

**HUNTINGTON HOSPITAL**  
**ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE**  
الإجراءات والسياسات الإدارية

الموضوع: سياسة المساعدات المالية	رقم السياسة: 329	الصفحة 1 من 15
الموافقة المعتمدة: Lisa Maqueira	تاريخ النفاذ: 1 يناير 2024	تحل محل هذه الوثيقة أو تلغيها سياسة المساعدات المالية لعام 2023

1. المقصد:

أ. نلتزم مؤسسة Pasadena Hospital Association, Ltd., dba The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians (ويُشار إليهما معًا فيما بعد باسم "المؤسسة") بتلبية حاجات الرعاية الصحية لدى جميع المرضى في المجتمع، ارتكازًا على هذه المبادئ:

1. التزام حس المساواة وحفظ الكرامة والاحترام والإنسانية في معاملة الجميع.
2. تقديم خدمات الرعاية الصحية العاجلة للجميع، بصرف النظر عن قدرة المريض على السداد.
3. مساعدة المرضى الذين يتعذر عليهم سداد نفقات خدمات الرعاية التي يتلقونها، بعضها أو كلها.

وتُجسّد هذه السياسة التزام المؤسسة برسالتها ورؤيتها ومبادئها بما تقدمه من مساعدة على تلبية حاجات المرضى محدودي الدخل غير المؤمن عليهم وأولئك المرضى الذين لديهم تأمين لا يفي باحتياجاتهم في مجتمعنا. وتقدم المؤسسة، ضمن مساعيها إلى الوفاء بهذا الالتزام، الخدمات اللازمة طبيًا، مجانًا أو مقابل نفقات مُخفّضة، للمرضى الذين يستحقون تلقيها وفقًا للأحكام الواردة في هذه السياسة.

ب. وفي هذه السياسة بيان للإرشادات التي يُستعان بها على تحديد المرضى الذين ربما كانوا من مستحقي تلقي المساعدات المالية، وفيها كذلك بيان لمعايير الفحوص المالية اللازمة لأولئك المرضى الذين يستحقون تلقي تلك المساعدات المالية.

2. السياسة:

أ. **التعريفات:** تُعرّف الاصطلاحات الواردة في هذه السياسة في قسم "التعريفات" الوارد في نهاية السياسة، أو قرين كل اصطلاح عند استخدامه أول مرة.

ب. **الخدمات المشمولة بموجب هذه السياسة:** لا تشمل هذه السياسة سوى تلك الخدمات التي تقدمها المؤسسة مباشرة. ولا تشمل خدمات الأطباء إلا تلك الخدمات التي يقدمها الأطباء لدى مجموعة Huntington Aligned Medical Group (ويُشار إليها فيما يلي باسم "مجموعة" HAMG) ومجموعة Huntington Foundation Medical Group (ويُشار إليها فيما يلي باسم "مجموعة" HFMG). ويُستثنى من هذه السياسة منشآت مركز Randall Breast Center ومركز Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC ومراكز Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

ج. **سياسات المساعدات المالية المحتملة لدى المنشآت والأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمات غير المشمولين في هذه السياسة:** ربما كان لدى أعضاء المجتمع من الطاقم الطبي لدى المؤسسة (أي مقدمي الخدمات الذين لا يعملون لدى المؤسسة) من المساعدات المالية ما يُمدُّون به مرضاهم. وتقدم المؤسسة، عند الطلب، قائمةً للمعلومات المتاحة لديها بشأن هؤلاء الأطباء، وفيها بيان ما إذا كان بعض الأطباء (أو المجموعة الطبية التي يعملون فيها): (1). يقدمون حسومات معادلة لرسوم الأطباء المهنية؛ وذلك للمرضى محدودي الدخل غير المؤمن عليهم، على نحو ما عليه الحال لدى المؤسسة، استنادًا إلى المعايير الواردة في هذه السياسة؛ (2). ويقبلون القرارات التي تتخذها المؤسسة بشأن استحقاق المرضى تلقي المساعدات المالية؛ (3). ويلتزمون بجميع القوانين واللوائح والمراسيم والأوامر النافذة على الصعيد الفدرالي وعلى صعيد الولاية وعلى الأصعدة المحلية من ناحية استيفاء حسابات ديون المستهلكين. غير أن المؤسسة لا تتحمل أي مسؤولية عن إدارة برامج المساعدات المالية لدى هؤلاء الأطباء أو الممارسات التي يتبعونها في إعداد الفواتير لديهم.

1. **المساعدات المالية:** تُتاح المساعدات المالية لسداد تمام المستحقات عن المريض إن بلغ مقدار دخله العائلي وأصوله نسبة أقصاها أربعمئة بالمئة (400%) مقارنةً بمستوى الفقر المُحدّد على الصعيد الفدرالي (FPL) للعام الجاري. أما المرضى الذين يتراوح دخلهم من 401% إلى 600%، مقارنةً بمستوى الفقر المذكور نفسه، فيستحقون تلقي خدمات الرعاية بنفقات مُخفّضة. ولا يُؤخَذ بالأصول عند النظر في استحقاق المريض لتلقي الحسومات، وإن كانت هذه الأصول مشمولة في طلب المساعدات المالية (ويُشار إليه فيما يلي باسم "الطلب"، معرفةً ونكرةً). وفي الملحق (ب) بيان نطاقات المساعدات المالية المتاحة لدى المؤسسة.

2. **المرضى الذين يتلقون خدمات محددة بعينها سلفاً (خدمات الرعاية الاختيارية أو غير العاجلة):** يلزم المرضى، الذين يُدرجون في جداول مرضى الخدمات الاختيارية في العيادات الداخلية أو مرضى الخدمات غير العاجلة في العيادات الخارجية، تحصيل الموافقة من المنسق المعني بشؤون المساعدات المالية، أو من ينوب عنه، أولاً لتحصيل المساعدات المالية. ولا تستحق الموافقة سوى الإجراءات اللازمة طبيّاً. أما المساعدات المالية بشأن الإجراءات الاختيارية وخدمات الرعاية في مرحلة المتابعة بعد الصرف من المستشفى فتقتصر على أولئك المرضى الذين يعيشون في المنطقة التي تخدمها المؤسسة أو حسب الموافقة الصادرة من المنسق المعني بشؤون المساعدات المالية، أو من ينوب عنه. وتحتفظ المؤسسة بالحق في الامتناع عن منح المساعدات المالية على أساس المنظور مستقبلاً فيما يتعلق بخدمات الرعاية غير الطارئة المقترحة للمرضى وغيرها من خدمات الرعاية غير اللازمة طبيّاً، حسب حاجة المؤسسة إلى ترشيد مواردها المالية والسريرية.

3. **الموارد المالية الإضافية ولزوم تعاون المرضى:** يُقرّ المريض، الذي تُجرى الموافقة على تلقيه المساعدات بموجب هذه السياسة، بموافقتها على التعاون المستمر على إتمام الإجراءات اللازمة لتحصيل التعويض مقابل الخدمات التي تقدمها المؤسسة من الجهات الخارجية المعنية، ومنها الصندوق المخصص لضحايا الجرائم في ولاية كاليفورنيا (California Victims of Crime) والبرنامج المعني بحالات الصدمات في المقاطعة (County Trauma Program)، وبرنامج Medi-Cal، والبرامج الصحية التي تُتيح التأمين عن طريق سوق تبادل المنافع الصحية في كاليفورنيا (California Health Benefit Exchange) (ويُشار إليها فيما يلي باسم "سوق التبادل" (Exchange)). ولا يحول بين المريض واستحقاق تلقي المساعدات بموجب هذه السياسة أن يكون قد تقدم بطلب لتحصيل المساعدة من جهة أخرى لسداد نفقات رعايته الصحية. ويجب على المريض، كشرط من شروط تحصيل المساعدات المالية، التقدم بطلب لتحصيل التأمين بموجب برنامج Medi-Cal، والبرنامج المعني بصحة العائلات (Healthy Families)، والبرنامج المعني بحالات الصدمات في المقاطعة (County Trauma Program)، فضلاً عن تحصيل التأمين عن طريق سوق التبادل (Exchange)، حسب مقتضى الأحوال. وتطبق الأحكام سالفة الذكر نفسها على المرضى المقيمين خارج الولاية والطلبات التي يتقدمون بها للالتحاق بمنظومة Medicaid في الولايات التي يقيمون فيها.

تلتزم المؤسسة بإجراء الإحالات، على النحو المناسب، إلى الوكالات المحلية المعنية في المقاطعة، ومنها البرنامج المعني بصحة العائلات (Healthy Families)، أو خدمة Covered California أو برنامج Medi-Cal أو غيرها من البرامج، بقصد تحديد حالات المرضى من ناحية الاستحقاق.

يحق للمؤسسة إصدار الفواتير باسم أي جهة من جهات التأمين الخارجية التي تُقدّم التأمين للمريض المعني، ويشمل ذلك أي مصدر من المصادر التي تتحمل مسؤولية الجهات الخارجية. ويُحظر على شركات التأمين الصحي والبرامج الصحية خفض قيمة التعويض عن أي مطالبة للمؤسسة، حتى وإن تنازلت المؤسسة نفسها عن مبلغ فاتورة الخدمات المقدمة إلى المريض، بعضها أو كلها، بموجب الأحكام الواردة في هذه السياسة.

4. **المرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم:** تفترض المؤسسة، وعلى أساس التجارب السابقة وأوساط التأمين في الوقت الراهن، أنه يتعذر على المرضى، غير المؤمن عليهم، تحمل نفقاته. وتفترض المؤسسة، من ثم، أنهم يستحقون الانتفاع ببرامج المساعدات المالية. وتقدم المؤسسة المساعدات التالي بيانها في هذه السياسة ما لم يتخذ المريض إجراءاتٍ أخرى بشأن الخدمات التي تقدمها المؤسسة. والمبالغ المُخفّضة، التي لا تُشتمل في فواتير المرضى، خدمات رعاية لا تتلقى المؤسسة تعويضاً عنها، وتلتزم المؤسسة بإعداد التقارير بشأنها بما يتوافق مع الإرشادات الواردة في القسم (Section 4012)، من الفصل (Chapter 15-2)، من دليل تعويض نفقات مقدمي الخدمات في المراكز التابعة لبرامج Medicare وبرنامج Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services' Provider Reimbursement Manual).

1. تصدر الفواتير للمرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم بالمبالغ المقررة بعد الحسومات التي تُجرىها المؤسسة (يُرجى مراجعة الملحق (ج) أدناه).
2. يستحق المرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم تلقي تلك الحسومات دون تقديم أي طلب بشأن ذلك. ولا تشمل هذه المساعدات المالية خدمات الرعاية الاختيارية، ما لم تتفق المؤسسة والمريض المعني على غير ذلك.
5. **المرضى المُعسرون طبيًا (من غير مستحقي تلقي الحسومات):** يجوز للمرضى المُعسرين طبيًا [أي الذين يتعذر عليهم تحصيل التأمين]، وغير المؤهلين لتلقي المساعدات المالية، أن يطلبوا تحصيل المساعدات المالية حسب الإجراءات الوارد بيانها في هذه السياسة؛ على أنه من الواجب تحصيل الموافقة من المنسق المعني بشؤون المساعدات المالية، أو من ينوب عنه، ووفق تقديره، على طلب تحصيل المساعدات المالية بسبب الإعسار الطبي.
- هـ. **إدارة المساعدات المالية:** تستعين المؤسسة بنموذج واحد ومُعَمَّم لطلب تمكين المرضى من تحصيل المساعدات المالية؛ وهو الإجراء الذي وُضِع بغرض تمكين كل من يتقدمون بهذا الطلب من التمتع بأقصى قدر من منافع المساعدات المالية التي ربما كانوا ممن يستحقون تلقيها. ومن ثم يلزم كل مريض، ممن يطلبون تلقي المساعدات المالية إكمال هذا الطلب.

1. **كيفية تقديم الطلبات:** يستطيع المريض المعني أو أي موظف من موظفي المؤسسة بدء إجراءات تقديم الطلب عن طريق التواصل مع: خدمة العملاء (Self Pay, Customer Service) عن طريق الهاتف رقم: 866-8600 (323).

وتشتمل هذه الإجراءات على ما يلي بيانه:

1. يتلقى المريض المعني نموذج الطلب، فضلاً عن نموذج طلب الانتفاع بخدمات Medi-Cal والمعلومات بشأن الاستشارات بخصوص الديون.
  2. يتلقى صاحب الطلب المساعدة على إكمال نموذج الطلب لدى الأقسام المخصصة للمرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم، وخدمة العملاء والتسجيل والحجز للاستشفاء وقسم الطوارئ.
  3. ويجوز للمريض إكمال طلبه شفهيًا، وذلك بمساعدة موظفي المؤسسة؛ ولكنه من الضروري توقيع المريض أو ممثله على الطلب.
2. **النظر في الطلبات**

1. **قرار البت في الحالة:** يُجرى البت في حالة المريض من ناحية الاستحقاق حسب إرشادات تحديد الاستحقاق على أساس نسب مستوى الفقر المُحدَّد على الصعيد الفدرالي (FPL) في الوقت الراهن.
2. **القرارات التي تتخذها الجهات التابعة والشركاء المجتمعين المعتمدون:** يجوز للمؤسسة، وفق تقديرها الخاص، تعجيل إجراءات الموافقة على طلبات المساعدات المالية المقدمة من المرضى الذين صدرت الموافقة بشأن طلبات تلقيهم المساعدات المالية لدى بعض الجهات التابعة أو الشركاء المجتمعين للمؤسسة. وتلتزم المؤسسة بإطلاع المرضى المتقدمين بطلبات تحصيل المساعدات المالية في حال كانت إجراءات تعجيل الموافقة هذه متاحة.
3. **الأصول:** يقتصر النظر في الأصول، عند البت في حالة المريض من ناحية الاستحقاق، على التعريف الوارد في هذه السياسة.
4. يجب إدراج **الدخل** عن المُدَد منفصلة في أوراق العمل على أساس البيانات المجمعة سنويًا.
5. **الحسومات:** أي النظر في التزامات المريض المالية الأخرى، ومنها نفقات المعيشة وغيرها من البنود الأساسية والمستساعة.
6. **الحد الأقصى للنفقات التي يسدها المريض من أمواله الخاصة:** يجب ألا يتجاوز أي مبلغ، مما يُحمَّل على فاتورة المريض مقابل الخدمات المشمولة في هذه السياسة، قيمة المبالغ التي يُؤخَذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB).
7. **إعادة النظر:** يجوز للمؤسسة إعادة النظر في حالة المريض من ناحية الاستحقاق في أي حال من الأحوال التالية:

أ. تغيير دخل المريض.

ب. تغيير عدد أفراد عائلة المريض.

ج. صدور قرار يقضي بأن طلب المساعدات المالية قد اشتمل، في أي جزء منه، على معلومات خاطئة أو مضللة؛ وهي الحالة التي يجوز فيها منع المريض من الانتفاع بالمساعدات المالية التي مُنحت له قبل ذلك وبأثر رجعي.

3. **تقديم الوثائق اللازمة:** تطلب المؤسسة من المرضى، الذين يتقدمون بطلبات تلقي المساعدات المالية، تقديم عدد من الوثائق لإثبات استحقاقهم. ومن هذه الوثائق، على سبيل المثال لا الحصر:

1. نموذج الطلب بعد إكماله.

2. وثائق إثبات الدخل، والتي يجوز أن تشمل أيًا من الوثائق التالية:

أ. أصل بيان صرف الراتب عن المدة الحالية.

ب. الإقرار الضريبي عن العام السابق.

ج. بيان الدخل مكتوبًا.

3. وثائق إثبات الأصول، والتي يجوز أن تشمل الوثائق التالية:

أ. نُسخ من كشف الحساب المصرفي عن الشهر السابق (بجميع صفحاته).

ب. كشوف الحسابات في الأسواق النقدية.

ج. بيان الأسهم.

د. بيان السندات.

هـ. بيان شهادات الإيداع.

و. حسابات الوساطة (باستثناء الوثائق ذات الصلة ببرامج التقاعد وبرامج التعويضات المؤجلة (التي تُستحق عليها الضرائب، وتلك التي لا تُستحق عليها الضرائب، بموجب قانون دائرة الإيرادات الداخلية (IRS Code)).

ز. أصل بيان صرف إعانات البطالة أو إعانات الضمان الاجتماعي أو إعانات ذوي الاحتياجات الخاصة.

4. **تقديم الطلب بعد إكماله:** إذا قدم المريض طلبه مكتملاً في غضون المدة المحددة لذلك، فيجب على المؤسسة اتخاذ الإجراءات التالي بيانها:

1. يجب على المؤسسة أن تتخذ، في الحال، جميع التدابير المتاحة لديها على النحو المستساغ لتعطيل أي إجراء كان قد أُتخذ تجاه المريض من الإجراءات غير الاعتيادية لاستيفاء الديون مقابل خدمات الرعاية التي تلقاها، أو لإبطال أثر ذلك الإجراء. ومن بين هذه التدابير المتاحة على النحو المستساغ لدى المؤسسة، على سبيل المثال لا الحصر، الإيعاز إلى الوكالات المعنية باستيفاء الديون بإيقاف إجراءات استيفاء الديون، فضلاً عن إجراءات إلغاء أي حكم كان قد صدر تجاه المريض، ورفع أي حجز أو رهن كان قد وُقِع على ممتلكاته، ورفع جميع المعلومات المنفية بشأن تعثر هذا المريض من تقرير ديونه الذي أُرسِل إلى الوكالات أو المكاتب المعنية بتقارير ديون المستهلكين.

2. اتخاذ القرار بشأن استحقاق المريض، أو الإفادة بشأن عدم اكتمال طلبه، أو إلزامه بتقديم المزيد من المعلومات في غضون مدة مناسبة.

3. إخطار المريض إخطارًا مكتوبًا وفي الحال بشأن القرار الذي اتخذته المؤسسة بخصوص حالته من ناحية الاستحقاق، فضلاً عن بيان المساعدات التي يستحق تلقيها والأسباب التي استند إليها في اتخاذ القرار، إذا كان ذلك ممكناً.

4. إذا استحق المريض تلقي المساعدات المالية، فيجب على المؤسسة إخطاره إخطارًا مكتوبًا بخصوص ثبوت استحقاقه، مع بيان المساعدات المتاحة له والأسس التي استند إليها في تحديد تلك المساعدات وتواريخ تلك الخدمات المشمولة فيها.

أ. إذا لم يكن ثمة التزام على عاتق المريض، فلا يلزم اتخاذ أي إجراءات أخرى بخلاف استرداد الأموال السابقة على النحو الوارد في قسم "استرداد الأموال". وإذا كان ثمة رصيد متبقٍ بعد ذلك، فيجب على المؤسسة إخطار المريض إخطارًا مكتوبًا بشأن المبلغ الذي يدين به مقابل خدمات الرعاية، مع بيان الطرق التي يُمكنه من خلالها الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن حسابه.

ب. إذا اعتُمد طلب المريض لتلقي المساعدات المالية، فلا تُحمَل على حسابه أي نفقات أخرى مقابل خدمات الرعاية العاجلة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا، فوق قيمة المبالغ التي يُؤخَذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB).

لا يجوز لأحد الموافقة على طلبات تحديد الاستحقاق إلا أولئك الأفراد الذي تُخوّلهم المؤسسة هذه السلطة. وهذه السلطة منوطة، في الوقت الراهن، بمنصب نائب الرئيس للشؤون المالية ورئيس دائرة الإيرادات، أو من ينوب عنه.

5. **خطاب بيان القرار:** إذا قدم المريض طلبه مكتملاً وأرفق به الوثائق اللازمة، فتلتزم المؤسسة بأن ترد عليه بخطاب تبين فيه القرار المتخذ بشأن ثبوت استحقاقه أو عدمه؛ على أن يشتمل هذا الخطاب على المعلومات التالية:

1. بيان واضح بشأن القرار الصادر بخصوص تحديد حالة المريض من ناحية استحقاقه تلقي المساعدات المالية أو عدم استحقاقه ذلك.

2. إذا لم يكن المريض من مستحقي تلقي المساعدات المالية، فيجب أن يشتمل الخطاب على بيان واضح يُفصّل أسباب حرمانه من تلقي تلك المساعدات.

3. إذا أُتخذ القرار بعدم استحقاق المريض بسبب خدمة لم تكن لازمة طبيًا، فيجب أن يشهد الطبيب المعني بهذه الخدمة على هذا قبل رفض استحقاق المريض.

4. إذا أُتخذ القرار باستحقاق المريض لتلقي المساعدات المالية، فيجب بيان بنود الفاتورة المُخفّضة بيانًا تامًا، فضلًا عن بيان التعليمات بشأن الطرق التي يُمكن للمريض من خلالها الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن خطط السداد المستساغة، إن كانت متاحة له.

5. بيانات التواصل مع المؤسسة، ومنها بيان القسم المعني واسم جهة التواصل والجهة التي يستطيع المريض استئناف قرار المستشفى لديها.

6. المعلومات المتعلقة بالبرنامج المعني بالشكاوى ذات الصلة بفواتير المستشفيات (Hospital Bill Complaint Program) لدى الدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI).

7. المعلومات بشأن تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance).

6. **المرضى أصحاب الطلبات محدودة المعلومات:** لا يحول بين المريض واستحقاق تلقي المساعدات المالية نقص البيانات المالية المتاحة بشأنه لدى المؤسسة. ويجوز للمؤسسة، حال نظرها في جميع العوامل ذات الصلة بحالة المريض من النواحي السريرية والشخصية والديموغرافية، وحال نظرها كذلك في الوثائق البديلة (ومنها المعلومات التي قد تقدمها المؤسسات الخيرية الأخرى)، أن تتخذ قرارها باستحقاق هذا المريض لتلقي المساعدات المالية، استنادًا إلى افتراضات مستساغة بشأن دخل هذا المريض.

7. **الطلبات غير المكتملة:** إذا قدم المريض طلبًا غير مكتمل، فيجب على المؤسسة أن تُخطره في الحال إخطارًا مكتوبًا، وأن تُبَيِّن فيه بقية المعلومات أو الوثائق اللازمة لإكمال الطلب، مع إمداده فيه ببيانات التواصل اللازمة للنظر في الطلب. ويُعدُّ الطلب مكتملاً إذ أكمله المريض بالمعلومات اللازمة في غضون المدة المُحدّدة لتقديم الطلب (أو في غضون التمديد الذي يجوز للمؤسسة منحه إياه، وفق تقديرها).

8. **إكمال الطلبات غير المكتملة:** إذا كان المريض قد قدم طلبًا غير مكتمل، في غضون المدة المحددة لتقديم الطلب، ثم أكمله في غضون المدة الزمنية المستساغة التي حُدِّدت للرد على طلبات إضافة المزيد من المعلومات والوثائق، فيجب الاعتراف باكتمال هذا الطلب، ويجب أن تبذل المؤسسة مساعيها بالقدر المستساغ في سبيل البت في حالة المريض من ناحية استحقاق تلقي المساعدات المالية؛ وذلك بعد اتخاذها بقية الإجراءات اللازم اتخاذها بمقتضى هذه السياسة الخاصة بالطلبات المكتملة.

9. **قاعدة حظر إساءة استعمال الطلبات المشتملة على معلومات مشكوك في صحتها:** يُحظر على المؤسسة أن تتخذ قرارها بعدم استحقاق المريض تلقي المساعدات المالية على أساس المعلومات التي ترى أن لديها سبباً يحملها على الظن بأنها معلومات غير جديرة بالاستناد إليها أو غير صحيحة، أو على أساس أي معلومات تُحصل من المريض إجباراً أو بطرق قسرية. ومن طرق القسر هذه تأخير تقديم خدمات الرعاية العاجلة طبيياً للمريض، أو حرمانه منها، لحين تقديم المعلومات اللازمة لإثبات استحقاقه تلقي المساعدات المالية بخصوص تلك الخدمات.
10. **التعامل مع الطلبات غير المكتملة:** يجوز للمؤسسة الاعتداد بنقاعس المريض عن تقديم الوثائق المستساعة واللازمة لاتخاذ القرار بشأن استحقاقه تلقي المساعدات المالية؛ على أنه من الواجب أن تلتزم المؤسسة حس الإنصاف في تصرفها حيال هذا الطلب وأن تتخذ أفضل قرار ممكن على أساس المعلومات المتاحة.
11. **افتراض الاستحقاق:** يجوز للمؤسسة أن تتخذ قرارها باستحقاق المريض تلقي المساعدات المالية عن الخدمات المقدمة في الوقت الراهن، استناداً إلى المعلومات التي حصلتها أو نظرت فيها، من دون التريث حتى يقدم المريض جميع المعلومات اللازمة في إجراءات تقديم الطلبات المعتادة، أو بصرف النظر عن عدم تمتع هذا المريض بالتأمين الصحي. ويجوز للمؤسسة أن تستند في قرارها هذا إلى قرار آخر سبق أن أصدرته، أو إلى المعلومات الواردة من أي جهة من الجهات الأخرى المعنية بهذا المريض، أو إلى تقييم عام للمعلومات المتاحة بشأنه لدى موظفي المؤسسة. ويجب على المؤسسة، في هذه الأحوال، اتخاذ هذين الإجراءين: (أ). إخطار المريض بالأساس الذي استندت إليه في اتخاذ القرار بشأن استحقاقه، والطريقة التي يستطيع بها تحصيل قدر أكبر من المساعدات المتاحة بموجب هذه السياسة؛ (ب). إمهال المريض مدة قدرها مئة وعشرون (120) يوماً لتقديم طلبه لتحصيل تلك المساعدات الأكبر. فإذا قدم المريض طلباً مكتملاً لتحصيل قدر أكبر من المساعدات، فتلتزم المؤسسة بالنظر في طلبه وتحديد ما إن كان يستحق تلقيها، ومن ثم تتخذ بقية الإجراءات اللازمة بمقتضى هذه السياسة بشأن الطلبات المكتملة. ويجب إرسال هذا الإخطار إلى المرضى الذين يُسَدِّدون نفقاتهم بأنفسهم، ممن يتلقون الحسومات الوارد بيانها في هذه السياسة، عن طريق الموجز بلغة مبسطة (يُرجى مراجعة الملحق (أ))، والذي يجدونه مطبوعاً على بياناتهم.
12. **عدم إعفاء المؤسسة من التزامها ببذل المساعي المناسبة بسبب التنازلات المقدمة من المرضى:** إذا قدم المريض أي تنازل شفهيّاً كان أم مكتوباً، كأن يكون ذلك إقراراً مؤقتاً منه بعدم رغبته في التقدم بطلب تلقي المساعدات بمقتضى الأحكام الواردة في هذه السياسة أو تلقي المعلومات الواجب تقديمها للمرضى بموجب هذه السياسة، فيجب ألا يُؤخذ بهذا التنازل بوصفه قراراً بعدم استحقاق هذه المريض تلك المساعدات، ولا يُؤخذ به عوضاً عن استيفاء الاشتراطات بشأن وجوب بذل المساعي المستساعة في سبيل التحقق من استحقاق ذلك المريض قبل بدء الإجراءات غير الاعتيادية لاستيفاء الديون تجاهه.
13. **خطط السداد:** إذا اتُّخذ القرار باستحقاق المريض تلقي المساعدات المالية، وكان ثمة رصيد باقٍ على حسابه، فيجب منحه خيار السداد عن طريق إحدى خطط السداد المحددة المدة. وتلتزم المؤسسة بمناقشة خيارات الخطط مع المريض ووضع خطط السداد المحددة الأجل لمدة لا تزيد بوجه عام عن اثني عشر (12) شهراً ومن دون فوائد. وللإطلاع على المزيد من المعلومات، يُرجى مراجعة سياسة استيفاء الديون (Debt Collection Policy) المعتمدة لدى المؤسسة.
14. **تسوية النزاعات:** يجوز للمريض، إذا طرأ أي نزاع بشأن استحقاق تلقي المساعدات المالية، التقدم باستئناف مكتوب لإعادة النظر في هذا القرار لدى المؤسسة؛ على أن يشتمل هذا الاستئناف المكتوب على بيان السبب الجوهري للنزاع، فضلاً عن وجوب اشتماله على المستندات المؤيدة لذلك. ويلتزم مدير خدمة العملاء والعمليات لدى المؤسسة بالنظر في طلب الاستئناف في الحال، ومن ثم الرد على المريض بقرار مكتوب بشأن ذلك. فإذا رأى المريض أن النزاع ما زال قائماً بعد ذلك الاستئناف، فيجوز له أن يقدم طلباً مكتوباً لينظر في استئنافه نائب الرئيس للشؤون المالية ورئيس دائرة الإيرادات، أو من ينوب عنه، ويتخذ بشأنه قراراً نهائياً مكتوباً.
15. **سرية المعلومات الواردة في الطلبات:** يجب على المؤسسة حفظ جميع المعلومات، الواردة من المرضى في طلباتهم للبت في استحقاقهم بموجب هذه السياسة، بوصفها معلومات سرية؛ على أن تُحفظ المعلومات ذات الصلة بالدخل والأصول، والتي تُحصل ضمن إجراءات الطلب والموافقة، في ملف منفصل عن تلك المعلومات التي يجوز الاستعانة بها على استيفاء المبالغ المستحقة.
16. **المدة المحددة لإكمال الطلبات ("مدة تقديم الطلب"):** يجب إمهال المريض مدةً قدرها متنين وأربعون (240) يوماً لإكمال طلبه؛ على أن تبدأ مدة تقديم الطلب هذه من تاريخ أول مرة قُدمت فيها خدمات الرعاية المعنية في الطلب (أو تاريخ آخر دورة علاجية إذا كانت خدمات الرعاية تلك قد قُدمت في تواريخ متعددة).

1. مدة اعتماد المساعدات المالية الأولى، التي تُمنَح للمرضى المستحقين تلقي هذه المساعدات المالية، قدرها ستة (6) أشهر من تاريخ اكتمال الطلب. ويجوز إعادة النظر في الاستحقاق، بطلب من المريض عند انقضاء مدة الموافقة الأولى. ويجوز، وفق تقدير المؤسسة، الإذن بتجديد هذا الاعتماد لمدة قدرها ستة (6) أشهر، دون الحاجة إلى تقديم طلب جديد. ويجب على المريض، بعد انقضاء مدة اثني عشر (12) شهراً هذه، إكمال طلب جديد. وتُشطب، ابتداءً من تاريخ الموافقة على آخر طلب، حسابات المساعدات المالية المستحقة المفتوحة، على أساس مستوى المساعدات الممنوحة. وتُهيأ الحسابات المستحقة عن الأشهر الستة التالية لشطب المساعدات المالية بالتقادم احتساباً من تاريخها.

### ز. الإخطارات والمراسلات والبيانات المكتوبة :

1. تلتزم المؤسسة بتقديم هذه الإخطارات والمعلومات فيما يتعلق بالمساعدات المالية:

1. هذه السياسة.

2. موجز سياسة المساعدات المالية بلغة مبسطة؛ وهي الوثيقة التي يجب صياغتها بلغة واضحة وموجزة ويسهل فهمها، ويُخطر المرضى وغيرهم من الأفراد المعنيين فيها بأن تقدم المؤسسة المساعدات المالية بموجب هذه السياسة. ويجب صياغة الموجز المُيسر هذا على نحو يُبين المعلومات ذات الصلة، ومنها المعلومات اللازم تقديمها بموجب القوانين النافذة على صعيد الولاية والقوانين الفدرالية، ومنها اشتراطات الاستحقاق والمساعدات المقدمة بموجب هذه السياسة، فضلاً عن ملخص للمعلومات بشأن طرق التقدم بطلب تلقي المساعدات المالية وفق الأحكام الواردة في هذه السياسة، وبيان طرق الاطلاع على المزيد من المعلومات والمساعدات، ومن ذلك وجوب إتاحة نسخ منها بلغات أخرى غير الإنجليزية.

3. نموذج الطلب.

4. سياسة استيفاء الديون المعتمدة لدى المؤسسة.

2. ويجب إتاحة هذه المواد بمختلف الوسائل، ومنها:

1. **الموقع الإلكتروني:** تُتاح على الموقع الإلكتروني لهذه المؤسسة نسخ من سياسة المساعدات المالية، ونموذج طلب المساعدات المالية، وموجز سياسة المساعدات المالية بلغة مبسطة. ويجب، كذلك، نشر الروابط المؤدية إلى هذه المواد على الموقع الإلكتروني.

2. **البريد الإلكتروني والنسخ الورقية:** يمكن الحصول على نسخ من أي مادة من المواد المتقدم ذكرها في هذه السياسة عن طريق تقديم طلب بشأن ذلك إلى خدمة العملاء (Self Pay, Customer Service) عن طريق الهاتف رقم: 866-8600 (323).

3. **اللافتات المُعلَّقة والمُلصَّقة:** يجب نشر الموجز المُبسط في هذه المواقع: قسم الطوارئ، وقسم الحجز للاستشفاء، وقسم إعداد الفواتير، وأماكن التسجيل المركزي وغير المركزي، وغيرها من الأماكن المخصصة في العيادات الخارجية، ومنها وحدات الملاحظة.

3. **إخطارات التسجيل والفواتير:** يجب إمداد المرضى بمختلف أنواع المعلومات والإخطارات وتضمينها في مختلف أنواع المراسلات ذات الصلة بالتسجيل والفواتير ذات الصلة بهم. وللاطلاع على مثال على ذلك، يُرجى مراجعة سياسة استيفاء الديون المعتمدة لدى المؤسسة.

4. **توعية المجتمع المعني:** تلتزم المؤسسة ببذل ما في وسعها من المساعي للتوعية ببرامج المساعدات المتاحة لديها على نطاق واسع، ومن ذلك توزيع النشرات الإعلامية على المؤسسات المجتمعية المعنية وغير ذلك من الوسائل لتوعية المجتمع ببرامج المساعدات المالية لدى المؤسسة.

ح. **خدمات الترجمة المكتوبة والفورية:** يجب الالتزام في المراسلات مع المرضى بالاشتراطات النافذة بشأن ذلك لدى المؤسسة. ومن ذلك، ودون حصر لتلك الاشتراطات، وجوب صياغة الإخطارات والمراسلات الرسمية واللافتات ذات الصلة بهذه السياسة بالإنجليزية وغيرها من اللغات اللازمة بموجب القوانين النافذة على صعيد الولاية والقوانين الفدرالية؛ وهي: اللغات الأرمنية والإسبانية والتشيكية والروسية والصينية والعربية والفارسية والفيتنامية والكورية. ويجوز للمرضى، كذلك، التواصل مع المؤسسة لتمكينهم من تلقي خدمات الترجمة

الفورية لتلك المراسلات وترجمة الوثائق ذات الصلة بهذه السياسة بلغات أخرى وكذلك بلغة الإشارة الأمريكية. ويُمكن، أيضاً، إتاحة نسخ مسموعة أو مكتوبة بأحرف واضحة من هذه الوثائق، عند طلبها، لدى القسم المعني بخدمات المرضى.

ط. **الضرورة الطبية والقرارات السريرية:** يُستند في تقييم ضرورة العلاج الطبي لأي مريض إلى رأي اختصاصي الطب السريري، بصرف النظر عن حالة المريض من ناحية التأمين أو الأوضاع المالية. ولا يُنظر في أي إجراء مالي في حالات الطوارئ الطبية إلا بعد إجراء الفحص الطبي المناسب وتقديم الخدمات اللازمة لاستقرار الحالة حسب جميع القوانين النافذة على صعيد الولاية والقوانين الفدرالية السارية في هذا الصدد.

ي. **استرداد الأموال:** تلتزم المؤسسة بتعويض المريض عن الأموال التي سُدَّها زيادةً على المبلغ المستحق بموجب هذه السياسة، فضلاً عن الفوائد المُسَدَّدة، وذلك بمعدل سنوي قدره عشرة بالمئة (10%). وإذا كان المبلغ المستحق للمريض أقل من خمسة (5) دولارات (أو أي مبلغ آخر حسب ما تُحدِّده دائرة الإيرادات الداخلية (IRC))، فلا يلزم المؤسسة تعويض المريض عنه أو سداد الفائدة. ويجب على المؤسسة رد الأموال المستحقة للمريض في غضون مدة قدرها ثلاثون (30) يوماً.

ك. **استيفاء الديون:** للاطلاع على المزيد من المعلومات، يُرجى مراجعة سياسة استيفاء الديون.

ل. **رفع السياسة:** تلتزم المؤسسة برفع هذه السياسة إلى الدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI) مرةً كل عامين، أو قبل يوم الأول من يناير (كانون الثاني) أو في غضون مدة قدرها ثلاثون (30) يوماً من تاريخ إجراء أي تحديث لهذه السياسة. وإذا لم يُجرَ أي تغيير مهم في آخر إصدار مرفوع من هذه السياسة، فيجب على المؤسسة إخطار الدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI) بشأن ذلك في غضون مدة قدرها ثلاثون (30) يوماً قبل حلول الأول من يناير (كانون الثاني) من مدة العامين التاليين. وتشمل تلك التغييرات المهمة أي تغيير من شأنه أن يؤثر في قدرة المرضى على تحصيل استحقاق الحسومات أو غيرها من وسائل الحماية التي تحددها الاشتراطات النافذة في هذا الشأن على الصعيد الفدرالي وعلى صعيد الولاية. ويجب أن يتضمن كل إصدار من هذه السياسة بيان يتم رفعه إلى الدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI) مصحوباً بالإقرار المشفوع باليمين (يُرجى مراجعة الملحق (د))، والذي يشتمل على: (1). إقرار بأن الفرد الذي رفع الإصدار من هذه السياسة مخول أصلاً بسلطة رفع السياسات بالنيابة عن المؤسسة؛ (2). إقرار بأن الإصدار المرفوع نسخة طبق الأصل وسليمة من السياسة التي أرفق هذا الإقرار بشأنها.

3. **البرنامج المعني بالشكاوى ذات الصلة بفواتير المستشفيات (Hospital Bill Complaint Program):** يجوز لأي مريض يرى أنه قد خرم خطأً من تلقي المساعدات المالية أن يتقدم بشكاوى إلى البرنامج المعني بالشكاوى ذات الصلة بفواتير المستشفيات في ولاية كاليفورنيا. وللإطلاع على المزيد من المعلومات وتقديم الشكاوى، يُرجى الانتقال إلى الموقع الإلكتروني للدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI) أو الانتقال إلى هذا الرابط: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).

4. **المزيد من المساعدة:** إذا احتاج المريض إلى المساعدة على سداد الفواتير، فثمة مؤسسات تُقدِّم خدماتها مجاناً في مجال مؤازرة المستهلكين، والتي تساعد المرضى على فهم إجراءات إعداد الفواتير والسداد. وللإطلاع على المزيد من المعلومات، بإمكان المرضى التواصل مع ائتلاف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance) عن طريق الهاتف رقم: 888-804-3536 أو الانتقال إلى هذا الموقع الإلكتروني: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

5. **الاعتماد من مجلس الإدارة واستمرار المراجعة:**

يجب اعتماد هذه السياسة، وسياسة استيفاء الديون، وجميع التغييرات الجوهرية التي تُجرى في أي منهما، من مجلس إدارة المؤسسة. ويجب على المؤسسة المواظبة على مراجعة هذه السياسة وسياسة استيفاء الديون، والحالة من ناحية المساعي المبذولة لاستيفاء الديون، مراجعةً دوريةً، بما يكفل تقديم أفضل الخدمات للمرضى والمجتمع. غير أنه يجوز للإدارة إجراء التغييرات الإدارية على المرفقات المحددة في القسم السابع من هذه السياسة دون تحصيل الاعتماد من مجلس الإدارة ما لم تتعارض تلك التغييرات مع هذه السياسة (ومن ذلك، مثلاً، توضيح الاصطلاحات، وإجراء التغييرات لبيان إجراءات العمل اللازمة لإنفاذ هذه السياسة، والتحديثات اللازمة لتحقيق الالتزام بالتغييرات التي تُستحدث في القوانين أو اللوائح أو إرشادات دائرة الإيرادات الداخلية النافذة، والتحديثات اللازمة لمواكبة آخر مستجدات الإرشادات الفدرالية بشأن مستويات الفقر).

6. **التعريفات**

أ. **المبالغ التي يُؤخَذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB):** المبالغ التي يُؤخَذ بها بوجه عام في إعداد الفواتير عن خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا للمرضى الذين لديهم تأمين يشمل هذه الخدمات؛ وهي المبالغ التي تُحدَّد وفق الأحكام



الواردة في البند (26)(b)5-(r)501(C.F.R.)) من مدونة القوانين الفدرالية. ويجب بيان المزيد من المعلومات بشأن طريقة احتساب المؤسسة لهذه المبالغ (AGB) والتحديثات السنوية على نسبها المؤبقة في الملحق (ج) المرفق بهذه السياسة، فضلاً عن وجوب تضمين هذه المعلومات في تضمينها في الوثائق التي تُتاح للجمهور على الموقع الإلكتروني للدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI) في ولاية كاليفورنيا: <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.

ب. **الطلب:** نموذج طلب المساعدات المالية لدى المؤسسة.

ج. **الأصول:** ويُقصد بها "الأصول النقدية" فحسب، وتشمل الأصول التي يسهل تحويلها نقدًا، ومنها الحسابات المصرفية والأسهم المتداولة في أسواق المال العامة. ولا يُؤخذ في احتساب هذه الأصول ببرامج التقاعد وبرامج التعويضات المؤجلة (التي تُستحق عليها الضرائب، وتلك التي لا تُستحق عليها الضرائب، بموجب قانون دائرة الإيرادات الداخلية (IRS Code)). ويُستثنى من احتساب هذه الأصول، كذلك، أول عشرة آلاف (10,000) دولار من الأصول النقدية للمريض وخمسين بالمئة (50%) من الأصول النقدية للمريض على مبلغ أول عشرة آلاف (10,000) دولار.

د. **الشركاء المجتمعيون:** الوكالات المجتمعية التي تُشكّل العلاقات معها دعمًا للمؤسسة.

هـ. **نفقات المعيشة الأساسية:** ويُقصد بها نفقات الإيجار أو المسكن والصيانة، والمواد الغذائية والمستلزمات المنزلية، والمرافق والهاتف، والملابس، ونفقات الخدمات الطبية وطب الأسنان، والتأمين، والمدارس أو خدمات رعاية الأطفال، ونفقات الأطفال والنفقات الزوجية، ونفقات النقل والمواصلات والسيارات، ومنها نفقات التأمين والغاز وأعمال الإصلاح وسداد الأقساط والغسيل والتنظيف وغيرها من النفقات غير الاعتيادية.

و. **الإجراءات غير الاعتيادية لاستيفاء الديون (ECAs):** أعمال استيفاء الديون التي تلتزم المؤسسة بعدم اتخاذها قبل بذلها المساعي المستساعة للتحقق من استحقاق المريض تلقي المساعدات المالية بموجب هذه السياسة. وبيان هذه الإجراءات وارد، على وجه التحديد، في سياسة استيفاء الديون.

ز. **العائلة:** ويُقصد بهم: (1). عائلة البالغين من العمر ثمانية عشر عامًا فما أكبر: الزوج والزوجة، والشريك والشريكة في المسكن، والأطفال المعولين ممن تقل أعمارهم عن واحد وعشرين (21) عامًا، سواء أقاموا في المسكن نفسه أم لم يكونوا من المقيمين فيه؛ (2). العائلة بالنسبة إلى أولئك الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا: الوالدان، والأقارب المتعهدون بالرعاية، وبقية ممن تقل أعمارهم عن واحد وعشرين (21) عامًا، من أولاد أحد الوالدين أو كليهما أو أولاد أي أحد من هؤلاء الأقارب المتعهدين بالرعاية.

ح. **الفقر المُحدّد على الصعيد الفدرالي (FPL):** المقياس الذي يُستعان به على تحديد الفقر في الولايات المتحدة، وتنتشره دوريًا وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS) على موقعها الإلكتروني:

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

ط. **المريض المستحق من الناحية المالية:** أي مريض يطلب المساعدات المالية من المؤسسة، ويُقدم نموذج الطلب بعد إكماله، بعد النظر في طلبه وثبوت استحقاقه تلقي المساعدات المالية والموافقة على طلبه حسب الأحكام الواردة في هذه السياسة، أو على أساس افتراض المؤسسة لاستحقاقه تلقي تلك المساعدات بموجب هذه السياسة.

ي. **المساعدات المالية:** الإجراءات التي تُتخذ بموجب هذه السياسة بقصد تقديم خدمات الرعاية الصحية للمريض مجانًا أو مقابل نفقات مُخفّضة. وتُخفّض النفقات، بوجه عام، للمرضى الذين لديهم خطط للسداد، وتُخفّض النفقات تلقائيًا للمرضى الذين يُسدّدون نفقاتهم بأنفسهم.

ك. **النفقات الطبية الباهظة:** أي النفقات السنوية التي ينفقها المريض من أمواله الخاصة إذا كان دخله العائلي أكبر من قيمة الحدود الدنيا للمساعدات المالية لدى المؤسسة. ويُنظر في هذه النفقات في أي من هاتين الحالتين: (1). إذا أنفق المريض لدى مستشفى المؤسسة هذه النفقات، وكانت دون الحد الأدنى لدخله العائلي في الوقت الراهن أو في الأشهر الاثني عشر (12) السابقة؛ (2). أو إذا كانت من النفقات التي سدها المريض من أمواله الخاصة، وتجاوزت قيمتها نسبة قدرها عشرة بالمئة (10%) من الدخل العائلي للمريض، بشرط أن يُقدّم هذا المريض الوثائق التي تُثبت تلك النفقات الطبية التي سدها، هو نفسه أو عائلته، في الأشهر الاثني عشر (12) السابقة.

ل. **الإعسار الطبي:** ومعناه أن يتعذر على المريض سداد أجر الخدمات لأن نفقاتها باهظة على نحو يفوق ما هو متوقع، وكان في الوقت نفسه ممن لا يستحقون تلقي المساعدات المالية بموجب هذه السياسة.

م. **الخدمات اللازمة طبيًا:** خدمات الرعاية الصحية التي يلزم تقديمها بالضرورة ولها مسوغاتها الدنيا من ناحية الطب السريري، بقصد النظر في حالة أي مريض أو تشخيصه أو علاجه وفق المعايير المستساعة بوجه عام في المجال الطبي، وليس من باب الرفاهية لدى المريض أو مقدم الخدمات في المقام الأول.

ن. خطة السداد: اتفاق مكتوب يُبرم بين المؤسسة والمريض، وتُتيح المؤسسة بموجبه للمريض فرصة لسداد التزاماته على هيئة دفعات شهرية، ويقبل المريض بموجبه بذلك، بما لا يتجاوز نسبة قدرها عشرة بالمئة (10%) من دخله العائلي الشهري، بعد استبعاد الحسومات اللازمة لنفقات المعيشة الأساسية.

## 7. المراجع

- تشمل القوانين النافذة على صعيد الولاية وعلى الصعيد الفدرالي، والتي استند إليها في صياغة هذه السياسة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي بيانه:
1. البند (U.S.C. Section 501(r)(3)) من قانون دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية.
  2. البند (Section 127400-127462) من قانون الصحة والسلامة النافذ في ولاية كاليفورنيا (بشأن الإنصاف في سياسات التسعير لدى المستشفيات والأطباء المعيّنين بتقديم خدمات الطوارئ).
  3. مشروع القانون (California Assembly Bill 1020) بشأن ديون خدمات الرعاية الصحية والتزام الإنصاف في إعداد الفواتير، والنافذ بدءاً من 1 يناير (كانون الثاني) لعام 2022.
  4. مشروع القانون (California Assembly Bill 532) بشأن الإنصاف في سياسات إعداد الفواتير، والنافذ بدءاً من 1 يناير (كانون الثاني) عام 2022.
  5. الإرشادات الصادرة من مكتب المفتش العام لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (OIG) بشأن المساعدات المالية للمرضى الذين ليس لديهم تأمين وأولئك الذين ليس لديهم من التأمين ما يكفي حاجاتهم، فضلاً عن اللوائح المعتمدة لدى دائرة الإيرادات الداخلية.
  6. جميع اللوائح التنفيذية والإرشادات المعتمدة لدى الوكالات بشأن جميع الأحكام المتقدم ذكرها.

## 8. قائمة المرفقات:

- أ. موجز سياسة المساعدات المالية بلغة مبسطة.
- ب. بيان الحسم بالمساعدات المالية.
- ج. بيان المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB).
- د. بيان الإقرار.

## المساعدات المالية ووسائل الحماية من تحمل مبالغ الفواتير الباهظة: ملخص

نلتزم في مؤسسة The Huntington Medical Foundation ومستشفى Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Health Physicians (ويُشار إليهما معاً فيما يلي باسم "المؤسسة")، في أداء رسالتنا، بتمكين جميع أعضاء المجتمع من تحصيل خدمات الرعاية الصحية الرفيعة المستوى وعلاج جميع المرضى على النحو الذي يحفظ عليهم كرامتهم ويتسم بحس الإنسانية والاحترام. ومن ذلك تقديم المؤسسة خدماتها مجاناً أو بنفقات مُخفّضة للغاية للمستحقين من المرضى الذين يتعذر عليهم سداد نفقات خدمات الرعاية، وذلك على النحو الوارد بيانه في سياسة المساعدات المالية المعتمدة لدينا (ويُشار إليها باسم "السياسة"). ونقدم للمرضى لدينا، كذلك، عدداً مختلفاً من خطط السداد والخيارات لتمكينهم من الوفاء بحاجاتهم المالية، حتى إن كانوا من غير مستحقي تلقي المساعدات. وفي هذه الوثيقة مُوجز لهذه السياسة بلغة مبسطة (ويُشار إليه باسم "الموجز").

### المساعدة على سداد الفواتير

تُتاح المساعدات المالية لسداد المستحقات عن المريض الذين يتلقى الخدمات اللازمة طبياً، إن بلغ مقدار دخله العائلي وأصوله النقدية (ويُشار إليهما معاً باسم "الدخل") نسبة أقصاها أربعمئة بالمئة (400%) مقارنةً بمستوى الفقر المُحدّد على الصعيد الفدرالي (FPL) للعام الجاري. أما المرضى الذين يتراوح دخلهم من 401% إلى 600%، مقارنةً بمستوى الفقر المذكور نفسه، فيستحقون تلقي خدمات الرعاية بنفقات مُخفّضة. وتُتاح الحسومات للمرضى وفق مقياس مُتدرّج على أساس عدد أفراد العائلة ومستوى الدخل وحالة المريض من ناحية التأمين. وأما المساعدات المالية للخدمات الاختيارية أو غير اللازمة طبياً أو خدمات الرعاية بعد الصرف من المستشفى فتقتصر على المرضى المقيمين في المنطقة التي تخدمها المؤسسة، بعد تحصيل الموافقة من المنسق المعني بشؤون المساعدات المالية، أو من ينوب عنه. أما إذا لم يكن المريض من مستحقي تلقي الخدمات المجانية تماماً، ولكنه من مستحقي تلقي الحسومات بموجب هذه السياسة، فلن يتحمل من النفقات أكثر من المبالغ التي تطلبها المؤسسة، بوجه عام، مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبياً.

### الأطباء والخدمات

لا تنفذ هذه السياسة إلا بشأن الخدمات التي تقدمها المؤسسة، ولا تشمل إلا تلك الخدمات التي يقدمها الأطباء لدى مجموعة Huntington Aligned Medical Group (ويُشار إليها فيما يلي باسم "مجموعة HAMG") ومجموعة Huntington Foundation Medical Group (ويُشار إليها فيما يلي باسم "مجموعة HFMG"). ويُستثنى من هذه السياسة منشآت مركز Randall Breast Center ومركز Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC ومراكز Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC.

### كيفية تقديم الطلبات

يلزم المرضى، الذين يرغبون في تلقي خدمات الرعاية المجانية أو المقدمة مقابل نفقات مُخفّضة بموجب هذه السياسة، إكمال نموذج طلب المساعدات المالية (ويُشار إليه باسم "الطلب")، فضلاً عن تقديم جميع الوثائق اللازمة. وتنتظر المؤسسة، من ثم، في الطلب والوثائق، وفق إجراءات النظر في الطلبات لديها.

وتُتاح نسخ هذا الموجز، والسياسة، والطلب، مجاناً باللغات الإنجليزية والصينية والفارسية والأرمنية والفيتنامية والعربية والتشيفية والروسية والكورية والإسبانية. ولطلب تلقي نسخ من هذه الوثائق أو الاطلاع على المزيد من المعلومات، ومنها الأسئلة بشأن إجراءات تحصيل المساعدات المالية، يُمكنكم:

- طرح أسئلتكم على الممثلين المعنيين في مكاتب أقسام التسجيل والحجز للاستشفاء.
- التواصل مع القسم المعني بخدمات المرضى عن طريق الهاتف رقم: 323-866-8600.
- الانتقال إلى الموقع الإلكتروني للمؤسسة عن طريق هذا الرابط: [huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/](http://huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/)

وإذا كنتم من ذوي الاحتياجات الخاصة، واحتجتم إلى تلقي الوثائق المذكورة بصيغ ملفات بديلة، أو إذا كنتم من الناطقين بلغات غير اللغات التي تقدم ذكرها، فيرجى منكم التواصل مع القسم المعني بخدمات المرضى؛ إذ يُمكنهم إتاحة هذه الوثائق بصيغ ملفات بديلة أو توصيلكم بالقسم المعني بخدمات الترجمة الفورية لدى المؤسسة، لتتلقوا منهم المزيد من المساعدة.

### الإجراءات ذات الصلة بالمرضى الذين يُسدِّدون نفقاتهم بأنفسهم

ربما يجد المرضى، ممن لا يستحقون تلقي خدمات الرعاية المجانية أو مقابل نفقات مُحفَّضة بموجب هذه السياسة، برامج أخرى لدى المؤسسة ومن شأنها أن تساعدهم. وقد يتمتع المرضى غير المؤمن عليهم، بحسم بنسب كبيرة، وتشبه تلك الحسومات التي نقدمها للمرضى المشمولين في خطط التأمين المنظمة لخدمات الرعاية المستحقة.

### الإخطار القانوني بشأن إجراءات استيفاء الديون

تُجبل بعض الحسابات المتأخرة إلى وكالات أخرى من الوكالات المعنية باستيفاء الديون. ويجب على هذه الوكالات الالتزام بجميع القوانين النافذة في ولاية كاليفورنيا والقوانين الفدرالية، فضلاً عن الالتزام بالسياسات والإجراءات المعتمدة لدى المؤسسة. وللاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن إجراءات استيفاء الديون، يُمكنكم التواصل مع مفوضية التجارة الفدرالية (Federal Trade Commission) عن طريق الهاتف رقم: (877-382-4357) 877-FTC-HELP. وإذا كان حسابكم قد أُجبل إلى إحدى الوكالات المعنية باستيفاء الديون، وعانيتم من بعض المصاعب في هذا الشأن، فيرجى التواصل مع القسم المعني بخدمات المرضى لتلقي الدعم منهم، وذلك عن طريق الهاتف رقم: 323-866-8600.

### وسائل الحماية من المباغطة بالفواتير الطبية الباهظة

يتمتع جميع المرضى لدينا بوسائل الحماية من المباغطة بالفواتير الطبية الباهظة. ويُرعى مراجعة "إخطار المرضى بشأن حقوقهم ووسائل حمايتهم من المباغطة بالفواتير الطبية الباهظة" (Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills) على موقعنا الإلكتروني عن طريق هذا الرابط: [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies).

### البرنامج المعني بالشكاوى ذات الصلة بفواتير المستشفيات (Hospital Bill Complaint Program)

إذا رأيتم أنكم خرتم خطأ من تلقي المساعدات المالية، فيجوز لكم التقدم بشكاوى إلى البرنامج المعني بالشكاوى ذات الصلة بفواتير المستشفيات في ولاية كاليفورنيا (Hospital Bill Complaint Program). وللاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن تقديم الشكاوى، يُرجى الانتقال إلى هذا الموقع الإلكتروني: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).

### المزيد من المساعدة

إذا احتجتم إلى تلقي المساعدة على سداد الفواتير، فثمة مؤسسات تُقدِّم خدماتها مجاناً في مجال مؤازرة المستهلكين، وتساعدكم على فهم إجراءات إعداد الفواتير والسداد. وللاطلاع على المزيد من المعلومات، يُمكنكم التواصل مع ائتلاف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance) عن طريق الهاتف رقم: 888-804-3536 أو الانتقال إلى هذا الموقع الإلكتروني: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

### المزيد من المعلومات والموارد:

- ربما كان المريض المعني ممن يستحقون الانتفاع ببرامج المساعدات الحكومية، ومنها برنامج Medi-Cal أو التأمين المدعوم عن طريق خدمة Covered California. ولدى المكتب المعني بمؤازرة المرضى مالياً (Patient Financial Advocate, PFA) موظفون باستطاعتهم الإجابة عن تساؤلات المرضى ومساعدتهم على التقدم بطلبات الالتحاق بتلك البرامج. ويُمكنكم التواصل مع هذا المكتب (PFA) عن طريق الهاتف رقم: 310-423-5071.
- وإذا كانت لديكم أي تساؤلات بشأن برامج التأمين الصحي التجارية، فيرجى الاتصال على الهاتف رقم: 1-800-CEDARS-1 (1-800-233-2771).
- وللاطلاع على المعلومات بشأن أسعار الخدمات التي تقدمها المؤسسة والاستعانة بوسيلة احتساب هذه الأسعار، يُرجى الانتقال إلى هذا الرابط: [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care).

**الملحق (ب): بيان الحسم بالمساعدات المالية**

بيان الحسم بالمساعدات المالية  
الإرشادات الفدرالية بشأن تحديد مستوى الفقر

<u>%85</u>	<u>%85</u>	<u>%90</u>	<u>%95</u>	<u>%100</u>	الحسومات للمرضى غير المؤمن عليهم
<u>%60</u>	<u>%70</u>	<u>%80</u>	<u>%90</u>	<u>%100</u>	الحسومات للمرضى غير المؤمن عليهم يكفي حاجاتهم

					مستوى الفقر المُحدّد على الصعيد الفدرالي (FPL) الراتب السنوي	عدد أفراد العائلة
87,480 دولارًا	80,190 دولارًا	72,900 دولار	65,610 دولارات	58,320 دولارًا	14,580 دولارًا	1
118,320 دولارًا	108,460 دولارًا	98,600 دولار	88,740 دولارًا	78,880 دولارًا	19,720 دولارًا	2
149,160 دولارًا	136,730 دولارًا	124,300 دولارًا	111,870 دولارًا	99,440 دولارًا	24,860 دولارًا	3
180,000 دولار	165,000 دولار	150,000 دولار	135,000 دولار	120,000 دولار	30,000 دولار	4
210,840 دولارًا	193,270 دولارًا	175,700 دولار	158,130 دولارًا	140,560 دولارًا	35,140 دولارًا	5
241,680 دولارًا	221,540 دولارًا	201,400 دولار	181,260 دولارًا	161,120 دولارًا	40,280 دولارًا	6
272,520 دولارًا	249,810 دولارات	227,100 دولار	204,390 دولارًا	181,680 دولارًا	45,420 دولارًا	7
303,360 دولارًا	278,080 دولارًا	252,800 دولار	227,520 دولارًا	202,240 دولارًا	50,560 دولارًا	8
					5,140 دولارًا	ويُضَاف عن كل فرد زيادةً على ذلك
%600	%550	%500	%450	%400		

ملاحظة: تاريخ آخر مراجعة لهذا الجدول: 16 يناير (كانون الثاني) عام 2023

## الملحق (ج): بيان المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB)

المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام ("AGB") هي المبالغ التي يُؤخذ بها بوجه عام في إعداد الفواتير عن خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا للمرضى الذين لديهم تأمين يشمل هذه الخدمات؛ وهي المبالغ التي تُحدّد وفق الأحكام الواردة في البند 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b) من مدونة القوانين الفدرالية.

وتستعين المؤسسة بطريقة "المراجعة حسب البيانات السابقة" (Look-Back Method) على احتساب الحد الأقصى للمبالغ التي تُحمّل على فواتير مرضى العيادات الداخلية من المشتركين في برامج التأمين التجارية؛ وذلك باستخدام متوسط معدل التعويض الذي تتلقاه من برنامج Medicare وبرامج التأمين التجارية مقابل نفقات خدمات الرعاية المقدمة لمرضى العيادات الداخلية. وسعيًا إلى تعزيز انتفاع مرضى العيادات الداخلية من مستحقي تلقي المساعدات، تحتسب المؤسسة الالتزام المالي الذي يتحمّله كل مريض منهم مقابل كل خدمة من خدمات الرعاية على أساس المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB) أو المبالغ الواردة في دليل تشخيص شدة الأمراض (Medicare MS-DRG)، أيهما كان أقل.

وتستعين المؤسسة بطريقة "المراجعة حسب البيانات السابقة" هذه، كذلك، على احتساب الحد الأقصى للمبالغ التي تُحمّل على فواتير مرضى العيادات الخارجية من المشتركين في برامج التأمين التجارية؛ وذلك باستخدام متوسط معدل التعويض الذي تتلقاه من برنامج Medicare وبرامج التأمين التجارية مقابل نفقات خدمات الرعاية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية.

وتستعين المؤسسة بطريقة "المراجعة حسب البيانات السابقة" هذه، أيضًا، على احتساب الحد الأقصى للمبالغ التي تُحمّل على فواتير مرضى قسم الطوارئ من المشتركين في برامج التأمين التجارية؛ وذلك باستخدام متوسط معدل التعويض الذي تتلقاه من برنامج Medicare وبرامج التأمين التجارية مقابل نفقات خدمات الرعاية المقدمة لمرضى أقسام الطوارئ.

وتُحتسب معدلات التعويض عن نفقات خدمات الرعاية المقدمة لمرضى العيادات الداخلية والخارجية وأقسام الطوارئ مرة واحدة كل عام، على الأقل، وذلك استنادًا إلى آخر مستجدات الحسابات لدى برامج Medicare وبرامج التأمين التجارية التي أُغلقت في الأشهر الاثني عشر الأخيرة.

### تاريخ بدء النفاذ: 7 نوفمبر (تشرين الثاني) لعام 2022

المؤسسة	الحسومات للمرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم وليس لديهم تأمين	التعويض عن المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB) (%)
أقسام الطوارئ	%82	%18
العيادات الداخلية	%82	%18
العيادات الخارجية	%81	%19

### تاريخ بدء النفاذ: 7 يناير (كانون الثاني) عام 2023

المؤسسة	الحسومات للمرضى الذين يسددون نفقاتهم بأنفسهم وليس لديهم تأمين	التعويض عن المبالغ التي يُؤخذ بها في إعداد الفواتير بوجه عام (AGB) (%)
أقسام الطوارئ	%82	%18
العيادات الداخلية	%82	%18
العيادات الخارجية	%82	%18

## الملحق (د): بيان الإقرار



### بيان الإقرار سياسة المساعدات المالية

تُرفَع هذه السياسة إلى الدائرة المعنية بتحصيل خدمات الرعاية والمعلومات الصحية (HCAI)، وتُتاح كذلك على الموقع الإلكتروني للمؤسسة.

تُقرُّ المؤسسة، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بما يلي:

1. أن الفرد الذي رفع هذه السياسة مخول أصولاً بسلطة رفع السياسات نيابة عن المؤسسة.

2. أن هذه السياسة المرفوعة نسخة طبق الأصل وسليمة من السياسة التي أرفق هذا الإقرار بشأنها.

DocuSigned by:

*Lisa Maqueira*

50A5E2AD575B487...

Lisa Maqueira

Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date