

# HUNTINGTON HOSPITAL

## الإجراءات والسياسات الإدارية

الصفحة 1 من 17	رقم السياسة: 329	الموضوع: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (سياسة المساعدة المالية)
يحل محل/يستبدل سياسة المساعدة المالية 2022	تاريخ السريان: 2023/5/25	الموافقة المعتمدة: Lisa Maqueira

### أ. الغرض:

a. إن Pasadena Hospital Association, Ltd التي تعمل تحت اسم Huntington Hospital و The Huntington Medical Foundation التي تعمل تحت اسم أطباء هنتنغتون الصحيون ("المنظمة") تلتزم بتلبية احتياجات الرعاية الصحية لجميع المرضى في المجتمع استناداً إلى المبادئ التالية:

i. معاملة جميع الأشخاص على قدم المساواة بطريقة تتسم بالتقدير والاحترام والتعاطف؛

ii. وتقديم احتياجات الرعاية الصحية الطارئة لجميع الأفراد، بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع؛

iii. ومساعدة المرضى العاجزين عن سداد تكاليف الرعاية التي يتلقونها كاملةً أو جزء منها.

تُظهر هذه السياسة التزام المنظمة بمهمتنا ورؤيتنا ومبادئنا من خلال المساعدة في تلبية احتياجات المرضى ذوي الدخل المنخفض غير المؤمن عليهم والمرضى المؤمن عليهم بدرجة غير كافية في مجتمعنا. وكجزء من الوفاء بهذا الالتزام، تقدم المنظمة الخدمات الطبية الضرورية، دون تكلفة أو بتكلفة مخفضة، للمرضى المؤهلين بموجب هذه السياسة.

b. تقدم هذه السياسة التوجيهات اللازمة لتحديد المرضى الذين قد يكونون مؤهلين للحصول على المساعدة المالية وتضع معايير تقصي المعلومات المالية لتحديد أهلية المرضى للحصول على المساعدة المالية.

### ب. السياسة:

a. **التعريفات.** يتم تعريف المصطلحات المكتوبة بحروف كبيرة المستخدمة في هذه السياسة في قسم "التعريفات" في نهاية هذه السياسة أو عند استخدامها لأول مرة.

b. **مغطي بموجب هذه السياسة.** سيتم تغطية الخدمات المقدمة مباشرة من قبل المنظمة فقط من خلال هذه السياسة. يتم تضمين خدمات الأطباء فقط إذا تم توفيرها من قبل ("Huntington Aligned Medical Group "HAMG") ومجموعة هنتنغتون الطبية ("Huntington Foundation Medical Group, HFMG"). ويستثنى من ذلك المواقع التابعة إلى المنظمة الخاصة بمركز Randall Breast Center و Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC و Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

c. **قد توجد سياسات مساعدة مالية منفصلة للمنشآت والأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين غير المشمولين بتغطية هذه السياسة.** يمكن لأعضاء المجتمع من الطاقم الطبي للمنظمة (أي مقدمي الخدمات الذين ليسوا جزءاً من المنظمة) تقديم المساعدة المالية لمرضاهم. ستقدم المنظمة، عند الطلب، قائمة بالمعلومات الموجودة لديها بخصوص هؤلاء الأطباء، وهي تشير إلى ما إذا كان الأطباء المعينون (أو مجموعتهم الطبية) سيقومون بما يلي: (i) توفير خصومات مكافئة من الرسوم المهنية للطبيب، مخصصة للمرضى ذوي الدخل المنخفض غير المؤمن عليهم على النحو الذي تقدمه المنظمة، بناءً على المعايير الموضحة في السياسة؛ (ii) وقبول قرار المنظمة بشأن أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية؛ (iii) والامتثال لجميع اللوائح والمراسيم والأوامر والقوانين السارية الفيدرالية والمحلية والتابعة للولاية فيما يتعلق بتحصيل حسابات ديون المستهلكين. لن تتحمل المنظمة المسؤولية عن إدارة هؤلاء الأطباء لبرامج المساعدة المالية أو ممارسات إعداد الفواتير التي يطبقونها.

i. **المساعدة المالية.** ستتوفر مساعدة مالية كاملة للمرضى الذين يبلغ دخل وأصول أسرهم 400 بالمائة أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (Federal Poverty Level, FPL) للعام الحالي. يكون المرضى الذين يتراوح دخلهم بين 401 و 600 بالمائة من مستوى FPL مؤهلين أيضًا للحصول على رعاية مخفضة. على الرغم من تضمين الأصول في ملف طلب المساعدة المالية ("ملف الطلب")، فلن تؤخذ في الاعتبار عند تحديد الأهلية للحصول على تخفيضات. المرفق ب هو ملف الطلب، والمرفق ج يحدد نطاقات المساعدة المالية المتاحة لدى المنظمة.

ii. **المرضى المتلقون لخدمات محددة مسبقًا (الرعاية الاختيارية/غير الطارئة).** المرضى المدرجون كمرضى داخليين متلقين للرعاية الاختيارية أو كمرضى خارجيين متلقين للرعاية غير الطارئة يحتاجون إلى موافقة مسبقة للحصول على المساعدة المالية؛ تُمنح إليهم من منسق المساعدة المالية أو من ينوب عنه. وتكون الإجراءات اللازمة طبيًا فقط هي المؤهلة للحصول على الموافقة. تقتصر المساعدة المالية المخصصة للإجراءات الاختيارية ورعاية المتابعة بعد الخروج من المستشفى على المرضى المقيمين في منطقة تقديم خدمات المنظمة أو على النحو الذي يوافق عليه منسق المساعدة المالية أو من ينوب عنه. تحتفظ المنظمة بالحق في عدم منح المساعدة المالية بشكل استباقي فيما يتعلق بالرعاية غير الطارئة المقترحة للمريض وغيرها من خدمات الرعاية غير اللازمة طبيًا بناءً على حاجة المنظمة إلى توكي الحكمة في توزيع مواردها المالية والسريية.

iii. **الموارد المالية الإضافية والتعاون المطلوب مع المريض.** يوافق المرضى الحاصلون على موافقة لتلقي المساعدة بموجب هذه السياسة على التعاون المستمر خلال الإجراءات المطلوبة للحصول على تعويض عن خدمات المنظمة من مصادر تابعة لأطراف ثالثة، مثل صناديق برنامج مساعدة ضحايا الجرائم في كاليفورنيا (California Victims of Crime)، وبرنامج ضحايا الصدمات التابع للمقاطعة (County Trauma Program)، وبرنامج Medi-Cal، والخطط الصحية التي تقدم التغطية من خلال سوق تبادل المخصصات الصحية في كاليفورنيا (California Health Benefit Exchange) ("سوق التأمين الصحي"). إن تقدم المريض بطلب للحصول على تغطية تابعة لطرف ثالث لسداد تكاليف رعايته الصحية لا يحول دون أهليته لتلقي المساعدة بموجب هذه السياسة. ويجب على المريض، كشرط من شروط الحصول على المساعدة المالية، التقدم بطلب للحصول على التغطية بموجب برنامج Medi-Cal، وبرنامج الأسر الصحية (Healthy Families)، وبرنامج County Trauma Program عند الاقتضاء، والتغطية بموجب سوق التأمين الصحي، حيثما كان ذلك مناسبًا. ينطبق ما سبق أيضًا على المرضى المقيمين خارج الولاية وعلى ملف الطلب الذي قدمه لبرنامج Medicaid داخل ولايتهم.

سُجري المنظمة الإحالات المناسبة إلى وكالات المقاطعة المحلية بما في ذلك برنامج Healthy Families أو تغطية كاليفورنيا (Covered California) أو Medi-Cal أو البرامج الأخرى لتحديد الأهلية المحتملة.

يجق للمنظمة إصدار فاتورة لأي شركة تأمين تابعة لطرف ثالث توفر تغطية للمريض، بما في ذلك أي مصدر للمسؤولية تابع للطرف الثالث. يُحظر على شركات التأمين الصحي والخطط الصحية تخفيض مبلغ التعويض لإحدى مطالبات المنظمة، حتى لو تنازلت المنظمة عن كل أو جزء من فاتورة المريض وفقًا لهذه السياسة.

iv. **المرضى الذين يدفعون من مالهم الخاص.** افترضت المنظمة، استنادًا إلى خبرتها التاريخية وأوضاع التأمين الحالية، أن المرضى الذين يفتقرون إلى التأمين غير قادرين على تحمل تكاليف التأمين. وتعتقد المنظمة أن هؤلاء المرضى مؤهلون للالتحاق ببرامج المساعدة المالية ولذلك ستوفر المساعدات التالية لكل هؤلاء المرضى، ما لم يتخذ المريض ترتيبات أخرى بالنسبة للخدمات التي تقدمها المنظمة: المبلغ المخصص، الذي لم تتم فوترته للمريض، هو رعاية غير معوضة سيتم الإبلاغ عنها من قبل المنظمة بما يتفق مع الإرشادات الواردة في دليل سداد مقدم خدمات Medicare و Medicaid، الفصل 2-15، القسم 4012.

1. تُصدر فواتير بمبالغ مخفضة تلقائيًا إلى المرضى الذين يدفعون من مالهم الخاص مقابل خدمات المنظمة (انظر المرفق د).

2. المرضى الذين يدفعون من مالهم الخاص مؤهلون للحصول على هذه الخصومات دون تقديم ملف طلب. ولا تشمل هذه المساعدة المالية الإجراءات الاختيارية، ما لم يتم التوصل إلى اتفاق محدد بين المنظمة والمريض.

v. **المرضى المعوزين طبياً (غير مؤهلين للحصول على خصم).** لا يزال بإمكان المرضى المعوزين طبياً غير المؤهلين لتلقي المساعدة المالية بموجب هذه السياسة طلب المساعدة المالية وفقاً للإجراءات الموضحة في هذه السياسة. يجب الموافقة على طلب المساعدة المالية بسبب العوز الطبي من قِبل منسق المساعدة المالية، أو من ينوب عنه، حسب تقديرهما.

e. **إدارة المساعدة المالية.** تستخدم المنظمة طلباً واحداً موحداً للمريض للحصول على المساعدة المالية. تهدف العملية إلى منح كل مقدم طلب فرصة لتلقي الحد الأقصى من مخصصات المساعدة المالية التي قد يكون مؤهلاً لها. وسيُطلب من أي مريض يسعى للحصول على المساعدة المالية إكمال ملف طلب.

i. **بدء عملية تقديم ملف طلب المساعدة المالية.** يمكن للمريض أو أي عضو في طاقم عمل المنظمة بدء عملية تقديم ملف الطلب بالتواصل مع: خدمات الدفع من المال الخاص (Self Pay)، خدمة العملاء (Customer Service) على الرقم 866-8600 (323).

تتضمن هذه العملية ما يلي:

1. تزويد المرضى بملف الطلب وملف طلب برنامج Medi-Cal ومعلومات عن خدمة الاستشارات الائتمانية.
2. تقدم الأقسام التالية المساعدة لمقدمي الطلبات في إكمال النماذج: خدمات الدفع من المال الخاص، وخدمة العملاء، والتسجيل (Registration)، والإدخال (Admitting)، وقسم الطوارئ (Emergency Department, ED).
3. يمكن إكمال ملف الطلب شفهيًا بمساعدة طاقم عمل المنظمة ولكن سيظل لازماً على المريض أو ممثله التوقيع على ملف الطلب.

#### ii. مراجعة ملف الطلب

1. **تحديد القرار.** تُحسب إرشادات الأهلية باستخدام مستوى FPL الحالي كمقياس للأهلية.
2. **القرارات التي تحددها الجهات التابعة وشركاء المجتمع المعتمدين.** يمكن أن تمنح المنظمة، وفقاً لتقديرها، موافقة عاجلة للمرضى الذين حصلت ملفات طلب المساعدة المالية التي قدموها مؤخراً على موافقة من جهات تابعة معينة أو شركاء مجتمعيين معينين للمنظمة. ستخبر المنظمة المرضى المتقدمين للحصول على المساعدة المالية إذا كانت تلك الموافقة العاجلة متاحة.
3. **الأصول.** تقتصر الأصول المأخوذة في الاعتبار عند تحديد قرار الأهلية على التعريف الوارد في هذه السياسة.
4. **دخل الفترات الجزئية** يكون متضمناً في أوراق العمل باستخدام بيانات حساب الدخل السنوي.
5. **المبالغ المقتطعة.** ستؤخذ في الاعتبار الالتزامات المالية الأخرى، بما في ذلك نفقات المعيشة والأمور الأخرى ذات الطبيعة المعقولة والضرورية.
6. **أقصى حد للتكاليف المنكبة من المال الخاص.** تقتصر أي مدفوعات يتكبدها المريض مقابل الخدمات المشمولة بتغطية هذه السياسة على قيمة لا تتجاوز المبالغ المفروضة بشكل عام (Amounts Generally Billed, AGB).
7. **إعادة التقييم.** يمكن أن تعيد المنظمة تقييم الأهلية إذا حدث أي مما يلي:

a. تغيير دخل المريض.

b. تغيير حجم أسرة المريض.

c. تقرر أن أي جزء في ملف طلب المساعدة المالية يحتوي على معلومات خاطئة أو مضللة، وفي تلك الحالة قد تُرفض المساعدة المالية الأولية بأثر رجعي.

iii. **تقديم الوثائق المطلوبة.** تطلب المنظمة عدة وثائق من المرضى المتقدمين للحصول على المساعدة المالية من أجل إثبات أهليتهم. قد تتضمن الوثائق، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

1. ملف طلب مكتمل.

2. قد تتضمن وثائق الدخل:

a. كعوب شيكات الأجور للفترة الحالية،

b. أو الإقرار الضريبي للعام الماضي،

c. أو توضيحًا كتابيًا.

3. قد تتضمن وثائق الأصول:

a. نسخًا من بيانات الحساب المصرفي للشهر الماضي (جميع الصفحات)،

b. وبيانات حساب سوق النقد،

c. والأسهم،

d. والسندات،

e. وشهادات الإيداع،

f. وحسابات الوساطة (باستثناء الوثائق المتعلقة بخطط التقاعد، وخطط التعويض المؤجلة (المؤهلة وغير المؤهلة بموجب قانون دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS))،

g. ومخصصات البطالة أو الضمان الاجتماعي أو كعوب شيكات مخصصات ذوي الإعاقة.

iv. **تقديم ملف الطلب المكتمل.** إذا قدم المريض ملف طلب مكتملاً، أثناء فترة تقديم الطلبات، يتعين على المنظمة القيام بما يلي:

1. اتخاذ جميع التدابير المتاحة بشكل معقول على الفور لتعليق أو إبطال أي إجراءات تحصيل استثنائية (Extraordinary Collection Actions, ECAs) متخذة ضد المريض للحصول على مدفوعات الرعاية. وبشكل عام، تتضمن تلك التدابير المتاحة بشكل معقول، على سبيل المثال لا الحصر، إبلاغ وكالات التحصيل بإيقاف أنشطة التحصيل، واتخاذ تدابير لإلغاء أي أحكام صادرة ضد المريض، ورفع أي ضريبة أو حجز على ممتلكات المريض، وإزالة أي معلومات سلبية في تقرير المريض المالي تم الإبلاغ عنها لإحدى وكالات الإبلاغ عن المعلومات الائتمانية للمستهلكين أو أحد مكاتب الائتمان.

2. اتخاذ قرار بشأن الأهلية أو الإشارة إلى أن ملف الطلب غير مكتمل أو يحتاج إلى معلومات إضافية في غضون فترة معقولة.

3. إخطار المريض كتابيًا بقرار الأهلية على وجه السرعة، بما في ذلك، إذا انطبق، المساعدة التي تأهل لها المريض والأسباب التي يستند إليها القرار المتخذ.

4. إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، يتعين على المنظمة إخطار المريض كتابيًا بأهليته والمساعدة المتاحة والأسباب التي يستند إليها القرار المتخذ وتواريخ الخدمات المشمولة بالتغطية.

a. إذا لم تكن هناك مسؤوليات يتحملها المريض، فلا يلزم اتخاذ أي خطوات أخرى غير إعادة المبالغ المدفوعة كما هو موضح في قسم "المبالغ المستردة". إذا كان هناك رصيد متبقي، يتعين على المنظمة أيضًا إخطار المريض كتابيًا بالمبلغ الذي يدين به مقابل الرعاية وتوضيح طريقة الحصول على معلومات إضافية عن الحساب.

b. بمجرد الموافقة على المريض للحصول على المساعدة المالية، لن يتم فرض رسوم على المريض مقابل الرعاية الطارئة أو غيرها من الرعاية الطبية الضرورية أكثر من AGB.

لا يجوز الحصول على الموافقات على الأهلية إلا من قبل أفراد مفوضين خصيصاً من قبل المنظمة. يشغل هذا الشخص حالياً منصب نائب الرئيس للشؤون المالية وكبير مسؤولي دورة الإيرادات أو من ينوب عنهم.

- v. **المرضى ذوو المعلومات المحدودة في ملف الطلب.** إن عدم توفر بيانات مالية عن المريض لدى المنظمة لا يحول دون الأهلية لتلقي المساعدة المالية. أثناء تقييم جميع العوامل المتعلقة بحالة المريض السريرية والشخصية والديموغرافية، والوثائق البديلة (بما في ذلك المعلومات التي قد تقدمها المنظمات الخيرية الأخرى)، قد تقرر المنظمة أن المريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية عن طريق وضع افتراضات معقولة بخصوص دخل المريض.
- vi. **ملفات الطلب غير المكتملة.** إذا قدم المريض ملف طلب غير مكتمل، يتعين على المنظمة تزويده على وجه السرعة بإخطار كتابي يوضح المعلومات و/أو الوثائق الإضافية المطلوبة لملف الطلب، مع ذكر معلومات التواصل مع خدمات معالجة ملفات الطلب. إذا أكمل المريض لاحقاً ملف الطلب بالمعلومات المطلوبة أثناء فترة تقديم الطلبات (أو فترة زمنية أطول من ذلك حسب اختيار المنظمة)، فسيعتبر ملف الطلب مكتملاً.
- vii. **إكمال ملفات الطلب غير المكتملة.** إذا كان المريض قد قدم ملف طلب غير مكتمل أثناء فترة تقديم الطلبات وأكمله في وقت لاحق، في غضون إطار زمني معقول ومحدد لتلبية طلبات الحصول على المعلومات و/أو الوثائق الإضافية، فسيعتبر أن المريض قد سلم ملف طلب مكتملاً، وستكون المنظمة قد بذلت جهوداً معقولة لتحديد ما إذا كان المريض سيصبح مؤهلاً فقط عند تنفيذ الخطوات الأخرى المطلوبة في هذه السياسة فيما يتعلق بملفات الطلب المكتملة.
- viii. **قوانين عدم الإساءة في حالة ملفات الطلب ذات المعلومات المشكوك في صحتها.** لن تقرر المنظمة أن المريض غير مؤهل لتلقي المساعدة المالية استناداً إلى معلومات لديها ما يدعو إلى الاعتقاد أنها غير موثوقة أو غير صحيحة أو إلى معلومات جُمعت من المريض تحت الإكراه أو باستخدام ممارسات قسرية. تتضمن الممارسات القسرية تأخير الرعاية الطبية الطارئة أو رفض حصول المريض عليها حتى يُقدم المريض المعلومات المطلوبة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية للرعاية التي تم تأخيرها أو رفضها.
- ix. **التعامل مع ملفات الطلب غير المكتملة.** يمكن للمنظمة أن تأخذ في الاعتبار عدم تقديم المريض للوثائق المعقولة والضرورية عند اتخاذ قرار منح المساعدة المالية. ومع ذلك، ستتصرف المنظمة بشكل معقول وتتخذ أفضل قرار ممكن في ظل المعلومات المتاحة.
- x. **الأهلية المفترضة.** يمكن أن تقرر المنظمة أن المريض مؤهل لتلقي المساعدة المالية للخدمات الحالية استناداً إلى المعلومات التي حصلت عليها أو قيمتها دون أن تطلب من المريض تقديم جميع المعلومات المطلوبة في عملية التقديم المعتادة، أو حقيقة أن المريض لا يمتلك تأميناً صحياً. قد يتضمن قرار المنظمة الاعتماد على قرار سابق للمنظمة أو معلومات يوفرها مقدم خدمات آخر للمريض أو تقييم عام للمعلومات المتاحة لطاقت عمل المنظمة. في تلك الحالات، يجب على المنظمة (أ) إخطار المريض بالأسباب التي يستند إليها قرار الأهلية المفترضة والطريقة التي قد يتبعها المريض للتقديم على المساعدات ذات المبالغ الأكبر المتاحة بموجب هذه السياسة؛ (ب) منح المريض مائة وعشرين (120) يوماً للتقديم على المساعدات ذات المبالغ الأكبر؛ وإذا قدم المريض ملف طلب مكتملاً للحصول على مساعدات بمبالغ أكبر، فعندئذٍ عليها اتخاذ قرار بشأن أهلية المريض للحصول على خصومات بمبالغ أكبر وتنفيذ الخطوات الأخرى المطلوبة بموجب هذه السياسة فيما يتعلق بملفات الطلب المكتملة. يجب أن يتلقى المرضى الذين يدفعون من مالهم الخاص من الحاصلين على الخصومات الواردة في هذه السياسة هذا الإخطار في صورة ملخص مكتوب بلغة مبسطة (انظر المرفق أ) مطبوعاً في بياناتهم.
- xi. **إعفاءات المرضى لا تعفي المنظمة من الالتزام ببذل جهود معقولة.** الحصول على تنازل شفهي أو كتابي من المريض، مثل بيان موقع يفيد بعدم رغبة المريض في التقدم بطلب للحصول على المساعدة بموجب هذه السياسة أو استلام المعلومات المقدمة للمرضى بموجب هذه السياسة، لن يشكل في حد ذاته قراراً بأن المريض غير مؤهل ولا يفي بمتطلبات بذل الجهود المعقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً قبل الشروع في إجراءات ECAS ضد المريض.
- xii. **خطط السداد.** إذا تقرر أن المريض مؤهل لتلقي المساعدة المالية وكان هناك رصيد متبقي، يكون لديه خيار الدفع وفقاً لخطة سداد مجدولة محددة الأجل. وستناقش المنظمة خيارات الخطط مع المريض وتضع خطط سداد محددة الأجل لا تزيد مدتها عادةً عن اثني عشر (12) شهراً ولا تطبق عليها فوائد.
- xiii. **تسوية النزاعات.** في حالة نشوء نزاع بشأن الأهلية للحصول على مساعدة مالية، يجوز للمريض تقديم طعن كتابي إلى المنظمة لإعادة النظر. ينبغي أن يشرح الطعن الكتابي الأساس المنطقي للنزاع ويتضمن الوثائق الداعمة. سيقوم مدير خدمة العملاء والعمليات في المنظمة بمراجعة الاستئناف على الفور وتزويد المريض بقرار كتابي. في حالة اعتقاد المريض أن

النزاع لا يزال قائماً بعد الاستئناف الأول ، يجوز للمريض أن يطلب كتابياً ، يجب على نائب رئيس المنظمة للشؤون المالية وكبير مسؤولي دورة الإيرادات أو من ينوب عنهم مراجعة وتقديم قرار كتابي نهائي.

- xiv. **سرية معلومات ملف الطلب.** تلتزم المنظمة بالاحتفاظ بجميع المعلومات الواردة من المرضى الذين يطلبون تقييم الأهلية بموجب هذه السياسة كمعلومات سرية. ويتم الاحتفاظ بالمعلومات المتعلقة بالدخل والأصول التي جُمعت كجزء من عملية تقديم الطلب والموافقة في ملف منفصل عن المعلومات التي يمكن استخدامها لتحصيل المبالغ المستحقة.
- xv. **الفترة الزمنية لإكمال ملف الطلب ("فترة تقديم الطلب").** يُمنح المرضى مائتان وأربعون (240) يوماً لإكمال ملف الطلب. تبدأ فترة تقديم الطلب في تاريخ أول مرة لتلقي الرعاية التي يُقدم الطلب بشأنها (يُستخدم تاريخ بدء آخر دورة علاجية إذا انطبقت عدة تواريخ للخدمة).

## f. المدة

- i. تكون الموافقة على المساعدة المالية الأولية الممنوحة للمريض المؤهل لتلقي المساعدة المالية صالحة لمدة ستة (6) أشهر من تاريخ اكتمال ملف الطلب. ويمكن إعادة تقييم الأهلية، بناءً على طلب المريض، في نهاية فترة الموافقة الأولية. وبناءً على اختيار المنظمة، قد يُسمح بفترة موافقة جديدة مدتها ستة (6) أشهر دون تقديم ملف طلب جديد. بعد مرور اثني عشر (12) شهراً، يجب على المريض إكمال ملف طلب جديد. بدءاً من تاريخ الموافقة على ملف الطلب النهائي، ستنشط أرصدة الحسابات المفتوحة والمؤهلة بموجب المساعدة المالية، وذلك بناءً على مستوى المساعدة الممنوحة. ومن هذه النقطة فصاعداً، ستكون الحسابات المؤهلة للأشهر الستة (6) التالية ذات أهلية لشطب أرصدها بموجب المساعدة المالية.

## g. الإخطارات والمراسلات والبيانات الكتابية

- i. تقدم المنظمة الإخطارات والمعلومات التالية فيما يتعلق بالمساعدة المالية:

1. هذه السياسة.
  2. ملخص مكتوب بلغة مبسطة للسياسة. يجب أن يكون الملخص المكتوب بلغة مبسطة وثيقة واضحة ومختصرة وسهلة الفهم تُخطر المرضى والأفراد الآخرين بأن المنظمة تقدم مساعدة مالية بموجب هذه السياسة. يجب صياغة الملخص المكتوب بلغة مبسطة بطريقة تبين المعلومات ذات الصلة بما في ذلك المعلومات المطلوبة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية؛ مثل متطلبات الأهلية والمساعدة المقدمة بموجب هذه السياسة وملخص موجز لكيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة بموجب هذه السياسة وتعليمات للحصول على معلومات ومساعدة إضافية، بما في ذلك نسخ بلغات أخرى.
  3. ملف الطلب.
  4. سياسة تحصيل الديون الخاصة بالمنظمة.
- ii. تُتاح هذه المواد بعدة طرق تشمل:
1. **الموقع الإلكتروني.** وثائق سياسة المساعدة المالية وملف طلب المساعدة المالية والملخص المكتوب بلغة مبسطة لسياسة المساعدة المالية متوفرة على الموقع الإلكتروني لهذه المنظمة. وتكون روابط مثل هذه المواد منشورة أيضاً على الموقع الإلكتروني.
  2. **البريد الإلكتروني أو النسخ الورقية.** يمكن الحصول على نسخ من أي من المواد المشار إليها في هذه السياسة عن طريق تقديم طلب إلى قسم خدمات الدفع من المال الخاص، خدمة العملاء على الرقم 866-8600 (323).
  3. **اللافتات المنشورة.** يُنشر الملخص المكتوب بلغة مبسطة في المواقع التالية: قسم الطوارئ وقسم الإدخال وقسم الفواتير ومناطق التسجيل المركزية وغير المركزية وغيرها من مناطق وجود المرضى الخارجيين، بما في ذلك وحدات المراقبة.
- iii. **إخطارات التسجيل وإصدار الفواتير.** سيتم تقديم معلومات وإخطارات مختلفة للمرضى في المراسلات المتعلقة بعمليات التسجيل وإصدار الفواتير. على سبيل المثال، راجع سياسة تحصيل الديون الخاصة بالمنظمة.
- iv. **الإخطارات الموجهة لأفراد المجتمع.** يجب أن تبذل المنظمة جهوداً مختلفة للإعلان على نطاق واسع عن برامج المساعدة المالية، مثل توزيع المعلومات على المنظمات المجتمعية المستهدفة أو غيرها من الوسائل لتوعية المجتمع بتوفر برامج المساعدة المالية في المنظمة.

h. **الترجمات.** تمتثل مراسلات المرضى لمتطلبات المنظمة. دون تقييد ما سبق ذكره، يجب أن تكون الإخطارات والمراسلات الرسمية واللافتات المقدمة بموجب هذه السياسة باللغة الإنجليزية وباللغات الإضافية التي تتطلبها قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية. وهذه اللغات الإضافية هي الصينية والفارسية والفيتنامية والعربية والتشكيكية والروسية والأرمينية والكورية والإسبانية.

i. **الضرورة الطبية/القرارات السريرية.** يعتمد تقييم ضرورة تلقي العلاج الطبي لأي مريض على الحكم السريري، بغض النظر عن التغطية التأمينية أو الوضع المالي. إذا كانت هناك حالة طبية طارئة، فلن يتم أي تقييم للترتيبات المالية إلا بعد إجراء فحص طبي مناسب وتقديم الخدمات اللازمة لاستقرار الحالة وفقاً لجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها.

j. **المبالغ المستردة.** ستمنح المنظمة تعويضاً للمرضى عن المبالغ المدفوعة التي تُعد زائدة عن المبالغ المستحقة بموجب هذه السياسة، بما في ذلك أي فوائد مدفوعة، بنسبة عشرة بالمائة (10%) سنوياً. إذا كان المبلغ المستحق للمريض يقل عن 5.00 دولار (أو أي مبلغ آخر تحدده دائرة الإيرادات الداخلية)، فلا يتعين على المنظمة تعويض المريض أو دفع الفائدة. يتعين على المنظمة رد المبالغ إلى المريض في غضون 30 يوماً.

k. **التحصيل.** لمعرفة معلومات إضافية حول إجراءات التحصيل، يُرجى الاطلاع على سياسة تحصيل الديون.

l. **تقديم التقارير.** ستقدم المنظمة هذه السياسة إلى إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (Health Care Access & Information, "HCAI") كل عامين في أو قبل 1 يوليو أو في غضون ثلاثين (30) يوماً من أي تحديث لهذه السياسة. إذا لم تكن هناك تغييرات منذ تقديم السياسة مسبقاً، يجب على المنظمة إخطار HCAI في غضون ثلاثين (30) يوماً قبل 1 يوليو من تاريخ تقديم المنظمة لفترة السنتين التالية.

### III. موافقة مجلس الإدارة والمراجعة المستمرة:

يجب أن يوافق مجلس إدارة المنظمة على هذه السياسة وسياسة تحصيل الديون وجميع التغييرات الجوهرية التي تطرأ على تلك السياسات. ويتعين على المنظمة مراجعة هذه السياسة بشكل روتيني إلى جانب سياسة تحصيل الديون وحالة جهود التحصيل لضمان خدمتها للمرضى والمجتمع على أفضل وجه.

### IV. التعريفات

a. **المبالغ المفروضة بشكل عام ("AGB")** يُقصد بها المبالغ التي تُصدر بها فواتير عادةً مقابل الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا للمرضى الذين لديهم تأمين يغطي هذه الرعاية، وتُحدد وفقاً لأحكام القسم 5(b)-1.501(r) من الباب 26 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR). توجد معلومات إضافية حول كيفية حساب المنظمة لمبالغ AGB والتحديثات السنوية لنسب AGB في المرفق د من هذه السياسة، وستكون متضمنة في الملفات المتاحة للعامة على الموقع الإلكتروني لإدارة Health Care Access and Information التابعة لولاية كاليفورنيا عبر الرابط <https://syfphr.hcai.ca.gov>.

b. **ملف الطلب** يُقصد به ملف الطلب الخاص بالمنظمة المُقدم للحصول على المساعدة المالية.

c. **الأصول** يُقصد بها "الأصول النقدية" فقط. ويتضمن هذا الأصول التي يمكن تحويلها إلى نقد بسهولة، مثل الحسابات المصرفية والأسهم المطروحة للتداول العام. لن تؤخذ في الاعتبار خطط التعاقد وخطط التعويض المؤجلة (المؤهلة وغير المؤهلة بموجب قانون IRS). يُستبعد ما يلي من الأصول: أول عشرة آلاف دولار (10000 دولار) من الأصول النقدية للمريض ونسبة خمسين بالمائة (50%) من الأصول النقدية للمريض التي تزيد عن أول عشرة آلاف دولار (10000 دولار).

d. **شركاء المجتمع** يعني علاقات داعمة مع وكالات المجتمع الأخرى.

e. **نفقات المعيشة الضرورية** هي نفقات أي مما يلي: الإيجار أو مدفوعات المنزل وصيانته، والطعام واللوازم المنزلية، والمرافق والهاتف، والملابس، والمدفوعات الطبية والخاصة بعلاج الأسنان، ومبالغ التأمين، والمدرسة أو رعاية الطفل، ونفقة الطفل أو النفقة الزوجية، ونفقات المواصلات والسيارة، بما في ذلك التأمين، والوقود، والإصلاحات، ومدفوعات الأقساط، وغسيل الملابس والتنظيف، وغيرها من النفقات الاستثنائية.

f. **إجراءات التحصيل الاستثنائية ("Extraordinary Collection Actions, ECAs")** تشير إلى نشاطات التحصيل التي لن تنفذها المنظمة قبل بذل جهود معقولة لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة. تم توضيح إجراءات ECAs تحديداً في سياسة تحصيل الديون.

- g. الأسرة يُقصد بها التالي: (1) بالنسبة للأشخاص في سن 18 عامًا فأكثر، تتكون الأسرة من الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا، (2) أما بالنسبة للأشخاص الأقل من 18 عامًا، فتتكون من ولي الأمر، والأقارب القائمين على الرعاية والأطفال الآخرين الأقل من 21 عامًا من أبناء ولي الأمر أو الأقارب القائمين على الرعاية.
- h. مستوى الفقر الفيدرالي ("Federal Poverty Level, FPL") هو المقياس المستخدم لتحديد مستوى الفقر في الولايات المتحدة وتنتشره وزارة الصحة والخدمات الإنسانية ("Department of Health and Human Services, DHHS") بشكل دوري على موقعها الإلكتروني عبر الرابط <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- i. المريض المؤهل لتلقي المساعدة المالية هو المريض الذي طلب الحصول على مساعدة مالية من المنظمة وأكمل ملف الطلب وقدمه. وعند مراجعة ملف الطلب يظهر أن المريض مؤهل للحصول على مساعدة مالية وأن ملف الطلب حصل على موافقة وفقًا لهذه السياسة، أو تقرر المنظمة أن المريض لديه أهلية مفترضة لتلقي المساعدة المالية بموجب هذه السياسة.
- j. المساعدة المالية هي ترتيبات تُتخذ بموجب هذه السياسة لتقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المريض دون تكلفة أو بتكلفة مخفضة. وعادةً ما تُخفّض الرسوم وفقًا لخطة سداد أو خصم تلقائي للمرضى الذين يدفعون من مالهم الخاص.
- k. التكاليف الطبية المرتفعة تعني التكاليف السنوية من الجيب للمريض الذي يتجاوز دخل أسرته عتبات المنظمة للحصول على المساعدة المالية. تؤخذ هذه التكاليف في الاعتبار إذا كانت إما: (i) متكبدة بواسطة المريض في مستشفى تابع للمنظمة وتتجاوز المبلغ الأقل بين إما الدخل الحالي لأسرة المريض أو دخل الأسرة في الاثني عشر (12) شهرًا السابقة، أو (ii) نفقات طبية متكبدة من المال الخاص تتجاوز قيمتها عشرة بالمائة (10%) من دخل أسرة المريض، إذا قدم المريض وثائق بنفقاته الطبية التي دفعها هو أو أسرته في الاثني عشر (12) شهرًا السابقة.
- l. العوز الطبي يشير إلى أي مريض غير قادر على الدفع مقابل الخدمات بسبب تلقي رعاية غير متوقعة مرتفعة التكلفة ولكنه غير مؤهل للحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة.
- m. خطة السداد هي اتفاقية كتابية بين المنظمة والمريض، حيث عرضت المنظمة فرصة وافق عليها المريض لسداد التزاماته على أقساط شهرية لا تتجاوز قيمتها 10% من دخل أسرته في الشهر، مع استثناء المبالغ المقتطعة لتغطية نفقات المعيشة الضرورية.

## v. المراجع

- تشمل قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المشار إليها في تطوير هذه السياسة على سبيل المثال لا الحصر:
- i. القسم (r)(3)501 من قانون الإيرادات الداخلية للولايات المتحدة.
- ii. الأقسام 127462-127400 من قانون الصحة والسلامة في ولاية كاليفورنيا (سياسات التسعير العادل لخدمات المستشفيات وسياسات التسعير العادل لخدمات أطباء قسم الطوارئ).
- iii. مشروع قانون جمعية ولاية كاليفورنيا رقم 1020: ديون الرعاية الصحية والفواتير العادلة، الساري اعتبارًا من 1 يناير 2022.
- iv. مشروع قانون جمعية ولاية كاليفورنيا رقم 532: سياسات إصدار الفواتير العادلة، الساري اعتبارًا من 1 يناير 2022.
- v. توجيهات مكتب المفتش العام (Office of Inspector General, OIG) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية بخصوص تقديم المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم بدرجة كافية، ولوائح IRS.
- vi. أي لوائح تنفيذية وإرشادات الوكالة فيما يتعلق بأي مما سبق.

## vi. قائمة المرفقات

- A. ملخص المساعدة المالية - ملخص بلغة مبسطة
- B. ملف طلب المساعدة المالية
- C. وصف لخصومات المساعدة المالية
- D. وصف للمبالغ المفروضة بشكل عام

## ملخص المساعدة المالية وإجراءات الحماية من الفواتير المفاجئة

كجزء من مهمتنا، نلتزم مؤسسة Pasadena Hospital Association, Ltd. التي تعمل تحت اسم Huntington Hospital و Huntington Medical Foundation التي تعمل تحت اسم Huntington Health Physicians ("المنظمة")، بتوفير الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة للمجتمع ومعالجة جميع مرضانا بطريقة تتسم بالتقدير والتعاطف والاحترام. وهذا يشمل تقديم الخدمات دون تكلفة أو بأسعار مخفضة بشكل كبير، للمرضى المؤهلين الذين لا يستطيعون الدفع مقابل الرعاية كما هو منصوص عليه في سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا ("السياسة"). ونقدم أيضًا لمرضانا مجموعة متنوعة من خطط وخيارات السداد لتلبية احتياجاتهم المالية، حتى لو لم يكونوا مؤهلين للحصول على المساعدة. هذه الوثيقة هي ملخصنا المكتوب بلغة مبسطة ("الملخص") للسياسة.

### الأهلية – التخفيضات الكاملة والمبالغ المخفضة

ستكون المساعدة المالية متاحة للمرضى الذين يخضعون لإجراءات لازمة طبيًا ممن يبلغ دخلهم وأصولهم النقدية (يُطلق عليهما معًا "الدخل") نسبة 400% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) للعام الحالي. يكون المرضى الذين يتراوح دخلهم بين 401% و600% من مستوى FPL مؤهلين أيضًا للحصول على رعاية مخفضة. وتُحدد نسبة التخفيض المتاحة للمرضى على مقياس متدرج بناءً على حجم الأسرة ومستوى الدخل وحالة التغطية التأمينية. وسيحتاج المرضى الذين يسعون للحصول على مساعدة مالية لترتيبات الخدمات الاختيارية إلى موافقة مسبقة من نائب رئيس قسم خدمات المرضى المالية أو من ينوب عنه. وتكون الإجراءات اللازمة طبيًا فقط هي المؤهلة للحصول على الموافقة. تقتصر المساعدة المالية المخصصة للإجراءات الاختيارية ورعاية المتابعة بعد الخروج من المستشفى على المرضى المقيمين في منطقة تقديم خدمات المنظمة. إذا لم يكن المريض مؤهلًا للحصول على خدمات مجانية بالكامل ولكنه مؤهل للحصول على تخفيض بموجب السياسة، فلن يتحمل المريض أكثر من المبالغ التي تفرضها المنظمة بشكل عام على خدمات الطوارئ أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا.

### الأطباء والخدمات

تتطبق السياسة فقط على الخدمات التي تقدمها المنظمة وتشمل خدمات الأطباء فقط في حال قدمتها مجموعة (Huntington Aligned Medical Group "HAMG") ومجموعة (Huntington Foundation Medical Group "HFMG"). ويستثنى من ذلك المواقع التابعة إلى المنظمة الخاصة بمركز Randall Breast Center، و Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC، و Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

### التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية

سيحتاج المرضى الذين يسعون للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب السياسة إلى إكمال ملف طلب المساعدة المالية ("ملف الطلب") وتقديم أي وثائق لازمة. وسيخضع ملف الطلب والوثائق لعملية مراجعة من قبل المنظمة.

### معلومات التواصل للحصول على ملف الطلب أو السياسة أو أي معلومات إضافية

تتوفر نسخ مجانية من هذا الملخص أو السياسة أو ملف الطلب باللغات الإنجليزية والصينية والفارسية والفيتنامية والعربية والتشكيلية والروسية والكورية والإسبانية. لطلب نسخ أو للحصول على معلومات إضافية، بما في ذلك طرح أي أسئلة حول عملية المساعدة المالية، يمكنك:

- طرح الأسئلة على ممثلي مكاتب التسجيل أو الإدخال.
- الاتصال بقسم خدمات المرضى المالية على الرقم 866-8600 (323).
- زيارة الموقع الإلكتروني للمنظمة عبر الرابط [Huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance](https://Huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance).

## ترتيبات الدفع من المال الخاص

يمكن أن يجد المرضى غير المؤهلين للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بموجب السياسة برامج أخرى مفيدة تقدمها المنظمة. وقد يتلقى المرضى الذين لا يملكون تأمينًا خصومات كبيرة تشبه الخصومات التي توفرها في خطط تأمين الرعاية المدارة. تتضمن الخدمات مستحقة الدفع خدمات المرضى الخارجيين وخدمات الطوارئ وخدمات المرضى الداخليين.

## إخطار تنظيمي بخصوص عمليات التحصيل

نحن نُحيل بعض الحسابات المتأخرة إلى وكالات تحصيل تابعة لأطراف ثالثة. يجب أن تلتزم تلك الوكالات بجميع القوانين الفيدرالية وقوانين ولاية كاليفورنيا بالإضافة إلى الامتثال لسياسات المنظمة وإجراءاتها. لمزيد من المعلومات عن أنشطة تحصيل الديون، يمكنك التواصل هاتفياً مع لجنة التجارة الفيدرالية (Federal Trade Commission) على الرقم 877-FTC-HELP (877-382-4357). في حالة إحالة حسابك إلى وكالة تحصيل ومواجهتك لمشكلات، تواصل مع قسم خدمات المرضى المالية للحصول على الدعم على الرقم 866-8600 (323).

## الحماية من الفواتير الطبية المفاجئة.

يُمنح جميع المرضى حماية من الفواتير الطبية المفاجئة. ويُرجى طلب نسخة من

“Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills”

(إخطار للمرضى – حقوقك والحماية من الفواتير الطبية المفاجئة) أو الاطلاع عليه على موقعنا الإلكتروني

[huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies)

## مصادر ومعلومات إضافية عن الفواتير والمعدلات وشفافية الأسعار:

- قد يكون المرضى مؤهلين لبرامج المساعدة الحكومية، مثل Medi-Cal أو قد يكونون أيضاً مؤهلين للتغطية المدعومة من خلال California Health Benefit Exchange (Covered California). إذا كانت لديك أسئلة عن هذه البرامج والتغطيات والمنظمات الأخرى التي يمكنها المساعدة، فتواصل مع Health Hub على الرقم 626-397-2259.
- إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بالتكاليف المتكبدة من المال الخاص بالنسبة للتأمين الصحي التجاري، فاتصل على الرقم 800-233-2771.
- للحصول على معلومات عن أسعار المنظمة ووسائل اختيار وحجز الخدمات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care).
- يوفر اتحاد تحالف المستهلكين الصحيين (Health Consumer Alliance, HCA) مساعدة مجانية للمرضى المحتاجين إلى عون في الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها وحل مشكلات الخطط الصحية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

## المرفق ب – ملف طلب المساعدة المالية



Huntington  
Health

An Affiliate of  
Cedars  
Sinai

### ملف طلب المساعدة المالية

يرجى إعادة الطلب المكتمل والمستندات المالية الداعمة إلى:

ساعات العمل: من 8 صباحاً إلى 4:30 مساءً أيام الأسبوع  
رقم الهاتف: 323-866-8600  
الوصول على مدار 24 ساعة عن طريق الفاكس: 323-866-3077  
البريد الإلكتروني: [Patient.Billing@cshs.org](mailto:Patient.Billing@cshs.org)

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit  
File 1688  
1801 W. Olympic Blvd  
Pasadena CA 91199-1688

### المساعدة المالية المطلوبة للمستندات المالية الداعمة

يرجى تقديم المستندات المالية المطلوبة أدناه. إذا كانت أي مستندات مفقودة أو غير مرفقة ، فسيتم تأخير طلبك أو رفضه. إذا كنت غير قادر على تقديم مستندات محددة ، فيرجى تقديم خطاب شرح.

#### الوثائق الأساسية:

- إثبات الدخل والدخل من غير الأجر (كما هو موضح أعلاه) o قبل شهرين من شيكات صاحب العمل أو كعب رواتب.
- o الشهران الماضيان من بيانات التحقق من البطالة أو الضمان الاجتماعي أو الإعاقة ، وما إلى ذلك.
- o الإقرار الضريبي الفيدرالي
- o إذا لم تقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً ، فقم بتضمين أحدث W2 أو 1099
- o إذا كنت غير قادر على تقديم معلومات الإقرار الضريبي بسبب التأخير في الإيداع الضريبي ، أو الإعاقة المؤقتة ، أو البطالة ، فيرجى تقديم نموذج الضرائب غير المرسل. يمكنك الحصول على نسخة عن طريق الاتصال على 1-800-908-9946 أو زيارة [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) (استخدم النموذج T-4506 أو T-EZ4506)
- o شهرين سابقين من كشوف الحسابات البنكية لجميع حسابات التدقيق والادخار والتحويل الائتماني (يرجى تضمين جميع الصفحات)
- o التحقق من الإيجار أو الرهن العقاري

#### المستندات التكميلية / الأخرى:

- إثبات الدخل من غير الأجر: o كشف إيرادات النفقة o كشف دخل الأعمال o كشف إيرادات إعالة الطفل
- إذا متزوج أو في اتحاد مدني: قدم المستندات التالية القابلة للتطبيق فيما يتعلق بزوجك / زوجتك / شريكك o إثبات الدخل والدخل غير المرتبط بالأجر (كما هو موضح أعلاه) o الإقرار الضريبي الفيدرالي - إذا لم تقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً ، فقم بتضمين أحدث W2 أو 1099 - إذا كنت غير قادر على تقديم معلومات الإقرار الضريبي بسبب التأخير في الإيداع الضريبي ، أو الإعاقة المؤقتة ، أو البطالة ، فيرجى تقديم نموذج الضرائب غير المرسل. يمكنك الحصول على نسخة عن طريق الاتصال على 1-800-908-9946 أو زيارة [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) (استخدم النموذج T-4506 أو T-EZ4506)
- o شهرين سابقين من أحدث كشوفات الحساب الخاصة بك لجميع حسابات التدقيق والادخار والتحويل الائتماني

#### ملف طلب مكتمل.

- o الطلب مكتمل مع التاريخ والتوقيع

## المرفق ب - ملف طلب المساعدة المالية

### ملف طلب المساعدة المالية

للنظر في برنامج المساعدة الكامل أو الجزئي ، يرجى إكمال هذا الطلب لمساعدة مركز سيدارز-سيناء الطبي في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي رعاية مخفضة. وليس بإمكاننا ضمان أنك ستكون مؤهلاً، حتى إذا تقدمت بطلب. سيحصل جميع المرضى على رد كتابي يُفيد بالموافقة/الرفض بعد تلقي الوثائق وملف الطلب المكتمل. تغطي سياسة المساعدة المالية الرعاية الطبية الضرورية المقدمة في مركز سيدارز-سيناء الطبي ومستشفى مارينا ديل راي وHuntington Hospital ، إلى جانب أطباء قسم الطوارئ في Cedars-Sinai وأطباء هيئة التدريس أو الأطباء التابعين لمؤسسة سيدارز-سيناء الطبية للرعاية الطبية. لا يشمل هذا البرنامج خدمات التجميل الاختيارية وأي مزودي خدمة آخرين خارج المجالات المذكورة أعلاه. يمكنك تقديم ملف الطلب المكتمل عبر البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس. وسيؤدي عدم الالتزام بتقديم جميع المعلومات المطلوبة إلى رفض الطلب.

A. يُرجى ملاحظة: إذا لم تكن تمتلك تأميناً وتستوفي معايير معينة للأهلية المقترضة لبرنامج MEDI-CAL، فلا يلزم عليك إكمال ملف الطلب هذا.

يُرجى وضع علامة في المربع إذا كنت ملتحقاً بأحد البرامج التالية:

- برنامج خدمات التغذية للمرأة والرضع والأطفال (Women, Infants and Children Nutrition, WIC)
- الخدمات المخصصة لمرضى القصور العقلي المفقدين إلى شخص يتخذ القرارات نيابة عنهم
- برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- مؤهل لبرنامج Medi-Cal، ولكن ليس لتاريخ تقديم الخدمة
- الخدمات المخصصة للمشردين
- الخدمات المخصصة لأهالي المتوفين دون ممتلكات

### معلومات المريض

اسم المريض		رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد
عنوان المنزل		المدينة		الولاية
رقم هاتف المنزل		رقم الهاتف الخليوي		الرمز البريدي
طريقة التواصل المفضلة		دخل الأسرة السنوي: دولار		
<input type="checkbox"/> البريد الأمريكي <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي		عدد الأفراد في منزلك (كما هو موضح في إقرارائك الضريبية):		
الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل				
الحالة الوظيفية		صاحب إعاقة <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> تعمل لحسابك الخاص <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل - تاريخ آخر يوم عمل: _____				
اسم صاحب العمل		رقم الهاتف		
عنوان صاحب العمل		المدينة		الولاية
				الرمز البريدي

**المرفق ب - ملف طلب المساعدة المالية**

**ملف طلب المساعدة المالية**

معلومات الزوج (الزوجة)/الشريك المنزلي/ولي الأمر/الضامن			
الصلة <input type="checkbox"/> الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> الشريك المنزلي <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الضامن <input type="checkbox"/> غير ذلك:			
الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
الحالة الوظيفية <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> تعمل لحسابك الخاص <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> صاحب إعاقة <input type="checkbox"/> عاطل - تاريخ آخر يوم عمل: _____			
اسم صاحب العمل	رقم الهاتف		
عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم التأمين الصحي (الذي يوفره صاحب العمل بما في ذلك تغطية قانون تسوية الميزانية الجامع الموحد ((Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)) <input type="checkbox"/> ليس هناك تأمين صحي مقدم			

التغطية التأمينية			
1. هل أنت مؤهل للحصول على أي تغطية تأمينية؟			
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> التأمين الصحي	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	Medicare	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الطبي	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	إدارة المحاربين القداماء	
<input type="checkbox"/> لا إذا	<input type="checkbox"/> نعم	السياسة الخارجية	
كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم المعلومات التالية.			
حامل البوليصه	جهة التأمين	رقم البوليصه	
حامل البوليصه	جهة التأمين	رقم البوليصه	

**المرفق ب - ملف طلب المساعدة المالية**

**ملف طلب المساعدة المالية**

**أسئلة الفرز**

1. هل العلاج المقدم يتعلق بأي من التالي؟  
 حادث  جريمة  إصابة عمل  غير ذلك:

2. هل عينت محامياً أو تسعى للحصول على تعويضات مقابل إصابتك أو مرضك؟  
 أ. إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم:  
 اسم المحامي \_\_\_\_\_ رقم هاتف المحامي \_\_\_\_\_

3. هل تقدمت بطلب لبرنامج Medi-Cal بالفعل؟ (قد نطلب منك القيام بذلك)  
 نعم - بانتظار الموافقة  نعم - لست مؤهلاً  لا

a. إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى وضع علامة على جميع ما ينطبق من المذكور أدناه:  
 سنك 19 عاماً أو أصغر  
 سنك 65 عاماً أو أكبر  
 كفيف  
 تتناول أدوية للتحكم في مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو النوبات  
 من ذوي الإعاقة على النحو الذي حددته إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration)  
 حامل  
 لديك أطفال تقل أعمارهم عن 19 عاماً يعيشون معك

**معلومات الأصول والنفقات**

الإجمالي	الزوج/الزوجة	المريض	الدخل الشهري الحالي
دولار	دولار	دولار	إجمالي الراتب
دولار	دولار	دولار	الدخل الصافي من عملك لحسابك الخاص
دولار	دولار	دولار	الفائدة وحصص الأرباح
دولار	دولار	دولار	العقارات أو الممتلكات المستأجرة
دولار	دولار	دولار	الضمان الاجتماعي/مخصصات التقاعد/مخصصات الإعاقة
دولار	دولار	دولار	النفقة، مدفوعات الإعاقة
دولار	دولار	دولار	غير ذلك
دولار	دولار	دولار	إجمالي الدخل الشهري
الإجمالي	الزوج/الزوجة	المريض	نفقات المعيشة الضرورية
دولار	دولار	دولار	الإيجار أو الرهن العقاري
دولار	دولار	دولار	ضرائب العقارات
دولار	دولار	دولار	المرافق والهاتف

**المرفق ب – ملف طلب المساعدة المالية**

**ملف طلب المساعدة المالية**

الإجمالي	الزوج/الزوجة	المريض	تفقات المعيشة الضرورية
دولار	دولار	دولار	النفقة، مدفوعات الإعالة
دولار	دولار	دولار	مدفوعات إيجار/قرض السيارة
دولار	دولار	دولار	التعليم
دولار	دولار	دولار	المدرسة/رعاية الطفل (الأشخاص المعالون القصر)
دولار	دولار	دولار	الطعام
دولار	دولار	دولار	التأمين
دولار	دولار	دولار	نفقات أخرى
دولار	دولار	دولار	إجمالي النفقات الشهرية

الإجمالي	الزوج/الزوجة	المريض	الديون الطبية الحالية
دولار	دولار	دولار	الديون الطبية المستحقة (Cedars-Sinai)
دولار	دولار	دولار	الديون الطبية الأخرى

الإجمالي	الزوج/الزوجة	المريض	الأصول (باستثناء حسابات التقاعد)
دولار	دولار	دولار	الحسابات الجارية/حسابات التوفير/حسابات الاتحاد الائتماني
دولار	دولار	دولار	الأسهم والسندات
دولار	دولار	دولار	حساب سوق النقد/حسابات الوساطة
دولار	دولار	دولار	شهادات الإيداع
دولار	دولار	دولار	إجمالي الأصول

أشهد بأن المعلومات الواردة في ملف الطلب هذا حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأوافق على التقدم بطلب للحصول على أي مساعدة محلية وفيدرالية وتابعة للولاية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها، للمساعدة في تخفيض مبالغ أي فواتير مقابل خدمات المستشفى والخدمات المهنية. أفهم أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها من قبل مركز Cedars-Sinai الطبي ومستشفى مارينا ديل ري وHuntington Hospital وأفوض CSMC / MDRH / HH للاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن عمد أو إذا كان ملف الطلب يحتوي على خطأ مادي أو معلومات مُغلّقة، فلن أكون مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية. وإذا كانت المساعدة المالية قد مُنحت لي مسبقاً، فقد تُلغى في ذلك الوقت وستقع مسؤولية دفع الرصيد المستحق على عاتقي.

توقيع الشخص المتقدم للحصول على مساعدة مالية

التاريخ

توقيع الزوج (الزوجة)/الشريك المنزلي/الضامن (عندما ينطبق)

التاريخ

المرفق ج - وصف لخصومات المساعدة المالية

خصومات المساعدة المالية  
إرشادات الفقر الفيدرالية

%85      %85      %90      %95      %100      خصومات المرضى غير  
المؤمن عليهم  
%60      %70      %80      %90      %100      خصومات المرضى غير المؤمن عليهم بدرجة كافية

					FPL الراتب السنوي	حجم وحدة الأسرة
\$87.480	\$80.190	\$72.900	\$65.610	\$58.320	\$14.580	1
\$118.320	\$108.460	\$98.600	\$88.740	\$78.880	\$19.720	2
\$149.160	\$136.730	\$124.300	\$111.870	\$99.440	\$24.860	3
\$180.000	\$165.000	\$150.000	\$135.000	\$120.000	\$30.000	4
\$210.840	\$193.270	\$175.700	\$158.130	\$140.560	\$35.140	5
\$241.680	\$221.540	\$201.400	\$181.260	\$161.120	\$40.280	6
\$272.520	\$249.810	\$227.100	\$204.390	\$181.680	\$45.420	7
\$303.360	\$278.080	\$252.800	\$227.520	\$202.240	\$50.560	8
					\$5.140	لكل شخص زائد، أضيف
<u>%600</u>	<u>%550</u>	<u>%500</u>	<u>%450</u>	<u>%400</u>		

ملاحظة: آخر مراجعة للجدول 2023/1/16

### المرفق د - وصف للمبالغ المفروضة بشكل عام

المبالغ المفروضة بشكل عام ("AGB") يُقصد بها المبالغ التي تُصدر بها فواتير عادةً مقابل الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا للمرضى الذين لديهم تأمين يغطي هذه الرعاية، وتُحدد وفقًا لأحكام القسم 1.501(b)-5(r) من الباب 26 من قانون C.F.R.

ستستخدم المنظمة طريقة المراجعة (Look-Back) لتحديد الحد الأقصى للمبلغ المفروض في فواتير المرضى الداخليين المؤهلين، باستخدام متوسط معدلات التعويض لبرنامج Medicare والتأمين التجاري المخصصة للمرضى الداخليين. لتقديم المزيد من الاستفادة للمرضى الداخليين المؤهلين، ستستخدم المنظمة الحد الأدنى من مبالغ AGB أو مبالغ التعويض المحددة طبقًا لنظام تصنيف المجموعات حسب خطورة التشخيص ببرنامج (Medicare Medicare Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG) لحالة الرعاية هذه في تحديد مسؤولية المريض المؤهل.

ستستخدم المنظمة طريقة المراجعة لتحديد الحد الأقصى للمبلغ المفروض في فواتير المرضى الخارجيين المؤهلين، باستخدام متوسط معدلات التعويض لبرنامج Medicare والتأمين التجاري المخصصة للمرضى الخارجيين.

ستستخدم المنظمة طريقة المراجعة لتحديد الحد الأقصى للمبلغ المفروض في فواتير مرضى غرفة الطوارئ المؤهلين، باستخدام متوسط معدلات التعويض لبرنامج Medicare والتأمين التجاري المخصصة لمرضى غرفة الطوارئ.

يتم حساب معدلات التعويض للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين ومرضى غرفة الطوارئ سنويًا على الأقل، باستخدام الحسابات التجارية وحسابات برنامج Medicare المغلقة مؤخرًا خلال آخر 12 شهرًا.

#### اعتبارًا من 2022/11/7

التعويض عن مبالغ % AGB	خصومات الدفع الذاتي غير المؤمن عليها	المنظمة
%18	%82	غرفة الطوارئ
%18	%82	مريض داخلي
%19	%81	مريض خارجي

#### اعتبارًا من 2023/7/1

التعويض عن مبالغ % AGB	خصومات الدفع الذاتي غير المؤمن عليها	المنظمة
%18	%82	غرفة الطوارئ
%18	%82	مريض داخلي
%18	%82	مريض خارجي