

سياسة المساعدة المالية
نظام هالمارك Hallmark الصحي

جدول المحتويات

2	I. الهدف
2	II. تعريفات
2	III. اشتراطات عامة
2	a. الجهات المشاركة
2	b. تحديد المرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً كالآتي:
3	c. المسؤوليات الخاصة بالمرضى:
3	d. المساعدة المالية والإستشارة الخاصة بنظام هالمارك Hallmark الصحي.
3	IV. برامج الخصم للمريض بنظام هالمارك Hallmark الصحي
3	a. يقدم نظام هالمارك Hallmark الصحي برامج الخصم التالية للمريض:
4	b. عملية التقديم والفحص
4	c. الموافقة على التغطية التأمينية:
4	d. القيود الخاصة بدخل المريض:
4	e. الخدمات المؤهلة:
4	f. إستثناءات:
4	g. خصم خاص للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي:
5	h. خصم Medical Hardship بنظام هالمارك Hallmark الصحي:
5	i. سياسة الخصم للمرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً بنظام هالمارك Hallmark الصحي:
5	j. الأسس الخاصة بحساب المبالغ المحملة على المرضى:
6	V. خطة السداد
6	VI. الإمتناع عن الدفع
6	VII. نشر وتوزيع سياسة المساعدة المالية FAP
6	a. معلومات حول المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي، الذين يقومون بتقديم إستشارة مالية ومساعدة مالية، كما قد تتوافر معلومات حول سياسة المساعدة المالية اونلاين على الإنترنت على الموقع الإلكتروني http://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html .
6	b. النشر عن طريق الإنترنت
6	c. تعلن المستشفى على نحو واسع عن مدى توافر المساعدة المالية تحت هذه السياسة بالطرق التالية:
7	VIII. اشتراطات أخرى:
7	a. الدين المتعسر لـ Medicare:
7	b. التقييم على أساس كل حالة على حدة:
7	IX. موافقة المجلس

I. الهدف

يتعهد نظام هالمارك Hallmark الصحي، والذي يشار إليه عادة بكلمة "مستشفى" خلال هذه السياسة، بتقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية إلى المجتمع. تقدم المستشفى الخدمات اللازمة طبيياً إلى جميع المرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. لن تقوم المستشفى بالتمييز على أساس العرق، اللون، أصل المنشأ، الجنسية، الأصل الأجنبي، الدين، العقيدة، الجنس، التوجه الجنسي، الهوية الجنسية، العمر، الإعاقة، تعاطي المخدرات، الحالة الاقتصادية الاجتماعية، عدم وجود تأمين، أو الهيئة الخارجية أثناء تقديم خدماتها. من أجل تقديم مثل تلك الخدمات ذات الجودة العالية ودعم الإحتياجات الخاصة بمجتمعها، ينبغي على نظام هالمارك Hallmark الصحي الحفاظ على قاعدة مالية صالحة والتي تتضمن جميع حساباته المستحقة بالوقت المناسب.

يدرك نظام هالمارك Hallmark الصحي أن لدى بعض المرضى موارد محدودة وقد لا يتمكنون من الحصول على تغطية تأمينية من أجل جميع الخدمات. تم إعداد هذه السياسة لإخطار المرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً كافياً ممن لديهم موارد مالية محدودة؛ ببرامج المساعدة المالية المتنوعة للمستشفى والتي قد تكون متاحة من أجلهم.

يتوقع من الأفراد الذين تتوافر لديهم الموارد أن يقوموا بالدفع لأجل الخدمات المقدمة بواسطة نظام هالمارك Hallmark الصحي. تفترض تلك السياسة أن المرضى الذين لديهم إمكانية الحصول على تأمين مناسب؛ سوف يقوموا بالتقدم للحصول على تغطيتهم التأمينية والحفاظ عليها. تهدف برامج نظام هالمارك Hallmark الصحي للمساعدة المالية بصفة أساسية إلى خدمة المرضى ممن ليس لديهم تأميناً صحياً بواسطة إما مصدر عام (على سبيل المثال، Medicare أو Medicaid) أو مصدر خاص (على سبيل المثال، Blue Cross Blue Shield، Harvard Pilgrim، إلى آخره) وممن لديهم إحتياجات مالية غير ملية. في حالة تلبية المعايير المعمول بها، قد تتوافر الخصومات الخاصة بنظام هالمارك Hallmark الصحي للمرضى الذين لديهم إحتياجات مالية واضحة إما بسبب دخل محدود أو إذا كانت الفواتير الطبية خاصتهم تشكل جزءاً ضخماً من الدخل الخاص بهم.

II. تعريفات

خدمات طارئة: خدمات ضرورية طبيياً يتم تقديمها بعد بدء حالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر بوجود أعراض بدرجة خطيرة كافية، شاملةً آلام شديدة، ذلك أنه في غياب الرعاية الطبية الفورية يمكن أن يتوقع من قبل شخص عادي محتاط ممن يمتلك معرفة متوسطة عن الصحة والطب بدرجة متعقبة أن يتسبب ذلك في وضع صحة الشخص أو شخص آخر في خطر داهم، تدهور خطير بالوظائف الجسدية أو عجز خطير لأي جزء أو عضو بالجسد، أو بالنسبة إلى امرأة حبلية، كما هو محدد بصورة أشمل في (B) 42 U.S.C § 1395dd(e)(1). يعتبر الفحص الطبي وأي علاج تشبثي لأي حالة طبية طارئة، والذي يشمل ولكن لا يقتصر على الرعاية الطبية للمرضى الداخليين بالمستشفى أو أي خدمة أخرى مماثلة يتم تقديمها إلى الدرجة المطلوبة تحت مصطلح العلاجات الطبية الطارئة وقانون العمل النشط (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd))، يعتبر كخدمات طارئة.

خدمات عاجلة: خدمات ضرورية طبيياً يتم تقديمها بعد البدء المفاجئ لحالة طبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر بوجود أعراض حادة مفاجئة بدرجة خطيرة كافية (شاملةً آلام شديدة) ونتيجة لذلك قد يعتقد شخص عادي محتاط بأن غياب الرعاية الطبية في غضون 24 ساعة يمكن أن يتسبب في وضع صحة المريض في خطر، تدهور بالوظائف الجسدية، أو عجز لأي جزء أو عضو بالجسد. يتم تقديم خدمات الرعاية العاجلة للحالات التي لا تعتبر مهددة للحياة ولا تشكل خطراً كبيراً بوجود ضرر كبير على صحة الفرد.

الخدمات الضرورية طبيياً الغير طارئة، الغير عاجلة: خدمات لا تقوم بتحقيق التعريف الخاص بخدمات طارئة أو عاجلة ولكنها تعتبر ضرورية طبيياً. يقوم المريض عادةً، ولكن ليس حصراً، بإدراج تلك الخدمات بصورة مسبقة.

الخدمات الضرورية الغير طبية: إجراء، إختبار، أو خدمة والتي لا تؤثر على جودة الصحة أو تتطلب رعاية طارئة أو عاجلة ليتم تقديمها.

III. إشتراطات عامة

a. الجهات المشاركة

تتطبق هذه السياسة على الخدمات المقدمة والمدفوعة من قبل المستشفى بالمواقع المبينة في الملحق A-مواقع نظام هالمارك Hallmark الصحي، الجهات المشاركة. لا تنطبق هذه السياسة على الخدمات المقدمة والمدفوعة من قبل الجهات المدرجة في الملحق B-قائمة المقدمين التابعين لنظام هالمارك Hallmark الصحي، الجهات الغير مشاركة حتى في تلك الحالة حيث قد يتم تقديم مثل تلك الخدمات في مواقع المستشفى المبينة في الملحق A.

b. تحديد المرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً كالاتي:

1. مرضى ليس لديهم تأمين صحي ("غير مؤمنين")؛
2. مرضى لديهم "تأمين" فقط يتبع شبكة السلامة الصحية لولاية ماساتشوستس؛

3. مرضى لديهم أرصدة ناتجة عن إمتلاكهم لإعانات "مستنزفة" تحت خطة التأمين الخاصة بهم؛ أو
4. المرضى الذين تنتج حساباتهم من خدمات "غير مغطاة" حيث قام التأمين بتحديد أن المريض مسؤول مسؤولية كاملة عن التكاليف المرتبطة بالخدمات المستبعدة. يشمل ذلك الخدمات التي قام الضامن/ المؤمن برفض التغطية بسبب قيود الشبكة الخاصة بالمؤمن.

c. المسؤوليات الخاصة بالمريض:

- أ. لدى المريض عدد من المسؤوليات لتحقيقها من أجل التأهل للمساعدة الخاصة بالمستشفى تحت هذه السياسة، تشمل:
 1. التعهد بالحصول على التغطية التأمينية والحفاظ عليها، في حالة إذا كانت التغطية المعقولة متاحة من أجلهم؛
 2. التعهد بالتقدم لأي برنامج تأميني برعاية حكومية والذي قد يكونوا مؤهلين له؛
 3. التعهد بتقديم جميع المستندات المطلوبة المتعلقة بالدخل، الممتلكات، الهوية، والإقامة في وقت مناسب والمطلوبة للتسجيل بالتغطية الخاصة بالولاية و/ أو لإكمال طلب المساعدة المالية لنظام هالمارك Hallmark الصحي؛
 4. التعهد بإبقاء المستشفى على دراية بالمعلومات الحالية الخاصة بالتأمين وبالخصائص السكانية؛ و
 5. التعهد بالقيام بدفع جميع الأرصدة طبقاً للأطر الزمنية المتفق عليها.

d. المساعدة المالية والإستشارة الخاصة بنظام هالمارك Hallmark الصحي:

- i. يقوم منسقي التأمين على نحو إستباقي بإستعراض المرضى القابلين للتحديد الغير مؤمنين والذين ليس لديهم تأميناً كافياً والمقرر لهم الحصول على الخدمات والتنسيق مع المرضى والمستشارين الماليين بنظام هالمارك Hallmark الصحي لترتيب لقاءات لمناقشة خيارات المساعدة المالية.
- ii. يتم أيضاً إحالة المرضى إلى المستشارين الماليين من أقسام نظام هالمارك Hallmark الصحي.
- iii. يقوم المستشارين الماليين بفحص المرضى للأهلية من أجل التغطية التأمينية العامة و/ أو الخاصة.
 1. يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بفحص المرضى للبرامج الفيدرالية وبرامج الولاية الجديرة بالأهلية. كي يصبح المرضى مؤهلين للحصول على خصومات تحت هذه السياسة، قد يتعين على المرضى أن يقوموا بالتقدم لمجموعة متنوعة من البرامج الفيدرالية وبرامج الولاية، والتي تشمل ولكن لا تقتصر على ماس هيلث MassHealth و/ أو Medicare.
 2. في حالة قيام المريض بتحقيق وتلبية التوجيهات الخاصة بالأهلية العامة، سيقوم المستشارين الماليين بتقديم النصح خلال عملية التقديم ومساعدة المريض أثناء التقديم كلما كان ذلك ممكناً.
 3. في حالة عدم قيام المريض بتحقيق وتلبية التوجيهات الخاصة بالأهلية العامة (على سبيل المثال، بناءً على مستوى الفقر الفيدرالي الخاص بهم ("FPL")، الوضع الخاص بالهجرة، إلى آخره)، وفي حالة رفض أي من البرامج العامة المتاحة، أو في حالة عدم قيام البرنامج العام بتغطية التكاليف الخاصة بالمريض بصورة كاملة، سيقوم المستشارين الماليين بتقديم النصح فيما يتعلق بخيارات التغطية الخاصة وفحص المرضى من أجل الأهلية تحت برنامج خصومات المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي (القسم IV بالأسفل).

IV. برامج الخصم للمريض بنظام هالمارك Hallmark الصحي

a. يقدم نظام هالمارك Hallmark الصحي برامج الخصم التالية للمريض:

- i. خصم خاص للمريض محدود الدخل، كما هو مؤهل بواسطة حدود مستوى الفقر الفيدرالي FPL بنظام هالمارك Hallmark الصحي (القسم IV (g)).
- ii. خصم Medical Hardship، كما هو مؤهل بواسطة حدود نظام هالمارك Hallmark الصحي (القسم IV (h)).
- iii. خصم للمرضى الغير مؤمنين والذين لا يملكون تأميناً كافياً (القسم IV (i)).

قد يتم منح الخصومات تحت بند تلك البرامج إلى جميع الأرصدة في وجود مسؤولية من المريض والتي تقوم بتلبية نظام هالمارك Hallmark الصحي المحددة في الملحق C – مبالغ الخصومات الخاصة بالمساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي، فيما عدا المدفوعات المشتركة للمريض، الخصومات، التأمين المشترك. في حالة تأهل المرضى لبرامج الخصم المتعددة، سيتم منح البرنامج الذي يقدم أعلى نسبة خصم.

لن تقوم الخصومات بالإعتماد على أية علاقة قد تكون ما بين المريض أو عائلته/ عائلتها مع أي موظف بالمستشفى أو عضو بالهيئة الإدارية. لن يتم مد الخصومات بناءً على أي إعتبار يتعلق بـ "معاملة مهنية" لأي طبيب أو العائلة الخاصة به/ بها. لن يتم تقديم الخصومات للمرضى من أجل حث المرضى على تلقي خدمات أو غير ذلك بربطها بأي شكل كان لتكوين أعمال مدفوعة من قبل برنامج رعاية صحية فيدرالي ولا ستكون تلك الخصومات قابلة للسداد بصورة نقدية لأشياء أو خدمات يتم تقديمها من قبل المستشفى، أو أي كيان خاص بنظام هالمارك Hallmark الصحي (يشمل ذلك خصومات لمتجر الهدايا، الكافيتريا، إلى آخره).

- b. عملية التقديم والفحص:
- يجب على المرضى تقديم طلب مساعدة مالية كامل لنظام هالمارك Hallmark الصحي (الملحق D) إلى جانب المستندات الداعمة اللازمة من أجل أن يتم أخذها بعين الاعتبار للمساعدة. قد تتضمن المستندات اللازمة، ولكن لا تقتصر على إثباتاً لـ: (1) دخل أسري سنوي (كشوف المرتبات، سجل مدفوعات الضمان الاجتماعي، وخطاب من صاحب العمل، إقرارات ضريبية، أو كشوفات حسابية بنكية)، (2) الجنسية والهوية، (3) الوضع الخاص بالهجرة لغير المواطنين (الأجانب) (إذا كان ممكناً)، (4) الممتلكات الخاصة بهؤلاء الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 65 وأكثر، و (5) معلومات خاصة بالتأمين، تشمل التغطية الخاصة بالإعانات والقيود الخاصة بالشبكة. يجب أن يتم تقديم جميع المستندات الداعمة في غضون 30 يوماً من التقديم الأولي للطلب من أجل أن يتم أخذ الطلب بعين الاعتبار من قبل المستشفى. قد يتم تقديم الطلبات السرية/ الخاصة إلى المستشفى لأجل الأفراد القصر والأفراد المعتدى عليهم. يجب على مثل هؤلاء الأفراد التواصل مع المستشارين الماليين.
 - لا يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بأخذ قرارات أو أحكام مسبقة بعين الاعتبار فيما يتعلق بالأهلية للمساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي أثناء إتخاذ قراره بطلب مساعدة مالية تخص مريض ما.
 - يحتفظ نظام هالمارك Hallmark الصحي بالحق في إعادة التحقق من الأهلية للخصومات كل ستة أشهر.
- c. الموافقة على التغطية التأمينية:
- سوف تقوم المستشفى بإخطار المرضى كتابياً بقرارات الأهلية لبرنامج نظام هالمارك Hallmark الصحي. راجع الملحق E- إشعارات قرار الأهلية لبرنامج نظام هالمارك Hallmark الصحي.
 - تحتفظ المستشفى بالحق في رفض طلبات في حالة عدم إستلام جميع المستندات الداعمة بالوقت المناسب.
 - قد يتم إعادة النظر في الإستئناف الخاص بقرارات الأهلية إذا ما قام مقدم الطلب بتزويد المستشفى بمعلومات جديدة.
- d. القيود الخاصة بدخل المريض:
- من أجل سكان الولايات المتحدة الأمريكية، سيتم استخدام أحدث مستويات للفقر الفيدرالي FPLs تم نشرها للدخل الكلي للأسرة كمحدد أساسي للخصومات التي تم وصفها في القسم IV (g) والقسم IV (h).
 - قد يحق للأجانب المقيمين وسكان الولايات المتحدة ممن يقومون بتلبية المتطلبات الخاصة بالقسم III (c) لهذه السياسة ولكنهم لا يقومون بتلبية المعايير المؤهلة لمستوى الفقر الفيدرالي FPL؛ قد يحق لهم الحصول على الخصم الخاص بالمرضى الغير مؤمنين والذين ليس لديهم تأميناً كافياً كما تم وصفه في القسم IV (i) بالأسفل.
 - قد يؤهل جميع المرضى الذين يقومون بتلبية المتطلبات الخاصة بالقسم III (c) لهذه السياسة للخصم الخاص بـ Medical Hardship بنظام هالمارك Hallmark الصحي كما هو محدد في القسم IV (h) بالأسفل.
- e. الخدمات المؤهلة:
- تقتصر هذه السياسة بصورة عامة على الخدمات الضرورية طبياً المقدمة والمدفوعة بواسطة نظام هالمارك Hallmark الصحي والتي تشمل:
 - الخدمات الطارئة؛
 - الخدمات العاجلة؛ و
 - الخدمات الغير طارئة، الغير عاجلة.
- f. إستثناءات:
- لا يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بتقديم المساعدة المالية للخدمات الضرورية الغير طبية مثل الخدمات التي يتم تحديدها من قبل الطبيب الإكلينيكي المعالج. تشمل الأمثلة على الخدمات التي تعتبر غير مؤهلة للمساعدة المالية من المستشفى ولكن لا تقتصر على: خدمات غير طبية (على سبيل المثال، إجتماعية، تعليمية، أو مهنية، الجراحة التجميلية، البحث أو أخرى). يبقى إقرار أي الخدمات التي تعتبر مؤهلة لأغراض هذه السياسة متعلقاً فقط بالمستشفى.
 - لا يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بصفة عامة بتقديم خصومات للمرضى لأجل الخدمات الغير طارئة، الغير عاجلة حيث تم توقع إحتياج الرعاية من المريض وقد قام بالمجيء إلى نظام هالمارك Hallmark الصحي من خارج منطقة خدماته لتلقى الرعاية بينما يتم تقديم الخدمات ضمن منطقة الخدمات الخاصة بالمريض.
 - يتم إستثناء المدفوعات المشتركة، الخصومات، والتأمين المشترك الخاص بالمريض من التغطية تحت هذه السياسة.
- g. خصم خاص للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي:
- من أجل سكان الولايات المتحدة الأمريكية، سيتم استخدام أحدث مستويات للفقر الفيدرالي FPLs تم نشرها للدخل الكلي للأسرة كمحدد أساسي. تقتصر الخصومات المبنية بشكل منفرد على الدخل عادةً على المرضى ممن لديهم مستويات دخل أسري أقل من 301% من مستوى الفقر الفيدرالي FPL.

- ii. سيتم تقديم خصم للمرضى الذين يقومون بتلبية هذا المستوى عند أو أكبر من معدل المبالغ المدفوعة عادةً (AGB) كما هو محدد في القسم IV (i) بالأسفل.
- iii. إن تحديد وإقرار هذا الخصم هو مسؤولية نظام هالمارك Hallmark الصحي.
- iv. راجع الملحق C والملحق D للحصول على تفاصيل إضافية.

h. خصم Medical Hardship بنظام هالمارك Hallmark الصحي:

- i. ربما لا يزال المرضى الذين لم يقوموا بتلبية متطلبات الحدود الخاصة بمستوى الفقر الفيدرالي FPL اللازمة للتأهل للخصم الخاص للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي، ربما لا يزالون مؤهلين للحصول على خصم إذا كان بإمكانهم إثبات أن نفقاتهم الطبية تتخطى 20% من دخلهم الأسري. ينبغي أن تكون النفقات قد حدثت في غضون الـ 12 شهراً السابقين مع إقتصارها على تلك النفقات التي يحتمل أن تكون مؤهلة كنفقات طبية في ظل اللوائح الخاصة بدائرة الإيرادات الداخلية (مصلحة الضرائب Internal Revenue Service).
- ii. إن تحديد وإقرار هذا الخصم هو مسؤولية نظام هالمارك Hallmark الصحي.
- iii. راجع الملحق C والملحق D للحصول على تفاصيل إضافية.

i. سياسة الخصم للمرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً بنظام هالمارك Hallmark الصحي:

- i. سيقدم نظام هالمارك Hallmark الصحي خصماً للمرضى من جميع مستويات الدخل بصرف النظر عن الإقامة ممن يقومون بتلبية الشروط التي تخص "المرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً كافياً" المذكورة في القسم III (b) بالأعلى، وممن يوفون بالمسؤوليات الخاصة بالمرضى في القسم III (c) بالأعلى، وممن يكملون طلب المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي.
- ii. يعتبر جميع المرضى الغير مؤمنين والذين لا يملكون تأميناً كافياً ممن يقومون بتلبية الشروط الخاصة بهذه السياسة مؤهلين للحصول على خصم يصل حتى 40% على الخدمات المؤهلة في حالة إستلام دفعات سداد، أو في حالة الاتفاق على خطة سداد، في غضون 30 يوماً من الفاتورة الأولية.
1. بالنسبة للخدمات الغير طارئة والغير عاجلة، ينبغي أن يتم القيام بالسداد بصورة كاملة، أو الاتفاق على خطة للسداد، قبل إيصال الخدمة. في حالة تخطى النفقات الواقعية النسبة المقررة، يجب على المريض أن يدفع أية مبالغ إضافية مستحقة في غضون 30 يوماً من الفاتورة الأولية.
- a. إذا لم يتم دفع التكاليف الأولية في الوقت المناسب، قد يتم إلغاء الاتفاق الخاص بالخصم بالكامل وسيتم تحميل المريض والزامه بالتكاليف أكملها.
2. بالنسبة للخدمات الطارئة أو العاجلة، ينبغي أن يتم القيام بالسداد، أو الاتفاق على خطة للسداد، في غضون 30 يوماً من الفاتورة الأولية.
- iii. أثناء التقييم إما بمنح خصم تحت هذه السياسة، قد يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بالأخذ بالإعتبار سواء كان المريض قائماً ومسيطرأ على جميع الأرصدة تحت التسوية.

j. الأسس الخاصة بحساب المبالغ المحملة على المرضى:

- i. بعد تحديد وإقرار أهلية مريض ما لبرامج الخصم المستعرضة في القسم IV (g) أو القسم IV (h) بالأعلى، لن يتم تكليف المريض بمبالغ إضافية من أجل الخدمات المؤهلة أكثر من المبالغ المدفوعة عادةً ("AGB") من قبل المستشفى.
- ii. يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بتحديد المبالغ المدفوعة عادةً AGB عن طريق أو لأقسمة إجمالي قيمة المدفوعات على إجمالي قيمة التكاليف لجميع الخدمات التجارية ومصاريف الخدمة الخاصة بـ Medicare (Fee-for-service FFS) وبرامج الرعاية المدارة من Medicare إجمالياً للعام المالي السابق من أجل تحديد العامل الخاص بالدفع على الحساب (Payment on Account Factor PAF) للعام المالي السابق. يتم إجراء ذلك عامه في شهر أكتوبر حينما تكون البيانات الأشد دقة من البرامج الصحية متاحة ومتوفرة. يعتبر الحد الأدنى من الخصم الخاص للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي مساو لعكس قيمة عامل الدفع على الحساب PAF للعام المالي السابق، والذي يعتبر المبالغ المدفوعة عادةً AGB.
- iii. على سبيل المثال، الحساب الخاص بالمبالغ المدفوعة عادةً AGB:
1. إجمالي المدفوعات من الخدمات التجارية، مصاريف الخدمات الخاصة بـ Medicare FFS، وبرامج الرعاية المدارة من Medicare :\$150
 2. إجمالي التكاليف الخاصة بالخدمات التجارية، مصاريف الخدمات الخاصة بـ Medicare FFS، وبرامج الرعاية المدارة من Medicare :\$350
 3. عامل الدفع على الحساب PAF : 42.28%
 4. خصم المبالغ المدفوعة عادةً AGB للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي : 57.72%
- iv. إن الحد الأدنى للخصم للمريض محدود الدخل بنظام هالمارك Hallmark الصحي، والذي يعادل المبالغ المدفوعة عادةً AGB، فعال وناجح في 1/أكتوبر/2016 بقيمة 57.72%. تم تحديد تلك القيمة من المطالبات المدفوعة للخدمات التجارية، مصاريف الخدمات الخاصة بـ Medicare FFS، وبرامج الرعاية المدارة من Medicare للفترة الزمنية من 1/أكتوبر/2015 حتى 30/سبتمبر/2016.

V.

خطة السداد

سيتم تقديم خطط سداد بدون فوائد من أجل الخدمات المؤهلة إلى جميع المرضى ممن يقومون بتلبية المعايير المنصوص عليها في القسم III (c) بالأعلى عند الطلب. تخضع الموافقة النهائية على خطة السداد لمراجعة كاملة لحالة المريض وتاريخ الدفع الخاص به. سيقوم برنامج هالمارك Hallmark الصحي بمعالجة جميع خطط السداد الخاصة بالمرضى. يتم مراقبة خطط السداد عن طريق جهة خارجية. يعتبر الإمتثال التام من المريض أمراً متوقفاً في حالة الموافقة على خطة سداد ما. إذا ما قام المريض بتفويت أو الإخفاق في دفعتين اثنتين متتاليتين، يتم إيقاف خطة السداد وقد تقوم المستشفى بوضع الحساب في حالة دين متعسر طبقاً للوائح وإجراءات الحماية المنصوص عليها في سياسة الإلتزام والتحصيل الخاصة بالمستشفى (متوفرة على الموقع الإلكتروني <http://www.hallmarkhealth.org/Financial-counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). فور الإخطار بتغير في الظروف المالية من قبل المريض، قد تقوم المستشفى بإعادة تقييم إلتزام المريض بالدفعات تحت التسوية.

a. لا ينبغي على المرضى الذين تم تحديدهم بكونهم مرضى محدودي الدخل أو مؤهلين لـ Medical Hardship تحت برنامج شبكة السلامة الصحية لولاية ماساتشوستس Massachusetts Health Safety Net program؛ لا ينبغي عليهم تلبية المعايير المنصوص عليها في القسم III (c) قبل تقديم المستشفى لخطة سداد. بالنسبة للمرضى محدودي الدخل بشبكة السلامة الصحية HSN أو مرضى Medical Hardship مع رصيد حساب يساوي \$1000 دولار أو أقل، يجب أن تكون خطة السداد لهؤلاء لمدة عام واحد على الأقل، خطة بدون فوائد مع الحد الأدنى من الدفعات والتي لا تزيد على \$25 لكل شهر. بالنسبة للمرضى محدودي الدخل بشبكة السلامة الصحية HSN أو مرضى Medical Hardship مع رصيد حساب يساوي \$1000 أو أكثر، يجب أن تكون خطة السداد لهؤلاء لمدة عامين اثنين على الأقل، خطة بدون فوائد.

.VI

الإمتناع عن الدفع

تقوم المستشفى بالإبقاء على سياسة إلتزام وتحصيل منفصلة والتي تحدد الإجراءات التي قد تتخذها المستشفى في حالة الإمتناع عن الدفع وتشمل قائمة من المرضى والذين قد يكونوا تحت حماية قانون الولاية من أي إجراء تحصيلي. قبل الإشتراك في أي إجراءات تحصيلية استثنائية في ظل هذه السياسة، ستقوم المستشفى بإتخاذ جهداً معقولاً لتحديد وتأهيل مريض ما إلى المساعدة المالية تحت هذه السياسة عن طريق إخطار المريض كتابياً عن برامج المساعدة المتاحة ومساعدة مثل هؤلاء الأفراد في إكمال طلب المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. إن سياسة الإلتزام والتحصيل المنفصلة الخاصة بالمستشفى متوفرة في سهولة للأفراد من العامة على الموقع الإلكتروني الخاص بالمستشفى على <http://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

.VII

نشر وتوزيع سياسة المساعدة المالية FAP

a. معلومات حول المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي، الذين يقومون بتقديم إستشارة مالية ومساعدة مالية، كما قد تتوفر معلومات حول سياسة المساعدة المالية أونلاين على الإنترنت على الموقع الإلكتروني <http://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.

- أ. لترتيب موعد مع مستشار مالي عن طريق الهاتف بإمكانكم الإتصال على الرقم: 781-338-7111.
- ب. يتواجد المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي بالمواقع التالية لنظام هالمارك Hallmark الصحي:
 1. مستشفى ميلروز واكفيلد، الطابق الأول بالقرب من المدخل الخاص بشارع بورتر Porter St، 585 شارع لبنان Lebanon St، ميلروز، ماساتشوستس 02176.
 2. مستشفى لورينس ميموريال، بجوار قسم الطوارئ، 170 جافرنرز أفينو Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155.

b. النشر عن طريق الإنترنت

أ. بالإضافة إلى كونها متاحة من خلال المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي، تتوفر سياسة المساعدة المالية لنظام هالمارك Hallmark الصحي، إستمارات الطلب، والملخص اللغوي المبسط على: <http://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-policies.html>.

1. يمكن الوصول أيضاً إلى هذا الموقع الإلكتروني من الصفحة الرئيسية لنظام هالمارك Hallmark الصحي (<http://www.hallmarkhealth.org/>) عن طريق تحديد مريض/ زائر ← الإستشارة المالية والفواتير ← سياسات المساعدة المالية.
2. يحتوي الموقع على طرق يستطيع المرضى من خلالها التقدم للحصول على مساعدة من المستشفى، شاملاً قائمة بمواقع المستشارين الماليين ورقم هاتف مركزي لترتيب موعد مع مستشار مالي. يتيح الموقع للمرضى معرفة أن إستمارات الطلب والمساعدة المالية مجانية.

c. تقوم المستشفى بنشر توافر المساعدة المالية على نحو واسع في ظل هذه السياسة بالطرق التالية:

- أ. يتم نشر لافتات كبيرة وواضحة (8"X14") على جميع البوابات الخاصة بالمداخل والمناطق الأخرى شديدة الإزدحام، والتي تشمل قسم الطوارئ، التنسيق المالي وخدمة العملاء.

- ii. يتم عرض نشرات لغوية مبسطة والتي تقوم بالإعلان عن خيارات المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي في قسم الطوارئ ومناطق الدخول.
- iii. إن الملخص اللغوي المبسط لسياسة المساعدة المالية FAP متوفر للمرضى كجزء من عملية الإدخال والإخراج للمستشفى.
- iv. يتم تحضير نسخ من سياسة المساعدة المالية FAP، الطلب، والملخص اللغوي المبسط للمستشفى وتوفيرها للمرضى الذين يقومون بطلب نسخة، شخصياً، أو عن طريق البريد الإلكتروني ولأي مريض قد تكون لديه أسئلة محددة.
- v. يتم توفير المواد، بما يشمل السياسة، إستمارة الطلب، والملخص اللغوي المبسط باللغة الإنجليزية، الصينية، الإسبانية، الفيتنامية، البرتغالية، الروسية، اليونانية، الهندية، الإيطالية، الكريولية، والعربية.
- vi. يتم تثقيف موظفي البرنامج المجتمعي الخاص بالمستشفى عن سياسة المساعدة المالية FAP مع إرشادهم لإخطار وتوعية أعضاء مجتمعهم عن مدى توافر المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي.

VIII

إشتراطات أخرى:

a. الدين المتعسر لـ Medicare:

i. قد يتم استخدام هذه السياسة أيضاً للتحقق من مدى حاجة المريض للأغراض الخاصة بتأهيل أرصدة حساباتهم الناتجة عن تأمين مشترك أو خصم من خدمات مغطاة بواسطة Medicare حيث يعتبر الدين المتعسر لـ Medicare قابلاً للتطبيق. سوف تكون المحددات هي الدخل الحالي للمريض لمستويات الأصول خاصتهم المبلغ عنها. من أجل التأهل، ينبغي أن يكون لدى المريض دخلاً أقل من 201% من مستوى الفقر الفيدرالي FPL وأصول أقل من \$10000 لفرد العائلة الأول بالإضافة إلى \$3000 إضافية مسموح بها لكل فرد عائلي إضافي. لن يشمل تحديد الأصول أبداً السكن الأساسي أو السيارة الأساسية. سيكون إكمال المريض لطلب المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي بمثابة دليل على أن المريض ليس لديه مقدرة على استخدام الأصول والانتفاع بها لدفع أرصدة حساباتهم تحت التسوية.

b. التقييم على أساس كل حالة على حدة:

- i. يتم حث المرضى على إحضار أوضاعهم المالية الفريدة وتسهيل الضوء عليها مع المستشارين الماليين أو قسم حسابات المرضى. قد يقوم نظام هالمارك Hallmark الصحي بمد الخصومات لتتخطى الإشرطاطات بهذه السياسة على أساس كل حالة على حدة للتعرف على الحالات الفريدة للضوائق المالية.
- ii. قد يتم الإلتزام بالخصومات القائمة التي تتخطى هذه السياسة بالحصول على موافقة من المدير المالي CFO للمستشفى.

IX

موافقة المجلس

تم الموافقة على سياسة المساعدة المالية FAP بنظام هالمارك Hallmark الصحي من قبل مجلس الأمناء بنظام هالمارك Hallmark الصحي في 27 يوليو، 2017.

الملحق A- مواقع نظام هالمارك Hallmark الصحي، الجهات المشاركة

تنطبق هذه السياسة للمساعدة المالية على الخدمات المقدمة والمدفوعة من قبل نظام هالمارك Hallmark الصحي بالمواقع التالية:

1. حرم مستشفى ميلروز واكفيلد، 585 شارع لبنان، Lebanon St، ميلروز، ماساتشوستس 02176.
2. حرم مستشفى لورينس ميموريال، 170 جافرنرز أفينو، Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155.
 - a. مركز الرعاية العاجلة بمستشفى لورينس ميموريال، 170 جافرنرز أفينو، Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155.
3. مركز علاج الأورام وأمراض الدم بنظام هالمارك Hallmark الصحي، 41 مونتفال أفينو، Montvale Ave، الطابق الثالث، الرابع والخامس، ستونهام، ماساتشوستس 02180.
4. نظام هالمارك Hallmark الصحي في 101 ماين، 101 شارع ماين Main St، ميدفورد، ماساتشوستس 02155.
 - a. خدمات مستشفى لورينس ميموريال لإعادة التأهيل، الأجنحة 105 و 106.
 - b. خدمات الإستشارة المجتمعية، الجناح 112.
 - c. الخدمات الطبية لمستشفى لورينس ميموريال، الأجنحة 113، 114 و 116.
 - d. الرابطة الطبية الأسرية، الأجنحة 213، 214 و 215.
5. مركز إستشارات المجتمع، مركز مالدين لصحة الأسرة، 178 شارع سافين Savin St، الطابق الثاني، مالدين، ماساتشوستس 02148.
6. مركز هيلث ايمدج للتصوير الإشعاعي للسيدات، 830 شارع ماين Main St، الطابق الثالث، ميلروز، ماساتشوستس 02176.
7. مركز CHEM لعلاج الأورام بالإشعاع والتصوير بالرنين المغناطيسي، 48 مونتفال أفينو، Montvale Ave، ستونهام، ماساتشوستس 02180.
8. مركز هالمارك هيلث للاختبارات التشخيصية وإعادة التأهيل للمرضى الخارجيين، 30 طريق نيوكروسينج Newcrossing Road، ريدنج، ماساتشوستس 01867.
- a. مركز ريدنج للرعاية العاجلة، 30 طريق نيوكروسينج Newcrossing Road، ريدنج، ماساتشوستس 01867.
9. خدمات ميلروز واكفيلد لإعادة التأهيل، 22 شارع كوري Corey St، ميلروز، ماساتشوستس 02176.

الملحق B: قائمة المقدمين التابعين لنظام هالمارك Hallmark الصحي، الجهات الغير مشاركة

يقوم كلاً من هؤلاء المقدمين أو مجموعات المقدمين بإيصال الخدمات في موقع مستشفى ما، على الرغم من ذلك، لا يتم تغطية الفواتير والتكاليف الخاصة بهم في ظل سياسة المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("FAP"). تقوم سياسة المساعدة المالية FAP بنظام هالمارك Hallmark الصحي بإستثناء الخدمات المقدمة والمدفوعة عن طريق الجهات التالية المرتبطة بنظام هالمارك Hallmark الصحي:

1. منظمة أطباء نظام هالمارك Hallmark الصحي، الرابطة الطبية بنظام هالمارك Hallmark الصحي.
2. هالمارك باثولوجي Hallmark Pathology، P.C.
3. رابطة التصوير الإشعاعي في هالمارك، P.C.
4. أقسام حيث قد يتم فحص مريض ما بواسطة مقدم غير مشمول بسياسة المساعدة المالية FAP كالاتي: قسم طب القلب، الغدد الصماء، أمراض الجهاز الهضمي، الأشعة/أمراض الدم/الأورام، الأمراض المعدية، الطب الباطني، قسم رعاية النساء والولادة، الكلى، الأرجل، أمراض الرئة، أمراض الروماتيزم، طب النوم، الجراحة، أمراض المسالك البولية، قسم رعاية الجروح.
5. أطباء الطوارئ بمستشفى ميلروز واكفيلد، Inc.
 - a. أطباء في أقسام الطوارئ بنظام هالمارك Hallmark الصحي متواجدين في مستشفى لورينس ميموريال في 170 جافرنرز أفينو Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155 ومستشفى ميلروز واكفيلد في 585 شارع لبنان Lebanon St، ميلروز، ماساتشوستس 02176.
 - b. أطباء في مراكز الرعاية العاجلة بنظام هالمارك Hallmark الصحي متواجدين في 170 جافرنرز أفينو Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155 و30 طريق نيوكروسينج Newcrossing Road، ريدنج، ماساتشوستس 01867.
6. رابطة المستشفى الطبية (Team Health).
 - a. أطباء داخليين بنظام هالمارك Hallmark الصحي متواجدين في مستشفى لورينس ميموريال في 170 جافرنرز أفينو Governors Ave، ميدفورد، ماساتشوستس 02155 ومستشفى ميلروز واكفيلد في 585 شارع لبنان Lebanon St، ميلروز، ماساتشوستس 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. رابطة ميستيك لأمراض القلب Mystic، تشمل د. كونواي D. Conway، د. بلادزيوكز D. Pladzewicz، ود. سامينوك D. Samenuk.
9. مجموعة ميستيك الطبية Mystic، تشمل د. وينستين D. Weinstein.
10. الأنظمة الطبية الموحدة نيو إنجلاند لتفتيت الحصوات (UMS New England).
11. رابطة ميدلسكس لأمراض القلب Middlesex، Inc.
12. منظمة أطباء مركز تافتس الطبي Tufts، f/k/a Inc. مؤسسة الرعاية الصحية في نيو إنجلاند New England، Inc.
13. إليوت Eliot.
14. Pediatrix.
15. الرعاية المنزلية المحلية.

يتم حث جميع الأطباء ومنظمات الأطباء المرتبطة بنظام هالمارك Hallmark الصحي بما يشمل مقدمي الرعاية الموضحين أعلاه، ولكن مع عدم الطلب منهم، إتباع سياسة المساعدة المالية لنظام هالمارك Hallmark الصحي.

الملحق C: مبالغ الخصومات الخاصة بالمساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي

FPL أكبر من %301	FPL حتى 300%	FPL حتى 150%	FPL 100%	عدد أفراد الأسرة
\$36.181	\$36.180	\$18.090	\$12.060	1
\$48.721	\$48.720	\$24.360	\$16.240	2
\$61.261	\$61.260	\$30.630	\$20.420	3
\$73.801	\$73.800	\$36.900	\$24.600	4
\$86.341	\$86.340	\$43.170	\$28.780	5
\$98.881	\$98.880	\$49.440	\$32.960	6
\$111.421	\$111.420	\$55.710	\$37.140	7
\$123.961	\$123.960	\$61.980	\$41.320	8
\$12.541	\$12.540	\$6.270	\$4.180	كل فرد < 8
				الخصم
40%	58%	100%		
60%	42%	0%		الدفعة المتوقعة من المريض

يعرف FPL بمستوى الفقر الفيدرالي، والذي صدر في يناير 2017، كما هو معرف من قبل السجل الفيدرالي

يعتز برنامج هالمارك Hallmark الصحي بتقديم أفضل رعاية لكل مريض. يقدم برنامج هالمارك Hallmark الصحي مساعدة مالية من خلال سياسة المساعدة المالية خاصته للمرضى الغير قادرين على الدفع من أجل الرعاية الضرورية الطبية أو الطارئة. لا تهدف المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي إلى تغطية الرعاية المتعلقة بالحالات الغير طارئة، الغير عاجلة. كما أنها لا تهدف إلى تقديم خصومات على السداد المشترك للتأمين، التأمين المشترك، أو الخصومات.

يتوقع من المرضى الذين لديهم الموارد أن يقوموا بالدفع من أجل الخدمات المتلقاة في نظام هالمارك Hallmark الصحي. على الرغم من ذلك، فإن الأهلية للحصول على المساعدة المالية متاحة من أجلكم. يتم حث المرضى بقوة على التقدم لأي من برامج المساعدة الحكومية المتاحة، مثل ماس هيلث MassHealth، أو شبكة السلامة الصحية Health Safety Net، قبل التقدم لبرنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. قد ينتج عن الإخفاق في التقدم لبرنامج مساعدة حكومي والذي قد يحتمل أن تكونوا مستحقين له؛ قد ينتج عن ذلك تأخر أو رفض لطلبكم. إذا كنتم في حاجة إلى مساعدة في التقدم لبرامج المساعدة الحكومية، بإستطاعة أحد مستشارينا الماليين بنظام هالمارك Hallmark الصحي تقديم المساعدة.

إن أهليتك وجدارتك للحصول على برامج المساعدة المالية تعتمد على إكمالكم الشامل والدقيق لهذا الطلب الخاص بالمساعدة المالية.

الإرشادات الخاصة بالطلب

يرجاء إكمال الطلب الخاص بالمساعدة المالية بشكل كلي مع إدراج نسخ من المستندات التالية لجميع المتقدمين. سوف يؤدي الإخفاق في إعادة جميع المستندات الضرورية في غضون 30 يوماً إلى رفض الطلب. برجاء إرفاق نسخ من أي مستندات مرسله حيث أنه للأسف لا يمكن إعادتهم.

- أكمل جميع الأقسام معمول بها في الطلب مع التأكد من التوقيع على البيان الخاص بالشهادة في صفحة 4.
- قم بإدراج نسخة من رخصة القيادة الخاصة بكم، هوية مصورة أخرى، أو مستندات تثبت محل إقامتكم الحالي. يجب أن يحتوي أي مستند مرسل على إسمكم وعنوانكم الحالي.
- قم بإدراج نسخة من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بكم.
- قم بإدراج بعض الإستمارات الخاصة بالتحقق من الدخل:
 - قم بإدراج نسخة من أحدث W2 أو وصولات دفع (4 في حالة الدفع بشكل اسبوعي، 2 في حالة الدفع كل أسبوعين)
 - إذا كان هناك تغير حديث في الدخل، قم بإدراج مستند ما مثل تصاريح بطالة، كشوفات حساب بنكية/ بيانات تمويلية، بيانات بالرعاية طويلة الأمد، بيانات المعاش التقاعدي، و/ أو بيانات الضمان الاجتماعي.
- في حالة وفاة المريض، برجاء تقديم نسخة من شهادة الوفاة وخطاب يوضح الحالة الخاصة بالتملكات.

المستشارين الماليين:

للمساعدة في إنهاء الطلب الخاص بكم برجاء التواصل على الرقم **781-338-7111** لترتيب موعد مع أحد المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي. يتواجد المستشارين الماليين بالمواقع: مستشفى ميلروز واكفيلد، 585 شارع لبنان، Lebanon St.، الطابق الأول بالقرب من المدخل الخاص بشارع بورتير Porter St.، ميلروز أو مستشفى لورينس ميموريال، 170 جافرنرز أفينو، Governors Ave.، بجوار قسم الطوارئ، ميدفورد.

برجاء إرسال طلبكم المكتمل إلى:

نظام هالمارك Hallmark الصحي
المستشارين الماليين

170 جافرنرز أفينو، Governors Ave.
ميدفورد، ماساتشوستس 02155

جزء 1: معلومات عن المريض

إسم المريض:		
الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي SSN للمريض:	تاريخ ميلاد المريض:
العنوان الحالي:		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
هل أنت مواطن تابع للولايات المتحدة الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة لا، هل أنت من السكان الدائمين، المقيمين بشكل قانوني بالولايات المتحدة الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

معلومات تخص مقدم الطلب (إذا كانت مختلفة عن معلومات المريض بالأعلى)

إما أن يكون مقدم الطلب هو المريض نفسه أو الشخص المسئول مالياً عن المريض.		
إسم مقدم الطلب:		
العنوان الحالي لمقدم الطلب:		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
الهاتف الخاص بمقدم الطلب:		

معلومات عن أسرة المريض

قم بتسجيل جميع أفراد الأسرة، تواريخ ميلادهم وعلاقتهم بمقدم الطلب. فرد الأسرة هو الشخص الذي يكون على صلة بك أو يعيش معك العام بالكامل كفرد من أسرته كما تدعي بالإقرار الضريبي للدخل الخاص بك.		
فرد الأسرة رقم 1:		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
فرد الأسرة رقم 2:		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
فرد الأسرة رقم 3:		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
فرد الأسرة رقم 4:		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
فرد الأسرة رقم 5:		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	

جزء 2: معلومات عن التأمين الخاص بالمريض

هل قمت بتقديم طلب خاص بـ Medicaid في غضون الستة (6) أشهر الأخيرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك طلب خاص بـ Medicaid قيد الانتظار أو تم الموافق عليه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تم رفض طلب بـ Medicaid الخاص بكم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك تأمين طبي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

معلومات عن التأمين الأولي

إسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
إسم المشترك:	
تاريخ ميلاد المشترك:	العلاقة بالمشارك:
المشغل الخاص بالمشارك:	تاريخ النفاذ:

معلومات عن التأمين الثانوي

إسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
المشارك:	
العلاقة بالمشارك:	المشغل الخاص بالمشارك:
تاريخ النفاذ:	

جزء 3: إجمالي الدخل والممتلكات شهرياً

برجاء إكمال هذا الجزء حول الدخل المكتسب والممتلكات للمريض ولكل فرد عامل بالأسرة تم تسجيله في القسم 1. برجاء تسجيل إجمالي الدخل، والذي يعتبر قيمة الدخل قبل الضرائب والخصومات.

المريض	فرد الأسرة رقم 1	فرد الأسرة رقم 2	فرد الأسرة رقم 3	فرد الأسرة رقم 4	فرد الأسرة رقم 5
الأجور / الرواتب / إكراميات					
إعانة البطالة					
الضمان الاجتماعي					
دعم الطفل + نفقة الزوجة المطلقة					
دخل العمل الحر، بعد النفقات					
الفوائد/ توزيعات الأرباح					
المعاش التقاعدي					
حساب التقاعد الفردي IRA / أسهم / سندات					
إيرادات الإيجار					
مدفوعات الثقة					
التعويضات التأمينية للعمال					
الإعانات المالية للمحاربين القدامى					

عدم وجود بيان للدخل

 إذا كان دخل الأسرة يساوي صفر، هل هناك أحد ما يقوم بدعمكم؟ نعم لا

إذا قمت بالإجابة بنعم بالأعلى، وكونك مدعوماً مالياً بواسطة شخص آخر، برجاء القيام بإكمالهم وتوقيع الإستمارة أدناه.

اسم المريض: _____، ليس له دخل حالياً. أنا أقوم حالياً بدعمهم بالطعام، المأوى، وبأى ملابس قد يكونوا في حاجة إليها. إنني أقوم أيضاً بمنحهم مساعدة مالية بالكمية التي تساوي \$ _____ بمعدل كل شهر.

توقيع مقدم الدعم: _____ التاريخ: _____

ممتلكات الأسرة

قم بتسجيل أي معلومات عن حساب جار أو حساب إيداع بالأسفل.

نوع الحساب	المؤسسة البنكية	الرصيد إعتباراً من

ممتلكات معدودة أخرى للأسرة

قم بتسجيل المعلومات التي لديك لأي من أنواع الحسابات التالية.

نوع الحساب	المؤسسة البنكية	الرصيد إعتباراً من
الأسهم/ السندات		
شهادة إيداع		
سندات إيداع أمريكية		
حسابات إيداع صحية		
شهادات إيداع		
حسابات توفير أو تمويل		
أخرى		

جزء 4: Medical Hardship

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. برجاء إكمال هذا القسم إذا كان لديك فواتير طبية كبيرة. قم بتسجيل جميع النفقات الخاصة بالرعاية الصحية من نظام هالمارك Hallmark الصحي ومن مقدمين آخرين. قد يتم طلب التوثيق ولكنه غير مطلوب بالوقت الحالي.

إسم مقدم الرعاية	إجمالي النفقات الطبية	كم مرة تحدث هذه التكلفة؟
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	

جزء 5: شهادة – ينبغي على جميع المقدمين القيام بالتوقيع

ينبغي على جميع المقدمين القيام بالتوقيع على الشهادة بالأسفل حتى يتم النظر في الطلب الخاص بهم.

إنني أقسم وأقر بأن جميع المعلومات المشار إليها في هذا الطلب حقيقية، صحيحة وكاملة على حد علمي وقدرتي واعتقادي. إنني أوافق على إخطار نظام هالمارك Hallmark الصحي بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي وإستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. إنني أستوعب أنه قد يتم الرجوع إلى رصيدي والمعلومات المالية الأخرى للتحقق من البيان الخاص بي وأهليتي لهذا البرنامج. إنني أستوعب أن لدي ثلاثون (30) يوماً لتقديم المستندات الداعمة اللازمة والدقيقة كي يتم النظر بها للحصول على خصم.

سوف يتم إرسال البيانات المخادعة الخاصة بالمريض لغرض الحصول على مساعدة مالية إلى مكتب المدعي العام لولاية ماساتشوستس. لن يصبح المرضى الذين يقومون بتزييف الطلب الخاص بالبرنامج مستحقين أو مؤهلين للبرنامج وسيتم تحميلهم المسؤولية لجميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل بالبرنامج بأثر رجعي حتى اليوم الأول الذي وقعت به الرسوم في ظل هذا البرنامج.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

شهادة – يتم العمل بها فقط في حالة قيام زوج مقدم الطلب بالتقديم

في حالة قيام زوج مقدم الطلب أيضاً بالتقديم للحصول على مساعدة مالية، ينبغي على زوج مقدم الطلب القيام بالتوقيع على الشهادة بالأسفل حتى يتم النظر في الطلب الخاص بهم.

إنني أقسم وأقر بأن جميع المعلومات المشار إليها في هذا الطلب حقيقية، صحيحة وكاملة على حد علمي وقدرتي واعتقادي. إنني أوافق على إخطار نظام هالمارك Hallmark الصحي بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي وإستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. إنني أستوعب أنه قد يتم الرجوع إلى رصيدي والمعلومات المالية الأخرى للتحقق من البيان الخاص بي وأهليتي لهذا البرنامج. إنني أستوعب أن لدي ثلاثون (30) يوماً لتقديم المستندات الداعمة اللازمة والدقيقة كي يتم النظر بها للحصول على خصم.

سوف يتم إرسال البيانات المخادعة الخاصة بالمريض لغرض الحصول على مساعدة مالية إلى مكتب المدعي العام لولاية ماساتشوستس. لن يصبح المرضى الذين يقومون بتزييف الطلب الخاص بالبرنامج مستحقين أو مؤهلين للبرنامج وسيتم تحميلهم المسؤولية لجميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل بالبرنامج بأثر رجعي حتى اليوم الأول الذي وقعت به الرسوم في ظل هذا البرنامج.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

مستند E



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

الشهر اليوم، العام

[خطاب الموافقة - خصم جزئي]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). لقد قمنا بمراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مؤهلين للحصول على خدمات مخفضة التكاليف تحت هذا البرنامج.

لقد قررنا ان الدخل الخاص بكم هو _____ لعدد أفراد أسرتكم والذي يعادل _____،
مما يؤهلكم لقيامكم بدفع فقط _____ من مصاريفكم المعتادة. يتم تخفيض الفواتير
الخاصة بالخدمات المقدمة من قبل _____ في _____/_____/_____
إلى _____ سنقوم بالتواصل معكم بمساعدتكم في إعداد تسويات للسداد على الرصيد المتبقي من الفاتورة وسيتم
إرسال فاتورة مفصلة إليكم عند الطلب. برجاء ملاحظة أن الخصم المحدد في ظل هذا البرنامج لا ينطبق على أي مبالغ خاصة بمدفوعات
مشتركة، تأمين مشترك، أو خصومات والتي تظل بكونها تحت مسئوليتكم.

يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. في حالة رفضكم لهذا القرار وإعتقادكم بأهليتكم
للحصول على تخفيض إضافي لمصاريفكم، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

أصلي 2017/7

[خطاب الموافقة – خصم 100%]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). لقد قمنا بمراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مؤهلين للحصول على خدمات بدون تكاليف موجهة إليكم تحت هذا البرنامج. لذا فإننا نقوم بحذف الفواتير الخاصة بـ _____ للخدمات المقدمة من قبل _____ في ____ / ____ / ____ . ينبغي ألا تتلقوا أية فواتير إضافية منا فيما يتعلق بتلك الخدمات.

يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

أصلي 2017/7

[خطاب إعادة تحديد – خصم جزئي إلى خصم 100%]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرقم البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/___ والذي نص على كونكم مؤهلين فقط للحصول على تكاليف مخفضة في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مؤهلين للحصول على خدمات بدون تكاليف موجهة إليكم تحت هذا البرنامج. لذا فإننا نقوم بحذف الفواتير الخاصة بـ _____ للخدمات المقدمة من قبل _____ في ___/___/___ . ينبغي ألا تتلقوا أية فواتير إضافية منا فيما يتعلق بتلك الخدمات. يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب إعادة تحديد – غير مؤهل سابقاً بالحصول على خصم 100%]

الشهر اليوم، العام

الإسم

العنوان

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي بأنكم كنتم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مؤهلين للحصول على خدمات بدون تكاليف موجهة إليكم تحت هذا البرنامج. لذا فإننا نقوم بحذف الفواتير الخاصة بـ _____ للخدمات المقدمة من قبل _____ في _____/_____/_____. ينبغي ألا تتلقوا أية فواتير إضافية منا فيما يتعلق بتلك الخدمات. يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم

اللقب، الهاتف

[خطاب إعادة تحديد – غير مؤهل للحصول على خصم جزئي]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي بأنكم كنتم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مؤهلين للحصول على خدمات مخفضة التكاليف تحت هذا البرنامج.

لقد قررنا ان الدخل الخاص بكم هو _____ لعدد أفراد أسرته والذي يعادل _____، مما يؤهلكم لقيامكم بدفع فقط _____ من مصاريفكم المعتادة. يتم تخفيض الفواتير _____ الخاصة بالخدمات المقدمة من قبل _____ في _____/_____/_____ إلى _____ سنقوم بالتواصل معكم بمساعدتكم في إعداد تسويات للسداد على الرصيد المتبقي من الفاتورة وسيتم إرسال فاتورة مفصلة إليكم عند الطلب. برجاء ملاحظة أن الخصم المحدد في ظل هذا البرنامج لا ينطبق على أي مبالغ خاصة بمدفوعات مشتركة، تأمين مشترك، أو خصومات والتي تظل بأن تكون تحت مسؤوليتكم.

يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. في حالة رفضكم لهذا القرار واعتقادكم بأهليتكم للحصول على تخفيض إضافي لمصاريفكم، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب إعادة تحديد – توقف القرار الأصلي - خصم جزئي]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/___ والذي نص على كونكم مؤهلين فقط للحصول على تكاليف مخفضة في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم مستمرون بكونكم مؤهلين للحصول على خصم جزئي فقط تحت هذا البرنامج.

كما تم التوضيح في خطاب القرار الأصلي الخاص بنا، يتم تخفيض الفواتير الخاصة بالخدمات المقدمة من قبل ___/___/___ في ___/___/___ إلى ___ إلى ___ سوف نقوم بالتواصل معكم لمساعدتكم في إعداد تسويات للدفعات بالرصيد المتبقي من الفاتورة وسيتم إرسال فاتورة مفصلة إليكم عند الطلب. برجاء ملاحظة أن الخصم المحدد في ظل هذا البرنامج لا ينطبق على أي مبالغ خاصة بمدفوعات مشتركة، تأمين مشترك، أو خصومات والتي تظل بأن تكون تحت مسئوليتكم.

يجب أن تكون هذه الموافقة سارية المفعول لمدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. في حالة مواصلة رفضكم لهذا القرار، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب إعادة تحديد – توقف القرار الأصلي – غير مؤهل]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/___ بأنكم كنتم غير مؤهلين للحصول على مساعدة في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم غير مؤهلين للحصول على مساعدة تحت هذا البرنامج. في حالة مواصلة رفضكم لهذا القرار أو رغبتكم في مناقشة خيارات التسوية الخاصة بالمدفوعات، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب رفض – عام]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج"). لقد قمنا بمراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة وقد قررنا أنه، بناءً على الدخل الخاص بكم، فإنكم غير مؤهلين للحصول على خصم تحت هذا البرنامج.

لقد قررنا ان الدخل الخاص بكم هو _____ لعدد أفراد أسرته والذي يعادل _____ هو أكثر من الحد الخاص بـ _____.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو قد حدث لكم مؤخراً تغيير ما بالظروف الخاصة بكم، فإنه من دواعي سرورنا أن نقوم بإعادة النظر في الطلب الخاص بكم في ضوء أي معلومات جديدة قد تكون لديكم لتقديمها. إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب رفض – طلب غير مكتمل]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي الذي قتم بملئه في ___/___/____. إعتباراً من تاريخ اليوم لم نقم بإستلام المستندات الداعمة اللازمة لمعالجة طلبكم، ونتيجة لذلك، فإننا نرفض طلبكم الخاص للحصول على مساعدة.

فور قيامكم بتجميع المستندات الداعمة المطلوبة، إننا نحثكم أن تقوموا بإرسال طلب مساعدة مالية جديد كي نقوم بالنظر به. إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف

[خطاب رفض - خدمات غير مؤهلة]

الشهر اليوم، العام

الإسم
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز :

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي ("البرنامج") الذي قمتم بملئه في ____/____/____. إننا نأسف بإخطاركم أن الخدمات التي قمتم بالحصول عليها في ____/____/____ تم إعتبارها غير ضرورية طبياً ونتيجة لذلك فأنتم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية تحت هذا البرنامج. برجاء إرسال دفعة المال الخاصة بكم سريعاً لتجنب أي إجراءات تحصيلية إضافية.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
اللقب، الهاتف