الفهرس

I. الغرض 2
A. نظرة عامة 2
B. النطاق 3
II. التعريفات 3
III. التصنيف والوصول إلى الرعاية 5
A. نظرة عامة 5
B. أنواع الخدمات 5
1. الخدمات الطارئة والعاجلة 5
2. الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة 6
C. الحصول على معلومات المريض والتحقق منها 6
D. مسؤولية المريض 6
E. سياسة عدم التمييز 7
IV. إصدار الفواتير للمريض والتحصيلات 7
A. نظرة عامة 7
B. إصدار الفواتير للمريض 8
C. بيانات المريض والخطابات والمكالمات معه 8
1. مكالمات وخطابات التحصيل 8
2. الإخطار بتوافر المساعدة المالية 8
3. المرضى المحميون من إجراء التحصيل 8
4. إشعار التحصيل النهائي 9
5. تعليق إصدار الفواتير 9
6. الديون المعدومة لحالات الطوارئ 9
7. مرتجعات العنوان غير الصحيح 9
8. تعديل الأرصدة الصغيرة 10
9. إشعار الرسوم الإضافية 10
10. عدم إصدار فواتير الرصيد 10
D. المواقف الخاصة - إصدار الفواتير 10
1. إفلاس المريض 10
2. المرضى المتوفون 10
3. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (ولاية Massachusetts) 10
4. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (ولاية New Hampshire) 11
5. تعويض العمال 11
6. تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الثانوية 11
7. خصم تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية 11
8. ضحايا جرائم العنف 11
V. التخليص المالي 12
A. نظرة عامة 12
B. إعداد التقديرات 12
1. تقديرات حسن النية 12
C. المرضى المؤمن عليهم 13
1. خطط التأمين المتعاقد معها 13
2. خطط التأمين غير المتعاقد معها 13
3. الإشعار والموافقة 14
D. المرضى غير المؤمن عليهم (الذين يتحملون نفقاتهم) 14

E. المرضى من ذوي الدخل المنخفض (سكان ولاية Massachusetts) 15
1. التعريف والأهلية 15
2. قيود الخدمة 15
3. برنامج الصعوبات الطبية التابع لشبكة الأمان الصحي (HSN) 15
4. المسؤولية المالية للمريض منخفض الدخل 16
5. قرارات الحالة المعلقة 17
F. الحالات الخاصة للمقاصة المالية - التسجيل والمسؤولية المالية للمريض 17
1. تعويض العمال 17
2. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهات الخارجية 17
3. ضحايا جرائم العنف والعنف ضد المرأة (ولاية Massachusetts) 17
4. تقنية المعلومات الصحية لقانون الصحة الاقتصادية والإكلينيكية لعام 2010 (HITECH) 17
5. طلبات شبكة الأمان الصحي (HSN) السرية 18
6. الأشخاص غير الموثقين 18
7. الدراسات البحثية 18
8. المتبرعون بالأعضاء 18
9. المرضى من الدول الأخرى 18
G. الأحداث الخطيرة التي يمكن الإبلاغ عنها (SRE) 18
H. تعيين الديون المعدومة 19
1. إبلاغ مكاتب الائتمان 19
2. التقاضي 19
3. الحجوزات العقارية 19
4. وكالات التحصيل 19
VI. ترتيبات الدفع 19
A. نظرة عامة 19
1. أشكال الدفع 19
2. العملة 20
B. خطط الدفع 20
1. خطط الدفع لخصومات تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية وبرنامج الصعوبات الطبية 20
VII. أرصدة الائتمان والمبالغ المستردة 21
الملحق أ: الكيانات التابعة لمؤسسة Mass General Brigham 21
الملحق ب: طلب المساعدة المالية 22
الملحق ج: الإبلاغ والتدقيق والامتثال للوائح 23

I. الغرض

A. نظرة عامة

كيانات Mass General Brigham (MGB) هي كيانات معفاة من الضرائب، تتمثل مهمتها الأساسية في تقديم الخدمات لجميع المحتاجين للرعاية الطبية. تسعى MGB جاهدةً لضمان عدم حرمان المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات عاجلة وطارئة وضرورية من الناحية الطبية من تلك الخدمات بناءً على عدم قدرتهم على الدفع، وأن القدرة المالية لا تمنع هؤلاء الأفراد من طلب الرعاية أو تلقيها. ومع ذلك، لكي تستمر كيانات Mass General Brigham في تقديم خدمات عالية الجودة ودعم احتياجات المجتمع، تقع على عاتق كل كيان مسؤولية طلب الدفع الفوري للخدمات التي يُسمح فيها بالتحصيل ولا تتعارض مع لوائح Commonwealth of Massachusetts (MA) أو New Hampshire (NH) أو اللوائح الفيدرالية التي تشتمل على قانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض (EMTALA).

توضح هذه الوثيقة عملية تحصيل التكاليف الطبية من حسابات المرضى الفردية من قبل MGB - ووكالات التحصيل الخارجية المحتملة التي تعتمد عليها MGB - وتضع ممارسات متسقة لعمليات التحصيل (القسم الرابع)، ومساعدة الأفراد غير القادرين على الدفع (عبر خطط الدفع أو المساعدة المالية) (القسم السادس والقسم الرابع (ج)(2)، أو الإجراء القانوني المحتمل (القسم الخامس (ح)).

B. النطاق

تنطبق هذه السياسة على كيانات Mass General Brigham المبينة في الملحق أ.

ملاحظة: يتم تشجيع الأطباء المرتبطين بهذه الكيانات، ولكنهم يصدرون الفواتير "بشكل خاص"، على اتباع هذه السياسة، ولكنهم غير مطالبين بذلك. يمكن العثور على التفاصيل في قائمة الشركات التابعة لمستشفيات Mass General Brigham.

II. التعريفات

خدمات الصحة السلوكية: الخدمات الطبية الضرورية التي تركز على صحة المريض النفسية والعقلية، وتُقدم في عدة أماكن لتقديم الرعاية.

الخدمات الاختيارية: الخدمات الطبية الضرورية التي لا تخضع لتعريف الخدمات العاجلة أو الطارئة. يحدد المريض عادةً، وليس على سبيل الحصر، هذه الخدمات بشكل مسبق.

الخدمات الطارئة: الخدمات الطبية الضرورية التي يتم تقديمها بعد ظهور حالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر من خلال أعراض شديدة بما في ذلك الألم الشديد، بحيث يمكن توقع غياب الرعاية الطبية العاجلة بشكل معقول من قبل شخص عادي لديه حكمة يمتلك معرفة متوسطة بالصحة والأدوية بما يؤدي إلى تعريض صحة الشخص أو أي شخص آخر لخطر جسيم أو ضعف خطير في وظائف الجسم أو خلل خطير في أي عضو أو جزء من الجسم أو، فيما يتعلق بالمرأة الحامل، على النحو المحدد في القسم 1867 (هـ)(1)(ب) من قانون الضمان الاجتماعي، القسم 42 من قانون الولايات المتحدة البند 1295dd (هـ)(1)(ب). يتم توفير الفحص الطبي والعلاج للحالات الطبية الطارئة أو أي خدمة أخرى من هذا القبيل إلى الحد المطلوب وفقًا لقانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض (**EMTALA**) (القسم 42 من قانون الولايات المتحدة البند 1395(dd)) مؤهلاً على أنه رعاية طارئة.

تشمل الخدمات الطارئة أيضًا:

- الخدمات التي يتم تحديدها على أنها حالة طارئة من قبل أخصائي طبي مرخص
- والرعاية الطبية لمرضى العيادات الداخلية والمرتبطة بالرعاية الطارئة لمرضى العيادات الخارجية؛
- نقل مرضى العيادات الداخلية من مستشفى آخر للرعاية الحادة إلى مستشفى Mass General Brigham لتوفير رعاية مرضى العيادات الداخلية التي لا تتوفر بخلاف ذلك.

الديون المعدومة لحالات الطوارئ: تصنيف لحسابات المرضى يتم تقديمه إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) في Massachusetts وفقًا للمعايير الموصوفة في القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613.06 (2) حيث يتم احتساب الرعاية غير مدفوعة الأجر من خلال شبكة الأمان الصحي (HSN).

الدليل الفيدرالي لفقر الدخل (FPG): مقياس للدخل تصدره كل عام وزارة الصحة والخدمات البشرية (HHS). تُستخدم هذه التوجيهات لتحديد الأهلية لبرامج وامتيازات معينة (مثل برنامج Medicaid).

المساعدة المالية: توفير خدمات الرعاية الصحية المجانية أو المخفضة للمرضى المؤهلين، مع الحاجة المالية الموثقة والمؤكدة، والذين يستوفون المعايير المحددة في هذه السياسة.

خصومات المساعدة المالية: التعديلات التي تتم على أرصدة المرضى بناءً على الحالة المالية للمريض وفقًا لسياسة المساعدة المالية. يجب أن تكون جميع الخصومات الخاصة بالمساعدة المالية متوافقة مع اللوائح الحكومية والفيدرالية بما في ذلك قاعدة مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) رقم 501 (ص).

المستشار المالي: الممثلون المسؤولون عن تقييم مسؤولية المريض، وتحديد خيارات التمويل العام وتقديم المساعدة بها أو الإشارة إليها (Medicaid، Medicare، وما إلى ذلك)، وتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا، ووضع خطط الدفع.

الاستشارات المالية: الخدمات المقدمة للمرضى الذين ليس لديهم تغطية تأمينية كافية، أو غير القادرين على دفع مقابل مسؤوليتهم المقدرة/ الفعلية قبل العلاج، أو الذين لديهم أرصدة كبيرة تم تجاوز موعد استحقاقها.

مريض منخفض الدخل: فرد مقيم في Commonwealth of Massachusetts ويوثق أن الدخل الإجمالي المعدل المضبوط (MAGI) لأسرته في MassHealth يساوي أو أقل من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL). توجيهات الفقر المحددة في ولاية New Hampshire هي 250% من مستوى الفقر الفيدرالي.

الديون المعدومة في Medicare: النفقات التي يسمح CMS /Medicare للمستشفيات بالمطالبة بها لمعظم التأمينات المشتركة والخصومات غير المدفوعة من Medicare، شريطةً أن تتم معالجة الرصيد بالكامل وفقًا لدورة فوترة النفقات المحددة التي يتحملها المريض أو يتم إصدار قرار بأن المريض محتاج فيما يتعلق بأغراض الرصيد. يجب أن يستند قرار الاحتياج إلى مستوى دخل المريض ومراجعة الأصول المتاحة التي عادةً ما تستبعد سياراتهم ومكان إقامتهم الأساسي والحد الأدنى من الحساب المصرفي/ الجاري.

الخدمات الطبية الضرورية: الخدمات التي يُتوقع منها بشكل معقول منع أو تشخيص أو الحيلولة دون تدهور أو تخفيف أو تصحيح أو علاج الحالات التي تعرض الحياة للخطر، أو تسبب المعاناة أو الألم، أو تسبب تشوهًا أو خللًا جسديًا، أو تهدد بالتسبب في الإعاقة أو تفاقمها، أو تؤدي إلى المرض أو العجز. تشمل الخدمات الطبية الضرورية خدمات مرضى العيادات الداخلية والخارجية على النحو المصرح به بموجب الباب التاسع عشر من قانون الضمان الاجتماعي.

الخدمات الأخرى: الخدمات التي لم يتم إثبات الضرورة الطبية لها للطبيب القائم بالمراجعة أو حيث قد لا تفي مؤهلات المريض للخدمة بتعريفات خطة التأمين العامة للوفاء بمعايير الضرورة الطبية الأساسية للخدمة. تشمل الخدمات الأخرى أيضًا الخدمات التي لا ~~تعتبرها~~ العديد من خطط التأمين ضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: جراحة التجميل أو الإخصاب في المختبر (IVF) أو غيرها من العلاجات الإنجابية المتقدمة (ART)، وخدمات تحويل مسار المعدة في حالة عدم توفر قرار بوجود ضرورة طبية لجهة الدفع، وعناصر راحة المريض مثل الرسوم المتعلقة بالخدمات الليلية التي تزيد عن تلك المطلوبة للرعاية الطبية أو الخدمات الليلية للمرضى (في أثناء الإقامة في العيادات الداخلية في المستشفي أو الإقامة الجزئية في المستشفى) حيث لا توجد ضرورة طبية واضحة.

حلول إصدار الفواتير للمرضى (PBS): القسم المسؤول في Mass General Brigham عن جميع عمليات دورة إيرادات النفقات التي يتحملها المريض بما في ذلك خدمة العملاء وعمليات التحصيل وقرارات وعمليات تحديد ومعالجة المساعدة المالية (بخلاف WDH التي يتم اتخاذ القرارات بشأنها في ذلك الكيان) ومعالجة الديون المعدومة وأرصدة المرضى/المبالغ المستردة لهم والعمليات المرتبطة بذلك.

مسؤولية المريض: المسؤولية المالية المستحقة للمنشأة/ موفر الرعاية نتيجة لتلقي خدمات الرعاية الصحية؛ يتم تحديد المبلغ وفقًا لامتيازات التأمين الخاصة بالمريض للخدمة المحددة المجدولة؛ بما في ذلك الخصومات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخدمات غير الخاضعة للتغطية.

رعاية ما بعد الحالات الحادة: الخدمات الطبية الضرورية، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل، المقدمة في مستشفى والمصنفة على أنها بعد الحالات الحادة.

النفقات التي يتحملها المريض: تم تحديد المريض على أنه ليس لديه تغطية تأمينية أو يختار عدم الاشتراك في التغطية التأمينية لخدمات/ ظروف معينة.

المريض غير المؤمن عليه: مريض ليس لديه أي تأمين صحي ساري المفعول لتاريخ محدد للخدمة أو عندما تكون تغطيته غير فعالة لخدمة معينة بسبب قيود الشبكة أو استنفاد امتيازات التأمين أو الخدمات الأخرى غير الخاضعة للتغطية.

المريض المؤمن عليه: مريض لديه بعض التأمين أو مصدر دفع آخر تابع لجهة خارجية، تتجاوز مصروفاته الشخصية قدرته على الدفع.

الخدمات الطارئة: الخدمات الطبية الضرورية التي يتم تقديمها بعد ظهور مفاجئ لحالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر خلال الأعراض الحادة ذات الشدة الكافية (بما في ذلك الألم الشديد) التي يعتقد الشخص العادي الذي لديه حكمة أن غياب الرعاية الطبية عنها في غضون 24 ساعة يمكن أن يؤدي بشكل معقول إلى: تعريض صحة المريض للخطر أو إعاقة وظائف الجسم أو خلل في أي عضو أو جزء من الجسم. يتم توفير خدمات عاجلة للحالات التي لا تهدد الحياة ولا تشكل خطرًا كبيرًا على صحة الفرد.

المرضى الداخليون: يُقصد بمستوى الرعاية الداخلية دخول المريض إلى المستشفى أو أي منشأة رعاية أخرى لتلقي علاج يتطلب إقامة ليلة واحدة على الأقل. عادةً ما يحتاج المرضى الداخليون إلى تلقي رعاية أو مراقبة أكثر شمولاً، والتي قد تتضمن الجراحة أو علاج الحالات الأكثر خطورة.

المرضى الخارجيون: يُقصد بمستوى الرعاية الخارجية تلقي المريض علاجًا أو رعاية طبية دون دخول المستشفى للإقامة ليلة واحدة، إذ يتم العلاج في عيادة الطبيب أو أي عيادة طبية أخرى خلال يوم واحد ويعود إلى المنزل في اليوم نفسه.

الملاحظة: مستوى الرعاية في حالة الملاحظة هو خدمة رعاية خارجية في المستشفى، تتيح للطبيب تحديد ما إذا كان المريض بحاجة إلى رعاية داخلية أو هناك إمكانية لخروجه. تعتمد حالة الملاحظة على مستوى الرعاية التي يحتاجها المريض، وليس على مدة إقامته في المستشفى. قد تتغير حالة المريض إذا تحسنت حالته أو ساءت، أو إذا كان يحتاج إلى رعاية أكثر أو أقل.

وحدة الإنعاش: وحدة مستشفى مخصصة للمرضى الذين خضعوا لإجراء جراحي ويحتاجون إلى فترة نقاهة أطول أو إقامة قصيرة في المستشفى.

* لا تعتمد حالة تصنيف المريض على موقعه (الطابق/الوحدة)، ولكنها تُمثل مستوى الرعاية.

III. التصنيف والوصول إلى الرعاية

A. نظرة عامة

يتم تقييم جميع المرضى الذين يتقدمون لتلقي العلاج غير المجدول وفقًا للتصنيفات المدرجة في هذا القسم. لا يجوز رفض أو تأخير خدمات المستشفى العاجلة أو الطارئة بناءً على قدرة MGB على تحديد المريض أو التغطية التأمينية أو القدرة على الدفع. ومع ذلك، قد تتأخر خدمات الرعاية الصحية غير الطارئة أو غير العاجلة أو يتم تأجيلها بناءً على التشاور مع طاقم العمل الإكلينيكي في MGB في تلك الحالات عندما يتعذر على MGB تحديد مصدر الدفع مقابل خدماتها. يتم تحديد مدى ضرورة العلاج المرتبط بكل مريض تظهر عليه الأعراض الإكلينيكية من قبل أخصائي طبي على النحو المنصوص عليه في المعايير المحلية للممارسة، والمعايير الإكلينيكية الوطنية والخاصة بالولاية للرعاية، وسياسات وإجراءات الطاقم الطبي في MGB. علاوةً على ذلك، تتبع جميع المستشفيات متطلبات قانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض النشط (EMTALA) من خلال إجراء فحص طبي لتحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية طارئة أم لا.

B. أنواع الخدمات

1. الخدمات الطارئة والعاجلة

تقدم MGB خدمات طارئة وعاجلة بغض النظر عن هوية المريض أو التغطية التأمينية أو القدرة على الدفع. ويتم تسجيل واستقبال المرضى في حالات الطوارئ والحالات العاجلة وفقًا لمتطلبات قانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض النشط (EMTALA). ينبغي جمع المعلومات الديموغرافية والتأمينية للمريض في أسرع وقت ممكن. ومع ذلك، يجب تأجيل جمع المعلومات عندما قد يؤدي جمع هذه المعلومات إلى تأخير الفحص الطبي أو التأثير سلبًا على الحالة الإكلينيكية للمريض. عندما يكون المريض غير قادر على تقديم التأمين أو المعلومات الديموغرافية في وقت الخدمة ويوافق المريض، ينبغي بذل كل جهد لإجراء مقابلات مع الأصدقاء أو الأقارب الذين قد يرافقون المريض أو يتم التعرف عليهم بطريقة أخرى. حيثما كان ذلك عمليًا، ينبغي تأكيد معلومات التأمين التي يقدمها المريض مع الجهة الدافعة عبر موقع الويب الخاص بالجهة الدافعة أو عملية تبادل البيانات الإلكترونية (EDI) أو عملية الأهلية في الوقت الفعلي (RTE).

2. الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة

ينبغي تسجيل واستقبال مرضى الحالات غير الطارئة/ غير العاجلة قبل تقديم الخدمات. ستتم مراجعة المعلومات الديموغرافية والمالية والتأمينية وتحديثها حسب الحاجة للمرضى العائدين أو الحاليين، بما في ذلك، عند الضرورة، التحقق من حالة تأمينهم عبر عملية تبادل البيانات الإلكترونية (EDI)/ الأهلية في الوقت الفعلي (RTE) أو الطرق الأخرى المتاحة. يمكن تصنيف الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة فرعيًا بشكل عام على أنها إما:

- خدمات انتقائية
- خدمات أخرى
- رعاية ما بعد الحالات الحادة
- خدمات صحة سلوكية

قد ترفض MGB تزويد المريض بخدمات غير طارئة وغير عاجلة في تلك الحالات عندما لا تنجح MGB في تقرير أنه سيتم الدفع مقابل خدماتها. وفقًا للقسم الثالث (و)(2) أدناه، سيكون المرضى الذين لديهم تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الكاملة وتغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية مؤهلين بشكل افتراضي للحصول على المساعدة المالية - سيتمكن المرضى من طلب الرعاية للخدمات المؤهلة (وفقًا للقسم الثالث (ج)) بدون طلب المساعدة المالية. قد يتم تأجيل الخدمات التي تم تحديد أنها غير ضرورية من الناحية الطبية إلى أجل غير مسمى حتى يمكن إجراء ترتيبات الدفع المناسبة. وهي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:

- جراحة التجميل
- الخدمات الاجتماعية والتعليمية والمهنية

C. الحصول على معلومات المريض والتحقق منها

- ستبذل MGB جهودًا حثيثة لتحديد جميع المرضى بشكل إيجابي والحصول على المعلومات الديموغرافية والمالية الكاملة وتسجيلها والتحقق منها لكل مريض يسعى للحصول على رعاية.
- ستتضمن المعلومات التي سيتم الحصول عليها المعلومات الديموغرافية (مثل اسم المريض والعنوان ورقم الهاتف ورقم الضمان الاجتماعي إن أمكن والجنس وتاريخ الميلاد وتحديد هوية المريض السارية)، ومعلومات التأمين الصحي (بما في ذلك الاسم والعنوان ومعلومات المشترك ومعلومات الامتيازات مثل المدفوعات المشتركة والخصومات ومبالغ التأمين المشترك) الكافية لتأمين الدفع مقابل الخدمات.
- سيتم دائمًا التخفيف من المتطلبات المفروضة على MGB للحصول على معلومات كاملة وفقًا لحالة المريض، مع إعطاء الأولوية لاحتياجات الرعاية الصحية الفورية للمريض.
- من واجب المريض تقديم تأمين كامل وفي الوقت المناسب ومعلومات ديموغرافية ومعرفة الخدمات التي تغطيها وثيقة تأمينه.

D. مسؤولية المريض

يأتي ما يلي ضمن التزامات المريض:

- تقديم معلومات التأمين والمعلومات الديموغرافية كاملة وفي الوقت المناسب وإبلاغ MGB (والولاية إذا كان المريض مشاركًا في برنامج الولاية) بأي تغييرات في التأمين أو المعلومات الديموغرافية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التغييرات في الدخل أو حالة التأمين.
- التقدم بطلب للحصول على التغطية والحفاظ عليها من خلال أي برنامج (برامج) ترعاه الحكومة قد يكون المريض مؤهلاً للمشاركة بها، بما في ذلك تقديم جميع الوثائق المطلوبة ضمن الأطر الزمنية المطلوبة. ينبغي على جميع المرضى الحصول على تغطية تأمينية والحفاظ عليها إذا توفرت لهم تغطية ميسورة التكلفة.

- إخطار MGB بأي تغطية محتملة لحوادث السيارات، أو تغطية مسؤولية الجهات الخارجية، أو تغطية تعويض العمال (القسم الرابع (د) والقسم الخامس (و)).
  - بالنسبة للمرضى المشمولين ببرنامج خاص بالولاية، تقديم مطالبة بالتعويض، إن أمكن، فيما يتعلق بأي حادث أو إصابة أو خسارة وإخطار برنامج الولاية (على سبيل المثال، مكتب Medicaid وشبكة الأمان الصحي) في غضون عشرة أيام من تلقي المعلومات المتعلقة بأي دعوى قضائية أو مطالبة تأمين تغطي تكلفة الخدمات التي تقدمها MGB.
  - يُطلب من المريض أيضًا التنازل عن الحق في مدفوعات من جهة خارجية والتي ستغطي تكاليف الخدمات التي يدفعها مكتب Medicaid في Massachusetts أو شبكة الأمان الصحي.
  - لا تستطيع ولاية New Hampshire إصدار فاتورة لتغطية المركبات الآلية. للمريض خيار تحصيل رسوم تأمينه الطبي أو تحمل مسؤوليته.
- بذل جهود معقولة لفهم حدود تغطيته التأمينية بما في ذلك قيود الشبكة وقيود تغطية الخدمة والمسؤوليات المالية بسبب التغطية المحدودة والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات.
- متابعة إحالة التأمين والتفويض المسبق وسياسات الإدارة الطبية الأخرى، عند الضرورة.
- إكمال أي متطلبات تأمين أخرى، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، إكمال تنسيق نماذج الامتيازات، وتحديث معلومات العضوية، وتحديث معلومات الطبيب.
- دفع مبالغ المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك في الوقت المناسب.
- توفير تحديثات في الوقت المناسب للبيانات الديموغرافية والتأمينية والأهلية للمشاركة في شبكة الأمان الصحي (HSN) والخصم السنوي.

E. سياسة عدم التمييز

لن تقوم MGB بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنسية أو الاغتراب أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة، في سياساتها أو في تطبيقها للسياسات المتعلقة باكتساب الأموال والتحقق من المعلومات المالية، أو الإيداعات المسبقة أو المعالجة المسبقة، أو خطط الدفع، أو القبول المؤجل أو المرفوض، أو الأهلية للمشاركة في شبكة الأمان الصحي.

IV. إصدار الفواتير للمريض والتحصيلات

A. نظرة عامة

تبذل مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو الرعاية في MGB الآخرين جهودًا حثيثة لتحصيل جميع الرسوم المستحقة من شركات التأمين وفقًا لمعايير الصناعة المعمول بها وستسعى إلى تطبيق المدفوعات والتعديلات التعاقدية في الوقت المناسب على حساب المريض. وتشمل هذه الجهود إعداد فواتير لجميع خطط التأمين المتاحة وفقًا لمتطلبات الجهات الدافعة والمتابعة في الوقت المناسب للمطالبات المرفوضة. سيتحمل المرضى أو الضامنون الآخرون المسؤولية عن جميع أرصدة الحسابات المتبقية بعد تطبيق جميع مدفوعات التأمين، والتسويات التعاقدية، والخصومات/ التسويات المتفق عليها وفقًا لأي إشعار تحويل يتم تلقيه من جهة الدفع باستثناء الحالات التي قد يتم فيها تقديم الرصيد إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) أو تعتبر معفاة من إجراءات التحصيل حسب لوائح الولاية. قد تشمل إجراءات التحصيل بيانات المريض وخطابات المرضى والاتصالات الهاتفية وإشعارات التحصيل النهائية المعتمدة.

B. إصدار الفواتير للمريض

لدى MGB عملية متسقة لتقديم وتحصيل المدفوعات مقابل الخدمات في مستشفيات الرعاية الحادة وموفري الرعاية الآخرين لدى MGB (انظر الملحق أ للحصول على القائمة الكاملة). ستتبع MGB إجراءات التحصيل/ إصدار الفواتير التالية:

- يتم إرسال فاتورة أولية إلى المريض أو الطرف المسؤول عن الالتزامات المالية الشخصية للمريض (على سبيل المثال، جهة الدفع الخارجية)
- سوف ترسل MGB الفواتير اللاحقة، أو تجري المكالمات الهاتفية، أو ترسل خطابات التحصيل، أو ترسل الإشعارات عبر البريد الإلكتروني، أو أي وسيلة أخرى للتواصل تستخدمها MGB (انظر القسم الرابع (ج)) والتي تشكل جهدًا حقيقيًا للاتصال بالطرف المسؤول عن الفاتورة غير المدفوعة.
- سنحاول تحصيل الرصيد المستحق لمدة 120 يومًا من تاريخ الفاتورة الأولية.
- بعد مرور 90 يومًا، سيتم إرسال إشعار التحصيل النهائي. سيتم إرسال حسابات قسم الطوارئ التي تزيد عن 1000 دولار عبر البريد المعتمد.
- سنحتفظ بوثائق هذه الجهود وفقًا لسياسات الاحتفاظ بالوثائق الداخلية.

C. بيانات المريض والخطابات والمكالمات معه

ستقوم مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرين، إما مباشرةً أو من خلال الوكلاء المعينين، بإعداد أو إرسال كشوفات بريدية للمرضى عبر البريد على أساس منتظم لإبلاغهم بالأرصدة المستحقة. قدر الإمكان، سيتلقى المريض ملخصًا بجميع الرسوم والمدفوعات والتسويات المضمنة في الفاتورة الأولية لكل تاريخ خدمة. بشكل عام، يجب أن يتلقى المرضى أربعة (4) أو أكثر من البيانات أو الخطابات غير الورقية/ الورقية على مدار دورة الفوترة التي من المتوقع أن تستمر لمدة 120 يومًا على الأقل بشرط عدم حدوث إجراءات أخرى تشير إلى عدم استحسان إصدار الفواتير بشكل إضافي.

1. مكالمات وخطابات التحصيل

ستبذل مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرين جهودًا معقولة لتحصيل جميع الأرصدة المستحقة لصالح MGB. ستختلف جهود التحصيل التي يتم تنفيذها اعتمادًا على عدد من العوامل، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، رصيد الحسابات وتاريخ التحصيل السابق للمريض. قد تتضمن جهود التحصيل الإضافية الاتصال بالمريض عبر المكالمات ورسائل البريد الإلكتروني والخطابات لإكمال عملية بيانات المرضى الروتينية كما هو موضح في القسم الرابع (ب).
قدر الإمكان، ستشمل هذه المكالمات والخطابات تذكيرات بشأن توفر المساعدة المالية.

2. الإخطار بتوافر المساعدة المالية

ستتضمن بيانات المرضى أي إشعارات تتطلبها اللوائح لإبلاغ المرضى بتوافر المساعدة المالية وسبل الوصول إليها. ستتوافق لغة ومحتوى هذه الإشعارات مع لوائح المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية (EOHHS) الحالية وقاعدة مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) رقم 501 (r). سيتم أيضًا تضمين الإشعارات المتعلقة بتوفر المساعدة المالية في جميع الاتصالات الكتابية والشفهية الأخرى مع المرضى إلى أقصى درجة ممكنة. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على سياسة المساعدة المالية والخصومات للمرضى غير المؤمن عليهم.

3. المرضى المحميون من إجراء التحصيل

ستتخذ مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون خطوات معقولة لضمان عدم الشروع في أي إجراءات تحصيل، بما في ذلك المكالمات الهاتفية أو البيانات أو الخطابات، لأرصدة المرضى التي قد تكون مستثناة من إجراء التحصيل بموجب اللوائح، بما في ذلك المرضى الذين تم تحديد أنهم من أصحاب الدخل المنخفض من قبل مكتب Medicaid (باستثناء مرضى طب الأسنان ذوي الدخل المنخفض فقط)، أو المسجلين في MassHealth/Medicaid، وفي خطة التأمين الطبي للأطفال (CMSP) مع دخل الدخل الإجمالي المعدل المضبوط (MAGI) للأسرة يساوي أو يقل عن 300% من توجيهات الفقر الفيدرالية، وNH Medicaid بحيث يكون الدخل الإجمالي المعدل المضبوط للأسرة يساوي أو يقل عن 250% من توجيهات الفقر الفيدرالية، والمساعدات الطارئة لكبار السن والمعاقين والأطفال (EAEDC) وتغطية شبكة الأمان الصحي (الكاملة أو الجزئية).

- إذا تم تحديد أن المريض قد تم تسجيله في إحدى هذه الفئات، فسيتم إيقاف جميع إجراءات التحصيل (باستثناء المدفوعات المشتركة والخصومات وبرنامج الرسوم المستحقة لدى Medicaid وخصومات شبكة الأمان الصحي (HSN) السارية) ضد المريض للخدمات التي حدثت خلال فترة أهلية المريض.
- ستتوقف إجراءات التحصيل أيضًا طالما تم تحديد أن المريض من ذوي الدخل المنخفض إذا كان الرصيد من فترة لم يكن المريض مسجلاً خلالها في برنامج مؤهل.
- قد تستمر مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون في إرسال خطابات تطلب معلومات أو إجراء من قبل المريض لحل مشكلات التغطية و/أو الأهلية مع جهة دفع رئيسية أو برنامج تعويض العمال أو للحصول على أي معلومات تتعلق بمسؤولية جهة خارجية أو معلومات شركة حوادث السيارات (MVA).

4. إشعار التحصيل النهائي

ستبذل مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون جهودًا معقولة لإرسال إشعار تحصيل نهائي لكل مريض قبل شطب الحساب باعتباره ديونًا معدومة. في معظم الحالات، يتم تضمين إشعار التحصيل النهائي في بيان الضامن (الطرف المسؤول).

5. تعليق إصدار الفواتير

في حالات معينة، قد تكون استمرارية نشاط إصدار الفواتير والتحصيل غير مناسبة وقد يتم تعليقه أو إيقافه. تشمل هذه المواقف، على سبيل المثال لا الحصر: العنوان غير الصالح (القسم الرابع (ج)(7))، أو حالات الإفلاس (القسم الرابع (د)(1))، أو وفاة المريض (القسم الرابع (د)(2))، أو شكوى المريض قيد المراجعة أو مشكلة في خدمة العملاء، أو الأرصدة الصغيرة (القسم الرابع (ج)(8))، أو قرارات MassHealth أو الدخل المنخفض المعلقة (القسم الخامس (هـ)(5)).

6. الديون المعدومة لحالات الطوارئ

بالنسبة للحالات التي يتم فيها النظر في حساب لتقديم طلب إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) باعتباره ديونًا معدومة لحالات الطوارئ، فإن مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرين سوف يتحققون من استيفاء الشروط التالية:

- خضع الحساب لإجراء تحصيل مستمر لمدة لا تقل عن 120 يومًا.
- تم إجراء استعلام حول الأهلية إلى نظام معلومات إدارة Medicaid (MMIS) لفحص التغطية.
- الخدمات المقدمة مؤهلة على أنها طارئة أو عاجلة وفقًا للتعريفات الواردة في هذه السياسة.
- تم إرسال إشعار التحصيل النهائي عن طريق البريد المعتمد للأرصدة التي تبلغ 1000 دولار أو أكثر. يمكن إرسال الحسابات الموثقة بشكل صحيح على أنها حسابات ذات عنوان غير صحيح إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) دون إرسال إشعار تحصيل نهائي بالبريد عبر البريد المعتمد بشرط مرور 120 يومًا من تاريخ الفوترة الأولية وأنه، بعد بذل جهود معقولة، لم تتمكن MGB من الحصول على عنوان محدث. ستُبذل محاولات معقولة لإخطار المقيمين في ولاية Massachusetts بأن شبكة الأمان الصحي (HSN) قد تقدم تفاصيل عن أي مطالبات يتم تقديمها إلى صاحب عمل المريض.

7. مرتجعات العنوان غير الصحيح

ستبذل مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون جهودًا معقولة لتتبع جميع بيانات المريض التي تعيدها الخدمة البريدية للولايات المتحدة (USPS) والتي لا يمكن تسليمها والرد عليها. بمجرد تمييز الحساب على أنه يحتوي على عنوان غير صحيح، لن يتم إصدار أي بيانات أو خطابات أخرى ما لم يتم تحديد عنوان جديد. سيتم تمييز الحسابات ذات العناوين غير الصحيحة في نظام التسجيل لتنبيه أي موظف مشارك في عملية التسجيل للحصول على عنوان جديد من المريض. قد تتم إحالة الحسابات التي تحتوي أحدث معلوماتها الديموغرافية على عنوان غير صحيح إلى وكالات خارجية على أنها ديون معدومة لإجراء متابعة إضافية باستثناء حسابات الديون المعدومة للحالات الطارئة المحتملة التي تتم متابعتها لمدة 120 يومًا قبل تعيينها.

8. تعديل الأرصدة الصغيرة

إدراكًا لتكلفة معالجة البيانات وأنشطة التحصيل، قد تقوم MGB بإلغاء كشوف الحسابات التي تقل عن حد "الفواتير ذات القيمة الصغيرة". وبالمثل، بعد إعداد الفواتير، قد تحد MGB من نشاط التحصيل والبحث للأرصدة الصغيرة وتعديل الحسابات التي تقل عن حد "شطب الأرصدة الصغيرة". لن يتم بأي حال من الأحوال إصدار فاتورة بتعديلات الأرصدة الصغيرة التي يتم إجراؤها بموجب هذا القسم إلى شبكة الأمان الصحي (HSN). ينطبق حد الرصيد الصغير النموذجي على أرصدة حسابات الضامن إذا كانت تقل عن 10.00 دولارات.

9. إشعار الرسوم الإضافية

تعتمد MGB عملية لتحديد جميع أرصدة المرضى الخاضعة لرسوم إضافية لصندوق شبكة الأمان الصحي كما هو محدد في القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 614. سيتم إصدار فاتورة بمبالغ الرسوم الإضافية إلى المريض وسيتم تحويل الأموال المحصلة إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) وفقًا للجدول الزمني المطلوب، باستثناء مستشفى Wentworth-Douglass Hospital.

10. عدم إصدار فواتير الرصيد

ستحافظ MGB على عملية لتحديد جميع أرصدة المرضى التي، وفقًا "لقانون عدم المفاجآت لقانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021"، لن تسمح بإصدار فواتير الرصيد. ترتبط هذه الحسابات/الأرصدة بما يلي: (1) خدمات الطوارئ من خارج الشبكة؛ و(2) الخدمات غير الطارئة من قبل موفري الرعاية غير المشاركين في بعض منشآت الرعاية الصحية المشاركة (ما لم يتم استيفاء متطلبات الإشعار والموافقة)، و(3) الكشف عن إجراءات حماية المريض ضد إصدار فواتير الرصيد (حسابات الإشعار والموافقة).

- لن يقوم قسم حسابات المرضى في MGB بإصدار فواتير الرصيد للمرضى مقابل خدمات موفر الرعاية من خارج الشبكة المحدد عندما لا يتم الحصول على الإشعار والموافقة، أو أي خدمات موفر رعاية إضافية أو مستبعدة من خارج الشبكة، وفقًا لمتطلبات وكالة الأمن القومي (NSA) المحددة.
- لن يقوم قسم حسابات المرضى في MGB بإصدار فواتير للمرضى بالمبالغ التي تزيد عن مسؤولية المريض المعتمدة على مبلغ الدفع المؤهل (QPA) المحدد من قبل الجهة الدافعة للمطالبات السارية؛ سيتم شطب الأرصدة غير القابلة للفوترة للمريض باستخدام رمز تعديل NSA المناسب.

D. المواقف الخاصة - إصدار الفواتير

1. إفلاس المريض

ستبذل MGB جهودًا معقولة لتتبع جميع إشعارات الإفلاس والاحتفاظ بها في ملف لضمان اتباع جميع إجراءات المحكمة المعتمدة، بما في ذلك تقديم المطالبات إلى المحكمة حسب الضرورة أو الإعفاء من الديون.

2. المرضى المتوفون

عندما يكون ذلك مناسبًا وفعالاً من حيث التكلفة، ستقوم MGB بإجراء عمليات بحث عن التركات وإصدار الفواتير للتركات وكذلك إصدار حق الحجز ضد التركات.

3. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (ولاية Massachusetts)

- ستُبذل جهود معقولة لإصدار فاتورة لشركة حوادث السيارات (MVA)/مسؤولية الجهة الخارجية (TPL) لتحصيل أي مبالغ متاحة للحماية من الإصابات الشخصية (PIP).
- ستتم معالجة مطالبات التأمين بعد استنفاد الحماية من الإصابات الشخصية (PIP).
- قد تصدر MGB أيضًا حجزًا ضد مدفوعات الإصابات الجسدية المستقبلية التي تدفعها شركة حوادث السيارات (MVA) للمريض إذا تمكنا من تحديد اسم محامي المريض الذي يدير الدعوى.

- لن يتم تقديم المطالبات إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) حتى يتم استنفاد الجهود الحثيثة لتحصيل الأرصدة من الجهات الأخرى.
- بقدر الإمكان، سيتم تذكير المرضى بأنه من واجبهم الإبلاغ عن أي مطالبة محتملة بموجب مسؤولية الجهة الخارجية (TPL) في غضون 10 أيام من فتح مطالبة بمكتب Medicaid أو بشبكة الأمان الصحي (HSN). سيتم تعويض أي عمليات استرداد يتم استلامها بعد تقديم مطالبة إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) مقابل المطالبة الأصلية وإبلاغ شبكة الأمان الصحي (HSN) بما في ذلك حالات الإلغاء أو المرتجعات المطلوبة.

4. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (ولاية New Hampshire)

قد يختار المرضى الذين لديهم تغطية تأمين صحي أن تصدر MGB فاتورتهم لتأمينهم الصحي. لن تخضع الأرصدة التي يتم إصدار فواتير بها للمريض لأي خصم أو تعديل روتيني. لا تستطيع ولاية New Hampshire إصدار فاتورة لتأمين المركبات الآلية.

5. تعويض العمال

تتم تسوية المطالبة المقدمة إلى إدارة تعويضات العمال (WCA) بشكل عام بالكامل مع شركة WCA إذا كانت التغطية صالحة. ستبذل MGB محاولات معقولة لمتابعة تغطية إدارة تعويضات العمال (WCA) بما في ذلك تقديم المطالبات القانونية. في حالة عدم وجود تغطية إدارة تعويضات العمال (WCA)، تتم إدارة المطالبة بالطريقة المعتادة.

6. تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الثانوية

ستبذل MGB جهودًا حثيثة للحد من تقديم المطالبات إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) كتغطية ثانوية لتلك الأرصدة التي قد تغطيها شبكة الأمان الصحي (HSN)، بما في ذلك الخصومات والتأمين المشترك والخدمات غير الخاضعة للتغطية. وهذا يشمل الحالات التي يكون فيها المريض قد استنفد الامتيازات الخاصة به أو التي لم يكن تسجيلها مع جهات الدفع نشطًا في وقت تقديم الخدمة (الخدمات).

لن يتم تقديم المطالبات المتعلقة بالخدمات المرفوضة بسبب خطأ فني في المطالبة أو أي رفض فني آخر كما هو موضح في القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613.03(1)(ج) إلى شبكة الأمان الصحي (HSN). إذا تلقت MGB دفعة إضافية أو مصححة بشأن مطالبة تم تقديمها مسبقًا إلى شبكة الأمان الصحي (HSN)، فسيتم إرسال مطالبة مصححة إلى شبكة الأمان الصحي (HSN)، باستثناء مستشفى Wentworth-Douglass Hospital.

7. خصم تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية

ستقوم MGB بإصدار فاتورة للمرضى بنسبة 100% من الخصم السنوي لتغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية لهم حتى يتم إصدار فاتورة بالرسوم المساوية للخصم السنوي للمريض، بما في ذلك أي أرصدة مضمنة في خطط السداد. لن يتم تقديم المطالبات إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) حتى يتم استقطاع مبلغ الخصم من المريض. ويتضمن ذلك جميع المنشآت التابعة والمراكز الصحية بالمستشفيات التي تعمل كجزء من ترخيص MGB (انظر الملحق أ).

8. ضحايا جرائم العنف

ينبغي على المرضى الذين يقدمون طلبات إلى برنامج المدعي العام لضحايا جرائم العنف إبلاغ قسم حلول إصدار الفواتير للمرضى التابع لـ MGB في حال استلامهم فاتورة. بمجرد علم مكتب MGB بتقديم طلب، تُرسل جميع المطالبات المؤهلة مباشرةً إلى مكتب المدعي العام. إذا كان طلب المريض معلقًا، فسيتم تعليق إرسال الفواتير إليه حتى اكتمال عملية تقديم الطلب. تُعتبر المدفوعات الواردة من برنامج ضحايا جرائم العنف عمومًا بمثابة سداد كامل لتكلفة الخدمات.

- للوصول إلى هذه البرامج، يُرجى زيارة:
  - MA : www.mass.gov/massachusetts-victims-of-violent-crime-compensation
  - NH: www.doj.nh.gov/bureaus/victims-compensation-program
  - ME: www.maine.gov/ag/crime/victims_compensation

V. التخليص المالي

A. نظرة عامة

ستبذل MGB جهودًا حثيثة لتحديد المسؤولية المالية للمريض في أقرب وقت ممكن بشكل معقول خلال فترة رعاية المريض. حيثما كان ذلك ممكنًا، ستجمع مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون المدفوعات المشتركة أو الخصومات أو مبالغ التأمين المشترك أو مبالغ الإيداع المطلوبة قبل تقديم أي خدمة. يعد المرضى، وهم الأعضاء في خطط الرعاية الصحية المُدارة أو خطط التأمين ذات متطلبات الوصول المحددة، مسؤولون عن فهم متطلبات خطة التأمين والامتثال لها، بما في ذلك الإحالات أو التراخيص أو قيود "الشبكة" الأخرى. سوف تطلب MGB أي موافقة مسبقة أو تفويض أو ضمانات دفع ضرورية من شركة التأمين كلما أمكن ذلك. في ظل بعض الظروف، بما في ذلك تقديم الخدمات الطارئة والعاجلة، قد تتم هذه الإحالة والتفويضات بعد تقديم الخدمة.

سيتم إبلاغ جميع المرضى الذين يتحملون رصيدًا للخدمات بتوفر خدمات الاستشارة المالية للمرضى لمساعدتهم في الوفاء بمسؤوليتهم المالية. ستبذل MGB قصارى جهدها لإبلاغ جميع المرضى بأي مسؤولية مالية كبيرة قبل تقديم الخدمة إلى الحد الذي تتوفر فيه هذه المعلومات. سيتم الانتهاء من الفحص المتوافق مع قانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض النشط (EMTALA) قبل الأنشطة لتحديد المسؤولية المالية للمريض.

B. إعداد التقديرات

بموجب قانون Massachusetts العام (M.G.L.) الفقرة 111 القسم 228 في ولاية Massachusetts، ستقدم مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون تقديرات للمرضى عند الطلب في غضون يومي عمل من تاريخ الطلب للمبلغ الذي قد يدفعه المريض مقابل ما يلي (بناءً على خطة التأمين الخاصة بالمريض):

- المدة المقدرة للإقامة في المستشفى
- الاجراءات الطبية
- خدمات الرعاية الصحية
- التكاليف الشخصية المحتمل دفعها من المال الخاص

الرعاية المتخصصة

سيختلف القسم المسؤول عن تقديم التقديرات حسب الموقع ولكنه يشمل عمومًا فريق التجربة المالية للمريض و/أو الاستشارة المالية للمريض. ستحافظ MGB على عملية التقدير لمرضى الخدمة الذاتية على موقعها الإلكتروني (www.patientgateway.org) لكل من المرضى المسجلين وغير المسجلين الذين يمكنهم الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات وفقًا للوائح مركز شفافية أسعار خدمات Medicare. توجد تفاصيل إضافية بشأن عمليات التقدير في سياسة وإجراءات التقدير بما في ذلك المتطلبات المحددة لتقديم تقدير نهائي للمريض كتابيًا إلى جانب خيارات الدفع.

1. تقديرات حسن النية

- سيقدم موظفو برنامج وصول المرضى وتجربتهم تقديرًا حسن النية (GFE) في الوقت المناسب لتأكيد المرضى الذين يتحملون نفقاتهم والمجدول قبل 10 أيام أو أكثر من الخدمة وفي غضون ثلاثة أيام عمل من يوم الجدولة. في الموعد المحدد قبل 3 أيام من الخدمة، وفي غضون يوم عمل واحد بعد الجدولة، وعند الطلب، في غضون 3 أيام.
- في سيناريوهات معينة، سيتم شطب مسؤولية المريض التي تزيد عن المبلغ المقدر.
- تشمل التقديرات حسنة النية ما يلي:
  a. رمز التشخيص
  b. رمز الخدمة المتوقع
  c. الرسوم المتوقعة
  d. اسم المريض وتاريخ ميلاده
  e. وصف العنصر الأساسي أو الخدمة الأساسية

f. تاريخ جدولة العنصر أو الخدمة
g. اسم موفر الرعاية
h. معرف الموفر الوطني (NPI) ورقم المعرف الضريبي (TIN)
i. موقع موفر الرعاية

- ستتضمن التقديرات حسنة النية حالات إخلاء المسؤولية التالية:
  a. التقدير حسن النية هو مجرد تقدير وقابل للتغيير
  b. قد تكون هناك عناصر أو خدمات إضافية مضمنة في التقدير حسن النية
  c. إخطار المرضى بالحق في الاعتراض
  d. التقدير حسن النية ليس عقدًا

C. المرضى المؤمن عليهم

- ستبذل مستشفيات الرعاية الحادة وموفرو رعاية MGB الآخرون قصارى جهدهم للتحقق من حالة التأمين الخاصة بالمريض، ووفقًا قانون Massachusetts العام (M.G.L.) الفقرة 111 القسم 228 ستُبلغ المريض إذا كان موفر الرعاية خارج نطاق خطة امتيازات المريض (أي أن موفر الرعاية من خارج الشبكة). ستساعد MGB أيضًا المريض في الامتثال لمتطلبات خطة تأمينه الصحي، وفقًا للمبادئ الموضحة مسبقًا في القسم الثالث (د).
- كلما كان ذلك ممكنًا، سيتضمن هذا التحقق قرارًا بالمسؤولية المالية المتوقعة للمريض، بما في ذلك أرصدة التأمين المشترك أو الخصومات أو المدفوعات المشتركة أو التكاليف التي يتحملها المريض المعمول بها.
- حيثما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا إكلينيكيًا، سيتم طلب دفع أي مبالغ محددة مسبقًا (مدفوعات مشتركة أو خصومات ثابتة) من المريض قبل وقت الخدمة أو في وقت الخدمة.
- في بعض الحالات، قد لا تسمح خطة التأمين الخاصة بالمريض ونوع التغطية بتحديد دقيق لمسؤولية المريض المالية عن الخدمات في وقت التسجيل. في هذه الحالات، قد تطلب MGB إيداع مبالغ مساوية لأفضل تقدير للمسؤولية المالية المتوقعة للمريض.
- يمكن إحالة المرضى غير القادرين على الدفع إلى الاستشارة المالية للمرضى و سياسة خصم المساعدة المالية والمرضى غير المؤمن عليهم.

1. خطط التأمين المتعاقد معها

تعد MGB متعاقدةً مع عدد كبير من خطط التأمين. في هذه الحالات، سوف تطلب MGB الدفع من خطة التأمين لجميع الخدمات الخاضعة للتغطية.

- سيُطلب دفع جميع المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك من المريض قبل تقديم الخدمة.
- إذا حددت شركة التأمين أن خدمة معينة غير خاضعة للتغطية أو إذا تم رفض دفع مقابلها، فسيتم طلب الدفع مقابل هذه الخدمة مباشرةً من المريض وفقًا لعقد التأمين ذي الصلة.
- كلما كان ذلك ممكنًا، ستساعد MGB المريض في الطعن في حالات الرفض أو الأحكام المعاكسة الأخرى من خلال خطة تأمينه مع الاعتراف بأن خطة التأمين تتطلب غالبًا تقديم هذه الاستئنافات من قبل المريض.

2. خطط التأمين غير المتعاقد معها

- سوف تقوم MGB بإتاحة تقديم الفواتير لشركة التأمين الخاصة بالمريض في تلك الحالات التي لا تكون فيها MGB متعاقدةً مع شركة التأمين أو عندما يتم الحصول على التفويض أو عندما يكون من المعروف أن المريض يحصل على امتيازات من خارج نطاق الشبكة.
- بينما تقوم MGB بإصدار فاتورة لخطة التأمين الخاصة بالمريض، فإن المسؤولية المالية النهائية تقع على عاتق المريض أو الضامن، وقد يؤدي فشل شركة التأمين في الرد على الفاتورة في الوقت المناسب إلى دفع المريض للفواتير مباشرةً مقابل الخدمات، باستثناء الحالات التي يكون فيها المريض محميًا من إجراءات التحصيل (القسم الرابع (ج)(3)).

- قد يتم إصدار فواتير بالأرصدة المتبقية بعد أي مدفوعات من شركة التأمين إلى المريض.
- كلما كان ذلك ممكنًا، ستساعد MGB المريض في الطعن في حالات الرفض أو الأحكام المعاكسة الأخرى من خلال خطة تأمينه مع الاعتراف بأن خطة التأمين تتطلب تقديم الاستئناف من قبل المريض.

3. الإشعار والموافقة

- ستقدم MGB الإشعار والموافقة لمرضاها بحسن نية امتثالاً لمتطلبات الإشعار والموافقة في قانون خدمات الصحة العامة (PHS Act)، بما في ذلك:
- سيحدد موظفو قسم وصول المرضى لدى MGB خدمات موفر الرعاية غير المشارك الخاضعة لمتطلبات الإشعار والموافقة بموجب قانون عدم المفاجآت *[1]*(NSA)، ويقدمون ويحصلون على الإشعار والموافقة خلال الأطر الزمنية التالية وفقًا لمتطلبات NSA المحددة:
- إذا تم تحديد الموعد قبل 72 ساعة من تقديم الخدمات، فسيتم تقديم وثائق الإشعار والموافقة قبل 72 ساعة من تقديم العناصر أو الخدمات.
- إذا قام الفرد بتحديد موعد للعناصر أو الخدمات ذات الصلة في غضون 72 ساعة من تاريخ توفير العناصر والخدمات، فسيتم تقديم هذه الوثائق في اليوم المحدد للموعد.
- في حالة تقديم وثائق الإشعار والموافقة للفرد في اليوم الذي سيتم فيه تقديم العناصر أو الخدمات، بما في ذلك خدمات ما بعد الاستقرار، سيتم تقديم الوثائق في موعد لا يتجاوز 3 ساعات قبل تقديم العناصر أو الخدمات ذات الصلة.
  - لن يطلب موظفو قسم وصول المرضى في MGB الإشعار والموافقة للخدمات التي لا ينطبق عليها الإشعار والموافقة، وفقًا لمتطلبات NSA المحددة (أي خدمات الطوارئ، والخدمات الإضافية).
  - سيقدم موظفو قسم وصول المرضى في MGB نموذج الإشعار والموافقة بشكل منفصل وبحيث لا يكون مدمجًا مع الوثائق الأخرى.

D. المرضى غير المؤمن عليهم (الذين يتحملون نفقاتهم)

~~سيُطلب~~ من المرضى الذين ليس لديهم تأمين صحي ولم يتم تحديد موافقة لحصولهم على المساعدة المالية مسبقًا، أو المريض منخفض الدخل كما هو موضح بالتفصيل في القسم الخامس (هـ)، تقديم مبالغ مودعة مسبقًا للخدمات غير المطلوب تنفيذها بموجب قانون العلاج الطبي الطارئ والمخاض النشط (EMTALA).

- سيكون المبلغ المودع مساويًا لـ 100% من الرسوم المقدرة للخدمة المراد تقديمها، ناقصًا أي خصم (انظر القسم الخامس (هـ)).
  - في هذه الحالات، حيث لا يمكن تقدير الرسوم بدقة، قد تقوم MGB بتحصيل مبلغ إيداع محدد مسبقًا أو الحصول على ضمانات آمنة للدفع بطريقة أخرى.
- إذا لم يقدم المريض مبلغ الإيداع أو أشار إلى عدم قدرته على دفع مبلغ الإيداع، فقد تتم إحالة المريض إلى قسم الاستشارات المالية للمرضى.
- يمكن للمستشار المالي للمريض تقديم معلومات عن أي برامج مساعدة مالية متاحة لهم.
- سيتم تقديم الاستشارات المالية للمقيمين غير المؤمن عليهم لتحديد أهليتهم لأي من برامج الولاية المتاحة أو البرامج الأخرى التي ترعاها الحكومة، بالإضافة إلى تقديم المعلومات لمساعدة المريض في التقدم لهذه البرامج.
  - تشمل برامج الولاية، على سبيل المثال لا الحصر: Medicaid، وConnectorCare، وخطة الأمان الطبي للأطفال، وشبكة الأمان الصحي
  - إذا لم تكن هناك حاجة فورية لتقديم الخدمات، فقد يتم تأجيل أو إلغاء خدمة الدخول إلى المستشفى أو خدمة العيادات الخارجية إلى أن يتمكن المريض من الدفع أو اتخاذ الترتيبات المالية المناسبة أو الحصول على التأمين أو التسجيل في برنامج المساعدة المالية الذي سيغطي الخدمة.

E. المرضى من ذوي الدخل المنخفض (سكان ولاية Massachusetts)

1. التعريف والأهلية

- يتم تعريف المرضى ذوي الدخل المنخفض على أنهم يستوفون المعايير الواردة في القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613.04(1) في ولاية Massachusetts.
- ويشمل هذا عمومًا المرضى المقيمين في ولاية Massachusetts الذين تقدموا بطلب للحصول على تغطية لدى المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية (EOHHS) ولديهم دخل إجمالي معدل مضبوط (MAGI) في ولاية Massachusetts تم التحقق منه يعادل أو يقل عن 300% من توجيهات الفقر الفيدرالية (FPG).
- سيتم التحقق من حالة أهلية المريض لتلقي التغطية بموجب أي برنامج (MassHealth، وشبكة الأمان الصحي، وخطة الأمان الطبي للأطفال (CMSP) لمستوى توجيهات الفقر الفيدرالية الأقل من 300%) في وقت التسجيل.
- القيود الموضحة في هذا القسم للمرضى ذوي الدخل المنخفض مطلوبة للخدمات في مستشفيات الرعاية الحادة (انظر الملحق أ) والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا في Massachusetts وتستبعد عمومًا الخدمات في العيادات التابعة والمستشفيات الموجودة في New Hampshire ومستشفى McLean Hospital وشبكة Spaulding Rehabilitation Network. يتم تضمين الخصومات على الخدمات في تلك الكيانات في سياسة المساعدة المالية والخصم للمرضى غير المؤمن عليهم.

المرضى ذوو الدخل المنخفض (سكان ولاية New Hampshire)

- يساوي الدخل الإجمالي في ولاية New Hampshire 250% أو أقل من توجيهات الفقر الفيدرالية.
- يساوي الدخل الإجمالي في مركز WDH Dental Center 300% أو أقل من توجيهات الفقر الفيدرالية.

2. قيود الخدمة

سيتم تزويد المرضى الذين تم تحديدهم على أنهم مرضى منخفضي الدخل، إلى أقصى حد ممكن، بالخدمات المتوافقة مع توجيهات التغطية الخاصة بشبكة الأمان الصحي (HSN) أو Medicaid بما في ذلك قيود "الخدمة المؤهلة" (بموجب لوائح الولاية وكتيب الأدوية المعمول به).

3. برنامج الصعوبات الطبية التابع لشبكة الأمان الصحي (HSN)

قد يتأهل أي مقيم في Massachusetts مهما كان مستوى دخله للاستفادة من برنامج الصعوبات الطبية التابع لشبكة الأمان الصحي (HSN) إذا تجاوزت نفقاته الطبية المسموح بها دخل الأسرة بما يتجاوز قدرته على الدفع مقابل الخدمات المؤهلة. ويعد هذا البرنامج الذي يسري بأثر رجعي متوافقًا مع اللوائح، ومحدود النطاق، ويمكن الاستفادة منه سنويًا بموجب قرار لمرة واحدة، وليس ضمن فئة التغطية (بموجب القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613.05). لا يجوز التقدم بطلب للاشتراك في هذا البرنامج إلا بعد تقديم الخدمة عندما يتحمل المريض مسؤولية مالية.

a. تأهيل النفقات

تم تحديد نوع ومبلغ النفقات الطبية المسموح بها في القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613.05. يمكن تقديم الفواتير المدفوعة وغير المدفوعة ذات تواريخ الخدمة التي تصل إلى 12 شهرًا قبل تاريخ تقديم الطلب بحد أقصى طلبين خلال فترة 12 شهرًا.

b. عملية تقديم الطلبات

ستساعد MGB المريض في جمع جميع المعلومات ذات الصلة وستقدم طلبات للاستفادة من برنامج الصعوبات الطبية التابع لشبكة الأمان الصحي (HSN) لمراجعتها والموافقة عليها أو تقوم بتزويد المريض بالمعلومات اللازمة لتقديم الطلب. يتحمل المرضى مسؤولية جمع وتقديم الوثائق الخاصة بجميع النفقات الطبية المؤهلة. يُطلب من MGB تقديم الطلبات إلى شبكة الأمان الصحي (HSN) في غضون 5 أيام من استلام جميع الوثائق ووسائل التحقق من المريض.

c. القرار

ستقرر شبكة الأمان الصحي (HSN) مدى تأهيل المريض للبرنامج وستبلغ MGB بشأن الفواتير التي يتحملها المريض والفواتير التي يمكن تقديمها إلى شبكة الأمان الصحي (HSN). يقتصر القرار المرتبط ببرنامج الصعوبات الطبية على تلك الفواتير التي يتم تضمينها مع الطلب. لا توجد فترة أهلية، ويمكن استخدام الفواتير مرة واحدة فقط لدعم الطلب.

d. الحماية من التحصيل

سيتم إيقاف جميع إجراءات التحصيل لجميع الأرصدة التي تحدد شبكة الأمان الصحي (HSN) أنها مؤهلة للتغطية بموجب برنامج الصعوبات الطبية. يتضمن ذلك الأرصدة التي ربما تم تخصيصها لوكيل خارجي أو وكالة تحصيل تعمل نيابةً عن MGB. إذا فشلت MGB في تقديم الطلب في غضون 5 أيام بعد تلقي جميع وسائل التحقق من المريض، فإن جميع الأرصدة التي قد تكون مؤهلة بموجب برنامج الصعوبات الطبية تكون محميةً من إجراءات التحصيل.

4. المسؤولية المالية للمريض منخفض الدخل

تقتصر المسؤولية المالية للمريض منخفض الدخل على المدفوعات المشتركة (من أي جهة دفع باستثناء Medicare) أو الخصومات التي تحددها شبكة الأمان الصحي (HSN).

a. المدفوعات المشتركة للصيدليات

المرضى ذوو الدخل المنخفض الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا مسؤولون عن المدفوعات المشتركة لخدمات الصيدليات. وتمشيًا مع السياسات العامة، سيتم طلب المدفوعات المشتركة في وقت تقديم الخدمات. سيتم التعامل مع المدفوعات المشتركة غير المدفوعة على أنها مسؤولية المريض ويتم تحصيلها وفقًا لعملية تحصيل المدفوعات المعتادة التي يتحملها المريض.

b. مبالغ الإيداع للمرضى ذوي الدخل المنخفض المصنفين على أنهم ضمن تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية أو يتبعون برنامج الصعوبات الطبية

سيتم طلب مبالغ الإيداع من هؤلاء المرضى بشرط أن تكون هذه هي التغطية الأساسية للأرصدة المفتوحة لجميع الخدمات الطبية الضرورية غير الطارئة أو غير العاجلة (القسم الثالث (ب)(2)). ستتم مراجعة الوضع الحالي للخصم السنوي لعائلة المريض، وسيتم تحصيل مبلغ إيداع من الخصم السنوي للمريض، أو المساهمة في برنامج الصعوبات الطبية.

c. خطط الدفع

سيتم إخطار المرضى ذوي الدخل المنخفض بتوفر خطط الدفع لسداد جميع الأرصدة المفتوحة وفقًا للشروط المحددة في القسم السادس (ب).

d. الخدمات غير المؤهلة

سيُطلب من المرضى ذوي الدخل المنخفض الدفع مقابل أي خدمات غير مؤهلة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر خدمات العقم أو خدمات التجميل أو خدمات علاج القدم غير الضرورية طبيًا (القسم الثالث (ب)(2))، مقدمًا، بشرط أن يتم إبلاغ المريض بالتكلفة القصوى لهذه الخدمات وأن يوقع إقرارًا بأن الخدمات لا تغطيها شبكة الأمان الصحي (HSN) أو أي برامج مساعدة أخرى في ولاية Massachusetts. سيتم تأجيل الخدمات حتى يتم السداد وفقًا للتوجيهات الواردة في القسم الثالث (ب)(2).

e. مستشفيات الصحة السلوكية وإعادة التأهيل

تتم تغطية المسؤولية المالية لهذه الخدمات في سياسة المساعدة المالية وخصم المرضى غير المؤمن عليهم.

5. قرارات الحالة المعلقة

سيتم تعليق فواتير المرضى الذين قدمت لهم MGB طلبًا لبرنامج يتبع الولاية أو أي برنامج آخر ترعاه الحكومة بشكل عام لمدة تصل إلى 30 يومًا في انتظار القرار. بعد 30 يومًا، قد تتم معالجتها على أنها خدمة يتحمل المريض نفقاتها حتى يتم اتخاذ قرار. وقد يتم التنازل عن متطلبات مبالغ الإيداع في انتظار قرار من قبل المستشار المالي للمريض بأن طلب المريض مكتمل ومن المتوقع الموافقة عليه.

F. الحالات الخاصة للمقاصة المالية - التسجيل والمسؤولية المالية للمريض

في بعض الظروف، قد تكون هناك حاجة إلى معلومات أو إجراءات إضافية لدعم معالجة مطالبات المريض.

1. تعويض العمال

يجب تحديد الخدمات المتعلقة بحوادث العمل بشكل مناسب وقت التسجيل. تتضمن المعلومات الإضافية المطلوبة من المريض تاريخ الحادث ووقته، واسم صاحب العمل ورقم هاتفه، وشركة تعويض العمال التابعة لصاحب العمل ورقم هاتفها. (انظر القسم الرابع (د)(5) بشأن تقديم المطالبات إلى شركات تعويض العمال قبل تقديم طلب إلى شبكة الأمان الصحي (HSN).)

2. حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهات الخارجية

ينبغي تحديد الخدمات المتعلقة بحادث سيارة أو مسؤولية الجهة الخارجية بشكل مناسب في وقت التسجيل. سيتم بذل جهود حثيثة لجمع المعلومات الإضافية المطلوبة لتقديم مطالبات حوادث السيارات (MVA) بما في ذلك تاريخ الحادث ووقته، وموقع حالات مسؤولية الجهات الخارجية، وشركة تأمين السيارات المعروفة (باستثناء New Hampshire (NH) حيث لا يجوز لمستشفيات MGB تقديمها مطالبات بشأن حوادث السيارات (MVA))، واسم أي محامٍ مرتبط بالمطالبة (إذا كان متوفرًا). (انظر القسم الرابع (د)3) فيما يتعلق بتقديم المطالبات إلى الشركات التي تتولى المسؤولية عن حوادث السيارات (MVA) في ولاية Massachusetts قبل تقديم الطلب إلى شبكة الأمان الصحي (HSN).)

- في New Hampshire، سيتم تقديم المطالبة إلى التأمين الطبي للمريض أو إصدار فواتير مباشرةً إلى المريض بناءً على توجيهات المريض. لا تخضع الخدمات التي يتم إصدار فواتير بها للمريض مقابل حوادث السيارات (MVA) للخصومات (انظر القسم الرابع (د)(4)).

3. ضحايا جرائم العنف والعنف ضد المرأة (ولاية Massachusetts)

ينبغي تحديد الخدمات المتعلقة بالضحايا التي تندرج ضمن هذه الفئات بشكل مناسب في وقت التسجيل، بما في ذلك إنشاء أي تغطية خاصة مطلوبة عند الحاجة إليها. في بعض الحالات، تكون هناك أموال محدودة متاحة من مكتب النائب العام في ولاية Massachusetts، وNew Hampshire، وMaine لتعويض النفقات الطبية التي لا يغطيها التأمين الطبي أو شبكة الأمان الصحي. لا ينبغي أن تتم محاسبة ضحايا VVA على أي خدمات مؤهلة.

4. تقنية المعلومات الصحية لقانون الصحة الاقتصادية والإكلينيكية لعام 2010 (HITECH)

يمنح المرضى الحق في وقت تقديم الخدمة في طلب عدم إرسال معلومات المريض الصحية (PHI) المتعلقة بمنتج محدد أو خدمة معينة إلى شركة التأمين الصحي التي يتعاملون معها لأغراض الدفع.

- من المتوقع أن يدفع المريض أي رصيد مستحق بالكامل في وقت تقديم الخدمة أو عند استلام كشوف الحساب.
- تسمح تقنية المعلومات الصحية لقانون الصحة الاقتصادية والإكلينيكية (HITECH) للمريض بعدم إصدارة فاتورة لشركة التأمين فقط.
- تمنع تقنية المعلومات الصحية لقانون الصحة الاقتصادية والإكلينيكية أي إصدار للمعلومات إلى جهة خارجية في الزيارة المحددة.

*ولا تنفي المسؤولية المالية للمريض عن سداد الحسابات.

5. طلبات شبكة الأمان الصحي (HSN) السرية

يمكن تقديم الطلبات السرية في حالتين.

- القُصر: يمكن تقديم الطلبات السرية للقُصر الذين يتقدمون بطلبات للحصول على خدمات تنظيم الأسرة والخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسيًا. يمكن معالجة هذه الطلبات بموجب دخل القاصر دون النظر إلى دخل الأسرة على الإطلاق.
- الأفراد الذين تعرضوا للضرب أو الإساءة: قد يتقدم هؤلاء الأفراد أيضًا بطلبات للحصول على تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) على أساس دخلهم الفردي. قد تتم الموافقة على هؤلاء المرضى بشأن تلقي المجموعة الكاملة من الخدمات التي تغطيها شبكة الأمان الصحي (HSN).

6. الأشخاص غير الموثقين

قد يشعر المرضى بالقلق إزاء الآثار المترتبة على الهجرة عند التقدم بطلب للحصول على حالة مريض منخفض الدخل.

- وينبغي تشجيع المرضى ذوي الموارد المحدودة على التقدم بطلب للحصول على برنامج ترعاه الولاية أو الحكومة.
- إذا استمر المرضى في التعبير عن قلقهم، فقد يتم إحالة المرضى إلى وكالات خارجية للحصول على المشورة.
- سيستمر علاج المرضى الذين يرفضون التقدم للحصول على المساعدة باعتبار أنهم مرضى يتحملون نفقاتهم.
- ينبغي الاستمرار في تقديم الخدمات العاجلة والطارئة (بما في ذلك ما يصل إلى أسبوعين من الأدوية اللازمة للاستجابة للتهديدات المباشرة لصحة المريض) (القسم الرابع (ب)(1)).
- الخدمات غير العاجلة وغير الطارئة (القسم الثالث (ب)(2)) يمكن تأجيلها أو إلغاؤها حتى يحين الوقت الذي يكون فيه المريض قادرًا على الدفع أو اتخاذ الترتيبات المالية المناسبة أو الحصول على تأمين أو التسجيل في برنامج المساعدة المالية الذي سيغطي الخدمة.

7. الدراسات البحثية

ينبغي تحديد الخدمات المتعلقة بالدراسات البحثية في وقت التسجيل لتلك الخدمة لضمان تقديم رسوم هذه الخدمات إلى صندوق البحث المخصص. قد يتم إصدار فاتورة للتأمين الصحي للمريض مقابل رسوم الرعاية الأساسية المتعلقة بالدراسة، وقد يتم إصدار فاتورة للمريض مقابل أرصدة الدفع المشترك والخصومات والتأمين المشترك.

8. المتبرعون بالأعضاء

ستقوم MGB بتحديد المتبرعين بالأعضاء في وقت تقديم الخدمة والتأكد من أن المطالبات المتعلقة بهذه الخدمات يتم تطبيقها على التأمين المناسب أو مصدر التمويل الآخر.

9. المرضى من الدول الأخرى

بالإضافة إلى اتباع الإجراءات المنصوص عليها للمؤمن عليهم (القسم الخامس (ج)) والمرضى غير المؤمن عليهم (القسم الخامس (د))، ستبذل MGB كل جهد ممكن لجمع معلومات العنوان المحلية والدائمة للمقيمين في الدول الأجنبية واتخاذ الإجراءات الإضافية المناسبة اللازمة لتأمين الدفع المسبق لجميع الخدمات غير المؤمن عليها.

G. الأحداث الخطيرة التي يمكن الإبلاغ عنها (SRE)

تحافظ MGB على الامتثال لمتطلبات الفوترة المعمول بها، بما في ذلك لوائح إدارة الصحة العامة (القسم 105 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 130.332) لعدم دفع مقابل خدمات معينة أو إعادة دخول المستشفيات التي تحدد MGB أنها نتيجة لأحداث خطيرة يمكن الإبلاغ عنها (SRE). تُستثنى الأحداث الخطيرة التي يمكن الإبلاغ عنها (SRE) التي لا تحدث في مستشفيات الرعاية الحادة ولدى موفري MGB الآخرين (انظر الملحق أ) من هذا القرار بعدم الدفع. لا تطلب MGB أيضًا الدفع من مريض منخفض الدخل تم تقرير أنه مؤهل للاستفادة من برنامج شبكة الأمان الصحي الذي تم رفض مطالباته في البداية بواسطة برنامج تأمين بسبب خطأ إداري في الفوترة ارتكبته MGB. تحتفظ MGB أيضًا بجميع المعلومات وفقًا للقوانين الفيدرالية والخاصة بالولاية المعمول بها في مجال الخصوصية والأمن وسرقة الهوية.

H. تعيين الديون المعدومة

عادةً ما يتم شطب الحسابات وتحويلها إلى ديون معدومة عندما يتم استنفاد جهود التحصيل الداخلية. يحدث هذا عادةً بعد أن يكمل الحساب دورة الفوترة التي تبلغ 120 يومًا (القسم الرابع (ب)). قد يتم تعيين بعض الحسابات قبل 120 يومًا بسبب الظروف المخففة مثل عدم القدرة على تحديد مكان الضامن (على سبيل المثال، العنوان غير الصحيح). ستتلقى حسابات الديون المعدومة عمومًا جهود تحصيل إضافية بشكل أساسي من قبل وكالات التحصيل الخارجية أو محامي التحصيل. ستضمن MGB أن جميع عمليات متابعة الديون المعدومة، سواء من قبل موظفين داخليين أو وكالة خارجية، تلتزم بما يلي:

1. إبلاغ مكاتب الائتمان

لا تقوم MGB ووكلائها بإبلاغ أي مكتب ائتمان عن الديون المعدومة. قد تستخدم MGB ووكلائها خدمات مكتب الائتمان لتحديد التصنيف الائتماني للمريض بهدف تحديد قدرة المريض على الوفاء بالتزاماته المالية.

2. التقاضي

يجوز لمستشفيات MGB ووكلائها رفع دعوى قضائية ضد مريض للحصول على حكم قضائي بالديون المستحقة لمستشفيات MGB. لا يجوز بأي حال من الأحوال استخدام مذكرة التوقيف (المعروفة باسم "الحجز الشخصي") ولا الحجز على الأجور كجزء من جهود التحصيل.

3. الحجوزات العقارية

ستتابع MGB فقط الحجز والتنفيذ والبيع للممتلكات بعد فحص المريض للحصول على مساعدة مالية وبعد مراجعة وموافقة مستشفى الرعاية الحادة أو المدير المالي لموفر الرعاية الآخر التابع لمستشفى MGB. إذا تم تصنيف المريض من قبل مكتب Medicaid على أنه من ذوي الدخل المنخفض أو أنه مؤهل لأي برنامج مساعدة، فلن تسعى MGB إلى تنفيذ إجراء قانوني ضد المسكن الشخصي للمريض أو الضامن دون موافقة محددة من مجلس الأمناء.

4. وكالات التحصيل

- سيتعين على أي وكالة تسعى لتحصيل أرصدة المرضى نيابةً عن MGB أن تلتزم بسياسة الائتمان والتحصيل هذه.
- سيتم إبلاغ MGB بأي شكاوى جوهرية للمرضى لمراجعتها وتتبعها.
- يلتزم جميع الوكلاء بشكل كامل باللوائح المعمول بها للتحصيل الفيدرالي العادل للديون وكذلك لوائح تحصيل الديون التي قد يحددها المدعي العام في ولاية Massachusetts أو الولاية المناسبة التي تم تقديم الخدمة فيها.
- ستقوم جميع الوكالات بالإبلاغ عن أي عمليات تحصيل أو أي إجراءات أخرى تتعلق بالحساب، بما في ذلك قرار وقف جهود التحصيل، في الوقت المناسب.
- بشكل عام، ستتوقف الوكالات عن جهود التحصيل بشأن أي حساب يوضع لديها بمجرد أن تقرر أنه لا توجد إمكانية للتحصيل وعندما لا يكون هناك أي إجراء أو دفع للحساب لمدة لا تزيد عن عام واحد.

VI. ترتيبات الدفع

A. نظرة عامة

يمكن إجراء المدفوعات عبر مجموعة متنوعة من الإعدادات في جميع مستشفيات الرعاية الحادة أو أي موفر رعاية آخر يتبع MGB. ترتيبات الدفع لتحصيلات ما قبل الخدمة أو خطط الدفع، أو النظر في الدفع الجزئي لمبالغ الإيداع. ستتوافق جميع ترتيبات الدفع مع المعايير المحددة مسبقًا

1. أشكال الدفع

- يمكن إجراء المدفوعات المسبقة عن طريق شيك معتمد/مصرفي أو تحويل إلكتروني (قد يتم تطبيق رسوم التحويل البنكي) أو بطاقات الائتمان/الخصم. لا يتم قبول النقد في معظم مواقع المستشفيات. وعادةً ما يتم قبول الشيكات الشخصية من البنوك الأمريكية للأرصدة التي تقل عن 5000 دولار ما لم يكن هناك تاريخ من الشيكات التي تم رفضها بسبب عدم كفاية

الأرصدة. قد يتم طلب الشيكات الشخصية قبل وقت كافٍ من الخدمة المجدولة لإتاحة الوقت للتحقق من الشيك. يمكن مراجعة المرضى الذين لديهم تاريخ من الديون المعدومة بشكل فردي لتحديد طريقة الدفع المناسبة.

- ينبغي دفع الشيكات الشخصية إلى عنوان التحويل المذكور في كشف حساب المريض، مع رقم الحساب الكامل، لتجنب حالات التأخير أو إرسال الأموال بشكل غير صحيح.
- الفوترة الإلكترونية والدفع الإلكتروني: توفر العديد من مواقع MGB الوصول الإلكتروني إلى كشوف الحساب ودفع هذه الكشوف إلكترونيًا باستخدام بطاقات الائتمان/الخصم.
- في حال الطعن في على أي دفعات مسبقة من قِبل شركة التأمين الصحي، فلن تُسترد هذه الدفعات إلا بعد استلامها بالكامل من قِبل الشركة.
- يتم قبول المدفوعات عن طريق الاتصال بمركز اتصال حلول إصدار الفواتير للمرضى أو غيرها من مراكز خدمة العملاء المعينة.
- ستحتفظ MGB بعملية لتتبع الشيكات "المعدومة/المرتجعة" التي ليس بها رصيد كافٍ وإلغاء أي مدفوعات ربما تم تطبيقها على حساب المريض. قد يكون تقديم شيك "معدوم/مرتجع" ليس به رصيد كافٍ سببًا لاعتبار الحساب ديونًا معدومة.

2. العملة

ما لم يتم الاتفاق على خلاف ذلك، سيتم الدفع بعملة الولايات المتحدة. سيتم تطبيق المدفوعات التي تتم بعملة غير عملة الولايات المتحدة بسعر التحويل المحدد من قبل البنك الذي تتعامل معه MGB، مخصومًا منه أي رسوم تحويل.

B. خطط الدفع

خطط السداد بدون فوائد متاحة لجميع المرضى عند الطلب. يخضع القبول النهائي لخطة السداد لمراجعة كاملة لحالة المريض وتاريخ الدفع. يمكن إعداد خطط الدفع على بوابة المرضى أو عن طريق التواصل مع قسم حلول إصدار الفواتير للمرضى على الرقم 3884-726 (617). سيعالج قسم حلول إصدار الفواتير للمرضى جميع خطط الدفع للمرضى ويراقبها. ستغطي الخطط عمومًا الأرصدة المفتوحة في جميع مواقع MGB (الملحق أ).

لن يتم فرض أي فائدة على الأرصدة التي وافق المريض بشأنها على خطة سداد وكان المريض يدفع المستحقات حتى آخر دفعة واجبة.

ستتم مراجعة الخطط على أساس منتظم للتأكد من تقديم جميع المدفوعات حتى آخر دفعة. إذا تخلف المريض عن سداد دفعتين، فقد تضع MGB الحساب ضمن الديون المعدومة. بناءً على إشعار من المريض بالظروف المالية التي تغيرت، يجوز لـ MGB إعادة تقييم التزام المريض بسداد الدفعات المعلقة.

ستُضاف الأرصدة التي تقل عن 100 دولار تلقائيًا إلى خطة الدفع الحالية، وذلك في حال عدم زيادة الدفعة الشهرية، مع إمكانية تمديد مدة خطة الدفع. إذا زادت الدفعة الشهرية و/أو تجاوز الرصيد (الأرصدة) الجديد 100 دولار، فلن تُضاف هذه الأرصدة تلقائيًا إلى خطة الدفع الحالية. يمكن للطرف المسؤول إضافة أرصدة جديدة إلى دفعة حالية عبر بوابة المريض أو من خلال التواصل مع قسم حلول إصدار الفواتير للمرضى على الرقم 3884-726-617.

1. خطط الدفع لخصومات تغطية شبكة الأمان الصحي (HSN) الجزئية وبرنامج الصعوبات الطبية

قد تكون هناك حاجة إلى دفعة أولية بمبلغ 500 دولار أو 20% من رصيد الخصم، أيهما أقل، بما في ذلك جميع مبالغ الإيداع المقبولة قبل تقديم الخدمة في حالة الأحداث غير العاجلة/غير الطارئة.

VII. أرصدة الائتمان والمبالغ المستردة

بشكل عام، ستقوم MGB برد أي أرصدة ائتمانية للمرضى، والتي قد تنتج عن تحصيل الأموال الزائدة من المريض. في الحالات التي لا تنجح فيها جهود استرداد الرصيد الائتماني للمريض/الضامن، ستقوم MGB بتحويل الأرصدة الائتمانية إلى أمين صندوق Commonwealth of Massachusetts وفقًا للوائح الممتلكات المهجورة السارية في الولاية.

1. تُطبق المدفوعات الزائدة والأرصدة الائتمانية أولًا على أي أرصدة مفتوحة مستحقة لدى أي كيان آخر تابع لمؤسسة Mass General Brigham، بما في ذلك حسابات الديون المعدومة، قبل معالجة أي مبالغ مستردة، باستثناء خدمات التجميل وطب الأسنان وأطفال الأنابيب وMcLean، وMass Eye and Ear. تُرد الأرصدة الائتمانية بطريقة الدفع الأصلية نفسها. قد يستغرق إصدار الشيك ما يصل إلى 30 يومًا من تاريخ صرف البنك له. تُرد مدفوعات الشيكات إلى الطرف المسؤول عن المبالغ بقيمة 999.99 دولارًا أو أقل. ستُرد أي دفعة شيك مستلمة بقيمة 1000 دولار أو أكثر إلى مستلم الدفعة عند توفر وثائق الشيك. في حال عدم توفر وثائق الشيك، سيتم رد المبلغ إلى الطرف المسؤول عن الحساب.
2. مدفوعات بطاقات الائتمان التي تتم باستخدام بطاقة مغلقة أو رمز منتهي الصلاحية: لن تعالج بوابة الدفع المبلغ المسترد إلى بطاقة الائتمان إذا كان تاريخ الدفع الأصلي أكثر من 18 شهرًا أو إذا كانت بطاقة الائتمان المسجلة منتهية الصلاحية. يجب أن تتم هذه المبالغ المستردة باستخدام شيك.
3. تتطلب التحويلات البنكية وثائق إضافية قد تتطلب رد المبلغ في حال الموافقة الكاملة. عادةً ما تتطلب عمليات التحقق إعادة الأموال إلى الحساب المصرفي نفسه الذي صُرفت منه. ويُرفق إثبات هذا التحقق غالبًا مع الطلب. يشمل ذلك المبالغ المستردة عبر Flywire أيضًا.

رد المبلغ إلى مريض متوفى: سيتم إصدار المبالغ المستردة على النحو التالي:

1. بطاقة الائتمان: يُصدر المبلغ إلى بطاقة الائتمان إذا كانت البطاقة لا تزال تقبل المبلغ المسترد.
2. التركة: إذا تم فتح تركة ولا تزال سارية، فسيتم إصدار المبلغ المسترد حسب التفضيل إلى التركة.
3. إذا كان الرصيد أقل من 500 دولار ولم يكن هناك تركة، يجوز إصدار المبلغ المسترد للزوج/الزوجة الباقي/ة على قيد الحياة، شريطة أن يكون الزوج/الزوجة أقرب أقرباء المتوفى/ة مسجلاً في الملف.
4. إذا لم تكن هناك تركة وكان الرصيد 500 دولار أو أكثر، فسيُطلب من أقرب الأقرباء/الزوج/الزوجة المُحدد إكمال إقرار خطي قبل إصدار المبلغ المسترد.
5. إذا لم تكن هناك تركة وكان الرصيد 500 دولار أو أكثر، واتصل أحد أفراد الأسرة غير الزوج/الزوجة، فعليه فتح تركة طوعية في سجل الوصايا.

الملحق أ: الكيانات التابعة لمؤسسة Mass General Brigham

تنطبق هذه السياسة على كيانات Mass General Brigham التالية:

مستشفيات الرعاية الحادة

- مستشفى Massachusetts General Hospital (MGH)
- مستشفى Brigham and Women’s Hospital (BWH)
- مركز North Shore Medical Center (NSMC)
- مستشفى Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- مستشفى Brigham and Women’s Faulkner Hospital (BWFH)
- مستشفى Martha’s Vineyard Hospital (MVH)
- مستشفى Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- مستشفى Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- مستشفى Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- مستشفى Massachusetts Eye and Ear (MEE)

مستشفيات الصحة السلوكية

مستشفى McLean Hospital (MCL)

مستشفيات ما بعد الحالات الحادة

مستشفى Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)

مستشفى Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)

مستشفى Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

منظمات الأطباء

منظمة Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)

منظمة Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)

مجموعة North Shore Physicians Group (NSPG)

مركز Newton Wellesley Medical Group (NWMG)

مجموعة Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)

مجموعة Nantucket Medical Group (NMG)

Mass Eye and Ear Associates

مستشفى Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)

Mass General Brigham Community Physicians - المجموعات المملوكة بالكامل

Pentucket Medical Associates (PMA)

Mystic Health Care

الرعاية المنزلية

Mass General Brigham Home Care

Mass General Brigham Ambulatory Care

Mass General Brigham Urgent Care

لاحظ أن الأطباء المرتبطين بهذه الكيانات، ولكنهم يصدرون الفواتير "بشكل خاص"، يتم تشجيعهم على اتباع هذه السياسة، ولكنهم غير مطالبين بذلك. يمكن العثور على التفاصيل في قائمة الشركات التابعة لموفر الرعاية Mass General Brigham

الملحق ب: طلب المساعدة المالية

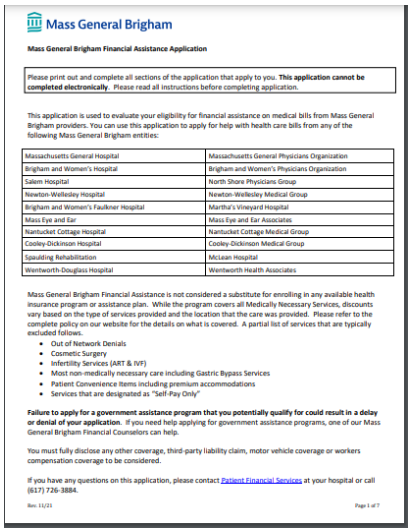
يمكن العثور على طلب المساعدة المالية الخاص بمستشفى Mass General Brigham هنا:
https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf

المساعدة المالية | مستشفى Wentworth-Douglass Hospital

تلتزم مستشفى Wentworth-Douglass بتقديم خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة للجميع في منطقة خدمتنا بغض النظر عن القدرة على الدفع.

https://www.wdhospital.org/wdh/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance

والطلب متوفر بعشر لغات عبر الموقع www.massgeneralbrigham.org:
الإنجليزية، والعربية، والصينية، والكريولية الهايتية، والإندونيسية، والخميرية، والبرتغالية، والروسية، والإسبانية، والفيتنامية.



Mass General Brigham

Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. **This application cannot be completed electronically.** Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows.

- Out of Network Denials
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact Patient Financial Services at your hospital or call (617) 726-3884.

Rev: 11/21 Page 1 of 7

الملحق ج: الإبلاغ والتدقيق والامتثال للوائح

تهدف هذه السياسات إلى المساعدة في ضمان الامتثال للوائح الولاية المعمول بها في New Hampshire وMassachusetts بما في ذلك معايير سياسات الائتمان والتحصيل بموجب قانونMassachusetts العام (MGL) الفقرة 58 واللوائح ذات الصلة الصادرة على وجه التحديد من قبل المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية في ولاية Massachusetts، والقسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 614، والقسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613 (شبكة الأمان الصحي)، والمشار إليها فيما بعد باسم "لوائح الولاية". بالإضافة إلى ذلك، تتناول هذه السياسة متطلبات دليل السداد لموفر رعاية Medicare (الجزء 1، الفصل 3) ومراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية ومتطلبات الديون المعدومة من Medicare (القسم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) البند 413.89 وقانون مصلحة الإيرادات الداخلية القسم 501 (r) كما هو مطلوب بموجب القسم 9007 (أ) من القانون الفيدرالي لحماية المريض والرعاية الميسرة (القانون العام رقم 111-148).

سوف تمتثل MGB لجميع متطلبات إعداد التقارير على النحو المحدد من قبل قانون Massachusetts العام (MGL) الفقرة 118G والقسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613 و614 والنشرات الإدارية المرتبطة بها. ستحتفظ MGB بسجلات قابلة للتدقيق للأنشطة التي تمت وفقًا لمعايير ومتطلبات القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) القسم 613 والقسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) القسم 614. ستقوم MGB بتقديم سياسة الائتمان والتحصيل هذه إلكترونيًا إلى مكتب Medicaid، وشبكة الأمان الصحي كما هو مطلوب عند تغيير السياسة أو عندما تكون هناك تغييرات تنظيمية صادرة عن مكتب Medicaid، وشبكة الأمان الصحي تلزم بتقديم سياسة جديدة.

المراجع:

لوائح ولاية Massachusetts، القسم 101 من قانون لوائح Massachusetts (CMR) البند 613 و614 وقانون Massachusetts العام (MGL) الفقرة 118G.
قانون مصلحة الضرائب الداخلية القسم 501 (r) ج