

**Partners HealthCare سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى
1 يناير، 2020**

1. النطاق 3
2. قضايا إدارية 3
3. بيان المسؤولية 3
4. التصنيف والوصول إلى الرعاية 3
 - A. المبدأ العام 3
 - B. الخدمات العاجلة والطارئة 4
 - C. الخدمات غير العاجلة وغير الطارئة 4
 - D. المواقع التي يمكن للمرضى التقدم للخدمات من خلالها 5
5. الحصول على معلومات المريض والتحقق منها 5
 - A. الخدمات العاجلة والطارئة 5
 - B. الخدمات غير العاجلة وغير الطارئة 5
6. الترخيص المالي 5
 - A. المبادئ العامة 5
 - B. إعداد التقديرات 6
 - C. المرضى المؤمن عليهم 6
 - D. المرضى بدون تأمين (يدفعون لأنفسهم) 6
 - E. المرضى من ذوي الدخل المنخفض (سكان ولاية ماساتشوستس) 7
 - F. مواقف خاصة - التسجيل ومسؤولية المريض المالية 8
7. خدمات الاستشارات المالية 9
 - A. بوجه عام 9
 - B. الإبلاغ عن توافر خدمات الاستشارات المالية 10
 - C. متطلبات الإقامة لبرامج الولاية 10
 - D. التقدم لبرامج الولاية 10
 - E. الموافقة على التغطية 11
 - F. استئناف الحكم 11
8. الخصومات والتسويات والرعاية الخيرية 11
 - A. بوجه عام 11
 - B. الخصومات والتسويات والرعاية الخيرية الأخرى 12
9. إصدار فواتير المريض وتحصيلها 12
 - A. نظرة عامة 12
 - B. كشوف الحسابات الخاصة بالمريض والخطابات والاتصالات 12
 - C. إشعار الضرائب الإضافية 14
 - D. ترتيبات الدفع 14
 - E. المواقع الخاصة - الفوترة 15

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare
1 يناير، 2020

16	وضع الديون المعدومة	10
16	تقارير الائتمان	A
16	الدعوى	B
16	الحجز على الممتلكات	C
16	وكالات التحصيل	D
16	حسابات الائتمان وإعادة الأموال	11
17	الأحداث المهمة التي يجب الإبلاغ عنها (SRE)	12
17	حقوق المرضى ومسئولياتهم	13
17	مسؤوليات المرضى	A
17	سياسة عدم التمييز	B
17	الإبلاغ والمراجعة والالتزام بالقوانين	14
18	سياسات أخرى مطبقة في PARTNERS HEALTHCARE	18
18	المراجع:	18

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

1. النطاق

الغرض من سياسة التحصيل والائتمان هو تغطية جميع مؤسسات المستشفى ضمن Partners HealthCare System, Inc. ("Partners") أو "PHS"، وكذلك أي مؤسسة تعد جزءاً من ترخيص المستشفى، بما في ذلك: Massachusetts General Hospital (MGH) و Brigham and Women's Hospital (BWH) و Brigham and Women's Faulkner Hospital و Newton-Wellesley Hospital (NWH) و Cooley Dickinson Hospital (CDH) و Hospital (BWFH) و Martha's Vineyard Hospital (MVH) و McLean Hospital (MH) و Nantucket Cottage Hospital (NCH) و Spaulding Hospital و North Shore Medical Center (NSMC) و Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge و Rehabilitation Hospital Boston (SRH) و Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC) و Massachusetts Eye and Ear (MEE) و (SHC) والمشار إليها هنا باسم "المستشفى". ومُدرج في ذلك جميع الأطباء الذين تم توظيفهم مباشرة من المستشفى. تلتزم جميع كيانات Partners الأخرى بشكل عام بهذه السياسة. ستتم إتاحة القوائم الكاملة لمزودي الخدمات لمراجعتها بحلول 1 أكتوبر، 2017 وفقاً للقسم 101 من قانون CMR البند 613.08(d).

2. قضايا إدارية

تم تطوير هذه السياسة باستشارة ممثلي كل مؤسسة ووضعت لتلبية احتياجات كل مؤسسة. ومع ذلك، في بعض المناطق، هناك بعض الظروف المحلية التي تدعم احتياج بنود فريدة خاصة بمؤسسة معينة. ينبغي تلقي البنود الخاصة بمؤسسة معينة قبل الاعتماد من إما (1) نائب الرئيس التنفيذي للشئون المالية في PHS أو (2) نائب رئيس عمليات دورة الإيرادات في PHS. يتم تنسيق عمليات تقديم سياسة التحصيل والائتمان بالمستشفى إلى Health Safety Net من خلال قسم حلول الفوترة للمرضى في PHS مع أي وثائق أو مستندات داعمة مطلوبة.

3. بيان المسؤولية

جميع كيانات Partners هي مؤسسات معفاة من الضرائب، والتي تشكل مهمتها في تقديم الخدمات إلى جميع المرضى ذوي الحاجة إلى الرعاية الطبية.

لن يُحرم المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات عاجلة أو طارئة (كما حُدد في القسم B4) في المستشفيات من هذه الخدمات بسبب عدم قدرتهم على الدفع. ومع ذلك، حتى تستمر مستشفيات (بما في ذلك مستشفيات رعاية ما بعد الأزمات الحادة والصحة السلوكية) في تقديم خدمات ذات جودة عالية ودعم احتياجات المجتمع، تتحمل كل مؤسسة مسؤولية المطالبة بالدفع مقابل الخدمات المقدمة.

تهدف هذه السياسات إلى المساعدة على ضمان الامتثال للوائح الولاية السارية في نيو هامبشاير وماساتشوستس بما في ذلك معايير التحصيل والائتمان تحت البند MGL c.58 والقوانين ذات الصلة التي تم نشرها خصيصاً بواسطة المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس، والقسم 101 من قانون CMR البند 614، والقسم 101 من قانون CMR البند 613 (Health Safety Net)، والتي يشار إليها فيما بعد باسم "الوائح الولاية". بالإضافة إلى ذلك، تناقش هذه السياسة متطلبات دليل تعويضات المزدوين في Medicare (الجزء 1، الفصل 3) والمراكز الخاصة بتقديم الخدمات لـ Medicare و Medicaid، ومتطلبات الديون المعدومة لـ Medicare (42 CFR 413.89) والقسم 501 (r) من قانون الإيرادات الداخلية كما يلزم وفقاً للقسم 9007 (a) من القانون الفيدرالي لحماية المرضى والرعاية الميسرة المنشور (L. No. 111-148).

4. التصنيف والوصول إلى الرعاية

A. المبدأ العام

جميع المرضى المتقدمين للعلاج غير المجدول يتم عمل تقييم لهم وفقاً للتصنيف الوارد في هذا القسم. لن يتم الحرمان من خدمات المستشفى العاجلة أو الطارئة أو تأجيلها وفقاً لقدرة المستشفى على تحديد وضع المريض أو التغطية التأمينية أو قدرته على الدفع. ومع ذلك، قد يتم تأجيل أو رفض الخدمات غير العاجلة أو غير الطارئة حتى يتم التشاور بين الفريق الطبي في المستشفى بشأن هذه الحالات عندما تكون المستشفى غير قادرة على تحديد مصدر الدفع مقابل هذه الخدمات الخاصة بها.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

يتم تحديد مدى أهمية العلاج لكل مريض وأعراضه الطبية من خلال المتخصص الطبي كما حددت المعايير المحلية للممارسة، والمعايير القومية والمعايير الدولية الطبية للرعاية، وسياسات طاقم العمل الطبي بالمستشفى والإجراءات. وأيضًا، تخضع جميع المستشفيات لمتطلبات القانون الفيدرالي للعمل النشط والعلاج الطبي العاجل (EMTALA) من خلال عمل فحص طبي لتحديد ما إذا كانت الحالة الطبية طارئة أم لا. من المهم ملاحظة أن التصنيف الخاص بالحالة الطبية للمريض هو لأغراض الإدارة الطبية فقط، والهدف من التصنيفات هو وضع ترتيب لرؤية الأطباء للمرضى وفقاً للأعراض الطبية الظاهرة عليهم. لا تعكس هذه التصنيفات التقييم الطبي لحالة المريض الطبية الظاهرة في التشخيص النهائي.

يتم تحديد مدى الأهمية الطبية وفقاً للتعريفات التالية:

B. الخدمات العاجلة والطارئة

تقدم المستشفيات الخدمات العاجلة والطارئة بغض النظر عن هوية المريض أو التغطية التأمينية أو القدرة على الدفع.

تشتمل الخدمات الطارئة على:

هي خدمات ضرورية طبيًا تقدم بعد بداية حالة طبية، سواء كانت بدنية أو عقلية، وتظهر بأعراض شديدة تشتمل على الألم الحاد، بحيث يؤدي غياب الرعاية الطبية من قبل شخص متخصص لديه معرفة معقولة عن الصحة والطب إلى تهديد وضع هذا الشخص أو شخص آخر وتشكيل خطر عليه أو حدوث خلل بالجسم أو إعاقة لأي عضو أو جزء، مع الاعتبار بالمرأة الحامل، كما حُدد في القسم (B) (1) (e) 1867 من قانون الضمان الاجتماعي، القسم 42 من قانون الولايات المتحدة البند 1295 (B)(1)(e) dd. يعد الفحص الطبي والعلاج للحالات الطبية الطارئة أو أي خدمة أخرى حسب ضرورتها وفقاً لـ EMTALA (القسم 42 من قانون الولايات المتحدة البند 1395 (dd) رعاية طارئة. تشتمل الخدمات الطارئة أيضاً على:

- يتم تحديد الخدمات على أنها طارئة من قبل متخصص طبي مرخص؛
- رعاية طبية للمرضى الداخليين تتعلق بالرعاية الطارئة للمرضى في العيادات الخارجية؛ و،
- تحويلات المرضى الداخليين من مستشفى رعاية ما بعد الأزمات الحادة أخرى إلى مستشفى PHS لتقديم الرعاية للمرضى الداخليين غير المتوفرة في مكان آخر.

تشتمل الخدمات العاجلة على:

الخدمات الطبية الضرورية المقدمة بعد ظهور حالة طبية مفاجئة، سواء كانت بدنية أو عقلية، وظهرت بأعراض حادة وشديدة (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يرى أي شخص متعقل أن عدم وجود اهتمام طبي خلال 24 ساعة يؤدي إلى: تهديد صحة المريض وتشكيل خطر عليه، حدوث عجز بالجسم أو خلل بأحد الأعضاء أو الأجزاء. تقدم الخدمات العاجلة للحالات التي لا تهدد الحياة ولا تشكل خطراً كبيراً على صحة الفرد.

C. الخدمات غير العاجلة وغير الطارئة

يمكن بصفة عامة تصنيف الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة فرعياً إلى إما:

"الخدمات الاختيارية" الخدمات الضرورية طبيًا التي لا تخضع لتعريف الخدمات العاجلة أو الطارئة أعلاه. يقوم المريض نموذجياً، وليس على سبيل الحصر، بجدولة هذه الخدمات بشكل مسبق.

"خدمات أخرى": الخدمات التي لم تقدم لضرورة طبية من وجهة نظر الطبيب المعني.

"رعاية ما بعد الأزمات الحادة": الخدمات الطبية الضرورية التي تقدم في مستشفى وتصنف على أنها رعاية ما بعد الأزمات الحادة، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل.

"خدمات الصحة السلوكية": الخدمات الضرورية طبيًا المقدمة في عدد من الجلسات التي تركز على صحة المريض النفسية والعقلية.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

قد ترفض المستشفى تقديم الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة للمريض في هذه الحالات التي لا تستطيع فيها المستشفى تأكيد الدفع مقابل هذه الخدمات. قد يتم تأجيل الخدمات المقدمة في غير ضرورة طبية لأجل غير معلوم حتى يتم عمل ترتيبات الدفع المناسبة. ويشتمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر على: الجراحة التجميلية والخدمات الاجتماعية والتعليمية والمهنية والخدمات عبر الهاتف وعبر الإنترنت والعلاج المتعلق بجراحات تغيير الجنس والعلاج الهرموني قبل الجراحة والخدمات المقدمة في جميع المنشآت المتخصصة للإقامة في McLean Hospital والتي لا تقدم المطالبات إلى شركات التأمين.

D. المواقع التي يمكن للمرضى التقدم للخدمات من خلالها

يمكن لجميع المرضى طلب الخدمات الطارئة والعاجلة عند قدومهم إلى قسم الطوارئ بالمستشفى أو مناطق الرعاية العاجلة المخصصة. ومع ذلك، يمكن للمرضى ذوي الحالات الطارئة والعاجلة التقدم في عدة مواقع، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، قسم المخاض والولادة والأقسام التابعة والعيادات في المستشفى ومناطق أخرى. تقدم المستشفيات أيضاً خدمات اختيارية أخرى في نفس المنشأة والمراكز الصحية المجتمعية التابعة والعيادات ومواقع العيادات الخارجية الأخرى.

5. الحصول على معلومات المريض والتحقق منها

تقوم المستشفى ببذل الجهود الجادة لتحديد جميع المرضى بشكل إيجابي والحصول على المعلومات الديموغرافية والمالية الكاملة والتحقق منها لكل مريض يطلب الرعاية. تشتمل المعلومات التي يتم جمعها على المعلومات الديموغرافية (مثل اسم المريض والعنوان ورقم الهاتف ورقم الضمان الاجتماعي إذا وجد، والنوع وتاريخ الميلاد وهوية المريض) ومعلومات التأمين الصحي (بما في ذلك الاسم والعنوان، ومعلومات المشترك ومعلومات الأرباح مثل مبالغ المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك) الكافية لضمان الدفع مقابل الخدمات. يتوقف طلب المستشفى للمعلومات الكاملة على حالة المريض، حيث تكون الأولوية لاحتياجات المريض للرعاية الصحية الفورية أولاً.

المريض ملزم بتقديم المعلومات الديموغرافية ومعلومات التأمين الكاملة وفي الوقت المناسب وبمعرفة الخدمات المغطاة من خلال سياسة التأمين الخاصة به.

A. الخدمات العاجلة والطارئة

يتم تسجيل المرضى في الخدمات العاجلة والطارئة وتلقي الخدمات وفقاً لمتطلبات EMTALA. بصفة عامة، ينبغي أن يتم جمع المعلومات الديموغرافية والتأمينية الخاصة بالمريض بأسرع وقت ممكن؛ ولكن عندما يعمل جمع المعلومات على تأخر الفحص الطبي أو التأثير السلبي على حالة المريض الطبية ينبغي تأجيل جمع المعلومات. عندما يتعذر على المريض تقديم المعلومات الديموغرافية أو التأمينية في وقت تلقي الخدمة وإذا وافق المريض، ينبغي بذل الجهود لمقابلة الأصدقاء أو الأقارب الذين يمكنهم مصاحبة المريض أو كما يقرر المريض. ينبغي تأكيد المعلومات التأمينية المقدمة من المريض مع الدافع عبر موقع الويب الخاص به أو عبر تبادل البيانات الإلكترونية (EDI)، حيث كان ذلك عملياً.

B. الخدمات غير العاجلة وغير الطارئة

ينبغي تسجيل المرضى وقبولهم في الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة قبل البدء في الخدمات. تتم مراجعة المعلومات الديموغرافية والتأمينية والمالية الخاصة بالمرضى العائدين والمسجلين بالفعل وتحديثها كما يلزم، بما في ذلك التحقق من الوضع التأميني عبر التبادل الإلكتروني للمعلومات (EDI) أو وسائل أخرى متاحة.

6. الترخيص المالي

A. المبادئ العامة

تقوم المستشفى ببذل الجهود لتحديد مسؤولية المريض المالية بأسرع وقت ممكن خلال فترة رعاية المريض. تقوم المستشفى، حيث أمكن، بتحصيل مبالغ المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك، أو الودائع اللازمة قبل تقديم أي خدمة. يتحمل المرضى، الأعضاء في خطط الرعاية الصحية المدارة، أو الخطط التأمينية بمتطلبات وصول معينة، مسؤولية فهم جميع متطلبات الخطة التأمينية والالتزام بها، بما في ذلك، الإحالات أو التحويلات أو أي قيود أخرى خاصة بالشبكة. يحق للمستشفى طلب أي اعتماد مسبق أو تحويلات أو ضمانات للمدفوعات من شركة التأمين حينما أمكن. في بعض الظروف، بما فيها تقديم الخدمات العاجلة

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

والطارئة، يمكن أن تتم الإحالات والتحويلات بعد تقديم الخدمة. يتم إعلام جميع المرضى الذين يتكبدون عناء دفع الحساب بإمكانية إتاحة خدمات استشارات مالية لمساعدتهم في الإيفاء بمسؤولياتهم المالية تجاه المستشفى. تقوم المستشفى بأقصى جهودها لتقديم الاستشارات إلى المرضى الذين يتحملون مسؤوليات مالية معينة قبل تقديم الخدمات بالحد الذي تتاح به المعلومات للمستشفى. يتم إكمال الفحص المتوافق مع EMTALA قبل الإجراءات اللازمة لتحديد مسؤولية المريض المالية.

B. إعداد التقديرات

سيقدم المستشفى تقديرات للمرضى عند الطلب في غضون يومي عمل من تاريخ تقديم الطلب. سيتم عمل تلك التقديرات باستخدام أحدث المعلومات المتاحة، بشكل عام باستخدام الوحدة النمطية المتاحة في نظام الفوترة. يختلف القسم المسؤول عن تقديم التقديرات حسب الموقع ولكن بصفة عامة يتضمن بعض أو كل مما يلي: وصول المريض، والاستشارات المالية، وفواتير المرضى، وحلول الفوترة للمرضى.

يتم تقديم التقدير النهائي للمريض مع خيارات الدفع.

C. المرضى المؤمن عليهم

تقوم المستشفى بالجهود اللازمة للتحقق من وضع المريض التأميني ومساعدته على الالتزام بمتطلبات خطة التأمين الصحي الخاصة به. يتم هذا التحقق وفقاً للمبادئ التي ذكرت في القسم 5. قدر المستطاع، يشتمل هذا التحقق على تحديد مسؤولية المريض المالية المتوقعة، بما في ذلك التأمين المشترك والخصومات والمدفوعات المشتركة المطبقة. عندما يمكن طبيياً، يتم طلب المدفوعات الخاصة بأي مبالغ محددة مسبقاً (مدفوعات مشتركة، خصومات ثابتة) من المريض قبل أو وقت تلقي الخدمة. في بعض الحالات، لا تسمح الخطة التأمينية للمريض ونوع التغطية بعمل تحديد دقيق لمسؤولية المريض المالية عن الخدمات في وقت التسجيل. في هذه الحالات، قد تطلب المستشفى إيداع مبلغ مساوٍ لأفضل تقدير لمسؤولية المريض المالية المتوقعة. يتم تحويل المرضى غير القادرين على الدفع إلى الاستشارات المالية.

1) الخطط التأمينية المتعاقدة. تتعاقد المستشفى مع مجموعة من الخطط التأمينية. في هذه الحالات، تطالب المستشفى بالمدفوعات من خطة التأمين لجميع الخدمات المغطاة. تتم المطالبة بمدفوعات المريض الخاصة بجميع المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك قبل تقديم الخدمة. إذا تم تحديد عدم تغطية خدمة معينة من قبل شركة التأمين أو رفضت الدفع، يتم طلب الدفع مقابل هذه الخدمة مباشرة من المريض وفقاً لعقد التأمين ذي الصلة. تساعد المستشفى المريض في الاستئناف لقرار الرفض أو أي أمور قضائية أخرى مع شركة التأمين الخاصة به، إذا أمكن، مع العلم أن الخطط التأمينية تتطلب أن يقوم المريض بهذه الاستئنافات عادةً.

2) الخطط التأمينية غير المتعاقدة. تقوم المستشفى بمد فترة السماح لإصدار الفواتير لشركة التأمين الخاصة بالمريض في الحالات التي لا تكون فيها المستشفى متعاقدة مع شركة التأمين. بينما تقوم المستشفى بإصدار الفواتير للخطة التأمينية الخاصة بالمريض، إلا أن المسؤولية المالية النهائية تقع على عاتق المريض أو الضامن وعدم التزام شركة التأمين بالدفع في الوقت المحدد ينتج عنه مطالبة المريض مباشرةً بفاتورة الخدمات ماعداً في حالات حماية المريض من إجراءات التحصيل (القسم 9 ب3). أي حسابات تبقى بعد تسديد شركة التأمين للمدفوعات تتم مطالبة المريض بها. تساعد المستشفى المريض في الاستئناف لقرار الرفض أو أي أمور قضائية أخرى مع شركة التأمين الخاصة به، إذا أمكن، مع العلم أن الخطط التأمينية تتطلب أن يقوم المريض بهذه الاستئنافات عادةً.

D. المرضى بدون تأمين (يدفعون لأنفسهم)

المرضى الذين ليس لديهم تأمين صحي، ولم يتم تحديدهم على أنهم معتمدين لتلقي المساعدة المالية أو ذوي دخل منخفض كما ذكر في القسم 6(هـ) أدناه، تتم مطالبتهم بتقديم مبلغ مقدم مقابل الخدمات غير المطالب بتقديمها بواسطة EMTALA. يكون المبلغ بقيمة 100% من الرسوم المقدرة للخدمة، أقل من أي خصم (انظر القسم 8). في هذه الحالات، عندما يتعذر تقديم تقييم دقيق للتكاليف، يحق للمستشفى تحصيل مبلغ مقدم محدد مسبقاً أو تأمين ضمانات للدفع. إذا لم يقدم المريض مبلغ الإيداع أو لم يوضح عدم قدرته على الدفع، فيمكن إحالة المريض إلى الاستشارات المالية. يتم تزويد جميع المرضى بالمعلومات عن أي برامج خصومات بالمستشفى يمكن أن تتاح لهم. السكان الذين ليس لديهم تأمين صحي ستقدم لهم استشارات مالية لتحديد مدى أهليتهم لأي برامج خاصة

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

بالولاية متاحة أو برامج أخرى ترعاها الحكومة وأيضًا مساعدة المرضى في التقدم لهذه البرامج. تشمل البرامج الخاصة بالولاية على، وليس على سبيل الحصر: MassHealth، ConnectorCare، Children's Medical Security Plan، Health Safety Net، وأي برنامج آخر يتم عرضه من قبل Health Connector في المستقبل. يقوم المستشارون الماليون نموذجيًا بمساعدة المرضى في التقدم لبرامج التأمين غير المدعومة والمقدمة من خلال Health Connector (خطط صحية مؤهلة). إذا لم يكن هناك حاجة فورية لتقديم الخدمات، يمكن تأجيل أو إلغاء الدخول أو الخدمات في العيادات الخارجية حتى يتمكن المريض من الدفع، أو عمل ترتيبات مالية مناسبة، أو الحصول على تأمين أو التسجيل في برنامج مساعدة مالية يغطي الخدمة.

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

(1) التحديد والأهلية: يتم تحديد أن المرضى ذوي الدخل المنخفض يستوفون المعايير في القسم 101 من القانون CMR البند 613.04(1) من قانون ولاية ماساتشوستس. يشتمل ذلك بصفة عامة على المرضى المقيمين في ماساتشوستس والذين تقدموا لتغطية EOHHS وتم التحقق من MA MAGI أنه مساو أو أقل من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPG). يتم التحقق من أهلية المريض للحصول على تغطية تحت أي برنامج (MassHealth، Health Safety Net)، و CMSP تحت 300%) في وقت التسجيل MA باستخدام نظام مكتب Office of Medicaid's MMIS في ولاية ماساتشوستس أو TriZetto أو أي أنظمة أخرى للمستشفى، كما هو مطبق، وأي تغييرات في وضع المريض يتم تسجيلها في السجل الخاص به. إن القيود الموضحة في هذا القسم للمرضى ذوي الدخل المنخفض مطلوبة للخدمات في مستشفيات الرعاية الحادة في ماساتشوستس وتستبعد عمومًا الخدمات في العيادات المرتبطة أو في المستشفيات الموجودة في نيو هامبشاير ومستشفى McLean وشبكة Spaulding Rehabilitation Network. خصومات الخدمات في تلك الكيانات مدرجة في سياسة خصومات المرضى غير المؤمن عليهم والمساعدة المالية.

(2) حدود الخدمة: يتم تقديم الخدمات إلى المرضى الذين تم تحديدهم أنهم ذوو دخل منخفض، بالحد المسموح به، وفقًا لتوجيهات التغطية الخاصة إما بـ HSN أو بـ MassHealth بما في ذلك حدود "الخدمة المؤهلة" وفقًا لقوانين الولاية ووصفات الأدوية المطبقة. يتم إعلام المريض الذي يطلب الحصول على خدمة "غير مؤهلة" خطيًا بأقصى تكلفة لهذه الخدمة ويجب التوقيع على إقرار بقبوله المسؤولية المالية قبل تقديم الخدمة. توجد قائمة بالبرامج التي تحدد المرضى ذوي "دخل منخفض" في (3) B 9 - المرضى المحميين من إجراء التحصيل.

(3) HSN Medical Hardship: يمكن أن يتأهل المقيم بـ ماساتشوستس بأي مستوى دخل إلى HSN Medical Hardship إذا تجاوزت النفقات الطبية المسموح بها دخل الأسرة وقدرتهم على الدفع مقابل الخدمات المؤهلة. هذا البرنامج ذو الأثر الرجعي وفقًا للقوانين، محدود المجال، ويعتبر تحديدًا مرة واحدة وليس تغطية (القسم 101 من القانون CMR البند 613.05). يمكن تطبيق هذا البرنامج فقط بعد تقديم الخدمات عندما يعاني المريض من صعوبات مالية.

(a) شروط النفقات: يتم تحديد نوع ومبلغ النفقات الطبية المسموح بها في القسم 101 من القانون CMR البند 613.05. يمكن تقديم الفواتير المدفوعة وغير المدفوعة بتاريخ الخدمات حتى 12 شهرًا قبل تاريخ التقدم بحد أقصى طليين خلال 12 شهرًا.

(b) عملية التقدم: تقوم المستشفى بمساعدة المريض في جمع جميع المعلومات المطلوبة وتقديم طلبات Medical Hardship إلى HSN حتى تتم مراجعتها واعتمادها. يتحمل المرضى مسؤولية جمع وتقديم المستندات الخاصة بجميع النفقات الطبية المؤهلة. تطالب المستشفى بتقديم الطلبات إلى HSN خلال 5 أيام من تاريخ تلقي جميع المستندات والإثباتات من المريض.

(c) القرار: يحدد HSN تأهل المريض للبرنامج ويقوم بإعلام المستشفى بالفواتير التي يتحملها المريض والفواتير التي يتم تقديمها إلى HSN. يقتصر تحديد Medical Hardship على الفواتير المرفقة مع الطلب. لا توجد فترة تأهل ويمكن استخدام الفواتير مرة واحدة لدعم الطلب.

(d) الحماية من التحصيل: يتم التوقف عن جميع إجراءات التحصيل لجميع الحسابات التي تم تحديد أهليتها من قبل HSN للتغطية وفقًا لـ Medical Hardship. يشتمل ذلك على الحسابات التي قد يتم تعيينها لوكيل خارجي أو وكالة تحصيل تعمل بالنيابة عن المستشفى. إذا لم تلتزم المستشفى بتقديم الطلب خلال 5 أيام بعد تلقي الإثباتات من المريض، تتم حماية جميع الحسابات التي كان من الممكن أن تتأهل لبرنامج Medical Hardship من إجراءات التحصيل.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

- (4) مسؤولية المرضى ذوي الدخل المنخفض المالية
- (a) تقتصر المسؤولية المالية للمريض منخفض الدخل على المدفوعات المشتركة (من أي جهة دفع ماعدا Medicare)، والخصومات المحددة بواسطة HSN أو CommonHealth Spend Down المقدمة في حالة أخرى وافق فيها المريض على إصدار الفواتير إلى CommonHealth Spend Down.
- (b) المدفوعات المشتركة للصيدلية: يعد المرضى منخفضي الدخل ويبلغون من العمر أكثر من 18 عامًا مسؤولون عن المدفوعات المشتركة لخدمات الصيدلية. بالتوافق مع السياسات العامة، تُطلب المدفوعات المشتركة في وقت تقديم الخدمات. تعد المدفوعات المشتركة غير المدفوعة مسؤولية المريض ويتم تحصيلها وفقًا لعملية تحصيل المدفوعات الذاتية النموذجية. هناك مدفوعات مشتركة للصيدلية بحد أقصى 250 دولارًا أمريكيًا سنويًا.
- (c) المبالغ المدفوعة للمرضى منخفضي الدخل المعينين في حالة Partial HSN أو Medical Hardship: يتم طلب المبالغ المدفوعة من هؤلاء المرضى بشرط أن تكون هذه هي التغطية الأولى للحسابات المفتوحة لجميع الخدمات غير العاجلة وغير الضرورية طبيًا. تتم مراجعة الوضع الحالي لخصم الأسرة السنوي الخاص بالمريض ويتم تحصيل مبلغ من المريض يصل إلى 20% من الخصم السنوي للمريض، أو مساهمة من Hardship، تصل إلى 500 دولار أمريكي بحد أقصى.
- (d) خطط المدفوعات: يتم إشعار المرضى منخفضي الدخل بآلية خطط للمدفوعات للإيفاء بجميع الحسابات المفتوحة وفقًا للشروط المحددة في القسم 9 D 4.
- (e) الخدمات غير المؤهلة: يطالب المرضى منخفضي الدخل بالدفع مقدمًا مقابل أي خدمات غير مؤهلة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التخصيب، والاستشارات عبر الهاتف (TeleHealth)، والاستشارات عبر الإنترنت (eHealth)، وخدمات التجميل أو خدمات علاج الأقدام غير الضرورية طبيًا، بشرط أن يتم إعلام المريض بأقصى تكلفة لهذه الخدمات بشكل مسبق ويقوم بالتوقيع على إقرار بأن الخدمات غير مغطاة من قبل HSN أو أي برامج مساعدة في ماساتشوستس. يتم تأجيل الخدمات حتى يتم الدفع وفقًا للتوجيهات في 4.
- (5) المسؤولية المالية للمرضى ذوي الدخل المنخفض - مستشفيات الصحة السلوكية وإعادة التأهيل - المسؤولية المالية عن هذه الخدمات مشمولة في سياسة المرضى غير المؤمن عليهم والمساعدة المالية
- (6) قرارات الوضع المؤجلة: يتم تأجيل فواتير المرضى الذين تم تقديم طلبات من أجلهم من قبل المستشفى للبرامج التي ترعاها الولاية أو الحكومة في الغالب لمدة تصل إلى 30 يومًا حتى يتم إصدار القرار. تتم معالجتها بعد 30 يومًا كمدفوعات ذاتية حتى يتم إصدار القرار. يمكن التنازل عن طلبات الإيداع للقرارات المؤجلة بانتظار القرار من قبل مستشار مالي بأن طلب المريض مكتمل ومتوقع الموافقة عليه.

F. مواقف خاصة – التسجيل ومسؤولية المريض المالية

في ظروف معينة، قد يلزم الحصول على معلومات إضافية أو إجراءات لدعم معالجة طلبات المريض.

- (1) تعويضات العمال: ينبغي تصنيف الخدمات المتعلقة بالحوادث الصناعية بشكل ملائم في سجل تسجيل الضامن. تشمل المعلومات الإضافية اللازمة على تاريخ ووقت الحادث، اسم الشركة الموظفة ورقم الهاتف، وحامل تعويضات العمال الخاص بالشركة ورقم الهاتف. (انظر 10، F، 4، فيما يتعلق بتقديم الدعاوى إلى حاملي تعويضات العمال قبل التقدم إلى HSN).
- (2) حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية: ينبغي تصنيف الخدمات المتعلقة بحدوث سيارة أو مسؤولية جهة خارجية بشكل ملائم في سجل التسجيل. يتم بذل الجهود لجمع المعلومات الإضافية اللازمة لتقديم الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات بما في ذلك تاريخ ووقت الحادث، ومكان قضايا مسؤولية الجهة الخارجية، وأي شركة تأمين معروفة على السيارات، باستثناء في نيو هامبشاير حيث لا يجوز للمستشفى تقديم مطالبات لحامل MVA. ينبغي ذكر اسم أي محامي مرتبط بالدعوى في نظام التسجيل إذا كان متاحًا. (انظر 10، F، 3، فيما يتعلق بتقديم الدعاوى إلى حاملي MVA في ماساتشوستس قبل التقدم إلى HSN). في نيو هامبشاير، سيتم تقديم المطالبة إلى التأمين الطبي الخاص بالمريض أو سيتم إصدار الفاتورة مباشرة إلى المريض بناءً على توجيهات المريض. الخدمات المقدمة للمريض مقابل MVA لا تخضع للخصومات.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

- (3) ضحايا جرائم العنف (ماساتشوستس): ينبغي تصنيف الخدمات المتعلقة بضحايا جرائم العنف بشكل ملائم في سجل التسجيل، مع وقت ومكان الحادث. في بعض الحالات، تتوفر تمويلات محدودة من مكتب المحامي العام لتسويات النفقات الطبية غير المغطاة من قبل شركة التأمين الطبية أو شبكة السلامة الصحية (Health Safety Net). عند اللزوم، ينبغي إحالة المرضى إلى الاستشارات المالية لإكمال الوثائق المناسبة من أجل الحصول على التعويض من صندوق تمويل ضحايا جرائم العنف.
- (4) يمنح HITECH (قانون تقنية المعلومات الصحية للصحة الاقتصادية والسريرية الصادر عام 2010) للمرضى في وقت تقديم الخدمة الحق في طلب عدم إرسال المعلومات الصحية الخاصة بهم (PHI) بشأن موضوع أو خدمة معينة إلى شركة التأمين الصحي لأغراض الدفع. يجب أن يدفع المريض أي حسابات قائمة بالكامل وقت تقديم الخدمة أو عند استلام كشف الحساب. يسمح قانون HITECH (قانون تقنية المعلومات الصحية للصحة الاقتصادية والسريرية الصادر عام 2010) للمرضى فقط بعدم إصدار الفواتير لشركة التأمين. ولا ينفي ذلك مسؤولية المريض المالية لدفع الحسابات الخاصة به. ينبغي ذكر الحسابات الخاصة لكل إجراء للوقاية من التعامل غير الملائم.
- (5) طلبات HSN السرية: يمكن تقديم طلبات سرية في حالتين.
 - (a) الفُصْر: يمكن تقديم الطلبات السرية من أجل القصر لتقديم خدمات تخطيط الأسرة والخدمات التي تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً. يجوز معالجة هذه الطلبات وفقاً لدخول القصر بدون اعتبار دخل الأسرة. ينبغي إحالة هؤلاء المرضى إلى الاستشارات المالية.
 - (b) الأفراد الذين يتعرضون للضرب أو إساءة المعاملة: يجوز أيضاً لهؤلاء الأفراد التقدم لتغطية HSN بناءً على الدخل الفردي. يمكن اعتماد هؤلاء المرضى لجميع الخدمات المغطاة من قبل HSN. ينبغي إحالة هؤلاء المرضى إلى الاستشارات المالية.
- (6) الأشخاص غير الموثقين. قد يقلق المرضى بشأن الآثار المترتبة على الهجرة للتقدم من أجل وضع المرضى منخفضي الدخل. ينبغي تشجيع المرضى محدودي الدخل للتقدم إلى برامج الولاية أو الحكومة. إذا استمر قلق المرضى، فيمكن إحالة المرضى إلى وكالات خارجية للحصول على الاستشارة. تتم معاملة المرضى رافضي التقدم لبرامج المساعدة بطريقة المدفوعات الذاتية. ينبغي توفير الخدمات العاجلة والطارئة (بما في ذلك أسبوعين من إمداد العقاقير اللازمة لعلاج المريض). يمكن تأجيل أو إلغاء الخدمات غير العاجلة أو غير الطارئة حتى يتمكن المريض من الدفع، أو عمل ترتيبات مالية مناسبة، أو الحصول على تأمين أو التسجيل في برنامج مساعدة مالية يغطي الخدمة.
- (7) دراسات بحثية: ينبغي ذكر الخدمات المتعلقة بالدراسات البحثية في وقت التسجيل لهذه الخدمة وتصنيفها لضمان دفع تكاليف هذه الخدمات إلى صندوق التمويل المخصص للبحث.
- (8) المتبرعون بالأعضاء: تقوم المستشفى بتحديد المتبرعين بالأعضاء في وقت تقديم الخدمة وضمان وصول المطالبات المتعلقة بهذه الخدمات إلى شركة التأمين المناسبة أو مصدر التمويل الأخرى.
- (9) المرضى الدوليين: بالإضافة إلى الإجراءات التالية المذكورة للمرضى الذين لديهم تأمين والذين ليس لديهم تأمين، تقوم المستشفى ببذل الجهود المعقولة لجمع معلومات الإقامة المحلية والدائمة للمقيمين من دول أجنبية، واتخاذ الإجراءات الإضافية المناسبة واللازمة لتأمين الدفع المسبق مقابل جميع الخدمات غير المغطاة.

7. خدمات الاستشارات المالية

A. بوجه عام

تطلب المستشفى تحديد المرضى بدون تأمين صحي أو الذين ليس لديهم تأمين كاف لتوفير الاستشارات والمساعدة. تقدم المستشفى الاستشارات المالية إلى هؤلاء المرضى وعائلاتهم، بما في ذلك إجراء فحص للتأهل لمصادر أخرى من التغطية، مثل برامج الولاية وبرنامج حكومية أخرى (بما في ذلك للحد المسموح به، برنامج Medicaid، في ولايات أخرى غير ماساتشوستس أو نيو هامبشاير)،

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

وتوفير المعلومات بخصوص جميع الوسائل المقبولة للدفع الخاصة بفواتير المستشفى. تقوم المستشفى بتشجيع المرضى المحتمل تأهلهم للتغطية من برامج الولاية أو برامج حكومية أخرى للتقدم إلى الحصول على التغطية وتساعد المرضى في التقدم من أجل مصلحتهم. يمكن لسكان ماساتشوستس أيضًا التقدم للحصول على التغطية والموافقة على الطلب من قبل HSN للحصول على تأمين مشترك أو خصومات غير مغطاة بواسطة خطة التأمين الأساسية.

B. الإبلاغ عن توافر خدمات الاستشارات المالية

تقوم المستشفى بنشر إشعار (لافتات) عن إتاحة برامج المساعدة المالية وتصف مكان الحصول على مساعدة في المواقع التالية:

1. المرضى الداخليين، والعيادة، وقسم الطوارئ، ودخول مركز الصحة المجتمعي و/أو مناطق التسجيل؛
2. مناطق انتظار الاستشارات المالية
3. المناطق المركزية للدخول / التسجيل المفتوحة للمرضى
4. مناطق انتظار مكتب العمل المفتوحة للمرضى

تتم ترجمة اللافتات إلى لغات أخرى إذا كانت هذه اللغات أساسية لأكثر من 10% من المقيمين في مناطق الخدمات بالمستشفى. يتم نشر اللافتات بصفة عامة باللغة الإنجليزية والإسبانية. تكون اللافتات المنشورة مرئية بشكل واضح للمرضى الذين يزورون هذه المناطق. تشمل اللافتات أيضًا على إرشادات عن الوصول إلى خدمات الترجمة للمرضى الذين يحتاجون إلى لغات أخرى.

يتم توفير إشعارات قياسية إلى جميع المرضى في وقت التسجيل المبني الخاص بهم مع Partners HealthCare. تتاح هذه الإشعارات أيضًا على نطاق واسع عبر جميع أنحاء المستشفيات والمراكز الصحية ويتم عرضها على المرضى الموجودين بشكل روتيني عندما يُتوقع وقوع مسؤولية مالية عليهم. تتاح أيضًا نسخ كاملة من هذه السياسة وسياسة خصومات المرضى غير المؤمن عليهم والمساعدة المالية في PHS إلى المرضى عند الطلب. سيتم نشر كل من السياستين عبر الإنترنت على www.partners.org/patientbilling مع روابط للصفحات الرئيسية الخاصة بجميع مؤسسات المستشفى في المواقع المحددة بالفعل.

C. متطلبات الإقامة لبرامج الولاية

يقتصر التأهل لمعظم برامج الولاية بصفة عامة للمرضى الذين يثبتون إقامتهم في الولاية ذات الصلة. بصفة عامة، المرضى الذين ينفلون مقر إقامتهم بغرض تلقي امتيازات الرعاية الصحية لا يفون بمتطلبات الإقامة. تعمل المستشفى مع المرضى منخفضي الدخل الذين لا يتأهلون لبرامج الولاية لتحديد بدائل أخرى وتقديم النصح لهم فيما يخص مسؤولياتهم.

D. التقدم لبرامج الولاية

تساعد المستشفى المرضى في إكمال الطلب لبرامج الولاية وتأمين وتقديم الوثائق اللازمة المطلوبة من قبل برنامج الولاية. يتقدم الأفراد للحصول على تغطية من خلال طلب فردي موحد يقدم عبر نظام التسجيل الخاص بالولاية (hCentive). من خلال هذه العملية، يمكن للفرد تقديم طلب عبر موقع الويب (الذي يقع على موقع ويب Health Connector الخاص بالولاية)، أو عبر نسخة طلب ورقية، أو عبر الهاتف مع ممثل خدمة العملاء الموجودة في إما MassHealth أو Health Connector. قد تشمل الوثائق اللازمة على، على سبيل المثال لا الحصر لإثبات: (1) الدخل السنوي للأسرة (كعوب شيكات الراتب، سجل مدفوعات الضمان الاجتماعي، خطاب من جهة العمل، عائدات الضرائب، بيانات البنك)، (2) المواطنة والهوية، (3) وضع الهجرة لغير المواطنين (إذا وجد)، (4) الأصول الخاصة بهؤلاء الأفراد بعمر 65 وأكثر. تقوم الولاية بإعلام المريض بأي وثائق يلزم تقديمها للتحقق النهائي. يمكن أن يتلقى المريض التغطية المشروطة إذا استوفى التوجيهات الخاصة بالبرنامج.

(1) تقديم طلب لبرنامج الولاية. ينبغي أن يوقع المريض أو من يمثله على جميع الطلبات المقدمة لبرنامج الولاية، بما في ذلك الطلبات الورقية والطلبات عبر الإنترنت. يجب تقديم الإثباتات فقط بعد معالجة الطلب وطلب الولاية للوثائق. خلال عملية تقديم الطلب، يتم إبلاغ المرضى بأن HSN سوف يقوم بإبلاغ جهة العمل الخاصة بهم باستخدامهم لـ HSN. ويعد هذا الكشف جزءًا من طلب برنامج الولاية.

(2) تحديد الأهلية. تتم مراجعة طلبات برنامج الولاية ومعالجتها بواسطة Office of Medicaid، والذي يستخدم توجيهات الفقر الفيدرالية وكذلك الوثائق اللازمة المذكورة أعلاه كقاعدة لتحديد الأهلية لجميع برامج الولاية.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

(3) إكمال طلب Medical Hardship. يتم إكمال طلب الظروف الخاصة المعين من قبل المستشفى وتقديمه إلى HSN عبر نظام INET ليتم التحديد.

(4) إشعار مسؤوليات المريض. يبذل المستشارون الماليون أقصى جهودهم لإشعار أي مرضى في HSN بمسؤولياتهم كما حدد في 13 أ بما في ذلك طلب الإبلاغ عن أي مبالغ أو عوائد HSN لأي علاجات لجهة خارجية.

E. الموافقة على التغطية

ليس للمستشفى دور في تحديد الأهلية للبرنامج التي تُقرر MA بواسطة Office of Medicaid في ولاية ماساتشوستس أو برنامج Medicaid في نيو هامبشاير ولكن بناءً على طلب المريض يمكنها اتخاذ دور مباشر في الاستئناف أو طلب المعلومات المتعلقة بقرارات التغطية. سيتم إصدار جميع إشعارات الأهلية من قبل مكتب الولاية ذي الصلة. ويظل من مسؤولية المريض إبلاغ المستشفى بجميع قرارات التغطية التي تم اتخاذها من قبل الولاية لضمان إصدار الأحكام الدقيقة الخاصة بفواتير المستشفى في الوقت المناسب.

F. استئناف الحكم

يجوز للمرضى طلب مراجعة القرار من برنامج الولاية ذي الصلة فيما يتعلق بوضعهم. يجب إرسال الطلب إلى Office of Medicaid مع الوثائق الداعمة. يتم إكمال الطلبات الخاصة بالمعلومات الإضافية والمقدمة إلى المستشفى خلال 30 يومًا.

8. الخصومات والتسويات والرعاية الخيرية

A. بوجه عام

يمكن للمستشفى أن تمتد الخصومات أو التسويات الأخرى للمرضى إذا تأهلوا وفقًا لسياسة PHS لخصومات المرضى غير المؤمن عليهم والمساعدة المالية أو على أساس كل حالة على حدة، بشرط أن يقوم الرئيس المالي للمستشفى، ونائب رئيس عمليات دورة الإيرادات في PHS، ومدير PHS الخاص بقسم حلول الفوترة للمرضى أو ممثلهم بالتصريح بهذه الخصومات. ينبغي تحديد الخصومات بوضوح، وتوثيقها، وتوافقها مع ممارسات العمل الجيدة، والقوانين الفيدرالية والحكومية الحالية، وخضوعها للتوجيهات التي قد تصدرها سلطات الولاية أو الحكومة من وقت لآخر.

لن تعتمد الخصومات على أي علاقة للمريض / المريضة مع موظف بالمستشفى أو مع عضو بهيئة حكومية.

لن يتم مد الخصومات بناءً على أي اعتبارات من "المجاملات المهنية" لطبيب أو أسرته / أسرته.

لن يتم عرض الخصومات على المريض لإقناعه بتلقي الخدمات أو لربطه بأي شكل بإنشاء علاقات عمل مستحقة الدفع بواسطة برنامج رعاية صحية فيدرالي ولا يتم استردادها نقدًا مقابل الأشياء أو الخدمات المقدمة من قبل المستشفى، أو أي مؤسسة أخرى تابعة لـ Partners (يشتمل ذلك على خصومات متجر الهدايا والكافيتيريا، وما إلى ذلك).

بصفة عامة، لن يتم إلغاء المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك أو الخصومات أو الخصم منها.

أسباب الإلغاء أو الخصم من المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك أو الخصومات:

- تعتمد الصعوبات المالية الواضحة بصفة عامة على معلومات دخل المريض والأصول الخاصة به
- حدوث حدث مهم أو مشكلة سريرية أخرى تسببت في إلغاء الزيارة بالكامل. يتم استرداد أي مدفوعات مشتركة وخصومات تم تحصيلها بشكل مسبق للحدث (مثلًا عند الدخول). (لمزيد من التفاصيل، ارجع إلى سياسة Partners لعدم الدفع في حوادث الجودة والسلامة.)
- في حالات نادرة، يمكن عمل استثناءات بواسطة المدير المالي للمستشفى، ونائب رئيس عمليات دورة الإيرادات في PHS أو ممثلهم (ممثلهم) المعني.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

أسباب مد أنواع أخرى من الخصومات:

- للتشجيع على الدفع الفوري،
- لمعرفة حالات الصعوبات المالية الفريدة،
- لتقليل التكاليف الإدارية للتحصيل،
- ترتيبات لتقييم حالة خاصة يتم التفاوض عليها قبل تقديم الخدمة، و،
- كما يلزم للحفاظ على علاقات جيدة بالمريض، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، أمور مثل تأخر غير متوقع في الخدمة أو حالات أخرى من تقديم خدمات رعاية ليست في المستوى الأمثل.

B. الخصومات والتسويات والرعاية الخيرية الأخرى

تقوم المستشفى بعمل برامج لسياسة المساعدة المالية للمرضى بدون تأمين صحي والخصومات من أجل خصومات إضافية. يتم تحديد خصومات المساعدة المالية بصفة عامة كرعاية خيرية من المستشفى. يتم اعتماد هذه البرامج بواسطة نائب الرئيس التنفيذي في Partners، وتقديمها كما تقدم في القسم 2. وأيضًا تعتبر المستشفى الحسابات التي لا يتم تحصيلها من المريض بسبب حمايته من إجراءات التحصيل كما نصت عليه القسم 101 من القانون CMR البند (3) 13.08 والقسم (3) B 9 من هذه السياسة كرعاية خيرية. يتم الإبلاغ عن حسابات المريض التي تتأهل وفقًا لسياسات الرعاية الخيرية في المستشفى كديون معدومة خاصة بـ Medicare.

9. إصدار فواتير المريض وتحصيلها

A. نظرة عامة

تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة لتحصيل جميع الرسوم المستحقة من شركات التأمين وفقًا لمعايير الصناعة المعمول بها وتسعى لتطبيق المدفوعات والتسويات التعاقدية في أوقات منتظمة لحسابات المريض. تشمل هذه الجهود على إصدار الفواتير لجميع الخطط التأمينية المتاحة وفقًا لمتطلبات جهة الدفع ومتابعة الطلبات المرفوضة بانتظام. يتحمل المرضى أو الضامنون الآخرون مسؤولية جميع الحسابات التي تتبقى بعد تطبيق المدفوعات التأمينية، والتسويات التعاقدية، والموافقة على الخصومات / التسويات وفقًا لأي حوالات يتم تلقيها من جهة الدفع ماعدا إذا تم تقديم الحساب إلى HSN أو تم إعفاءه من إجراءات التحصيل بحسب قوانين الولاية. قد تشمل إجراءات التحصيل على كشف الحسابات الخاصة بالمريض، وخطابات المريض، وجهات الاتصال الهاتفية وإشعارات التحصيل النهائية المعتمدة.

B. كشوف الحسابات الخاصة بالمريض والخطابات والاتصالات

تقوم المستشفى، إما بشكل مباشر أو عن طريق الوكلاء المعيّنين، بإعداد كشوف الحساب أو إرسالها عبر البريد إلى المرضى بصفة منتظمة لإشعارهم بالحسابات المستحقة للمستشفى. يتلقى المريض، قدر المستطاع، ملخصًا لجميع التكاليف، والمدفوعات والتسويات مرفقًا مع الفواتير الأولية لكل تاريخ خدمة. بصفة عامة، ينبغي أن يتلقى المرضى ثلاثة (3) كشوف بيانات أو أكثر أو خطابات خلال فترة دورة الحساب والمتوقع أن تستمر 120 يومًا بشرط عدم وجود إجراءات أخرى تشير إلى أن الفواتير الإضافية غير صحيحة. ينعكس سجل جميع الإجراءات الخاصة بالحساب والاتصالات نموذجيًا، بما في ذلك الفواتير، في سجلات نظام الفوترة و/أو التعليقات على الحساب. يُطالب طاقم العمل بتوثيق جميع جهات الاتصال مع المريض (أو الضامن) في نظام الفوترة المطبق أو نظام تحصيل المدفوعات الذاتية.

(1) إرجاء الفواتير في حالات معينة، يكون الاستمرار في إصدار الفواتير وإجراءات التحصيل غير ملائم ويمكن إرجائها أو عدم الاستمرار فيها. تشمل هذه الحالات على، وليس على سبيل الحصر: عنوان خطأ (القسم 7 أدناه) أو حالات الإفلاس (القسم (1) F) أو مريض متوفى أو شكوى مريض أو مشكلة في خدمة العملاء أو حسابات صغيرة (القسم (8) (10B))، أو إرجاء قرارات MassHealth أو انخفاض الدخل.

(2) إشعار توفر المساعدة المالية. سوف تتضمن كشوف الحساب الخاصة بالمريض أي إشعارات تطالب بها القوانين لإعلام المرضى بتوفر المساعدة المالية ووسائل الوصول إليها. تتوافق لغة ومحتوى هذه الإشعارات مع قوانين EOHHS ومصلحة الضرائب الداخلية رقم 501(r) الحالية. سوف تشمل أيضًا الإشعارات التي تتعلق بإتاحة المساعدة المالية على جميع الاتصالات الخطية والشفوية الأخرى مع المريض قدر المستطاع.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

- (3) المرضى المحميون من إجراء التحصيل. تتخذ المستشفى الخطوات المعقولة لضمان عدم اتخاذ إجراءات التحصيل، بما في ذلك الاتصالات الهاتفية وكشف الحساب أو الخطابات لحسابات المرضى التي قد تكون مستثناة من إجراءات التحصيل بواسطة القانون، بما في ذلك المرضى الذين تم تحديدهم كمنخفضي الدخل بواسطة مكتب Medicaid (ماعداء المرضى منخفضي الدخل للأسنان فقط)، أو المسجلين في MassHealth، وخطة Children's Medical Security (CMSP) بدخل أسري MAGI مساو أو أقل من 300% من توجيهاً الفقر الفيدرالية، وEmergency Aid to the Elderly، وChildren (EAEDC)، وHealth Safety Net (كامل أو جزئي) ومن المتوقع أن تكون الخصومات والمدفوعات المشتركة المحددة من خلال هذه البرامج مسؤولة المريض، والمدفوعات المشتركة من أي جهة دفع خارجية ماعدا Medicare. إذا تحدد أن المريض مسجل في إحدى هذه الفئات، يتم غلق جميع إجراءات التحصيل (ماعداء المدفوعات المشتركة وخصومات HSN المطبقة) للخدمات التي تمت خلال فترة تأهل المريض. تتوقف إجراءات التحصيل طالما تحدد أن المريض منخفض الدخل إذا كان الحساب منذ فترة لم يكن فيها المريض مسجلاً في برنامج تأهيلي. قد تستمر المستشفى في إرسال الخطابات المطالبة بالمعلومات أو الإجراءات من المريض لحل مشكلات تتعلق بالتغطية و/أو التأهل مع جهة الدفع الأساسية، أو برنامج تعويضات العمال أو للحصول على أي معلومات خاصة بمسؤولية الجهة الخارجية أو حامل MVA.
- (4) إشعار التحصيل النهائي. تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة لإرسال إشعار تحصيل نهائي لكل مريض قبل اعتبار الحساب في الديون المعدومة. في معظم الحالات، يتم إرفاق إشعار التحصيل النهائي مع كشف الحساب الخاص بالضامن.
- (5) الديون المعدومة الطارئة. بالنسبة للحالات التي يعتبر الحساب الخاص بها لطلب HSN كديون معدومة طارئة من قبل المستشفى، تعمل المستشفى على ضمان تلبية الظروف التالية:
- (a) يخضع الحساب لإجراءات التحصيل لمدة لا تقل عن 120 يوماً.
- (b) يتم تقديم طلب أهلية إلى MMIS من أجل مراجعة التغطية.
- (c) يتم تعريف الخدمات كطارئة أو عاجلة بناءً على التعريفات الواردة في هذه السياسة.
- (d) تم إرسال إشعار تحصيل نهائي عبر البريد المسجل للحسابات التي تصل إلى 1.000 دولار أمريكي أو أكثر. يمكن تقديم الحسابات التي تم توثيقها بشكل ملائم كحسابات عنوان خاطئ إلى HSN بدون إرسال بريد بإشعار التحصيل النهائي عبر البريد المسجل بشرط مرور 120 يوماً من بدء إصدار الفواتير، وبعد بذل الجهود الممكنة، لم تتمكن المستشفى من الحصول على عنوان حديث. سيتم عمل المحاولات الممكنة لإشعار المقيمين في ماساتشوستس أن شبكة السلامة الصحية (Health Safety Net) توفر التفاصيل الخاصة بأي دعاوى مقدمة إلى HSN إلى صاحب العمل الخاص بالمريض.
- (6) اتصالات وخطابات التحصيل. تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة لتحصيل جميع الحسابات القائمة مستحقة الدفع للمستشفى. تختلف جهود التحصيل المبذولة بناءً على عدة عوامل، تشمل على، على سبيل المثال لا الحصر، مبلغ الحسابات، وتاريخ التحصيل السابق الخاص بالمريض. وقد تتضمن جهود التحصيل الإضافية الاتصالات والخطابات الخاصة بالمريض لتقديم عملية كشف الحساب الروتينية كما وُصف في القسم 10ب. بالحد المسموح به، تشمل هذه الاتصالات والخطابات على تذكيرات بخصوص إتاحة المساعدة المالية.
- (7) العائد من العنوان الخاطئ. تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة لتتبع كشوف الحساب الخاصة بالمريض العائدة من قبل USPS والتي لم يتم تسليمها والرد عليها. إذا أمكن، سيتم تحديد الحسابات "كحسابات عنوان خاطئ" في نظام الفوترة، وسيتم التحقق من معلومات العنوان وتصحيحها باستخدام برامج "تخطي التتبع" المتوفرة من قبل جهة خارجية. بصفة عامة، بمجرد أن يتم تمييز الحساب كعنوان خاطئ، لا يتم معالجة المزيد من كشوف الحساب أو الخطابات إلا إذا تم تحديد عنوان جديد. وبعد الاستمرار في إرسال كشوف الحساب إلى عنوان غير صحيح غير ملائم ماليًا وقد ينتج عنه خرق لسياسة HIPAA. يتم تمييز حسابات العنوان الخاطئ في نظام التسجيل لتتبعه طاقم العمل المشاركين في عملية التسجيل للحصول على عنوان جديد من المريض. تتم إحالة الحسابات التي تحتوي معلوماتها الديموغرافية الحديثة على عنوان خاطئ إلى وكالات خارجية كديون معدومة من أجل مزيد من المتابعة ماعدا حسابات الديون المعدومة الطارئة يتم متابعتها لمدة 120 يوماً قبل الإحالة.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

(8) تسوية الحسابات الصغيرة. بمعرفة تكاليف معالجة كشوف الحسابات وإجراءات التحصيل، قد تقوم المستشفى بإلغاء كشف الحساب تحت عنوان "فواتير زهيدة". وبالمثل، بعد إصدار الفواتير، قد تُحد المستشفى من إجراءات التحصيل والبحث خلف الحسابات الصغيرة وتقوم بتسوية الحساب تحت عنوان "تسوية حسابات صغيرة". لا يتم في أي حالة من الحالات إصدار فواتير تسوية الحسابات الصغيرة وفق هذا القسم إلى HSN. ينطبق نظام الحسابات المنخفضة نموذجياً على مبالغ الحسابات الخاصة بالضمان التي تقل عن 10.00 دولارات أمريكية.

C. إشعار الضرائب الإضافية

تقوم المستشفى بإجراءات لتحديد جميع حسابات المرضى الخاضعة لزيادة ضرائب صندوق تمويل شبكة السلامة الصحية (Health Safety Net Trust Fund) كما ذكر في القسم 101 من قانون CMR البند 614. يتم إصدار فواتير بمبالغ الضرائب الإضافية إلى المريض والأموال التي تم جمعها وتحويلها إلى HSN بناءً على الجدول الزمني المحدد.

D. ترتيبات الدفع

(1) بصفة عامة يمكن إتمام الدفع على عدة دفعات في جميع مستشفيات Partners. يتم عمل ترتيبات المدفوعات المؤجلة، أو خطط المدفوعات أو المدفوعات الجزئية لمبالغ الإيداع نموذجياً من قبل خدمات دخول المستشفى أو حلول الفوترة للمرضى في PHS. تتوافق جميع ترتيبات المدفوعات مع المعايير المحددة مسبقاً والمسجلة بشكل مناسب في أنظمة التسجيل والفوترة الخاصة بالمستشفى.

(2) صيغ الدفع

(a) يمكن إتمام المدفوعات المسبقة من خلال شيك بنكي / معتمد، أو حوالة مصرفية، أو بطاقات الائتمان/ الدين. لا يتم قبول الأموال النقدية في معظم المستشفيات. يتم قبول الشيكات الشخصية من البنوك الأمريكية نموذجياً للحسابات الأقل من 5.000 دولار أمريكي مالم يكن هناك سابقة من فشل الشيكات لعدم وجود رصيد كافٍ. يمكن طلب شيكات شخصية قبل تقديم خدمة مجدولة بشكل كافٍ حتى يتسنى التحقق من الشيك. تتم مراجعة وضع المرضى الذين لديهم ديون معدومة سابقة لتحديد طريقة الدفع المناسبة.

(b) صندوق أموال البنك. يتم إتمام المدفوعات التي تتم من خلال شيكات شخصية إلى صندوق أموال البنك. لا يتم قبول مدفوعات بطاقة الائتمان عبر البريد.

(c) المدفوعات والفواتير الإلكترونية الخاصة بـ Partners توفر العديد من المواقع الوصول الإلكتروني إلى الفواتير والمدفوعات الخاصة بالحسابات التي تستخدم بطاقات الائتمان / المدين أو حوالات ACH المصرفية إلكترونياً.

(d) يتم قبول المدفوعات من خلال الاتصال على مركز اتصالات حلول الفوترة للمرضى في PHS أو مراكز خدمة عملاء أخرى معينة.

(e) تقوم المستشفى بخطوات لتتبع الشيكات "غير الصالحة"، وإرجاع أي مدفوعات تم تطبيقها على حساب المريض. تقديم شيك "غير صالح" يتسبب في وضع الحساب في الديون المعدومة.

(3) العملة. مالم يتم الاتفاق على غير ذلك، يتم الدفع بالدولار الأمريكي. يتم تحويل المدفوعات التي تتم بعملة أخرى غير الدولار الأمريكي إلى معدل التحويل المخصص من قبل بنك المستشفى، بعد خصم أي رسوم تحويل.

(4) خطط المدفوعات. تتوفر خطط المدفوعات لجميع المرضى عند الطلب بشرط أن تكون الحسابات حديثة. تخضع الموافقة النهائية على خطة المدفوعات إلى مراجعة كاملة لوضع المريض وتاريخ الدفع الخاص به. يقوم قسم حلول الفوترة للمرضى في PHS بمعالجة جميع خطط المدفوعات الخاصة بالمرضى والإشراف عليها. تقوم الخطط بتغطية الحسابات المفتوحة بصفة عامة في جميع مستشفيات Partners المسجلة في Partners eCare. وقدرة المستطاع، يتم تنسيق جميع خطط المدفوعات بين جميع المؤسسات.

(a) خطط المدفوعات الخاصة بـ HSN Partial Deductibles and Medical Hardship:

(i) يتم طلب دفعة مبدئية بأقل من 500 دولار أمريكي أو 20% من حساب الخصم شاملةً لجميع المبالغ المقبولة قبل تقديم الخدمة في حالات الخدمات غير الطارئة / غير العاجلة.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

(ii) يتم تقديم خطط مدفوعات على الحسابات التي تصل إلى 1.000 دولار أمريكي تصل إلى عام واحد أو أقل وحتى عامين على الحسابات الأخرى. يتم عرض مبلغ مدفوعات شهري لهؤلاء المرضى يصل إلى 25 دولارًا أمريكيًا لهذه الخطط.

(b) خطط المدفوعات لجميع المرضى الآخرين

(i) بحد أقصى عام واحد للحسابات التي تصل إلى 1.000 دولار أمريكي أو أقل

(ii) بحد أقصى عامين للحسابات التي تتجاوز 1.000 دولار أمريكي.

(iii) يمكن عرض خطط مدفوعات أطول من ذلك في ظروف استثنائية بموافقة الإدارة العليا.

(iv) لن يتم عرض خطط بمدفوعات شهرية أقل من 25 دولارًا أمريكيًا

(c) لن يتم تحصيل فوائد على الحسابات إذا وافق المريض على خطة المدفوعات ويقوم بالدفع بالفعل.

(d) تنبغي مراجعة الخطط بصفة منتظمة لضمان تحديث جميع المدفوعات. إذا لم يقم المريض بدفع دفعتين متتاليتين، فقد تضع المستشفى الحساب في الديون المعدومة. يمكن أن تقوم المستشفى بإعادة تقييم المدفوعات الإلزامية القائمة على المريض، بناءً على طلبه إذا تغيرت الأحوال المالية.

E. المواقف الخاصة - الفوترة

(1) إفلاس المريض: تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة لتتبع جميع إشعارات الإفلاس، والاحتفاظ بهم في ملف لضمان اتباع جميع إجراءات المحكمة المعتمدة، بما في ذلك تقديم الدعاوى من خلال المحكمة، أو إلغاء الدين.

(2) المرضى المتوفون: تقوم المستشفى، حيث أمكن وكان فعالاً من حيث التكلفة، بعمل بحث عن الأملك، والفواتير والتقدم للحجز على الأملك.

(3) حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (ماساتشوستس): يتم بذل الجهود الممكنة لإصدار الفواتير إلى حامل MVA/TPL لتحصيل أي مبالغ متاحة للوقاية من الإصابات الشخصية (PIP). تتم معالجة دعاوى شركة التأمين بعد استنفاد الوقاية من الإصابات الشخصية (PIP). يحق كذلك للمستشفى التقدم لطلب الحجز مقابل مدفوعات الإصابات الجسدية التي وجهها حامل MVA إلى المريض إذا تمكنا من معرفة اسم المحامي الذي يدير الدعوى. لن يتم تقديم الدعاوى إلى HSN حتى يتم بذل جميع الجهود الممكنة أولاً لتحصيل الحسابات من جهات أخرى. بالحد المسموح به، يتم تذكير المرضى بمسؤوليتهم عن الإبلاغ عن أي دعوى TPL خلال 10 أيام من تقديم الدعوى إلى مكتب Medicaid أو HSN. تتم تسوية أي تعويضات يتم تلقيها بعد تقديم دعوى إلى HSN مقابل الدعوى الأصلية والإبلاغ عنها إلى HSN بما في ذلك الفجوات أو العائدات.

(4) حوادث السيارات (MVA) ومسؤولية الجهة الخارجية (نيو هامبشاير): قد يختار المرضى الذين لديهم تغطية تأمين صحي أن يقوم المستشفى بإصدار الفاتورة إلى التأمين الصحي الخاص بهم. لن تخضع الأرصدة التي يتم إصدار الفواتير بها للمريض لأي خصم أو تعديل روتيني.

(5) تعويضات العمال: تتم تسوية دعوى WCA بصفة عامة مع حامل WCA إذا كانت التغطية سارية. تقوم المستشفى بعمل المحاولات الممكنة لطلب تغطية WCA بما في ذلك تقديم الدعاوى القانونية. إذا لم يكن هناك تغطية WCA، تتم إدارة الدعوى بالطريقة النموذجية.

(6) تغطية HSN الثانوية: تقوم المستشفى ببذل الجهود الممكنة للحد من الدعاوى المقدمة إلى HSN كحامل ثانوي لهذه الحسابات التي ينبغي تغطيتها من قبل HSN، بما في ذلك الخصومات والتأمين المشترك والخدمات غير المغطاة بما في ذلك الحالات التي استنفذت امتيازاتها أو التي لم يتم تفعيل تسجيلها مع جهة الدفع في وقت تقديم الخدمات. لن يتم تقديم الدعاوى التي رفضت بسبب خطأ تقني في الدعوى أو أي رفض تقني آخر كما حدد في القسم 101 من قانون CMR البند (c) 613.03(1) إلى HSN. إذا تلقت المستشفى مدفوعات إضافية أو معدلة بعد تقديم دعوى إلى HSN يتم تقديم دعوى معدلة إلى HSN.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

(7) **خصومات HSN الجزئية:** تقوم المستشفى بإصدار الفواتير إلى المرضى عن 100% من خصم HSN الجزئي حتى تتساوى التكاليف بالخصم السنوي الصادر إلى المريض، بما في ذلك أي حسابات مرفقة في خطط المدفوعات. لن يتم تقديم الدعاوى إلى HSN حتى يتم استقطاع مبلغ الخصم من المريض. يشمل ذلك على جميع المنشآت التابعة والمراكز الصحية بالمستشفى التي تعمل كجزء من ترخيص المستشفى.

(8) **ضحايا جرائم العنف:** تقوم المستشفى بمساعدة المريض في تقديم الدعاوى من خلال برنامج ضحايا جرائم العنف لدى مكتب المحامي العامي في ولاية ماساتشوستس. في معظم الحالات، يتم تأجيل إصدار الفواتير إلى المريض أثناء انتظار دعوى VVC. هذه المدفوعات بصفة عامة هي المدفوعات الكاملة بدون مبالغ متبقية صادرة إلى المريض.

10. وضع الديون المعدومة

بمجرد أن يتم استنفاد الجهود للتحصيل الداخلي، يمكن اعتبار الحسابات كديون معدومة. يحدث ذلك نموذجياً بعد إتمام الحساب لدورة الفوترة 120 يوماً مع بعض الاستثناءات نتيجة العنوان الخاطئ أو ظروف تخفيفية أخرى. يتم بذل جهود إضافية بصفة عامة للحسابات في قسم الديون المعدومة من خلال عدة مصادر تشتمل على طاقم العمل الداخلي أو وكالات التحصيل الخارجية أو وكلاء التحصيل. تضمن المستشفى أن جميع المتابعات للديون المعدومة، سواء كانت بواسطة طاقم العمل الداخلي أو وكالة تحصيل خارجية، تتم وفقاً لما يلي:

A. تقارير الائتمان

بصفة عامة، بينما لا تقوم المستشفى بالإبلاغ عن الديون المعدومة للمريض إلى أي مكتب ائتمان، فإن هذه السياسة لا تهدف إلى منع المستشفى من اتخاذ هذا الإجراء في حالات معينة أو منعها من فعل ذلك في المستقبل. ومع ذلك، يمكن للمستشفى أو وكلاءها استخدام الخدمات الخاصة بمكتب الائتمان لتحديد معدل رصيد المريض بهدف تحديد قدرة المريض على تلبية الالتزامات المالية الخاصة بها.

B. الدعوى

يحق للمستشفى ووكلاءها تقديم دعوى ضد المريض للحصول على حكم قضائي، من أجل الديون المستحقة للمستشفى. لا ينبغي في أي حال من الأحوال استخدام مذكرة توقيفية (المعروفة بإلقاء القبض على الشخص" في الصحافة العامة) كجزء من إجراءات التحصيل.

C. الحجز على الممتلكات

يحق للمستشفى فقط متابعة الحجز وتنفيذه وبيع الممتلكات بعد مراجعة المدير المالي للمستشفى وموافقتهم. بالإضافة إلى ذلك، بالنسبة لجميع الحالات التي تتضمن مريض تحدد بواسطة مكتب Medicaid أنه منخفض الدخل أو مؤهل لأي برنامج مساعدة، لن تطالب المستشفى بتنفيذ أي إجراء قانوني ضد مكان الإقامة الشخصية الخاص بالمريض أو الضامن بدون اعتماد خاص من مجلس أمناء المستشفى.

D. وكالات التحصيل

تُطالب كل وكالة تقوم بتحصيل حسابات المريض بالنيابة عن المستشفى بالالتزام بسياسة التحصيل والائتمان هذه. يتم الإبلاغ عن أي شكوى جوهرية خاصة بالمريض إلى المستشفى حتى تتم مراجعتها ومتابعتها. تلتزم جميع الوكالات بالكامل بالقوانين الفيدرالية العادلة لتحصيل الديون وكذلك قوانين تحصيل الديون التي يحددها المحامي العام لماساتشوستس. تقوم جميع الوكالات بالإبلاغ عن أي إجراءات تحصيلية أو حسابات أخرى، بما في ذلك قرار إيقاف جهود التحصيل، بصفة منتظمة. بصفة عامة، تتوقف الوكالات عن القيام بجهود التحصيل لأي حساب لديهم لمدة عام ولم يسفر عن أي إجراء أو دفع أو أي نية للدفع.

11. حسابات الائتمان وإعادة الأموال

بصفة عامة، تقوم المستشفى بإعادة أي حسابات ائتمانية إلى المرضى، والتي قد تنتج عن تحصيل أموال زائدة من المريض. في حالة تعذر إرجاع حساب الائتمان إلى المريض / الضامن تقوم المستشفى بإعادة حساب الائتمان إلى صندوق الكومونويلث في ماساتشوستس وفقاً لقوانين الملكيات المهجورة.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

12. الأحداث المهمة التي يجب الإبلاغ عنها (SRE)

تحافظ المستشفى على الالتزام بمتطلبات الفترة السارية، بما في ذلك قوانين وزارة الصحة العامة (القسم 105 من قانون CMR البند 130.332) لعدم دفع خدمات معينة أو إعادة الدخول والذي تحدد المستشفى أنه نتيجة أحداث مهمة يجب الإبلاغ عنها (SRE). الأحداث المهمة التي يجب الإبلاغ عنها (SREs) ولا تحدث في المستشفى يتم استبعادها من تحديد عدم الدفع. لا تطالب المستشفى كذلك المرضى منخفضي الدخل الذين تحدد أهليتهم لبرنامج Health Safety Net والذي تم رفض الدعاوى الخاصة به من برنامج شركة التأمين نتيجة خطأ إداري في الحسابات بواسطة المستشفى. تحافظ المستشفى أيضاً على جميع المعلومات وفقاً للقوانين الفيدرالية المعمول بها للخصوصية والأمان وسرقة الهوية.

13. حقوق المرضى ومسئولياتهم

A. مسؤوليات المرضى

يجب على المريض:

- توفير معلومات ديموغرافية كاملة وحديثة ومعلومات التأمين وإعلام المستشفى والولاية إذا كان المريض مشاركاً في برنامج خاص بالولاية وبأي تغييرات في وضعه بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التغييرات في حالة الدخل أو التأمين.
- بالنسبة لمقيمي ماساتشوستس، التقدم للتغطية والاحتفاظ بها عبر أي برامج ترعاها الحكومة والتي يمكنه التأهل لها، بما في ذلك تقديم جميع الوثائق المطلوبة خلال الوقت الزمني المحدد ينبغي أن يحصل جميع المرضى على التغطية التأمينية والاحتفاظ بها إذا كانت متاحة إليهم. إعلام المستشفى بأي تغطية محتملة لحوادث السيارات أو تغطية التزام الجهات الخارجية أو تغطية تعويضات العمال. بالنسبة للمرضى الذين تتم تغطيتهم من قبل برامج الولاية، تقديم دعوى للحصول على التعويض، إذا كان متاحاً، مع الوضع في الاعتبار أي حادث أو إصابة أو خسارة وإعلام برنامج الولاية (مثلاً، Office of Medicaid و Health Safety Net) خلال عشرة أيام بالمعلومات المتعلقة بأي دعوى قانونية أو تأمينية تغطي تكلفة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى. ويُطالب المريض بتعيين الحق لمدفوعات جهة خارجية تقوم بتغطية تكاليف الخدمات المدفوعة من قبل Office of Medicaid أو Health Safety Net في ماساتشوستس.
- بذل الجهود الممكنة لفهم حدود التغطية التأمينية الخاصة بهم بما في ذلك حدود الشبكة، وحدود تغطية الخدمات والمسؤوليات المالية نتيجة التغطية المحدودة والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات.
- التوافق مع سياسات الإحالة التأمينية والتفويض المسبق وسياسات الإدارة الطبية الأخرى.
- التوافق مع متطلبات التأمين الأخرى، بما في ذلك إكمال تنسيق صيغ الامتيازات الأخرى، وتحديث معلومات العضوية وتحديث معلومات الطبيب ومتطلبات الدفع الأخرى،
- دفع مبالغ المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمين المشترك في وقت مناسب.
- توفير تحديث البيانات الديموغرافية وبيانات التأمين والتأهل لـ HSN والخصم السنوي.

B. سياسة عدم التمييز

لا تقوم المستشفى بالتمييز بناءً على العرق أو اللون أو الأصل أو المواطن أو الأصل الأجنبي أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو هوية النوع أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة، في السياسات الخاصة بها أو في تطبيق السياسات، فيما يخص الاكتساب والتحقق من المعلومات المالية، والمدفوعات قبل الدخول أو قبل العلاج أو خطط المدفوعات أو الدخول المؤجل أو المرفوض أو التأهل لـ Health Safety Net.

14. الإبلاغ والمراجعة والالتزام بالقوانين

تلتزم المستشفى بجميع متطلبات الإبلاغ كما تحدد من قبل MGL c. 118G والقسم 101 من القانون CMR البند 613، 614 ذات الصلة والنشرات الإدارية المرتبطة بها.

سياسة التحصيل والائتمان بمستشفى Partners HealthCare 1 يناير، 2020

تحتفظ المستشفى بسجلات الإجراءات القابلة للمراجعة التي تتوافق مع معايير القسم 101 من قانون CMR البند 613 ومتطلبات القسم 101 من قانون CMR البند 614.

تقوم المستشفى بتقديم سياسة التحصيل والائتمان هذه إلكترونيًا من خلال Office of Medicaid و Health Safety Net كما يلزم عندما تتغير السياسة أو عندما تكون هناك تغييرات تنظيمية صادرة من قبل Office of Medicaid و Health Safety Net تلزم بتقديم سياسة جديدة.

15. سياسات أخرى مطبقة في PARTNERS HEALTHCARE:

سياسة خصومات المرضى غير المؤمن عليهم والمساعدة المالية في Partners

16. المراجع:

MA Regulations 101 CMR 613, 614 and MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c