدة المالية.

- (vi) تشمل إجراءات التحصيل غير العادية الإجراءات المتخذة للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية ضد أي مريض آخر قبل أو يُطلب منه قبول مسؤولية دفع فاتورة المستشفى للمريض مقابل الرعاية.
- (d) BIDMC سوف تمتنع عن الشروع في أي إجراءات تحصيل غير عادية ضد مريض لمدة لا تقل عن 120 يوماً من تاريخ تقديم المستشفى لكشف فواتير الرعاية الأول بعد الخروج من المستشفى ؛ باستثناء تلك المتطلبات الخاصة التي تنطبق على تأجيل أو رفض الرعاية الطبية الضرورية بسبب عدم السداد كما هو موضح أدناه.
- (e) بالإضافة إلى الامتناع عن الشروع في أي إجراءات تحصيل استثنائية لمدة 120 يوماً المذكورة أعلاه ، BIDMC ستمتنع عن الشروع في أي إجراءات تحصيل غير عادية لمدة لا تقل عن 30 يوماً بعد إخطار المريض بسياسة المساعدة المالية بالطريقة التالية: يقوم المستشفى (1) بتزويد المريض بإشعار خطي يشير إلى أن المساعدة المالية متاحة للمرضى المؤهلين ، والتي تحدد إجراءات التحصيل غير العادية التي ينوي المستشفى (أو الطرف المعتمد الآخر) الشروع فيها للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية ، وأن ينص على موعد نهائي يمكن بعده بدء إجراءات التحصيل غير العادية في موعد لا يتجاوز 30 يوماً بعد تاريخ تقديم الإشعار الكتابي: (2) تزويد المريض بملخص بلغة واضحة لسياسة المساعدة المالية ؛ و (3) بذل جهد معقول لإخطار المريض شفهيًا بسياسة المساعدة المالية وكيف يمكن للمريض الحصول على المساعدة في عملية تطبيق سياسة المساعدة المالية ؛ باستثناء تلك المتطلبات الخاصة التي تنطبق على تأجيل أو رفض الرعاية الطبية اللازمة كما هو موضح أدناه.
- (f) BIDMC ستفي بالمتطلبات الخاصة التالية في حالة تأجيلها أو رفضها للرعاية بسبب عدم السداد للرعاية المسبقة المؤهلة للحصول على مساعدة التمويل. قد يقدم المستشفى إشعار مدته أقل من 30 يوماً و الموصوف أعلاه إذا قدم للمريض نموذج طلب المساعدة المالية وإشعارًا كتابيًا يشير إلى توفر المساعدة المالية للمرضى المؤهلين. سيحدد الإشعار الكتابي موعدًا نهائيًا لن يقبل المستشفى بعده طلب المساعدة المالية ومعالجته ، والذي لن يكون قبل نهاية فترة تقديم الطلب أو بعد 30 يوماً من تاريخ تقديم الإشعار الكتابي لأول مرة. إذا قدم المريض طلبًا قبل الموعد النهائي ، فسيقوم المستشفى بمعالجة الطلب على أساس عاجل.
- (g) إذا قدم المريض طلبًا كاملاً أو غير مكتمل للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية بالمستشفى خلال فترة تقديم الطلب ، BIDMC ستعلق أي إجراءات تحصيل غير عادية للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية. في مثل هذه الحالة ، لن يبدأ المستشفى أو لن يتخذ أي إجراء آخر بشأن أي إجراءات تحصيل غير عادية تم البدء فيها سابقًا حتى (1) إصدار قرار من المستشفى ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية أو (2) في حالة طلب غير مكتمل للحصول على مساعدة مالية ، و قد فشل المريض في الاستجابة لطلبات الحصول على معلومات و / أو وثائق إضافية خلال فترة زمنية معقولة. BIDMC سيتخذ أيضًا مزيدًا من الإجراءات ، اعتمادًا على ما إذا كان الطلب مكتملاً أو غير مكتمل ، كما هو موضح أدناه.
- (h) في حالة قيام المريض بتقديم طلب كامل للحصول على مساعدة مالية خلال فترة التقديم ، BIDMC سيقدر ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية. إذا قررت المستشفى أن المريض مؤهل للحصول على مساعدة بخلاف الرعاية المجانية ، فسيقوم المستشفى (1) بتزويد المريض ببيان الفواتير الذي يشير إلى المبلغ الذي يدين به المريض للرعاية كمرضى مؤهل للحصول على المساعدة المالية وبصرح ، أو يصف كيف يمكن للمريض الحصول على معلومات تتعلق بالمبالغ التي يتم دفعها بشكل عام للرعاية ، (2) اتخاذ جميع التدابير المعقولة لإلغاء أي إجراء تحصيل استثنائي (باستثناء بيع الديون والتأجيل أو الرفض ، أو طلب الدفع قبل تقديم الرعاية اللازمة طبيًا بسبب عدم دفع المريض للفواتير السابقة للرعاية المقدمة مسبقًا والتي كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية) يتم أخذها ضد المريض للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية. تدابير معقولة لإلغاء إجراءات التحصيل الاستثنائية ستضمن إجراءات لإلغاء أي حكم ، وإلغاء أي ضريبة أو رهن ، وإزالة أي معلومات سلبية من تقرير ائتمان المريض والتي تم الإبلاغ عنها لوكالة إبلاغ المستهلك أو مكتب الائتمان.
- (i) في حالة قيام المريض بتقديم طلب غير مكتمل للحصول على مساعدة مالية خلال فترة تقديم الطلب ، سيقوم المستشفى بالإضافة إلى ذلك بتزويد المريض بإشعار خطي يصف المعلومات الإضافية و / أو الوثائق المطلوبة بموجب سياسة المساعدة المالية والتي تتضمن معلومات الاتصال.
- (j) BIDMC قد يتخذ قرارات افتراضية بأن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية بموجب سياسة المساعدة المالية بناءً على معلومات غير تلك المقدمة من قبل المريض أو بناءً على تحديد مسبق للأهلية. في حالة تحديد أن المريض مؤهل للحصول على أقل من المساعدة الأكثر سخاء المتاحة بموجب سياسة المساعدة المالية ، فإن المستشفى سوف يقوم ب: (1) إخطار المريض فيما يتعلق بأساس تحديد الأهلية المقترض وطريقة تقديم طلب للحصول على مساعدة أكثر سخاء متاحة بموجب سياسة المساعدة المالية ؛ (2) منح المريض فترة زمنية معقولة لتقديم طلب للحصول على مساعدة أكثر سخاء قبل الشروع في إجراءات تحصيل استثنائية للحصول على المبلغ المخصص المستحق ؛ و (3) إذا قدم المريض طلبًا كاملاً للحصول على مساعدة مالية أكثر سخاء خلال فترة تقديم الطلب ، تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على خصم أكثر سخاءً.
- (k) BIDMC لن يقوم بحجز أجر المريض ذي الدخل المنخفض أو أجر ضامنه أو تنفيذ حجز على الإقامة الشخصية أو سيارة مريض منخفض الدخل أو الضامن إلا إذا: (1) يمكن للمستشفى إظهار أن المريض أو الضامن لديه القدرة على الدفع ، (2) لم يستجب المريض / الضامن لطلبات المستشفى للحصول على معلومات أو رفض المريض / الضامن التعاون مع المستشفى

للحصول على برنامج مساعدة مالية متاح ، و (3) لأغراض الحجز ، تمت الموافقة عليه من قبل مجلس إدارة المستشفى الأمان باتخاذ كل حالة على حدة.

(1) لا يجوز ل BIDMC و لوكلائه مواصلة إجراءات التحصيل أو الفوترة المتعلقة بمريض عضو في إجراءات الإفلاس إلا لتأمين حقوقه كدائن بالترتيب المناسب (يمكن أيضاً اتخاذ إجراءات مماثلة بواسطة برنامج المساعدة العامة المطبق و الذي قام بالدفع مقابل الخدمات). لن يقوم المستشفى ووكلائه بفرض فائدة على الرصيد المتأخر لمريض ذو دخل منخفض أو للمرضى الذين يستوفون معايير التغطية من خلال برنامج المساعدة المالية الداخلية بالمستشفى.

(m) BIDMC يحافظ على الامتثال لمتطلبات الفوترة المعمول بها ويتبع متطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية المعمول بها والمتعلقة بعدم الدفع مقابل خدمات معينة كانت نتيجة أو مرتبطة مباشرة بحدث خطير قابل للإبلاغ (SRE) ، وتصحيح SRE ، وهي مضاعفة لاحقة ناتجة عن SRE ، أو إعادة القبول في نفس المستشفى للخدمات المرتبطة بـ SRE. يتم استبعاد الأحداث الخطيرة القابلة للإبلاغ SRE التي لا تحدث في المستشفى من تحديد عدم الدفع هذا طالما أن مؤسسة العلاج والمؤسسة المسؤولة عن SRE ليس لهما ملكية مشتركة أو شركة أم مشتركة. لا يطلب المستشفى أيضاً الدفع من مريض منخفض الدخل من خلال برنامج Health Safety Net الذي تم رفض مطالبته في البداية بواسطة برنامج تأمين بسبب خطأ إداري في الفواتير من قبل المستشفى.

#### F. وكالات التحصيل الخارجية

BIDMC قد تتعاقد مع وكالات تحصيل خارجية للمساعدة في تحصيل حسابات معينة ، بما في ذلك المبالغ المسؤولة عن المريض التي لم يتم حلها بعد 120 يوماً من إجراءات التحصيل المستمرة. قد يدخل المستشفى أيضاً في عقود ملزمة مع وكالات تحصيل خارجية. أي عقد من هذا القبيل يسمح ببيع الديون التي لا يتم التعامل معها كإجراء تحصيل استثنائي سوف يفى بالمتطلبات المذكورة أعلاه. في جميع الحالات الأخرى ، إذا قام المستشفى ببيع أو إحالة ديون المريض إلى طرف آخر ، فسيتم تصميم الاتفاقية مع الطرف الآخر بشكل معقول لضمان عدم اتخاذ إجراءات تحصيل استثنائية حتى يتم بذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية ، بما في ذلك ما يلي: (1) إذا قدم المريض طلباً قبل نهاية فترة تقديم الطلب ، فسيقوم الطرف بتعليق إجراءات التحصيل غير العادية ؛ (2) إذا قدم المريض طلباً للحصول على مساعدة مالية قبل نهاية فترة الطلب وتقرر أنه مؤهل للحصول على مساعدة مالية ، فسوف يلتزم الطرف بالإجراءات للتأكد من أن المريض لا يدفع للطرف والمستشفى معاً المزيد مما يُطلب من المريض دفعه بموجب سياسة المساعدة المالية وإلغاء أي إجراءات تحصيل استثنائية ؛ و (3) إذا قام الطرف بإحالة أو بيع الدين لطرف آخر ، فسيحصل الطرف على اتفاق مكتوب يفى بجميع المتطلبات السابقة. ستوفر جميع وكالات التحصيل الخارجية التي عينها المستشفى للمريض فرصة لتقديم شكوى وستقوم بإرسال نتائج شكوى المريض هذه إلى المستشفى. يفرض المستشفى أن تعمل أي وكالة تحصيل خارجية تستخدمها وفقاً لمتطلبات تحصيل الديون الفيدرالية والخاصة بالولاية.

#### G. الودائع وخطط التقسيط

وفقاً للوائح شبكة الأمان الصحي في ولاية ماساتشوستس المتعلقة بالمرضى الذين إما: (1) تم تحديدهم على أنهم "مرضى منخفضي الدخل" أو (2) أنهم مؤهلين للحصول على برنامج المشقة الطبية الخاص بشبكة الأمان الصحي ، BIDMC سيزود المريض بمعلومات عن الودائع وخطط الدفع بناءً على الوضع المالي الموثق للمريض. ستعتمد أي خطة أخرى على برنامج المساعدة المالية الداخلية الخاص بالمستشفى ، ولن تنطبق على المرضى الذين لديهم القدرة على الدفع.

#### a) خدمات الطوارئ

BIDMC لن يشترط القبول المسبق و / أو ودائع ما قبل العلاج من المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات طارئة أو الذين تم تحديدهم على أنهم مرضى منخفضي الدخل.

#### b) ودائع المرضى منخفضي الدخل

BIDMC قد يطلب وديعة من المرضى الذين يقرر أنهم من ذوي الدخل المنخفض. ستقتصر هذه الودائع على 20٪ من المبلغ القابل للخصم ، حتى 500 دولار. تخضع جميع الأرصدة المتبقية لشروط خطة الدفع المنصوص عليها في 101 (g) (1) CMR 613.08.

#### c) ودائع المرضى في برنامج المشقة الطبية الخاص بشبكة الأمان الصحي

BIDMC قد يطلب وديعة من المرضى المؤهلين لبرنامج المشقة الطبية Health Safety Net Medical Hardship. ستقتصر الإيداعات على 20٪ من مساهمة المشقة الطبية التي تصل إلى 1,000 دولار. ستخضع جميع الأرصدة المتبقية لشروط خطة الدفع المنصوص عليها في 101 (g) (1) CMR 613.08.

#### d) خطط الدفع للمرضى ذوي الدخل المنخفض وفقاً لبرنامج شبكة الأمان الصحي في ماساتشوستس

سُعرض على المريض الذي يبلغ رصيده 1000 دولار أمريكي أو أقل ، بعد الإيداع الأولي ، خطة سداد لمدة عام واحد على الأقل ، بدون فوائد ، بحد أدنى للدفع الشهري لا يزيد عن 25 دولارًا. سُعرض على المريض الذي لديه رصيد يزيد عن 1000 دولار ، بعد الإيداع الأولي ، خطة سداد بدون فوائد لمدة عامين على الأقل.

(e) خطط الدفع لمرضى الدخل المنخفض الجزئي من HSN وفقاً لبرنامج شبكة الأمان الصحي في ماساتشوستس للخدمات المقدمة في مركز صحي مرخص من المستشفى. سيتم تحميل جميع المرضى ذوي الدخل المنخفض الجزئي من Health Safety Net نسبة 100٪ من مسؤوليتهم حتى يتم استيفاء المبلغ المقتطع بالكامل.

