

سياسة المساعدة المالية لمستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن

جدول المحتويات

مقدمة

1

2

أولاً: التغطية لخدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً

3

أ. خدمات الطوارئ وخدمات الرعاية الطبية العاجلة

4

ب. الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة

4

ج. مواقع المستشفى التي تقدم الخدمات الضرورية طبياً والمغطاة بواسطة سياسة المساعدة المالية

5

ثانياً: برامج المساعدة العامة وبرنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى

5

أ. لمحة عامة عن التغطية الصحية وبرامج المساعدة المالية

5

ب. برامج المساعدة العامة التابعة للولاية

6

ج. المساعدة المالية بالمستشفى

6

ج.1 المساعدة المالية بالمستشفى عبر شبكة الأمان الصحي

7

ج.2 المساعدة المالية الإضافية بالمستشفى

9

د. القيود الخاصة بالرسوم

9

هـ. الإشعارات وطلبات التقديم الخاصة ببرنامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة
هـ.1 الإشعارات الخاصة بالخيارات المتاحة لبرنامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة المتاحة

9

10

هـ.2 الإشعارات الخاصة ببرنامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة
هـ.3 دور منسفو الشؤون المالية بالمستشفى/استشاري الطلب المعتمد

سياسة المساعدة المالية لمستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن

تنطبق سياسة المساعدة المالية هذه ("FAP") على مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن ("المستشفى") ومواقع ومقدمي خدمات معينة كما هو محدد في هذه السياسة.

تمتثل سياسة المساعدة المالية بالمستشفى للقوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية في أداء الوظائف المحددة في هذه السياسة. يقوم المستشفى بتحديث سياسة المساعدة المالية (FAP) الخاصة به كلما كانت هناك تغييرات كبيرة في اللوائح الفيدرالية ولوائح الولاية، وسيقوم بعرض تلك التغييرات على مجلس المدراء الخاص به أو سيقوم بعرضها على الكيان/الشخص المخول بواسطة المجلس لمراجعة/اعتماد سياسة المساعدة المالية (FAP). عندما يتم وضع خيارات تغطية مستقبلية كنتيجة لمقترحات إصلاح نظام الرعاية الصحية الفيدرالي أو على مستوى الولاية، سيقوم المستشفى بإجراء التغييرات اللازمة على سياسة المساعدة المالية (FAP) هذه.

يمثل المستشفى مقدم الرعاية الأساسي لتوفير الرعاية الطبية اللازمة لجميع الناس الذين يقدمون لمنشآته ومواقعه بغض النظر عن القدرة على الدفع. يقدم المستشفى هذه الرعاية لكل المرضى الذين يحضرون إلى منشآتنا على مدار 24 ساعة في اليوم، وسبعة أيام في الأسبوع، و365 يوماً في العام. وكننتيجة لذلك، يلتزم المستشفى بتزويد جميع مرضانا بخدمات ورعاية عالية الجودة. وكجزء من هذا الالتزام، يعمل المستشفى مع الأفراد ذوي الدخل المحدود والموارد المحدودة للبحث في الخيارات المتاحة لتغطية تكلفة رعايتهم.

سيقوم المستشفى بمساعدة الأفراد الذين ليس لديهم تغطية تأمينية والأفراد ذوي التغطية التأمينية المنخفضة في التقديم للحصول على تغطية صحية عبر برامج المساعدة العامة (والتي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر، برنامج (MassHealth)، برنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال، وشبكة الأمان الصحي، وبرنامج الصعوبات الطبية)، أو برنامج المساعدة الطبية بالمستشفى، وسيعمل مع الأفراد للتسجيل كما هو مناسب. يتم تحديد المساعدات في هذه البرامج عن طريق مراجعة دخل أسرة الفرد، والأصول، وحجم الأسرة، وجميع المصروفات، ضمن أشياء أخرى.

بينما يقوم المستشفى بمساعدة المرضى في الحصول على التغطية الصحية عبر البرامج العامة والمساعدة المالية عبر مصادر أخرى حيثما كان ذلك مناسباً، بما في ذلك المستشفى، فقد يكون المستشفى مطالباً أيضاً بإصدار الفواتير المناسبة للمدفوعات وجمع مدفوعات معينة، والتي قد تتضمن على سبيل المثال لا الحصر، المدفوعات المشتركة المطبقة، والخصومات، والمدفوعات المقدمة، والمدفوعات الأخرى التي يوافق المريض على تحمل مسؤولية دفعها. عند التسجيل للحصول على الخدمات أو عند تلقي فاتورة، يشجع المستشفى المرضى على الاتصال بطاقم العاملين لدينا لتحديد ما إذا كانوا هم و/أو أحد أفراد العائلة بحاجة إلى مساعدة مالية وموئل للحصول عليها.

في أثناء العمل مع المرضى للبحث عن برامج المساعدة أو التغطية العامة أو عبر برنامج المساعدة المالية بالمستشفى، لا يقوم المستشفى بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنسية أو الأصل الأجنبي أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو العمر أو الإعاقة، في سياساته أو في تطبيق سياساته، فيما يتعلق باقتناء المعلومات المالية والتحقق منها، والودائع السابقة لدخول المستشفى أو السابقة للعلاج، وخطط السداد، ورفض الاحتجاز بالمستشفى أو تأجيله، وتحديد ما إذا كان الفرد مؤهلاً لوضع المريض منخفض الدخل كما هو محدد بنظام الأهلية لبرنامج الرعاية الصحية لماساتشوستس (MassHealth/Connector)، أو التصديق على المعلومات لتحديد وضع المريض منخفض الدخل.

إننا ندرك أن لكل فرد وضعه المالي الفريد. يتم التعامل مع كل طلب للحصول على المساعدة بسرية تامة ويتطلب التعاون مع المستشفى. المعلومات والمساعدة المتعلقة بالأهلية لبرامج المساعدات العامة و/أو التغطية عبر برنامج المساعدة المالية بالمستشفى، يمكن الحصول عليها عن طريق الاتصال بمنسقي الشؤون المالية بالمستشفى:

Mass Eye and Ear Financial Coordinators
234 Charles Street
Boston, MA 02114

ساعات الدوام: الإثنين إلى الجمعة، 8 صباحاً - 5 مساءً
رقم الهاتف: 617-573-5664

عنوان البريد الإلكتروني: Financial_Coordinators@MEEL.HARVARD.EDU

تتوفر المزيد من المعلومات عن هذه السياسة وبرنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى، بما في ذلك استمارة الطلب وملخص سياسة برنامج المساعدة المالية (FAP)، على الموقع الإلكتروني للمستشفى:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

الإجراءات التي قد يتخذها المستشفى في حالة عدم السداد موصوفة في سياسة الفوترة والتحصيل المنفصلة للمستشفى. يمكن للأفراد من العامة الحصول على نسخة مجانية من سياسة الفوترة والتحصيل من منسقي الشؤون المالية بالمستشفى أو من الموقع الإلكتروني للمستشفى:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

أولاً: التغطية لخدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً

يقدم المستشفى خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً لجميع المرضى الذين يحضرون إلى المستشفى بصرف النظر عن قدرتهم على الدفع. الخدمات الضرورية طبياً تتضمن تلك الخدمات التي يتوقع لها بشكل معقول أن تمنع، أو تشخص، أو تمنع تفاقم، أو تصعيد، أو تصحيح، أو الشفاء من الحالات المهددة للحياة، والتي تسبب معاناة أو ألم، أو تسبب تشوه أو خلل جسدي، أو تهدد بالتسبب في إعاقة أو تفاقم الإعاقة، أو ينتج عنها مرض أو عجز. الخدمات الضرورية طبياً تتضمن خدمات العلاج بالمستشفى وخدمات العلاج للمرضى بالعيادة الخارجية كما هو محول بموجب الباب التاسع عشر (Title XIX) من قانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act).

سيقوم متخصصو العلاج الطبي بتحديد نوع ومستوى الرعاية والعلاج اللازم لكل مريض على أساس الأعراض السريرية الظاهرة وفقاً للمعايير المعمول بها في الممارسة. يتبع المستشفى متطلبات القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمالة النشطة (EMTALA) عن طريق إجراء اختبار للفحص الطبي للمرضى الذين يحضرون إلى موقع المستشفى ويسعون للحصول على خدمات طارئة لتحديد ما إذا كانت الحالة الطبية الطارئة موجودة بالفعل.

ويستند تصنيف الخدمات الطارئة وغير الطارئة على التعاريف العامة التالية، فضلاً عن التقرير الطبي من الطبيب المعالج. تستخدم تعاريف خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة المقدمة أدناه بواسطة المستشفى لأغراض تحديد التغطية المسموح بها للحالات الطارئة والعاجلة غير المدفوعة في ظل برنامج المساعدة المالية للمستشفى، بما في ذلك شبكة الأمان الصحي.

أ. خدمات الطوارئ وخدمات الرعاية الطبية العاجلة

أن أي مريض يحضر إلى المستشفى لطلب المساعدة الطارئة سوف يتم تقييمه بناء على الأعراض السريرية الظاهرة بصرف النظر عن هوية المريض أو التغطية التأمينية أو القدرة على الدفع. لن ينخرط المستشفى في إجراءات من شأنها أن تنني الأشخاص عن الحصول على الرعاية الطبية الطارئة، مثل مطالبة المرضى بالدفع قبل تلقي العلاج للحالات الطبية الطارئة، أو التدخل في الفحص لتقديم الرعاية الطبية الطارئة من خلال مناقشة برنامج المساعدة المالية للمستشفى أو الأهلية لبرامج المساعدات العامة أولاً.

أ. الخدمات بمستوى الطوارئ تتضمن العلاج للحالات التالية:

i. الحالة الطبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، تكشف عن نفسها في شكل أعراض تحمل حدة كافية، وتشتمل على ألم حاد، بحيث أن غياب العناية الطبية الفورية قد يتوقع بقدر معقول في تقدير شخص

عادي لديه معرفة عادية بالصحة والطب أنها قد تضع صحة الشخص أو شخص آخر في خطر شديد، أو ضعف شديد لوظائف الجسد، أو اختلال وظيفي خطير لأي عضو بالجسد أو جزء منه، أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل كما هو محدد بالتفصيل في القانون (U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B) 42). وفقاً للمتطلبات الفيدرالية، يتم تفعيل القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمالة النشطة (EMTALA) لأي شخص يحضر إلى منشآت المستشفى ويطلب فحصاً أو علاجاً لحالة طارئة (كما هي معرفة أعلاه) أو الشخص الذي يدخل قسم الطوارئ ويطلب الفحص أو العلاج بسبب حالة طبية. إن الأمر الأكثر شيوعاً هو حضور أشخاص بدون موعد مسبق لعرض أنفسهم على قسم الطوارئ. ولكن، الشخص الذي يحضر بدون موعد مسبق لطلب خدمات لحالة طبية طارئة بينما يعرض على وحدة أخرى للعلاج داخل المستشفى/العلاج للمرضى الخارجيين، أو العيادة، أو منطقة سريرية أخرى، سيتم أيضاً تقييمه ويمكن تحويله إلى موقع أكثر ملائمة له لإجراء فحص طبي لحالات الطوارئ وفقاً لمقتضيات القانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمالة النشطة (EMTALA). الفحص والعلاج للحالات الطبية الطارئة، أو أية خدمات أخرى مقدمة بالقدر المطلوب وفقاً للقانون الفيدرالي للعلاج الطبي الطارئ والعمالة النشطة (EMTALA)، سيتم تقديمها للمريض وستعتبر مؤهلة كإعانة طبية بمستوى الطوارئ. إن تقرير ما إذا كانت الحالة هي حالة طبية طارئة يتم بواسطة الطبيب المعالج أو غيره من الموظفين الطبيين المؤهلين بالمستشفى كما هو موثق بالسجلات الطبية للمستشفى.

ب. تتضمن خدمات الرعاية العاجلة للعلاج للحالات التالية:

i. الخدمات الضرورية طبياً المقدمة في مستشفى للحالات الحرجة بعد الظهور المفاجئ للحالة الطبية، سواء كانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر نفسها في شكل أعراض حادة تحمل درجة حدة كافية (بما في ذلك الألم الحاد) بحيث أن الشخص العادي سيتوقع أن غياب العناية الطبية خلال 24 ساعة قد يتسبب بقدر معقول في تعريض صحة المريض للخطر، أو التسبب في ضعف وظيفية جسدية، أو الإخلال في وظائف عضو أو جزء من الجسد. خدمات الرعاية العاجلة تقدم للحالات غير المهددة للحياة والتي لا تمثل خطراً كبيراً لإحداث ضرر خطير بصحة الشخص. خدمات الرعاية العاجلة لا تتضمن الرعاية الأساسية أو الاختيارية.

ب. الخدمات غير الطارئة وغير العاجلة:

فيما يتعلق بالمرضى الذين (1) قرر الطبيب المعالج أن حالتهم تتطلب مستوى رعاية غير طارئة أو غير عاجلة أو (2) يسعون للحصول على رعاية أو علاج تال لاستقرار حالة طبية طارئة، فقد يقرر المستشفى أن مثل هذه الرعاية تعتبر خدمات أساسية أو خدمات اختيارية.

أ. الخدمات الأساسية أو الاختيارية تتضمن الرعاية الطبية التي ليست بمستوى الرعاية العاجلة أو الطارئة وهي مطلوبة من قبل الأفراد أو العائلات لصيانة الصحة والوقاية من الأمراض. عادة ما تكون هذه الخدمات عبارة عن إجراءات/ زيارات طبية مجدولة سلفاً أو في نفس اليوم بواسطة المريض أو مقدم الرعاية الصحية في موقع المستشفى، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر، المجمع الرئيسي، أو موقع/مكان فرعي، أو عيادة أو مكتب طبيب تابع للمستشفى.

ب. الخدمات الطبية غير الطارئة أو غير العاجلة (مثل الرعاية الأساسية أو الاختيارية) قد تتأخر أو تؤجل بناء على التشاور مع الطاقم السريري بالمستشفى، وكذلك مقدم الرعاية الأولية للمريض أو مقدم خدمة العلاج إذا كان متوفراً وبالقدر المناسب. يمكن للمستشفى أن يرفض تزويد مريض بخدمات الرعاية غير الطارئة أو غير العاجلة إذا كان المريض مستقراً من الناحية الطبية وكان المستشفى غير قادر على الحصول على مصدر للمدفوعات المناسبة من المريض أو من مصادر أخرى أو معلومات الأهلية للحصول على تأمين صحي عام أو خاص لتغطية تكاليف الرعاية غير الطارئة وغير العاجلة. يتم تحديد وتوضيح التغطية للخدمات الصحية في كتيب جهة التأمين العامة أو الخاصة المعني بالضرورات الطبية والتغطية. بينما سيحاول المستشفى تحديد التغطية بناء على معرفة المريض والتغطية التأمينية المتوفرة، فقد يقوم المستشفى بإرسال فاتورة للمريض إذا كانت الخدمة غير قابلة للتعويض ووافق المريض على تلقي فاتورة مقابل الخدمة.

ج. التغطيات من برامج المساعدة المالية العامة أو الخاصة أو المقدمة بواسطة المستشفى قد لا تنطبق على إجراءات أساسية واختيارية معينة والتي لا يمكن تعويضها من خلال خيارات التغطية هذه. إذا كان المريض غير متأكد ما إذا كانت الخدمة مغطاة أم لا، فيتعين عليه الاتصال بمنسقي الشؤون المالية بالمستشفى لتحديد خيارات التغطية المتوفرة. معلومات الاتصال مدرجة أدناه.

Financial Coordinators

234 Charles Street

Boston, MA 02114

ساعات الدوام: الإثنين إلى الجمعة، 8 صباحاً - 5 مساءً

رقم الهاتف: 617-573-5664

Financial_Coordinators@MEEL.HARVARD.EDU عنوان البريد الإلكتروني:

ج. مواقع المستشفى التي تقدم الخدمات الضرورية طبياً والمغطاة بواسطة سياسة المساعدة المالية:

تغطي سياسة المساعدة المالية (FAP) الخاصة بالمستشفى المواقع التالية حيث يمكن للمرضى الحصول أيضاً على معلومات حول مدى توفر برامج المساعدة العامة:

بوسطن (المجمع الرئيسي) - 234 Charles Street Boston, MA 02114

• فرع براينتري (Mass Eye and Ear Braintree)

250 Pond Street, 1st Floor Braintree, MA 02184

• فرع كونكورد (Mass Eye and Ear Concord)

54 Baker Street Extension, Suite #303 Concord, MA 01742

• فرع بريدجواتير (Mass Eye and Ear East Bridgewater)

One Compass Way, Suite #100 East Bridgewater, MA 02333

• فرع لونغوود (Mass Eye and Ear Longwood)

800 Huntington Avenue Boston, MA 02115

• فرع كوينسي (Mass Eye and Ear Quincy)

500 Congress Street, Suite #1C Quincy, MA 02169

• فرع بلاينفيل (Mass Eye and Ear Plainville)

30 Man Mar Drive, Suite #2 Plainville, MA 02762

• فرع ستونهام (Mass Eye and Ear Stoneham)

One Montvale Avenue, 5th floor Stoneham, MA 02180

إضافة إلى ذلك، تغطي سياسة المساعدة المالية (FAP) الخاصة بالمستشفى خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة أو الأساسية أو الاختيارية ضمن مواقع المستشفى المدرجة أعلاه والمقدمة بواسطة مقدمي الخدمات المدرجين هنا. للاطلاع على قائمة بمقدمي الخدمات المؤهلين ومواقعهم، نرجو زيارة الموقع الإلكتروني أو النقر هنا.

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

ثانياً: برامج المساعدة العامة وبرنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى

أ. لمحة عامة عن التغطية الصحية وبرامج المساعدة المالية

قد يتأهل مرضى المستشفى للحصول على خدمات رعاية صحية مجانية أو بتكلفة منخفضة من خلال العديد من برامج المساعدة العامة التابعة للولاية وكذلك برنامج المساعدة المالية التابع للمستشفى (والتي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر، برنامج (MassHealth)، برنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال، وشبكة الأمان الصحي، وبرنامج الصعوبات الطبية). إن الغرض من تلك البرامج هو مساعدة المرضى ذوي الدخل المنخفض مع الوضع في الحسبان قدرة كل شخص على المساهمة في تكلفة الرعاية الخاصة به. فيما يتعلق بهؤلاء الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تغطية منخفضة، سيعمل المستشفى، عندما يطلب منه ذلك، لمساعدتهم في التقديم إما للحصول على تغطية عبر برامج المساعدة العامة أو برامج المساعدة المالية بالمستشفى، والتي قد تغطي بعض أو كل فواتير المستشفى غير المدفوعة الخاصة بهم.

ب. برامج المساعدة العامة التابعة للولاية

يتواجد المستشفى لمساعدة المرضى في التسجيل ببرامج التغطية الصحية التابعة للولاية. ويشمل ذلك برنامج (MassHealth)، برنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية (Premium Assistance Payment Program) الذي يدار بواسطة شبكة (Health Connector) التابعة للولاية، خطة الأمن الصحي للأطفال (Children's Medical Security Plan). فيما يتعلق بتلك البرامج، يمكن للمتقدم تقديم طلب من خلال موقع إلكتروني (والذي يقع رابطته على موقع "Health Connector" الخاص بالولاية)، أو تقديم طلب ورقي، أو عبر الهاتف من خلال مندوب لخدمة العملاء تابع لبرنامج (MassHealth) أو برنامج (the Connector). يمكن للأشخاص أيضاً طلب المساعدة من منسقي الشؤون المالية بالمستشفى (يسمون أيضاً استشاريو الطلب المعتمد) عن طريق تقديم الطلب إما عبر الموقع الإلكتروني أو من خلال الطلب الورقي.

ج. المساعدة المالية بالمستشفى

يقوم المستشفى أيضاً بتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين يظهر دخلهم عدم القدرة على دفع تكاليف جميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً المقدمة لهم أو جزء منها. المرضى الذين هم من سكان ولاية ماساتشوستس و/ أو في منطقة خدمة المستشفى قد يكونوا مطالبين بتعبئة طلب الحصول على تغطية الميديكيد التابع للولاية أو التأمين الصحي المدعم قبل السعي للحصول على تغطية عبر خيارات المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى. يتأهل المرضى للتغطية بسياسة المساعدة المالية بالمستشفى بناء على المعايير التالية:

ج.1. المساعدة المالية بالمستشفى عبر شبكة الأمان الصحي

من خلال مشاركته في شبكة الأمان الصحي لولاية ماساتشوستس، يقدم المستشفى المساعدة المالية للمرضى منخفضي الدخل الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تأمين صحي منخفض، الذين هم من سكان ولاية ماساتشوستس ويستوفون متطلبات التأهيل الخاصة بالدخل. لقد تم إنشاء شبكة الأمان الصحي لتوزيع أكثر إنصافاً لتكلفة توفير الرعاية المجانية للمرضى غير المؤمن عليهم و الذين لديهم تأمين منخفض، من ذوي الدخل المنخفض من خلال الرعاية المجانية أو المخفضة عبر المستشفيات في ولاية ماساتشوستس. تقوم شبكة الأمان الصحي بتجميع الرعاية المجانية عبر إجراء تقييم لكل مستشفى لتغطية تكلفة رعاية المرضى غير المؤمن عليهم أو الذين لديهم تأمين صحي منخفض ويكون دخلهم أقل من 300% من مستوى حد الفقر الفيدرالي. تنص سياسة المستشفى على أن جميع المرضى الذين يتلقون مساعدة مالية في إطار سياسة المساعدة المالية للمستشفى والتي تشمل على خدمات شبكة الأمان الصحي كجزء من الرعاية المجانية المقدمة للمرضى ذوي الدخل المحدود.

من خلال مشاركته في شبكة الأمان الصحي، فإن المرضى ذوي الدخل المحدود الذين يتلقون خدمات في المستشفى قد يكونوا مؤهلين للحصول على المساعدة المالية، بما في ذلك الرعاية المجانية أو الرعاية المجانية جزئياً للخدمات المؤهلة لشبكة الأمان الصحي والمحددة في القانون (101 613:00 CMR).

أ) شبكة الأمان الصحي - التغطية الأساسية

المرضى غير المؤمن عليهم الذين هم من سكان ولاية ماساتشوستس ولديهم دخل عائلي معدل (MassHealth MAGI) ومثبت، أو دخل عائلي خاضع لل صعوبات الطبية، كما هو موضح في القانون (101 613.04(1) CMR)، بين 0-300% من مستوى حد الفقر الفيدرالي (FPL) قد يتم تحديد أهليتهم لتلقي الخدمات الصحية المؤهلة من شبكة الأمان الصحي.

إن فترة الأهلية ونوع الخدمات لشبكة الأمان الصحي - التغطية الأساسية هي محدودة للمرضى المؤهلين للتسجيل في برنامج المساعدة في دفع التكاليف الأساسية والمدار بواسطة (Health Connector) كما هو موضح في القانون (101 613.04(5) CMR) (a) و (b). المرضى الخاضعون لمتطلبات برنامج صحة الطلاب (M.G.L. c. 15A, § 18) لا يعدوا مؤهلين لشبكة الأمان الصحي - التغطية الأساسية.

ب) شبكة الأمان الصحي - التغطية الثانوية

المرضى الذين هم من سكان ولاية ماساتشوستس ولديهم تأمين صحي أساسي ودخل عائلي معدل (MassHealth MAGI) ومثبت، أو دخل عائلي خاضع لل صعوبات الطبية، كما هو موضح في القانون (101 613.04(1) CMR)، بين 0 و300% من مستوى حد الفقر الفيدرالي (FPL) قد يتم تحديد أهليتهم لتلقي الخدمات الصحية المؤهلة من شبكة الأمان الصحي. إن فترة الأهلية ونوع الخدمات لشبكة الأمان الصحي - التغطية الثانوية هي محدودة للمرضى المؤهلين للتسجيل في برنامج المساعدة في دفع التكاليف الأساسية والمدار بواسطة (Health Connector) كما هو موضح في القانون (101 613.04(5) CMR) (a) و (b). المرضى الخاضعون لمتطلبات برنامج صحة الطلاب (M.G.L. c. 15A, § 18) لا يعدوا مؤهلين لشبكة الأمان الصحي - التغطية الثانوية.

ج) شبكة الأمان الصحي - الخصومات الجزئية

المرضى المؤهلون لشبكة الأمان الصحي - التغطية الأساسية أو شبكة الأمان الصحي - التغطية الثانوية مع الدخل العائلي المعدل (MassHealth MAGI) أو الدخل المحدد لل صعوبات الطبية العائلية بين 150.1% و300% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPL) قد يكونوا عرضة لخصومات سنوية إذا كان جميع أعضاء مجموعة الفوترة العائلية الأساسية (PBF) (PBF)

لديهم دخلاً يزيد عن 150.1% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPL). هذه المجموعة محددة في القانون (CMR 130 501.0001).

إذا كان أي فرد من مجموعة الفوترة العائلية الأساسية (PBFG) لديه دخل منخفض عن حد الفقر الفيدرالي بنسبة 150.1% فإنه لن تكون هناك أية خصومات لمجموعة الفوترة العائلية الأساسية (PBFG). الخصومات السنوية تساوي أيهما أكبر مما يلي:

1. التكلفة المنخفضة لبرنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، يتم تعديلها لحجم مجموعة الفوترة العائلية الأساسية (PBFG) بما يتناسب مع معايير دخل (MassHealth FPL)، بداية من العام التقويمي؛ أو
2. 40% من الفرق بين الدخل العائلي المعدل (MassHealth MAGI) الأقل أو الدخل المحدد للصعوبات الطبية العائلية، كما هو محدد في القانون (CMR 613.04(1) 101)، في مجموعة الفوترة العائلية الأساسية (PBFG) الخاصة بالمريض و200% من حد الفقر الفيدرالي (FPL).

د) شبكة الأمان الصحي - الصعوبات الطبية

يتأهل سكان ولاية ماساتشوستس من أي مستويات للدخل لبرنامج الصعوبات الطبية من خلال شبكة الأمان الصحي إذا كانت المصروفات الطبية المسموح بها قد نقصت كثيراً من دخل الشخص المتوفر بحيث أصبح غير قادر على دفع تكاليف الخدمات الصحية. للتأهل لبرنامج الصعوبات الطبية، يجب أن تتعدى المصروفات الطبية المسموح بها نسبة معينة من الدخل المتوفر لمقدم الطلب والمحدد في قانون (CMR 613 101) كما يلي:

النسبة المئوية من الدخل القابل للحساب	مستوى الدخل
10%	0-205% من حد الفقر الفيدرالي (FPL)
15%	205.1-305% من حد الفقر الفيدرالي (FPL)
20%	305.1-405%
30%	405.1-605% من حد الفقر الفيدرالي (FPL)
40%	>605.1% من حد الفقر الفيدرالي (FPL)

يتم حساب المساهمة المطلوبة من المتقدم كنسبة مئوية معينة من الدخل المتحصل عليه في قانون (CMR 101 (b)(1) 613.05) بناء على دخل حد الفقر للعائلة وفقاً لبرنامج الصعوبات الطبية، مضروباً في الدخل الفعلي المتحصل عليه ناقص الفواتير غير المؤهلة لمدفوعات شبكة الأمان الصحي، والتي سيبقى المتقدم مسؤولاً عن دفعها. هناك متطلبات إضافية لبرنامج الصعوبات الطبية محددة في القانون (CMR 613.05 101).

ج.2. المساعدة المالية الإضافية بالمستشفى

بالإضافة إلى شبكة الأمان الصحي، يقدم المستشفى مساعدة مالية لهؤلاء المرضى أو الطرف المسؤول عن المدفوعات، لخدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً، الذين يستوفون معايير المستشفى الموضحة أدناه. إن الغرض من هذه المساعدة المالية هو تكميل التغطيات الأخرى للخدمات، وليست بديلاً عنها، لضمان تقديم المساعدة المالية عند الحاجة إليها. لن يرفض المستشفى تقديم المساعدة المالية في ظل سياسة المساعدة المالية الخاصة به بسبب إخفاق المتقدم في تقديم معلومات أو مستندات إلا إذا كانت المعلومات أو المستندات المفقودة موصوفة في استمارة الطلب وضرورية لتحديد المساعدة المالية.

المساعدة المالية الإضافية تقتصر عادة على الخدمات الطارئة والخدمات العاجلة، والرعاية الطبية الضرورية المرتبطة بهما. الخصومات المقررة في ظل هذه السياسة لا تنطبق على عمليات التجميل أو مطالبات المسؤولية تجاه الغير أو الخدمات الأخرى الضرورية غير الطبية. كما أن التأمين المشترك والخصومات والمدفوعات المشتركة تستبعد عادة من هذه السياسة. سيتم حرمان المريض من المساعدة المالية إذا قام المريض أو الطرف المسؤول عن المريض/ الضامن بتقديم معلومات خاطئة تتعلق بدخله أو حجم العائلة أو الأصول أو المسؤوليات قبل الغير أو المصروفات أو الموارد الأخرى المتوفرة والتي قد تحدد وسائل مالية لدفع تكلفة الخدمات.

للتأهل للحصول على منافع برنامج المساعدة المالية للمستشفى، بالإضافة إلى المعايير المذكورة أدناه، يحتاج مقدم الطلب لتأكيد أنه ليس هناك مصدر آخر غير الطرف المسؤول الذي يتحمل المسؤولية القانونية عن المصروفات الطبية للمريض، مثل برنامج (MassHealth)، وبرنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector) التابعة للولاية، وخطة الأمن الطبي للأطفال، أو وكالة أخرى.

المتقدمون الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تأمين صحي منخفض، غير المؤهلين لأية برامج للمساعدة العامة، والذين لديهم دخل حد الفقر الفيدرالي (FPIG) أكبر من أو يساوي 500%، سيتم منحهم خصماً فورياً بنسبة 25% للخدمات الضرورية طبياً.

يتم تحديث الإرشادات الفيدرالية لدخل حد الفقر (FPIG) سنوياً ويتم نشرها على الموقع الإلكتروني للولاية <http://www.mass.gov>

فيما يتعلق بالمرضى الذين يقل دخلهم عن 500% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPIG)، يجب أن ينطبق أحد المعايير أدناه للإعفاء الكلي أو الجزئي للمدفوعات المستحقة من الطرف المسؤول عن دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً والمقدمة بواسطة المستشفى.

(أ) تمثل الأصول المالية أقل من 30% من دخل الأسرة.

أو

(ب) تمثل المصروفات الطبية غير المدفوعة 30% أو أكثر من دخل الأسرة. تعرف المصروفات الطبية غير المدفوعة بأنها أية فواتير متأخرة لمنشأة أو طبيب من مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن أو أي مقدم خدمات مرخص لتقديم خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبياً. ولا يشمل ذلك الرسوم المقدرة للخدمات الجديدة التي لم تقدم بعد.

أو

(ج) وجود ظروف مالية استثنائية أخرى. يجب أن تكون الظروف المالية الاستثنائية متعلقة بقدرة الطرف المسؤول مالياً على سداد نصيبه من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة. للتأهل للظروف المالية الاستثنائية، يجب أن يبين مجمل أموال الطرف المسؤول عن الدفع (أي مزيج من دخل الفرد، والأصول، والأعباء المالية الأخرى) أن دفع المبالغ المستحقة من قبل الطرف المسؤول سيكون من غير المعقول. إن وجود مدفوعات مشتركة عالية أو خصومات ناتجة عن التغطية التأمينية للمريض (أو انعدامها) بدون تحديد الحاجة المالية لا تستوفي اختبار الظروف المالية الاستثنائية.

فما يتعلق بالمتقدمين الذين يقع دخلهم أقل من 500% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPIG) والذين يستوفون أحد المعايير المذكورة أعلاه، هناك فئتان من المساعدات المالية المحددة بالمستشفى:

1. الإعفاء بنسبة 100% - الأفراد ذوي الدخل الأسري الذي يعادل 250% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPIG) الحالي أو يقل عن ذلك يعدوا مؤهلين للحصول على خصم بنسبة 100%.
2. الإعفاء الجزئي - الأفراد ذوي الدخل الأسري الذي يزيد عن 250% ولكن يقل عن 500% من دخل حد الفقر الفيدرالي (FPIG) الحالي، يعدوا مؤهلين للحصول على خصم بنسبة 50%. يمكن الاطلاع على خصم الإعفاء الجزئي على الرابط التالي: <http://www.masseyeandear.org/for-patients/patient-guide/financial-assistance>، أو عند الطلب من منسق الشؤون المالية بالمستشفى.

د. القيود الخاصة بالرسوم

1. لن يقوم المستشفى بتحميل أي شخص مؤهل للمساعدة المالية وفقاً لهذه السياسة تكاليف الحصول على الرعاية الطبية العاجلة والرعاية الطبية الضرورية بأكثر من المبالغ المفوترة عموماً (AGB).
2. يتم تحديد النسبة المئوية للمبالغ المفوترة عموماً (AGB) باستخدام طريقة تقوم المستشفى في هذه الطريقة "البحث في السوابق"، والتي يتم احتسابها باستخدام معدلات إعادة الدفع لتأمين (MassHealth) (PCC أو MMCO) جنباً إلى جنب مع مدفوعات التأمين الخاص ورسوم الميديكير للخدمات لفترة 12 شهراً، مقسومة على الرسوم الإجمالية لتلك المطالبات. النسبة المئوية الناتجة يتم ضربها في الرسوم الإجمالية لجميع حالات الرعاية الطارئة والرعاية الطبية الضرورية لتحديد المبالغ المفوترة عموماً (AGB). تتم إعادة حساب النسبة المئوية للمبالغ المفوترة عموماً (AGB) سنوياً. الإطار الزمني المحدد لفترة "البحث في السوابق" والنسبة المئوية الحالية للمبالغ المفوترة عموماً (AGB) الخاصة بالمستشفى يمكن إيجادها على الرابط <http://www.masseyeandear.org/for-patients/patient-guide/financial-assistance>، أو عند الطلب من منسق الشؤون المالية بالمستشفى.

هـ. الإشعارات وطلبات التقديم الخاصة ببرامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة

هـ.1 الإشعارات الخاصة بالخيارات المتاحة لبرنامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة المتاحة
فيما يتعلق بهؤلاء الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تغطية منخفضة، سيعمل المستشفى مع المرضى لمساعدتهم في التقديم للحصول على منافع برامج المساعدة العامة و/ أو برنامج المساعدة المالية بالمستشفى، والتي قد تغطي بعض أو كل فواتير المستشفى غير المدفوعة الخاصة بهم. من أجل مساعدة الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحي أو الذين لديهم تأمين صحي منخفض في إيجاد الخيارات المتوفرة والمناسبة، سيقوم المستشفى بتزويد جميع الأشخاص بإشعار عام بتوفر برامج المساعدة العام وبرنامج المساعدة المالية خلال التسجيل المبني للمريض شخصياً أو عند تسجيل دخول المريض بموقع المستشفى لتلقي خدمة، أو في جميع الفواتير المرسله إلى المريض أو الضامن، وعند إخطار مقدم الخدمات أو من خلال العناية الواجبة الخاص به، أصبح على بيئة بتغيير في حالة أهلية المريض للتغطية التأمينية العامة أو الخاصة.

علاوة على ذلك، يجب على المستشفى وضع لافتات في المناطق الخاصة بالمرضى الداخليين والعيادة ومناطق التسجيل أو الدخول للطوارئ، وفي مناطق مكاتب الأعمال التي تستخدم عادة بواسطة المرضى، والتي تخطر المرضى بوضوح عن توفر المساعدة العامة والمساعدة المالية من المستشفى (بما في ذلك برنامج (MassHealth)، وبرنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال، وبرنامج شبكة الأمن الصحي، وبرنامج الصعوبات الطبية)، بالإضافة إلى موقع (مواقع) داخل المستشفى و/ أو أرقام هواتف للاتصال بها لتحديد موعد مع استشاري الطلب المعتمد. إن الهدف من هذه الإشعارات هو مساعدة الأفراد في التقديم للحصول على تغطية ضمن واحد أو أكثر من هذه البرامج. يجب أن تكون اللافتات كبيرة بالقدر الكافي لكي تكون واضحة للعيان ومقروءة من قبل المرضى الذين يزورون هذه المناطق. يجب ترجمة جميع اللافتات الإشعارات إلى لغات غير الإنكليزية إذا كانت تلك اللغات هي اللغات الرئيسية لأقل من 1000 شخص أو 5% من المقيمين في المنطقة التي يخدمها المستشفى.

هـ.2. طلبات التقديم الخاصة ببرامج المساعدة المالية بالمستشفى وبرامج المساعدة العامة

يتواجد المستشفى لمساعدة المرضى في التسجيل ببرامج المساعدة العامة للولاية. ويشمل ذلك برنامج (MassHealth)، والبرنامج الأساسي للمساعدة في السداد (Premium Assistance Payment Program) الذي يدار بواسطة شبكة (Health Connector) التابعة للولاية، خطة الأمن الصحي للأطفال (Children's Medical Security Plan). بناء على المعلومات المقدمة من قبل المريض، سيقوم المستشفى أيضاً بتحديد خيارات التغطية المتاحة عبر برنامج المساعدة المالية الخاص بها، بما في ذلك برنامج شبكة الأمن الصحي (Health Safety Net) وبرنامج الصعوبات الطبية (Medical Hardship).

فيما يتعلق بالبرامج الأخرى بخلاف برنامج الصعوبات الطبية، يمكن للمقدم تقديم طلب من خلال موقع إلكتروني (والذي يقع رابطته على موقع "Health Connector" الخاص بالولاية)، أو تقديم طلب ورقي أو عبر الهاتف من خلال مندوب لخدمة العملاء تابع لبرنامج (MassHealth) أو برنامج (the Connector). يمكن للأشخاص أيضاً طلب المساعدة من استشاري الطلب الإلكتروني أو من خلال الطلب الورقي.

فيما يتعلق ببرامج الصعوبات الطبية، سيعمل المستشفى مع المريض لتحديد ما إذا كان برنامج مثل برنامج الصعوبات الطبية سيكون مناسباً، وتقديم طلب برنامج الصعوبات الطبية إلى شبكة الأمن الصحي. يتحمل المريض مسؤولية تقديم جميع المعلومات الضرورية كما هو مطلوب بواسطة المستشفى، في الإطار الزمني المناسب لضمان أن يستطيع المستشفى تقديم الطلب المكتمل. إذا تمكن المريض من تقديم جميع المعلومات في وقت زمني معقول، فإن المستشفى سيسعى جاهداً من أجل تقديم الطلب الشامل والمكتمل خلال خمسة (5) أيام عمل من تاريخ تسلم جميع المعلومات الضرورية والمطلوبة. إذا لم يتم تقديم الطلب الشامل والمكتمل خلال خمسة أيام عمل من تاريخ تسلم جميع المعلومات الضرورية، فلن يتخذ المستشفى إجراءً ضد المريض لتحصيل المبالغ المستحقة المتعلقة بالفواتير المؤهلة لبرنامج الصعوبات الطبية.

قد يقوم المستشفى أيضاً بمساعدة المريض في التسجيل في شبكة الأمن الصحي باستخدام فترة التحديد الافتراضية والتي تقدم فترة محدودة للأهلية. تتم هذه العملية بواسطة منسقي الشؤون المالية بالمستشفى، الذين سيعتبرون المريض كشخص يستوفي تعريف المريض منخفض الدخل وستتم تغطيته بخدمات شبكة الأمن الصحي فقط، بناء على المعلومات المالية التي تم جمعها من المريض وأقر بصحتها. ستتم التغطية بداية من التاريخ الذي يقوم فيه مقدم الخدمة بتقرير ذلك وحتى نهاية الشهر التالي الذي تم فيه عمل التحديد الافتراضي. ولكن، قد يتم إلغاء التغطية عاجلاً إذا قام المريض بتقديم طلب مكتمل كما هو موضح أعلاه.

فيما يتعلق بالمساعدة المالية المقدمة من خلال المستشفى، سيطلب من المريض تقديم ما يلي:

الدخل:

- بطاقة هوية صادرة من الحكومة وتحمل صورة صاحبها
- وصلي (2) استلام مرتب متتابعين
- خطاب المنح أو بيانات أخرى تثبت الدخل الأخرى
- أحدث إقرار لمرتجعات الضرائب الفيدرالية

الأصول:

- البيانات الحالية لكل حساب (جاري، ادخار، ودیعة بأجل، سندات، صناديق استثمار)

المصروفات:

- بيانات المصروفات الطبية
- بيانات مصروفات السكن
- دليل على وجود ظروف مالية استثنائية
- دليل رفض تغطية الميديكيد

لن يقوم المستشفى بحرمان المريض من المساعدة المالية في ظل سياسة المساعدة المالية بسبب معلومات أو مستندات مفقودة إلا إذا كانت المعلومات أو المستندات موصوفة على أنها إجبارية في سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمستشفى أو استثمارية الطلب.

3- دور منسق الشؤون المالية بالمستشفى

سيقوم المستشفى بمساعدة الأفراد الذين ليس لديهم تغطية تأمينية والأفراد ذوي التغطية التأمينية المنخفضة في التقديم للحصول على تغطية صحية عبر برامج المساعدة العامة (والتي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر، برنامج (MassHealth)، وبرنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال)، وسيعمل المستشفى مع الأفراد لتسجيلهم كما هو مناسب. كما سيقوم المستشفى أيضاً بمساعدة المرضى الذين يرغبون في التقديم للحصول على المساعدة المالية المقدمة من المستشفى، والتي تتضمن تغطية غير شبكة الأمن الصحي وبرنامج الصعوبات الطبية.

سيقوم المستشفى بما يلي:

- أ. تقديم معلومات عن المدى الكامل للبرامج، بما في ذلك برنامج (MassHealth)، وبرنامج المساعدة لدفع التكلفة الأساسية المدار بواسطة (Health Connector)، وبرنامج الأمن الطبي للأطفال، وبرنامج شبكة الأمن الصحي، وبرنامج الصعوبات الطبية؛
- ب. مساعدة الأفراد في تعبئة طلب جديد للحصول على التغطية أو تقديم تجديد للتغطية الموجودة بالفعل؛
- ج. العمل مع الأفراد للحصول على جميع المستندات المطلوبة؛
- د. تقديم الطلبات أو طلبات التجديد (مع جميع المستندات المطلوبة)؛
- هـ. التفاعل مع البرامج حول وضع تلك الطلبات وطلبات التجديد، عندما ينطبق ذلك وكما هو مسموح وفقاً لقيود النظام الحالي؛
- و. المساعدة في تيسير التسجيل للمتقدمين أو المنتفعين في برامج التأمين؛ بالإضافة إلى
- ز. تقديم وتوفير المساعدة من أجل تسجيل الناخبين.

سيقوم المستشفى بإخطار المريض بالتزامه بتزويد المستشفى ووكالة الولاية المعنية بمعلومات دقيقة وأنية فيما يتعلق باسمه الكامل، وعنوانه، ورقم هاتفه، وتاريخ ميلاده، ورقم الضمان الاجتماعي (إذا كان متوفراً)، وخيارات التغطية التأمينية الحالية (بما في ذلك التأمين على المنزل، والسيارة، وأي تأمين آخر يتعلق بالمسؤولية قبل الغير) التي يمكنها تغطية تكلفة الخدمات المقدمة، وأية موارد مالية أخرى، والمعلومات المتعلقة بالجنسية والإقامة. سيتم تقديم هذه المعلومات إلى الولاية كجزء من طلب التقديم لبرنامج المساعدة العامة لتحديد التغطية للخدمات التي قدمت للشخص.

إذا كان الشخص أو الضامن غير قادر على تقديم المعلومات الضرورية، قد يقوم المستشفى (بطلب من الشخص) ببذل جهود معقولة للحصول على أية معلومات إضافية من مصادر أخرى. وتتضمن تلك الجهود أيضاً العمل مع الأفراد، عندما يطلب ذلك من قبلهم، لتحديد ما إذا كان يتعين إرسال فاتورة الخدمات إلى الشخص للمساعدة في تلبية الخصم لمرة واحدة. سيحدث ذلك عندما يقوم الشخص بجدولة خدماته، أو خلال التسجيل المبدي، أو عندما يتم احتجاز الشخص في المستشفى، أو عند التسريح من المستشفى، أو خلال فترة زمنية معقولة بعد تسريح الشخص من المستشفى. المعلومات التي يحصل عليها استشاري الطلب المعتمد سوف يتم الاحتفاظ بها وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المطبقة بخصوص خصوصية وأمن المعلومات.

سيقوم المستشفى أيضاً بإخطار المريض خلال عملية تقديم الطلب بمسؤولياته المتعلقة بإبلاغ كل من المستشفى ووكالة الولاية التي تقدم خدمات التغطية الخاصة بالرعاية الصحية بأي طرف ثالث قد يكون مسؤولاً عن دفع المطالبات، بما في ذلك وثائق التأمين الخاصة بالمنزل أو السيارة أو أية بوليصة تأمين أخرى لتحمل المسؤولية قبل الغير. إذا قدم المريض مطالبة خاصة بطرف ثالث أو قام بمرجع دعوى قانونية ضد طرف ثالث، سيقوم استشاري الطلب المعتمد بإخطار المريض بمتطلب إخطار مقدم الخدمة وبرنامج الولاية خلال 10 أيام من تاريخ ذلك الإجراء. سيتم إخطار المريض أيضاً بأنه يجب عليه إعادة سداد قيمة تغطية خدمات الرعاية الصحية لوكالة الولاية المناسبة والتي قدمت بواسطة برنامج تابع للولاية إذا تم تعويضه عن ذلك في المطالبة أو إذا قام بتحويل الولاية الحق في استعادة المبلغ المستحق لها.

عندما يقوم الشخص بالاتصال بالمستشفى، ستحاول المستشفى تحديد ما إذا كان الشخص مؤهلاً لبرنامج المساعدة العامة أو للحصول على مساعدة من خلال برنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى. قد يتأهل الشخص المسجل في برنامج المساعدة العامة لتلقي منافع معينة. قد يتأهل الأشخاص أيضاً للحصول على مساعدة إضافية وفقاً لبرنامج المساعدة المالية الخاص بالمستشفى بناء على الدخل الموثق للشخص والمصروفات الطبية المسموح بها.