مركز جراحة مستشفى الجراحات المتخصصة في شمال نيوجيرسي

سياسة الرعاية الخيرية/المساعدة المالية

آخر مراجعة: 10 فبراير 2025

إذا ساورك القلق من عدم قدرتك على دفع تكاليف رعايتك، فقد نتمكن من مساعدتك حيث يُقدِّم **مركز جراحة مستشفى الجراحات المتخصصة في شمال نيوجيرسي** ("**المركز**") مساعدات مالية للخدمات الطبية الضرورية بناءً على الاحتياجات المالية للمريض، وتتضمن هذه المساعدات خصمًا متدرجًا للمرضى المؤهلين. قد تتوفر المساعدة للمرضى الذين ليس لديهم تأمين، أو من يكون تأمينهم غير شامل. قد نعمل معك لوضع خطة دفع أسهل في الإدارة.

تنطبق سياستنا للمساعدة المالية ("**السياسة**") على الخدمات التي يقدمها **المركز** فقط.

يمكنك الاطلاع على السياسة الكاملة أدناه. كما يمكنك الاطلاع على السياسة الكاملة ونموذج الطلب ومعلومات إضافية، بما فيها القائمة الكاملة لمقدمي الخدمات الذين يشاركون في سياسة المساعدة المالية **للمركز**، على موقعنا الإلكتروني. يُرجى زيارة www.hss.edu/hss-northern-nj-surgery-center.asp لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم الاستشارات المالية على الرقم 212-606-1505، حيث يسرنا تزويدك بالمعلومات والإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك.

الغرض

تهدف هذه السياسة إلى التأكُّد من تقييم جميع طلبات المساعدة المالية والتعامُل معها باتساقٍ وإنصاف وبما من شأنه دعم مهمة **المركز** وعلى نحوٍ يتسم بالكرامة والتعاطف والاحترام. ويلتزم **المركز** بتقديم المساعدة المالية بغض النظر عن العمر أو الجنس أو الدين أو العِرق أو الميل الجنسي أو وضع الإقامة/الهجرة. وتسري هذه السياسة اعتبارًا من 10 فبراير 2025 بينما تسري التعديلات التي قد تطرأ عليها بعد تاريخ السريان الأصلي اعتبارًا من تاريخ المراجعة المذكور أعلاه.

يُقدِّم **المركز** المساعدة المالية لمن يستوفون المؤهلات المنصوص عليها في هذه السياسة ويحتفظ بها وبالإجراءات ذات الصلة وينفذها بما يتماشى مع جميع القوانين المعمول بها.

النطاق وقابلية التطبيق

1. ما المساعدة المالية؟

المساعدة المالية مصطلح يُستخدم لوصف الخدمات الطبية الضرورية والطارئة التي يقدمها **المركز** وطاقمه السريري ("**مقدمو الخدمات المعنيون**") بتكلفة مخفَّضة لمن بحاجة إليها، ولا تهدف إلى أن تكون بديلاً عن أي تغطية تأمينية أو برامج استحقاق أو برامج مساعدة أخرى قد تكون متاحة.

2. من المؤهل للحصول على المساعدة المالية؟

للتأهل للحصول على المساعدة المالية في **المركز**، ينبغي أن يفي الأفراد بالمعايير المالية ومعايير التغطية المذكورة أدناه. كما قد يتأهل بعض الأفراد غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بموجب برنامج الوصول الخاص **للمركز**، كما هو موضح أدناه:

أ. يفي الأفراد أدناه بالمعايير المالية:

1. المقيمون في الولايات المتحدة (بمن فيهم الطلاب) الذين لا يتجاوز دخلهم السنوي الإجمالي سبعة أضعاف إرشادات الفقر الحالية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وذلك بالنسبة لحجم أُسرهم (على أساس الإعفاءات الإجمالية المطلوبة في الإقرار الضريبي الفيدرالي) وموقعهم ("**مستوى الفقر الفيدرالي**") ومن يجتازون اختبار الأصول الموضح أدناه حيثما انطبق.

2. المقيمون من البلدان الأجنبية، على أن يقتصر هذا على المحالين بموجب برنامج الوصول الخاص الذين لا يتجاوز دخلهم السنوي الإجمالي سبعة أضعاف مستوى الفقر الفيدرالي.

ب. يفي الأفراد أدناه بمعايير التغطية:

1. المقيمون في الولايات المتحدة الذين ليس لديهم تأمين (حكومي أو تجاري) من أي نوع. ويشار إلى هؤلاء الأفراد بعبارة "غير المؤمَّن عليهم."
2. الأفراد الذين لديهم تغطية تأمينية تغطي الخدمات المقدمة في **المركز** (سواء في صورة خدمات داخل الشبكة أو من خلال نقطة الخدمة أو التغطية خارج الشبكة)، لكنهم يتحملون نفقات المريض بموجب هذه التغطية. ويشار إلى هؤلاء الأفراد بعبارة "غير المؤمَّن عليهم تأمينًا شاملاً."

ت. لا يفي الأفراد أدناه معايير التغطية:

1. الأفراد الذين لديهم تأمين طبي (حكومي أو خاص) لا تشمل شبكته **المركز**، ولا توفر شركة تأمينهم تغطية خارج الشبكة.
2. الأفراد غير المقيمين في الولايات المتحدة، بخلاف من يُحالون عبر برنامج الوصول الخاص.

ث. برنامج الوصول الخاص

قد يظل من يستوفون المعايير المالية دون معايير التغطية مؤهلين لتلقّي المساعدة المالية من خلال برنامج الوصول الخاص، ولكن يقتصر هذا على من لا يُتوقع أن يحتاجوا إلى خدمات خارج **المركز**. يُقدِّم برنامج الوصول الخاص المساعدة المالية للمجموعات التالية، بشرط أن يفي الأفراد المعنيون بالمعايير المالية:

1. المقيمون في الولايات المتحدة الذين لديهم تأمينٌ طبي لا يسدد مقابل الخدمات المقدمة في **المركز** (ولا تتوفر تغطية خارج الشبكة)، إلا أن الخدمة التي يحتاجها الفرد لا تتوفر بشكلٍ معقول في أي مكان أقرب إلى سكن المريض من **المركز** (ولا تغطيها خطته). وتهدف هذه القاعدة بشكل عام إلى أن تنطبق على الرعاية المتخصصة للغاية التي لا تتوفر في معظم المستشفيات، ولكنها تتوفر في **المركز**.
2. المقيمون في الولايات المتحدة الذين لديهم تأمين طبي لا يسدد مقابل الخدمات المقدمة في **المركز** (ولا تتوفر تغطية خارج الشبكة) ولكنهم لا يتأهلون بموجب الفقرة السابقة (2)(ث)(1)، وغير المقيمين في الولايات المتحدة الذين ليس لديهم تغطية قابلة للتطبيق، على أن يُحيل أولئك وهؤلاء إلى **المركز** أطباءٌ مشاركون في منظمة أطباء مستشفى الجراحات المتخصصة (PHO)، وشريطة موافقة **المركز** على هذه الإحالة.

3. ما الخدمات التي تغطيها هذه السياسة؟

أ. تتوفر المساعدة المالية لتقليل العبء المالي للخدمات الطبية الضرورية والطارئة. قد لا تُعتبر الخدمات التجميلية والتجريبية وخدمات الرفاهية ضرورية طبيًا بموجب هذه السياسة، التي لا تُغطِّي أيضًا تكاليف السفر والتكاليف ذات الصلة. تعرَّف "الضرورة الطبية" وفقًا لقانون ولاية نيوجيرسي المعدَّل 17 ب:30-50 (2023) بأنها تعني أو تصف خدمة رعاية صحية يقدمها مقدم رعاية صحية يمارس حكمه السريري السليم، إلى شخص مؤمَّن عليه لتقييم أو تشخيص أو علاج مرض أو إصابة أو أعراض، على أن تتماشى هذه الخدمة مع معايير الممارسة الطبية المقبولة عمومًا ومناسبة سريريًا من حيث النوع والتكرار والمدى والموقع والمدة، وتعتبر فعَّالة لمرض المؤمَّن عليه أو إصابته أو أعراضه؛ وليست لإراحته أو لإراحة مقدم الرعاية الصحية فحسب؛ وليست أكثر تكلفة من أي خدمة بديلة أو سلسلة من الخدمات من المرجح أن تؤدي على الأقل إلى نتائج علاجية أو تشخيصية معادِلة فيما يتعلق بتشخيص أو علاج مرض المؤمَّن عليه أو إصابته أو أعراضه.

ب. تُغطِّي هذه السياسة جميع الخدمات التي يقدمها **المركز** ومقدمو خدماته المعنيين. ويوفِّر الملحق (أ) قائمة بمقدمي الخدمات الذين يقدمون الرعاية الطبية الضرورية في **المركز**، مع تحديد أي (مجموعة) منهم يخضعون لهذه السياسة، وأيهم لا يخضعون لها. سوف يراجع **المركز** الملحق (أ) ويعدله مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل.

ت. لا تضمن أهلية الحصول على المساعدة المالية أن يتمكن المريض من رؤية أي مقدم خدمة معين أو القيام بذلك خلال مدة محددة.

إشعار السياسة والطلب

1. يُبلغ **المركز** الأفراد والمجتمع المحلي بسياسة المساعدة المالية على النحو التالي:

أ. عند التسجيل والخروج، سيحصل جميع المرضى على نُسخ من ملخص السياسة ("**الملخص**")، كما يوفر **المركز** الملخص عند الطلب. يتضمن الملخص معلومات حول كيفية حصول المرضى على السياسة الكاملة، ونموذج طلب المساعدة المالية، ومعلومات إضافية حولها.

ب. يتيح **المركز** هذه السياسة ونموذج الطلب والملخص بلغة بسيطة على موقعه الإلكتروني؛ وعند الطلب؛ وفي مكتب التسجيل في **المركز**، ويبلغ مرضاه والمجتمع المحلي بشأنها.

2. كيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية

أ. سيعتبر **المركز** أي مؤشر على عدم القدرة على السداد طلبًا محتملاً للمساعدة المالية. يمكن تقديم الطلبات الأولية كتابيًا أو عبر الهاتف، إلا أنه ينبغي إكمال نموذج طلب المساعدة بموجب هذه السياسة قبل اتخاذ القرار النهائي. وبمجرد أن يطلب أي فرد مساعدة مالية، سوف يُبلغ بهذه السياسة مع إرسال نسخة من نماذج الطلب ذات الصلة بالإضافة إلى ملخص السياسة إليه.

ب. رغم ما سبق، قد يُقدِّم **المركز**، في ظل ظروف معينة، المساعدة المالية قبل تقديم أي طلب للحصول عليها أو دون تقديمه. (انظر الأهلية المفترضة أدناه).

ت. يمكن طلب المساعدة المالية في أي وقت، أي أن بوسع الفرد تقديم طلب قبل تلقِّي الخدمات أو في أثناء ذلك أو بعده، بما في ذلك بعد بدء إجراءات وكالة التحصيل ضد الفرد. ومع ذلك، إذا تقرر حصول المريض على مساعدة مالية بموجب الأهلية المفترضة (الموضحة أدناه)، يكون لديه حتى ثلاثين (30) يومًا بعد إبلاغه بهذا القرار لتقديم طلب للحصول على مساعدة أكبر فيما يتعلق بالخدمات المحددة التي انطبقت عليها الأهلية المفترضة.

إكمال الطلب

يمكن للفرد أو وصيه القانوني إكمال طلب المساعدة المالية. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص إكمال الطلب، يُرجى الاتصال بالموظفين المعنيين بهذه السياسة على الرقم 606-1505 (212).

1. ينبغي أن يتضمن طلب المساعدة المالية بموجب هذه السياسة المعلومات التالية:
   أ. تاريخ الطلب الرسمي
   ب. اسم مُقدِّم الطلب (الوالد أو الوصي إذا كان المريض قاصرًا)
   ت. اسم المريض
   ث. تاريخ ميلاد المريض
   ج. عنوان المريض
   ح. رقم الهاتف
   خ. عدد أفراد الأسرة (بموجب عدد الإعفاءات المطالب بها في الإقرار الضريبي الفيدرالي)
   د. دخل الأسرة خلال آخر اثني عشر (12) شهرًا وآخر ثلاثة (3) أشهر
   ذ. الأصول المتاحة للأفراد الذين يزيد دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي
   ر. شركة تأمينك/الطرف الثالث الذي يسدد تكلفة الخدمات ووصف للتغطية
   ز. نوع الخدمة السريرية المطلوبة أو المقدمة من **المركز** أو مقدمي الخدمة المعنيين
   س. طلب موقَّع ومؤرَّخ

2. كما ينبغي أن يتضمن طلب المساعدة المالية المعلومات التالية التي قد يستخدمها **المركز** للتحقق من الدخل الإجمالي السنوي لأسرة مقدِّم الطلب. لا يتعين على مقدمي الطلبات ذكر كل عنصر أدناه إذا لم تتوفر المعلومات بشأنه:
   أ. كشوف الرواتب لآخر ثلاثة أشهر متاحة
   ب. نموذج منح أو رفض تعويض البطالة
   ت. تحقق شفهي أو مكتوب من الدخل من وكالات المساعدة العامة
   ث. كشوف الحسابات البنكية أو حسابات الاستثمار
   ج. معلومات مختارة من حساب الإنفاق المرن أو حساب التوفير للرعاية الصحية والرصيد
   ح. كشف استحقاقات دخل الضمان التكميلي أو قرار المزايا المستحقة
   خ. الإقرار الذاتي

3. يُخصص قسم من طلب المساعدة المالية بموجب هذه السياسة لمعلومات برنامج الوصول الخاص، مثل سبب عدم توفُّر الرعاية المطلوبة قرب مسكن الفرد، أو طبيب **المركز** الذي أحاله. انظر القسمين (ث) (1) و(ث) (2) أعلاه بعنوان "النطاق وقابلية التطبيق."

4. إذا لم يكن طلب المساعدة المالية المقدَّم بموجب هذه السياسة مكتملًا، ينبغي أن يبلغ **المركز** مقدِّم الطلب بهذا كتابيًا في غضون ثلاثين (30) يومًا من تاريخ التقديم، مع تحديد المعلومات الناقصة المطلوبة. ويُمنح مقدم الطلب فترة زمنية معقولة (لا تقل عن ثلاثين (30) يومًا إضافيًا)

لتقديم تلك المعلومات.

تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية ومقدارها

باستثناء القرارات المتعلقة بالأهلية المفترضة (الموضحة أدناه)، لا يصدر قرار أهلية الحصول على المساعدة المالية ومقدارها إلا عند تقديم نموذج طلب المساعدة المالية المكتمل مرفقًا به الوثائق المطلوبة إلى برنامج المساعدة المالية في قسم المالية الذي يمكن التواصل معه على الرقم 212-606-1505. وينبغي أن يُوثِّق **المركز** معلومات معينة في نموذج الطلب، بينما ينبغي أن يوفر مقدمو الطلبات بعض المعلومات المحددة وفق ما ورد أعلاه في قسم "إكمال الطلب".

باستثناء القرارات المتعلقة بالأهلية المفترضة (الموضحة أدناه)، يتَّبع **المركز** الإجراءات الموضحة أدناه في مراجعة طلب المساعدة المالية ويصدر قراراته على أساس كل حالة على حدة وفقًا لما تنص عليه السياسة:

1. يصدر قرار أهلية الحصول على المساعدة المالية ومقدارها عند الاقتضاء في غضون 10 أيام من استلام الطلب المكتمل، ويعتبر الطلب مكتملًا عند استلام قسم المالية كافة المعلومات والمستندات المطلوبة.
2. يقرر **المركز** ما إذا كان مقدِّم الطلب مؤهلاً بالفعل للحصول على مساعدة مالية بموجب السياسة وفقًا لما يلي:
    1. يُقارن **المركز** دخل أسرة المريض وحجمها بمستوى الفقر الفيدرالي الساري.
    2. يحسب **المركز**، **عند الاقتضاء**، الأصول الصافية وفقًا لما يلي:
        أ. تعني الأصول الصافية المتاحة الأصول السائلة مع استبعاد محل الإقامة الأساسي للمريض أو الأصول المودعة في حساب توفير التقاعد مؤجل الضريبة أو ما يماثله، أو حساب توفير الدراسة الجامعية، أو السيارات التي يستخدمها المريض أو أفراد الأسرة المباشرين بانتظام.
        ب. لن ينظر حساب الأصول الصافية في الأصول الصافية المتاحة لأي فرد يبلغ مستوى دخله 400% من مستوى الفقر الفيدرالي أو أقل.
    3. يُحسب المبلغ المفوتر بشكل عام ("AGB") باستخدام متوسط نسبة تحصيل ميديكيد (Medicaid) فيما يتعلق بالمبلغ المطلوب. (يمكن للأفراد الاطلاع على نسب المبلغ المفوتر بشكل عام ووصف طريقة الحساب عند الطلب من جهة الاتصال ببرنامج المساعدة المالية الموضحة أدناه أو من موقع **المركز** الإلكتروني.)
    4. لحساب الدخل السنوي، يضرب **المركز** دخل آخر 3 أشهر في أربعة (4) ويقارن الناتج بأرقام 12 شهرًا ثم يستخدم المبلغ الأقل لتحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية.
    5. يُحدد **المركز** ما إذا كان برنامج الوصول الخاص ينطبق أم لا.
3. إذا تقرر أن الفرد مؤهل لتلقي المساعدة المالية، يحدد **المركز** مبلغ المساعدة التي سوف يقترحها.
    أ. إذا كان دخل المريض بالنسبة لحجم الأسرة يساوي أو يقل عن 500% من مستوى الفقر الفيدرالي، يُقدِّم **المركز** خدمات للمرضى غير المؤمَّن عليهم مجانًا. (للمرضى غير المؤمَّن عليهم تأمينًا شاملاً، لا يتحمل المريض أي نسبة.)
    ب. للفرد الذي يتراوح دخله بين 501% و700% من مستوى الفقر الفيدرالي، يُقدِّم **المركز** خصمًا بنسبة 50% على ما يلتزم المريض بسداده، والذي يكون بالنسبة للمرضى غير المؤمَّن عليهم المبلغ المفوتر بشكل عام على أساس المبلغ الذي سيدفعه برنامج ميديكيد (Medicaid) مقابل الخدمة (أو للمرضى غير المؤمَّن عليهم تأمينًا شاملاً، الالتزام القابل للخصم والدفعة المشتركة (انظر الفقرة (ث) أدناه لمعرفة تعديلات الالتزام القابل للخصم والدفعة المشتركة.)
    ت. للأفراد الذين يتراوح دخلهم بين 401% و700% من مستوى الفقر الفيدرالي ولديهم أصول صافية كافية متاحة لسداد بعض فواتير المستشفى أو كلها، يتعامل **المركز** مع ثلث الأصول الصافية المتاحة باعتبارها دخلاً سنويًا لأغراض تطبيق مقياسه المتدرّج.
    ث. للأفراد المؤهلين للحصول على المساعدة المالية، يكون المبلغ الأقصى الذي يتعين عليهم دفعه مقابل أي خدمة المبلغ المفوتر بشكل عام. (للمرضى غير المؤمَّن عليهم تأمينًا شاملاً، إذا زاد المبلغ المستحق السداد بموجب تطبيق مقياس الخصم المتدرّج (المذكور أعلاه) على الالتزام القابل للخصم والدفعة المشتركة للرعاية ذات الصلة عن المبلغ المفوتر بشكل عام، يُخفَّض التزام المريض إلى المبلغ المفوتر بشكل عام.)
4. ثم يحسب **المركز** الخصومات على أساس كل ما سبق ويُوثِّق القرار على نموذج المساعدة المالية (موصوف أدناه).
5. يُسمح باستخدام خطط الدفع لسداد الأرصدة المستحقة على ألا تتجاوز الدفعة الشهرية بموجب أي من هذه الخطط 5% من إجمالي الدخل الشهري وألا تزيد مدتها عن 5 سنوات. تجدر الإشارة إلى أنه لن تُفرَض أي فوائد بموجب أي خطة دفع.
6. إذا أحال المريض إلى **المركز** برنامج توعية خيري تابع لجهة خارجية معترف بها يقدم شروطًا وأحكامًا تختلف عن الشروط والأحكام المذكورة

أعلاه، فقد يشارك **المركز** في البرنامج وتُعتبر هذه السياسة حينها قد عُدِّلت حسب الضرورة للامتثال لمعايير البرنامج فيما يتعلق بمرضى البرنامج وبقدر ما لا يتعارض هذا مع قانون ولاية نيوجيرسي والقانون الفيدرالي بشأن سياسات الخصم الخيرية.

7. يظل أي مريض يصدر بشأنه قرار ينص على أهليته للمساعدة المالية بموجب هذه السياسة بناءً على مراجعة طلبه المكتمل مؤهلاً (دون الحاجة إلى أي إجراء آخر) لمستوى المساعدة المحدد لمدة عامين (2) من تاريخ القرار، باستثناء ما هو محدد أدناه في هذه الفقرة. ويكون تاريخ القرار هو تاريخ صدوره الأوَّلي، أو تاريخه بعد الانتهاء من أي استئناف قد يتقدم به مقدِّم الطلب. رغم ما تقدم، إذا تغيَّرت الظروف بحيث شعر المريض بالحاجة إلى مساعدة مالية إضافية، يجوز له معاودة تقديم طلب خلال العامين (2) المذكورين، وقد يتلقى مساعدة مالية إضافية بموجب السياسة، عند الاقتضاء. ويكون المريض الذي تحددت أهليته بناءً على الأهلية المفترضة مؤهلاً على هذا الأساس فقط فيما يتعلق بالرصيد/الأرصدة المفتوحة المعمول بها بينما يكون المريض المؤهَّل من خلال برنامج الوصول الخاص مؤهلاً على هذا الأساس فقط لمدة الرعاية المعمول بها.
8. إذا طرأ تغيير كبير في ظروف المريض الذي يتلقى مساعدة مالية بموجب هذه السياسة (كأن يصبح مؤمَّنًا عليه بعد أن كان دون تأمين)، ينبغي أن يبلغ المريض **المركز**/برنامج المساعدة المالية بهذا على الرقم 1505-606 (212) لأخذ ذلك في الاعتبار في المستقبل، إلا أن هذه التغييرات الإيجابية في الظروف لن تُستخدم لتقليل أي مساعدة مالية سبق تقديمها. في السياق ذاته، ليس مطلوبًا من المريض الإبلاغ عن التغييرات الطفيفة في الظروف، بل عن التغيير الذي قد يُحدث فرقًا كبيرًا في قرار المساعدة المالية.
9. إذا علِم **المركز** أن مقدِّم طلب المساعدة المالية قد قدَّم معلومات خاطئة جوهرية في أثناء عملية التقديم، سيأخذ **المركز** هذه المعلومات في الاعتبار في مراجعته للطلب أو تحديد استمرارية الأهلية للمساعدة المالية.
10. سيقبل **المركز** قرارات مستشفى الجراحات المتخصصة (HSS)، فيما يتعلق بأي من مرضى المستشفى، ويُطبِّق هذه القرارات على مرضى **المركز**.

الأهلية المفترضة

في ظل ظروف معينة، قد يُقدِّم **المركز** المساعدة المالية قبل تقديم أي طلب للحصول عليها أو دون تقديمه من خلال عملية فحص الحسابات غير المدفوعة باستخدام برنامج تنبؤ بالدخل متوفر تجاريًا لتحديد ما إذا كان الأفراد مؤهلين للحصول على مساعدة مالية بناءً على متغيرات من قبيل العنوان والعمر ونوع الجنس ("**الأهلية المفترضة**"). كما يُجري **المركز** فحوصات الأهلية المفترضة على الحسابات قبل الإحالة إلى أي إجراءات تحصيل استثنائية (ECAs) (موضحة أدناه في "أنشطة التحصيل").

تُطبَّق قرارات الأهلية المفترضة على الرصيد (الأرصدة) غير المدفوعة فقط التي تطلبت الفحص. فإذا كان الفرد مؤهلاً بموجب منهجية الأهلية المفترضة فيما يتعلق بالرصيد (الأرصدة) غير المدفوعة، وكان دخله كما قدرته عملية الفحص 500% من مستوى الفقر الفيدرالي أو أقل، يمنحه **المركز** الحد الأقصى من المساعدة المسموح بها فيما يتعلق بالمبلغ غير المدفوع (أي رعاية مجانية). أما إذا تراوح دخل الفرد بين 501% و700% من مستوى الفقر الفيدرالي، يُقدِّم **المركز** خصمًا بنسبة 50%. ويُبلغ **المركز** الأفراد الذين حصلوا على مساعدة مالية بموجب الأهلية المفترضة ولم توفَّر لهم رعاية مجانية بأن بوسعهم التقدُّم بطلب للحصول على مساعدة إضافية بموجب هذه السياسة. إذا مُنحت الأهلية المفترضة بناءً على فحص لأرصدة غير مدفوعة لما يزيد عن 240 يومًا، يجوز للأفراد التقدُّم بطلب للحصول على مساعدة مالية إضافية للخدمات المتعلقة بقرار الأهلية المفترضة.

إشعار القرار

يُكمل **المركز** المعلومات التالية في نموذج قرار المساعدة المالية بعد مراجعة كل طلب مكتمل للحصول على المساعدة المالية واتخاذ القرار:

أ. تاريخ القرار
ب. اسم المريض
ت. رقم حساب المركز
ث. تاريخ بدء الخدمة
ج. قرار الأهلية (موافقة/رفض) من الشخص المعني
ح. مبلغ الخصم المعتمد

إذا وافق **المركز** على طلب المساعدة المالية، يُعطي المريض أو وصيه القانوني رسالة تتضمن قرار المساعدة المالية أو يرسلها إليه بالبريد، موضحًا فيها الخصم المعتمد وطريقة تحديد الأهلية وكيفية الحصول على معلومات إضافية بشأن القرار.

إذا رفض **المركز** طلب المساعدة المالية، يُوثّق سبب الرفض في نموذج قرار المساعدة المالية ويُعطي المريض أو وصيه القانوني رسالة بهذا الرفض أو يرسلها إليه بالبريد على أن تتضمن معلومات بشأن حقه وإجراءات استئناف قرار الرفض.

يحتفظ **المركز** بنُسخ من الإشعارات (الرفض أو الموافقة) مع طلبات المساعدة المالية المكتملة.

يمكن للمرضى استئناف قرار رفض المساعدة المالية ومستوى المساعدة. إذا قدَّم المريض استئنافًا، يعيد **المركز** مراجعة مستندات المريض، بما فيها أي مستندات جديدة قد يقدمها، وتوثيق الموافقة أو الرفض وإبلاغ المريض وفقًا لهذا القسم، في غضون ثلاثين (30) يومًا من تقديم الاستئناف.

يجوز رفض طلب المرضى الذين يستأنفون باستمرار قرارات الرفض دون تقديم معلومات إضافية أو في حالة عدم حدوث تغيير في الظروف وذلك دون مزيد من المراجعة. ويكون قرار **المركز** بالرفض بعد المراجعة أو دونها نهائيًا وغير قابل للاستئناف.

يجوز **للمركز** تقديم جميع الإشعارات أو الاتصالات المكتوبة بموجب هذه السياسة عن طريق البريد الإلكتروني أو أي أشكال أخرى من المراسلات الإلكترونية، إذا أشار الفرد إلى أنه يُفضِّل تلقِّي الإشعارات والمراسلات إلكترونيًا.

نشر سياسة المساعدة المالية

يتولى موظفو التسجيل مسؤولية التأكُّد من توزيع الملخص عند تسجيل المريض وخروجه. ويُبلغ **المركز** من يستفسرون عن تكاليف خدماته عن سياسة المساعدة المالية ويضع لافتات تتعلق بها في موقع التسجيل ومواقع مناسبة أخرى، بما فيها غرف الانتظار والعيادات. كما قد يُحدِّث **المركز** هذه السياسة والملحق (أ).

التدريب

يُدرِّب **المركز** الموظفين المعنيين (من يتعاملون مع المرضى أو يتولون مسؤولية الفوترة أو التحصيل) ويثقفهم ويراقب أدائهم بشأن تنفيذ هذه السياسة.

أنشطة التحصيل

سوف يحصل **المركز** (أو وكيله) على موافقة مكتوبة من وكالات التحصيل التي تعمل نيابة عنه باتباع هذه السياسة، بما فيها اتفاقية لتزويد المرضى بمعلومات حول كيفية التقدُّم بطلب للحصول على المساعدة المالية عند الاقتضاء.

لن يأخذ **المركز** أي إجراء تحصيل استثنائي (موضح أدناه) خلال إجراءات تحديد أهلية المريض للحصول على هذه المساعدة شرط أن يكون المريض قد تقدَّم بطلب مساعدة مالية مكتمل مرفقًا به أي مستندات داعمة مطلوبة.

لن يبدأ **المركز** أي إجراء تحصيل ضد مريض يقل دخله عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي ولن يُحيل أي دَين على أي مريضٍ آخر للتحصيل ما لم يُبلغ المريض بهذه الإحالة قبل ثلاثين (30) يومًا على الأقل منها. ولن يبدأ أي إجراء تحصيل قبل مرور 180 يومًا من تاريخ إصدار الفاتورة ذات الصلة.

لن تُحصَّل أي مبالغ من أي مريض تقرر أنه مؤهل للحصول على مساعدة طبية بموجب برنامج ميديكيد (Medicaid) في وقت تقديم الخدمات وفيما يتعلق بالخدمات التي يدفع هذا البرنامج مقابلها.

لن يشارك **المركز** في أي إجراءات تحصيل استثنائية إلا وفقًا لسياسته بشأن الفوترة والتحصيل. (تتوفر سياسة الفوترة والتحصيل عند الطلب

من **المركز**/جهة اتصال برنامج المساعدة المالية الموضحة أدناه.) وتتضمن إجراءات التحصيل الاستثنائية ما يلي:

(أ) بدء أي إجراء قانوني لتحصيل فاتورة من مريض (لا يشمل هذا تقديم مطالبة في إطار إجراءات إعلان إفلاس)

(ب) إبلاغ وكالة تصنيف ائتماني بهذا الأمر

(ت) تأجيل تقديم الخدمات أو رفض تقديمها ما لم يدفع المريض مُقدمًا (ما لم يرتبط شرط الدفعة المقدمة بعدم سداد فاتورة سابقة)

(ث) وضع حق امتياز على ممتلكات الفرد (باستثناء حق الامتياز المسموح به بموجب قانون الولاية عند صدور أحكام أو تسويات بشأن الإصابة الشخصية المتعلقة بالرعاية المقدمة)

(ج) الحجز على أي حساب مصرفي للفرد أو مصادرته

(ح) تحويل أجر الفرد إلى المحكمة ضمانًا لحق **المركز**

ينبغي على أي وكالة تحصيل يستخدمها **المركز** الحصول على موافقته الكتابية قبل البدء في أي إجراء قانوني لتحصيل المبالغ المستحقة على المريض **للمركز**.

لا يجوز **للمركز** إجبار المريض على بيع أو حجز محل إقامته الأساسي لتحصيل فاتورة مستحقة.

الإبلاغ والامتثال

سوف يُقدِّم **المركز** التقارير المطلوبة إلى ولاية نيوجيرسي فيما يتعلق بالمساعدة المالية. ويتولى قسم الامتثال المؤسسي والتدقيق الداخلي في **المركز** أو مجلس المديرين مسؤولية مراجعة امتثال **المركز** بهذه السياسة سنويًا.

ينبغي على من يرى أن هذه السياسة لم تُطبَّق وفقًا لشروطها طلب مساعدة قسم الامتثال المؤسسي والتدقيق الداخلي في **المركز**. ينبغي توجيه الشكاوى إلى مسؤول الامتثال المؤسسي في **المركز** على الرقم 212-548-2481 أو الخط الساخن السري للامتثال في **المركز** على الرقم 651-6234-888.

معلومات الاتصال

لمزيد من المعلومات حول برنامج المساعدة المالية **لمركز جراحة مستشفى الجراحات المتخصصة في شمال نيوجيرسي** أو لطلب طلب مساعدة مالية، اتصل على الرقم 606-1505 (212) للتحدث مع أحد موظفي المساعدة المالية. تتوافر الترجمة الفورية/التتبعية إلى لغات أجنبية عند الطلب. يتوفر الطلب أيضًا على موقع **المركز** الإلكتروني أو لدى موظفي التسجيل.

ينبغي إرسال الطلبات إلى العنوان التالي:

HSS Northern NJ SURGERY CENTER

Financial Assistance Program 535 East 70th Street

New York, NY 10021

أو بالفاكس إلى الرقم: 212-774-2811