

سياسة المساعدة المالية

MelroseWakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

MIW MelroseWakefield
Healthcare

Proudly *wellforce* 

3	I. الهدف
3	II. تعريفات
4	III. اشتراطات عامة
4	a. الجهات المشاركة
4	b. تحديد مرضى MelroseWakefield Healthcare الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً كالاتي
4	c. المسؤوليات الخاصة بالمرضى
4	d. المساعدة المالية والاستشارة الخاصة بـ MelroseWakefield Healthcare
5	IV. برامج الخصم للمريض في MelroseWakefield Healthcare
5	a. يقدم MelroseWakefield Healthcare برامج الخصم التالية للمريض
5	b. عملية التقديم والفحص
6	c. الموافقة على التغطية التأمينية
6	d. القيود الخاصة بدخل المريض
6	e. الخدمات المؤهلة
6	f. استثناءات
6	g. خصم خاص للمريض محدود الدخل في MelroseWakefield Healthcare
6	h. خصم Medical Hardship في MelroseWakefield Healthcare
6	i. سياسة الخصم للمرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً في MelroseWakefield Healthcare
7	j. الأسس الخاصة بحساب المبالغ المحملة على المرضى
7	V. خطة السداد
8	VI. الإمتناع عن الدفع
8	VII. نشر وتوزيع FAB
8	a. معلومات حول المستشارين الماليين في MelroseWakefield Healthcare، الذين يقومون بتقديم إستشارة مالية ومساعدة مالية، كما قد تتوفر معلومات حول سياسة المساعدة المالية اونلاين على الانترنت على الموقع الالكتروني: https://melrosewakefield.org/FAP
8	b. النشر عن طريق الانترنت
8	c. تعلن المستشفى على نحو واسع عن مدى توافر المساعدة المالية تحت هذه السياسة بالطرق التالية
9	VIII. اشتراطات أخرى
9	a. الدين المتعسر لـ Medicare:
9	b. التقييم على أساس كل حالة على حدة
9	IX. موافقة المجلس

الهدف

يتمتع Melrose Wakefield Healthcare، 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 Melrose Wakefield Healthcare الحفاظ على قاعدة مالية صالحة والتي تتضمن تجميع حساباته المستحقة بالوقت المناسب.

يدرك نظام Melrose Wakefield Healthcare 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 Melrose Wakefield Healthcare. تفترض تلك السياسة أن المرضى الذين لديهم إمكانية الحصول على تأمين مناسب؛ سوف يقوموا بالتقدم للحصول على تغطيتهم التأمينية والحفاظ عليها. تهدف برامج Melrose Wakefield Healthcare 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 ملبأة. في حالة تلبية المعايير المعمول بها، قد تتوافر الخصومات الخاصة بـ Melrose Wakefield Healthcare للمرضى الذين لديهم إحتياجات مالية واضحة إما بسبب دخل محدود أو إذا كانت الفواتير الطبية خاصتهم تشكل جزءاً ضخماً من الدخل الخاص بهم.

تعريفات

خدمات طارئة: خدمات ضرورية طبيياً يتم تقديمها بعد بدء حالة طبية، سواءً كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر بوجود أعراض بدرجة خطيرة كافية، شاملةً الأم 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 تشيبي 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، سواءً كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر بوجود أعراض حادة مفاجئة بدرجة خطيرة كافية (شاملةً الأم شديدة) ونتيجة لذلك قد يعتقد شخص عادي محتاط بأن غياب الرعاية الطبية في غضون 24 ساعة يمكن التوقع بأن تتسبب 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.

اشتراطات عامة

a. الجهات المشاركة

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

b. تحديد مرضى MelroseWakefield Healthcare الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كآلاتي:

- i. مرضى ليس لديهم تأمين صحي ("غير مؤمنين")؛
- ii. مرضى لديهم "تأمين" فقط يتبع Massachusetts Health Safety Net "شبكة السلامة الصحية لولاية ماساتشوستس"؛
- iii. مرضى لديهم أرصدة ناتجة عن إمتلاكهم لإعانات "مستنزفة" تحت خطة التأمين الخاصة بهم؛ أو
- iv. المرضى الذين تنتج حساباتهم من خدمات "غير مغطاة" حيث قام التأمين بتحديد أن المريض مسئول 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:

- i. 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 لـ MelroseWakefield Healthcare؛
 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 والاستشارة الخاصة بـ MelroseWakefield Healthcare:

- 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 بـ MelroseWakefield Healthcare لترتيب لقاءات لمناقشة خيارات المساعدة المالية.
- ii. يتم أيضاً إحالة المرضى إلى المستشارين الماليين من أقسام MelroseWakefield Healthcare.
- iii. يقوم المستشارين الماليين بفحص المرضى للأهلية من أجل التغطية التأمينية العامة و/ أو الخاصة.
 1. يقوم MelroseWakefield Healthcare 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 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 المريض من أجل الأهلية تحت برنامج خصومات المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare (القسم IV بالأسفل).

برامج الخصم للمريض بـ MelroseWakefield Healthcare

- a. يقدم MelroseWakefield Healthcare برامج الخصم التالية للمريض:
- i. خصم خاص للمريض محدود الدخل، كما هو مؤهل بواسطة حدود مستوى الفقر الفيدرالي FPL في MelroseWakefield Healthcare (القسم IV (g)).
 - ii. خصم Medical Hardship، كما هو مؤهل بواسطة حدود MelroseWakefield Healthcare (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 الأرصد في وجود مسئولية من المريض والتي تقوم بتلبية MelroseWakefield Healthcare المحددة في الملحق C – مبالغ الخصومات الخاصة بالمساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare، 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 بـ MelroseWakefield Healthcare (يشمل ذلك خصومات لمتجر الهدايا، الكافتيريا، إلى آخره)

b. عملية التقديم والفحص

- i. يجب على المرضى تقديم طلب مساعدة مالية كامل لـ MelroseWakefield Healthcare (الملحق D) إلى جانب المستندات الداعمة اللازمة من أجل أن يتم أخذها بعين الإعتبار 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 الإعتبار من قبل المستشفى.
- ii. قد يتم تقديم الطلبات السرية/ الخاصة إلى المستشفى لأجل الأفراد القصر والأفراد المعتدى عليهم. يجب على مثل هؤلاء الأفراد التواصل مع المستشارين الماليين.
- iii. لا يقوم MelroseWakefield Healthcare بأخذ قرارات أو أحكام مسبقة بعين الإعتبار فيما يتعلق بالأهلية للمساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare أثناء إتخاذ قراره بطلب مساعدة مالية تخص مريض ما.
- iv. يحتفظ MelroseWakefield Healthcare بالحق في إعادة التحقق من الأهلية للخصومات كل ستة أشهر.

c. الموافقة على التغطية التأمينية:

- i. سوف تقوم المستشفى بإخطار المرضى كتابياً بقرارات الأهلية لـ MelroseWakefield Healthcare. راجع الملحق E- إشعارات قرار الأهلية لبرنامج MelroseWakefield Healthcare.
- ii. تحتفظ المستشفى بالحق في رفض طلبات في حالة عدم إستلام جميع المستندات الداعمة بالوقت المناسب.
- iii. قد يتم إعادة النظر في الإستئناف الخاص بقرارات الأهلية إذا ما قام مقدم الطلب بتزويد المستشفى بمعلومات جديدة.
- iv. سوف تتحمل الإدارة الخاصة بحسابات المرضى مسئولية الإقرار بقيام المستشفى ببذل جهوداً مرضية في تحديد سواء كان الفرد مؤهل للحصول على مساعدة مالية.

d. القيود الخاصة بدخل المريض:

- i. من أجل سكان الولايات المتحدة الأمريكية، سيتم إستخدام أحدث مستويات للفقر الفيدرالي FPLs تم نشرها للدخل الكلي للأسرة كمحدد أساسي للخصومات التي تم وصفها في القسم IV (g) والقسم IV (h).

سياسة المساعدة المالية التابعة لـ Melrose Wakefield Healthcare

- ii. 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.
- iii. قد يؤهل جميع المرضى الذين يقومون بتلبية المتطلبات الخاصة بالقسم III (c) لهذه السياسة للخصم الخاص بـ Medical Hardship بـ MelroseWakefield Healthcare كما هو محدد في القسم IV (h) بالأسفل.

e. الخدمات المؤهلة:

- i. تقتصر هذه السياسة بصورة عامة على الخدمات الضرورية طبياً المقدمة والمدفوعة بواسطة MelroseWakefield Healthcare والتي تشمل:
 1. الخدمات الطارئة؛
 2. الخدمات العاجلة؛ و
 3. الخدمات الغير طارئة، الغير عاجلة.

f. استثناءات:

- i. لا يقوم MelroseWakefield Healthcare 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، الأبحاث أو أخرى). يبقى إقرار أي الخدمات التي تعتبر مؤهلة لأغراض هذه السياسة متعلقاً فقط بالمستشفى.
- ii. لا يقوم MelroseWakefield Healthcare بصفة عامة بتقديم خصومات للمرضى لأجل الخدمات الغير طارئة، الغير عاجلة حيث تم توقع إحتياج الرعاية من المريض وقد قام بالمجيء إلى MelroseWakefield Healthcare من خارج منطقة خدماته لتلقى الرعاية بينما يتم تقديم الخدمات ضمن منطقة الخدمات الخاصة بالمريض.
- iii. يتم إستثناء المدفوعات المشتركة، الخصومات، والتأمين المشترك الخاص بالمريض من التغطية تحت هذه السياسة.

g. خصم خاص للمريض محدود الدخل بـ MelroseWakefield Healthcare:

- i. من أجل سكان الولايات المتحدة الأمريكية، سيتم إستخدام 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 MelroseWakefield Healthcare.
- iv. راجع الملحق C والملحق D للحصول على تفاصيل إضافية.

h. خصم Medical Hardship في MelroseWakefield Healthcare:

- i. ربما لا يزال المرضى الذين لم يقوموا بتلبية متطلبات الحدود الخاصة بمستوى الفقر الفيدرالي FPL اللازمة للتأهل للخصم الخاص للمريض محدود الدخل بـ MelroseWakefield Healthcare، 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 MelroseWakefield Healthcare.
- iii. راجع الملحق C والملحق D للحصول على تفاصيل إضافية.

i. سياسة الخصم للمرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون تأميناً صحياً كافياً في MelroseWakefield Healthcare:

- i. سيقدم MelroseWakefield Healthcare 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 بالمريض في القسم III (c) بالأعلى، وممن يكملون طلب المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare.
- ii. يعتبر جميع المرضى الغير مؤمنين والذين لا يمتلكون 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.

سياسة المساعدة المالية التابعة لـ Melrose Wakefield Healthcare

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 المقدرة، 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 وإلزامه بالتكاليفأكملها.
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 MelroseWakefield Healthcare 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 MelroseWakefield Healthcare بتحديد المبالغ المدفوعة عادةً AGB عن طريق أولاً قسمة 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 عامماً في شهر أكتوبر حينما تكون البيانات الأشد دقة من البرامج الصحية متاحة ومتوفرة. يعتبر الحد الأدنى من الخصم الخاص للمريض محدود الدخل بـ MelroseWakefield Healthcare مساو لعكس قيمة عامل الدفع على الحساب PAF للعام المالي السابق، والذي يعتبر المبالغ المدفوعة عادةً AGB.
 - iii. الحساب الخاص بالمبالغ المدفوعة عادةً AGB الصيغة: $PAF = \text{إجمالي المدفوعات}$
- iv. على سبيل المثال، الحساب الخاص بالمبالغ المدفوعة عادةً AGB = عكس PAF
1. إجمالي المدفوعات من الخدمات التجارية، مصاريف الخدمات الخاصة بـ Medicare FFS، وبرامج الرعاية المدارة من Medicare
المبالغ المدفوعة عادةً AGB = عكس PAF
2. إجمالي التكاليف الخاصة بالخدمات التجارية، مصاريف الخدمات الخاصة بـ Medicare FFS، وبرامج الرعاية المدارة من Medicare \$431
3. عامل الدفع على الحساب PAF: 43.07%
4. خصم المبالغ المدفوعة عادةً AGB للمريض محدود الدخل بـ MelroseWakefield Healthcare: 56.93%
v. إن الحد الأدنى للخصم للمريض محدود الدخل بـ MelroseWakefield Healthcare، والذي يعادل المبالغ المدفوعة عادةً AGB، فعال وناجح في 1/أكتوبر/2018 بقيمة 56.93%. 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/2017 حتى 30/سبتمبر/2018.

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 MelroseWakefield Healthcare 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 دفعيتين اثنتين متتاليتين، يتم إيقاف خطة السداد وقد تقوم المستشفى بوضع الحساب في حالة دين متعسر طبقاً للوائح وإجراءات الحماية المنصوص عليها في سياسة الإئتمان والتحصيل الخاصة بالمستشفى (متوفرة على الموقع الإلكتروني www.melrosewakefield.org/FAP). فور الإخطار بتغيير في الظروف المالية من قبل المريض، قد تقوم المستشفى بإعادة تقييم التزام 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 اثنتين على الأقل، خطة بدون فوائد.

الامتناع عن الدفع

تقوم المستشفى بالإبقاء على سياسة إئتمان 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 بـ Melrose Wakefield Healthcare. إن سياسة الإئتمان والتحصيل المنفصلة الخاصة بالمستشفى متوفرة في سهولة للأفراد من العامة على الموقع الإلكتروني الخاص بالمستشفى على www.melrosewakefield.org/FAP.

نشر وتوزيع سياسة المساعدة المالية FAP

- a. معلومات حول المستشارين الماليين لـ Melrose Wakefield Healthcare، الذين يقومون بتقديم إستشارة مالية ومساعدة مالية، كما قد تتوفر معلومات حول سياسة المساعدة المالية أونلاين على الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.melrosewakefield.org/FAP.
- i. لترتيب موعد مع مستشار مالي عن طريق الهاتف بإمكانكم الإتصال على الرقم: 781-338-7111.
- ii. يتواجد المستشارين الماليين لـ Melrose Wakefield Healthcare بالمواقع التالية لـ Melrose Wakefield Healthcare:
1. Melrose Wakefield Hospital، الطابق الأول بجوار مدخل Porter Street،
585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176
2. Lawrence Memorial Hospital، بجوار قسم الطوارئ،
170 Governors Avenue, Medford, MA 02155

b. النشر عن طريق الانترنت:

- i. بالإضافة إلى كونها متاحة من خلال المستشارين الماليين لـ Melrose Wakefield Healthcare، تتوفر سياسة المساعدة المالية لـ Melrose Wakefield Healthcare، وإستمارات الطلب، والملخص اللغوي المبسط على: www.melrosewakefield.org/FAP.
1. يمكن الوصول أيضاً إلى هذا الموقع الإلكتروني من الصفحة الرئيسية لـ Melrose Wakefield Healthcare (www.melrosewakefield.org) عن طريق النقر على المرضى والزائرون ثم سياسة 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:

- i. يتم نشر لافتات كبيرة وواضحة (8" X 14") 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 بـ Melrose Wakefield Healthcare 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 وتوفرها 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 بـ Melrose Wakefield Healthcare.

اشتراطات 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 إضافي بالعائلة. لن يشمل تحديد الأصول أبدأ السكن الأساسي أو السيارة الأساسية. سيكون إكمال المريض لطلب المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare 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 وتسليط الضوء عليها مع المستشارين الماليين أو قسم حسابات المرضى. قد يقوم MelroseWakefield Healthcare بمد الخصومات لتتخطى الإشتراطات 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.

موافقة المجلس

تم الموافقة على سياسة المساعدة المالية FAP بـ MelroseWakefield Healthcare من قبل مجلس الأمناء بـ MelroseWakefield Healthcare في 24 يناير، 2019.

www.melrosewakefield.org/FAP على الاطلاع يرجى المشاركة، بالذات قائمة على ل الحصول

الملحق B: قائمة المقدمين التابعين لـ MelroseWakefield Healthcare، الجهات الغير مشاركة

www.melrosewakefield.org/FAP على الاطلاع يرجى المشاركة، غير بدالك بيانات قائمة على ل الحصول

FPL أعلى من 301%	FPL حتى 300%	FPL حتى 150%	FPL 100%	الأسرة أفراد عدد
\$37.477	\$37.476	\$18.744	\$12.492	1
\$51.737	\$50.736	\$25.368	\$16.920	2
\$63.997	\$63.996	\$32.004	\$21.336	3
\$77.257	\$77.256	\$38.628	\$25.752	4
\$90.517	\$90.516	\$45.264	\$30.180	5
\$103.777	\$103.776	\$51.888	\$34.596	6
\$117.037	\$117.036	\$58.524	\$39.012	7
\$130.297	\$130.296	\$65.148	\$43.440	8
\$13.261	\$13.260	\$6.636	\$4.428	كل فرد > 8
				الخصم
%40	%58	%100		
%60	%42	%0		ضيرلدا من قةونلدا قةنلدا

يلدرالراك لجلسلا لبؤ نم فرمع وه اكم، 2119 ريانوي يف رقص يالذو، بيرالراك رنلدا ي مسد توب FPL فببر

طلب المساعدة المالية

يعتز MelroseWakefield Healthcare بتقديم أفضل رعاية لكل مريض. يقدم MelroseWakefield Healthcare مساعدة مالية من خلال سياسة المساعدة المالية خاصته للمرضى الغير قادرين على الدفع من أجل الرعاية الضرورية الطبية أو الطارئة. لا تهدف المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare 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 MelroseWakefield Healthcare. 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 MassHealth، أو شبكة السلامة الصحية Health Safety Net، قبل التقدم لبرنامج المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare. قد ينتج عن الإخفاق في التقدم لبرنامج مساعدة حكومي والذي 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 بـ MelroseWakefield Healthcare تقديم المساعدة.

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

الإرشادات الخاصة بالطلب

برجاء 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 المعمول 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 الإستثمارات 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 بالامتلاكات.

المستشارين الماليين:

للمساعدة في إنهاء الطلب الخاص بكم برجاء التواصل على الرقم 781-338-7111 لترتيب موعد مع أحد المستشارين الماليين لـ MelroseWakefield Healthcare. يتواجد المستشارين الماليين بالمواقع:

MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street، بالطابق الأول بجوار المدخل في Porter Street في Melrose أو Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue، بجوار قسم الطوارئ في Medford.

برجاء إرسال طلبكم المكتمل إلى:

MelroseWakefield Healthcare
المستشارون الماليون
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

جزء 1: معلومات عن المريض	
اسم المريض:	
الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي SSN للمريض:
العنوان الحالي:	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
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.	
اسم مقدم الطلب:	
العنوان الحالي لمقدم الطلب:	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
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 أسرتك 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 السنة (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 بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل لديك تأمين طبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
معلومات عن التأمين الأولي:	
اسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
اسم المشترك:	
العلاقة بالمشارك:	تاريخ ميلاد المشترك:
تاريخ النفاذ:	رب العمل الخاص بالمشارك:
معلومات عن التأمين الثانوي	
اسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
المشارك:	تاريخ ميلاد المشترك:
العلاقة بالمشارك:	رب العمل 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.

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

عدم وجود بيان للدخل

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

إذا قمت بالإجابة بنعم بالأعلى، وكونك مدعوماً مالياً بواسطة شخص آخر، برجاء القيام بأكملهم 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 إدخار 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 إدخار أمريكية		
حسابات إدخار صحية		
شهادات إدخار		
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 MelroseWakefield Healthcare ومن مقدمين آخرين. قد يتم طلب التوثيق ولكنه غير مطلوب بالوقت الحالي.

اسم 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 وإعتقادي. إنني أوافق على إخطار MelroseWakefield Healthcare بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي واستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بـ MelroseWakefield Healthcare. 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 بالمرضى 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 بآثر 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 وإعتقادي. إنني أوافق على إخطار MelroseWakefield Healthcare بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي واستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بـ MelroseWakefield Healthcare. 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 بالمرضى 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 بآثر رجعي حتى اليوم الأول الذي وقعت به الرسوم في ظل هذا البرنامج.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

[خطاب الموافقة – خصم جزئي]

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

لقد قمنا باستلام طلبكم الخاص بالحصول على مساعدة فواتير المستشفى في ظل سياسة المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare. عند مراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة، فقد قررنا أنكم مؤهلين للحصول على خدمات مخفضة التكاليف.

سوف يتم تخفيض فواتير المستشفى الخاصة بالخدمات المقدمة من التواريخ _____/_____/_____ حتى _____/_____/_____ بإجمالي \$ _____ كي تصبح \$ _____.

سوف نقوم بالتواصل معكم بمساعدتكم في إعداد تسويات للسداد على الرصيد المتبقي. يرجى ملاحظة أنه حتى يتم دفع المبلغ المخصوم بالكامل، سوف تستمرون في استلام الفواتير. فور القيام بتسديد جميع المدفوعات، سوف يتم تعديل الرصيد وسيتم اعتبار فواتيركم مدفوعة بالكامل. يرجى أيضاً ملاحظة أن الخصم المحدد في ظل هذا البرنامج لا ينطبق على أي مبالغ خاصة بمدفوعات مشتركة، تأمين مشترك، أو خصومات والتي تظل بكونها تحت مسؤوليتكم طبقاً لشروط التأمين الصحي الخاص بكم.

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 على الرقم المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

[خطاب الموافقة - خصم 100%]

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

لقد قمنا باستلام طلبكم الخاص بالحصول على مساعدة فواتير المستشفى في ظل سياسة المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare. عند مراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة، فقد قررنا أنكم مؤهلين للحصول على خدمات بدون تكاليف موجهة إليكم.

سوف يتم تخفيض فواتير المستشفى الخاصة بالخدمات المقدمة من التواريخ ____/____/____ حتى ____/____/____ بإجمالي \$ ____
كي تصبح 0 \$.

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 على الرقم المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

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

التاريخ

الاسم

الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ____/____/____. بالنسبة لهذا القرار، لقد توصلنا لكونكم مؤهلين فقط للحصول على تخفيض لتكلفة الخدمات الخاصة بالمستشفى في ظل سياسة المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

حسب طلبكم وبناءً على معلومات الدخل و/أو تكوين الأسرة أو الظروف المستجدة، فقد قررنا أنكم مؤهلين الآن لتلقي خدمات المستشفى بدون تكاليف موجهة إليكم. لذا، سوف يتم تخفيض فواتير المستشفى الخاصة بالخدمات المقدمة من التواريخ ____/____/____ حتى ____/____/____. إجمالي \$ ____ كي تصبح \$ 0.

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 على الرقم المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم

المنصب

رقم الهاتف

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

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض:

السيد العزيز _____،

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ____/____/____. بالنسبة لهذا القرار، لقد توصلنا لكونكم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية في ظل برنامج المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

حسب طلبكم وبناءً على معلومات الدخل و/أو تكوين الأسرة أو الظروف المستجدة، فقد قررنا أنكم مؤهلين الآن لتلقي خدمات المستشفى بدون تكاليف موجهة إليكم. لذا، سوف يتم تخفيض فواتير المستشفى الخاصة بالخدمات المقدمة من التواريخ ____/____/____ حتى ____/____/____. إجمالي \$ ____ كي تصبح 0 \$.

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 على الرقم المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

[خطاب إعادة تحديد - غير مؤهل سابقاً للحصول على خصم جزئي]

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/____. بالنسبة لهذا القرار، لقد توصلنا لكونكم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية في ظل برنامج المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

حسب طلبكم وبناءً على معلومات الدخل و/ أو تكوين الأسرة أو الظروف المستجدة، فقد قررنا أنكم مؤهلين الآن للحصول على تخفيض لتكلفة الخدمات الخاصة بالمستشفى.

سوف يتم تخفيض فواتير المستشفى الخاصة بالخدمات المقدمة من التواريخ ___/___/____ حتى ___/___/____ بإجمالي \$ _____ كي تصبح \$ _____.

سوف نقوم بالتواصل معكم بمساعدتكم في إعداد تسويات للسداد على الرصيد المتبقي. يرجى ملاحظة أنه حتى يتم دفع المبلغ المخصوم بالكامل، سوف تستمرون في استلام الفواتير. فور القيام بتسديد جميع المدفوعات، سوف يتم تعديل الرصيد وسيتم اعتبار فواتيركم مدفوعة بالكامل. يرجى أيضاً ملاحظة أن الخصم المحدد في ظل هذا البرنامج لا ينطبق على أي مبالغ خاصة بمدفوعات مشتركة، تأمين مشترك، أو خصومات والتي تظل بكونها تحت مسؤوليتكم طبقاً لشروط التأمين الصحي الخاص بكم.

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 على الرقم المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

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

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/___ . بالنسبة لهذا القرار، لقد توصلنا لكونكم مؤهلين فقط للحصول على تخفيض لتكلفة الخدمات الخاصة بالمستشفى في ظل سياسة المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم ومراجعته وقد قررنا أنه، بناءً على جميع المعلومات المقدمة، فإن القرار الذي قمنا باتخاذها لا يزال قائماً وأنكم مستمرين بكونكم مؤهلين فقط للحصول على خصم جزئي.

وكما هو مدون في خطاب القرار الأصلي الخاص بنا، سوف تبقى الفواتير الخاصة بخدمات المستشفى والتي تقدر بمبلغ \$ _____ بالنسبة للخدمات المقدمة بالتواريخ ___/___/___ حتى ___/___/___ بنفس القيمة من دون تغيير.

يرجى إرسال المبلغ الإجمالي الخاص بكم بشكل عاجل أو التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه إذا كنتم في حاجة لإجراء ترتيبات خاصة للسداد.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو إذا كان لديكم أية أسئلة، يرجى التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

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

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

إننا نكتب إليكم كمتابعة لقرارنا وتحديدنا الأصلي في ___/___/____. بالنسبة لهذا القرار، لقد توصلنا لكونكم غير مؤهلين للحصول على مساعدة مالية في ظل برنامج المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

بناءً على طلبكم، لقد قمنا بإعادة النظر في قرارنا الأصلي الخاص بطلبكم ومراجعته وقد قررنا أنه، بناءً على جميع المعلومات المقدمة، فإن القرار الذي قمنا باتخاذها لا يزال قائماً وأنكم غير مؤهلين للحصول على مساعدة وفقاً لهذا البرنامج.

يرجى إرسال المبلغ الإجمالي الخاص بكم بشكل عاجل أو التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه إذا كنتم في حاجة لإجراء ترتيبات خاصة للسداد.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو إذا كان لديكم أية أسئلة، يرجى التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

[خطاب رفض - عام]

التاريخ

الاسم
الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة بالفواتير الخاصة بكم في ظل سياسة المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare.

لقد قمنا بمراجعة الطلب الخاص بكم والمستندات الداعمة وقد قررنا أنكم غير مؤهلين للحصول على خصم تحت هذا البرنامج. تم إتخاذ هذا القرار من خلال مقارنة دخلكم وعدد أفراد الأسرة مع المبادئ التوجيهية لمستوى الفقر الفيدرالي (FPL). وعلى الأخص، تم تحديد الدخل الأسري الخاص بكم ليكون أعلى من المسموح به.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو إذا كان قد حدث مؤخراً تغيير ما في ظروفكم، فإنه من دواعي سرورنا أن نقوم بإعادة النظر في الطلب الخاص بكم في ضوء أي معلومات جديدة قد تكون لديكم تتعلق بدخلكم، عدد أفراد الأسرة أو الظروف. إذا كنتم ترغبون في مراجعة طلبكم، يرجى إرسال المستندات ذات الصلة أو التواصل مع المستشار المالي على الرقم المدون أدناه بخصوص أية أسئلة.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم
المنصب
رقم الهاتف

[خطاب رفض - طلب غير مكتمل]

التاريخ

الاسم

الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

لقد استلمنا طلب للمساعدة في فواتير المستشفى الخاصة بكم في ___ / ___ / ___ في ظل سياسة المساعدة المالية لـ MelroseWakefield Healthcare.

إعتباراً من تاريخ اليوم، لم نقم بإستلام المستندات الداعمة اللازمة لمعالجة الطلب ومنحك القرار الخاص بنا. ونتيجة لذلك، فإننا نرفض طلبكم الخاص للحصول على مساعدة بالوقت الحالي.

إذا لازتم مهتمين بالنظر في حصولكم على مساعدة مالية، فإننا نحثكم أن تقوموا بإكمال طلب جديد وإرساله إلينا مع جميع المستندات الداعمة. وسوف نقوم مسرورين بمراجعته مع إخطاركم إذا كنتم مؤهلين لأي مساعدة مالية.

إذا كانت لديكم أية أسئلة، برجاء التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم

المنصب

رقم الهاتف

[خطاب رفض - خدمات غير مؤهلة]

التاريخ

الاسم

الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

بخصوص: رقم (أرقام) الحساب الخاص بالمريض: _____

السيد العزيز _____،

شكراً لقيامكم بتقديم طلبكم للحصول على مساعدة مالية بفواتير المستشفى الخاصة بكم في ظل برنامج المساعدة المالية بـ MelroseWakefield Healthcare والذي قمتم بملئه في ____/____/____.

إننا نأسف بإخطاركم أن الخدمات التي قمتم بالحصول عليها في ____/____/____ تم إعتبارها غير ضرورية طبياً ونتيجةً لذلك فأنتم غير مؤهلين للحصول على أي مساعدة مالية وفقاً لهذا البرنامج.

يرجى إرسال المبلغ الإجمالي الخاص بكم بشكل عاجل أو التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه إذا كنتم في حاجة لإجراء ترتيبات خاصة للسداد.

في حالة رفضكم لهذا القرار أو إذا كان لديكم أية أسئلة، يرجى التواصل مع المستشار المالي المدون أدناه.

مع خالص الشكر والتقدير،

الإسم

المنصب

رقم الهاتف