

Boston Children's Hospital

سياسة الائتمان والتحصيل

جدول المحتويات

1. بيان السياسة العام
2. التعريفات
3. تصنيف الخدمات
4. المساعدة في الحصول على المساعدة المالية
أ. إشعار عام حول توفر المساعدة المالية
ب. إشعار فردي حول توفر المساعدة المالية
5. تأجيل / رفض الخدمات
6. إجراءات جمع المعلومات المالية للمريض / الضامن
أ. الحصول على المعلومات
ب. نقاط جمع البيانات
ج. التحقق من صحة المعلومات التي قدمها المريض
د. الإفصاح عن المعلومات / تعيين المخصصات
هـ. تأكيد المسؤولية المالية عن الخدمات غير المشمولة
7. السداد
أ. المبالغ التأمينية
ب. الخصومات
ج. خطط السداد
د. سلطة الموافقة على تسوية الحساب
8. إصدار الفواتير وممارسات التحصيل وتحديد الدين المعلوم
أ. تحديدات الخدمات المؤهلة
ب. المرضى / الضامنون المُعْفَوْنَ من إجراءات التحصيل
ج. الإصدار الأولي للفواتير
د. متابعة التحصيل
هـ. البريد المعاد
و. حالات الإفلاس
ز. تحديد الدين المعلوم
ح. تكبيد Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) فواتير الدين المعلوم الطارئ
ط. معايير تفويض الدين المعلوم
ي. جهود التحصيل الاستثنائية والإنفاذ القانوني
ك. التوثيق
ل. حوادث السيارات
9. حقوق المريض ومسؤولياته

المرفقات:

العروض المطلوبة، المعينة بشكل منفصل

1. بيان السياسة العام

في تاريخها الطويل الحافل بخدمة أطفال بوسطن، بنيو إنغلاند وخارج حدودها، لطالما التزم مستشفى Boston Children's Hospital (المشار إليه فيما بعد باسم "المستشفى") دائماً بأن يكون مورداً للأطفال الذين يحتاجون إلى الرعاية، بغض النظر عن القدرة على السداد. وفي كل عام، بفضل الدعم الذي يتمتع به المستشفى من المجتمع والعمل المدروس لمجلس الأمناء، فإن المستشفى وأطبائه يمنحون ملايين الدولارات للرعاية الخيرية للأطفال والأسر.

يتمتع المستشفى بالتزام قوي بضمان حصول الأطفال على تغطية تأمينية كلما أمكن ذلك. يتيح المستشارون الماليون في المستشفى للإجابة على أسئلة الأسر حول التغطية العامة المتاحة للأطفال غير المؤمن عليهم، ولمساعدة الأسر على إكمال الطلبات الضرورية.

تقيم المستشفى الاحتياجات الطبية لكل مريض ووضعها المالي، وتحاول أن تكون سخية ومتجاوبة قدر الإمكان لجميع الأطفال المتقدمين للحصول على الخدمات. وللحفاظ على قدرة المستشفى على الاستجابة للحاجة الحقيقية، يتم تطبيق ممارسات حساسة ومتسقة في الوقت نفسه لإصدار الفواتير والتحصيل من المرضى وأسرهم. يتم اعتماد السياسات والإجراءات الواردة في هذه الوثيقة في محاولة لضمان تطبيق ممارسات وإجراءات إصدار الفواتير والتحصيل بشكل معقول ومتسق. تنطبق سياسة الائتمان والتحصيل هذه على جميع مواقع مستشفى Boston Children's Hospital التي تعمل تحت رخصة المستشفى.

كما يبذل المستشفى كل جهد ممكن ليكون مرناً ومتجاوباً مع الظروف الفردية. وفي المقابل، يتوقع أن تفي الأسر بالتزاماتها المالية حتى يظل المستشفى قادراً على توفير الرعاية لأولئك الأطفال الذين تكون ظروفهم في الحياة أقل حظاً.

وأخيراً، لا يجوز للمستشفى التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو المواطنة أو الأصل الأجنبي أو الدين أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو السن أو الإعاقة في سياساته أو في تطبيق السياسات المتعلقة بالحصول على المعلومات المالية والتحقق من صحتها والمبالغ التأمينية المدفوعة قبل الدخول أو قبل المعالجة وخطط الدفع وتأجيل أو رفض الدخول أو حالة المريض منخفض الدخل كما يحددها مكتب Medicaid، وتحديد المريض كمريض منخفض الدخل، أو في ممارسات إصدار الفواتير والتحصيل الخاصة.

تم وضع سياسة الائتمان والتحصيل هذه لضمان الالتزام بما يلي: (1) لائحة الخدمات المؤهلة لمخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، بحسب البند 101 من قانون لوائح ماساتشوستس 613.00؛ ومتطلبات مراكز Medicare وخدمات الدين المدموم بكل من Medicare و Medicaid (البند 42 من قانون اللوائح الفيدرالية 413.89) (3) دليل تعويض مقدم خدمات Medicare (الجزء الأول، الفصل الثالث).

2. التعريفات

الرعاية الخيرية: تسدد تكاليف المستشفى أو مركز الصحة المجتمعية للخدمات الطبية الضرورية للمرضى منخفضي الدخل غير المؤهلين للسداد من Health Safety Net Trust Fund (الصندوق الائتماني لشبكة الأمان الصحي) أو مصادر السداد العامة أو الخاصة الأخرى. كما يحافظ المستشفى على تقديم برامج رعاية خيرية محددة على النحو المبين في السياسات التي يحافظ على تطبيقها الرئيس المالي.

الخدمات المؤهلة: رسوم المستشفى أو المركز الصحي المجتمعي المؤهلة للسداد من Health Safety Net Trust Fund (الصندوق الائتماني لشبكة الأمان الصحي) وفقاً للوائح الصادرة عن كومولث ماساتشوستس.

حالات طبية طارئة: حالة طبية، جسدية أو عقلية، تظهر فيها أعراض بالخطورة الكافية، بما في ذلك ألم شديد، ويؤدي عدم وجود رعاية طبية فورية فيها بحسب تقدير شخص عادي حسيب يمتلك معرفة متوسطة عن الصحة والدواء إلى تعرض صحة الشخص أو شخص آخر لخطر جسيم أو إعاقة شديدة لوظائف الجسم أو خلل خطير في أي عضو أو

جزء من الجسم أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل كما هو محدد في القسم (B)(1)(e) 1867 من قانون الضمان الاجتماعي، المادة 42 من قانون الولايات المتحدة، البند (B)(1)(e) 1867.

الخدمات الطارئة: الخدمات الطبية الضرورية المقدمة للمريض الذي يعاني من حالة طبية طارئة.

مريض منخفض الدخل: المريض الذي يستوفي معايير التحديد كمريض منخفض الدخل المنصوص عليها في لوائح Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) الصادرة عن كومونولث ماساتشوستس. ولكي يتم تصنيف المريض على أنه منخفض الدخل، يجب أن يكون المريض مقيماً في كومونولث ماساتشوستس وأن يكون دخل الأسرة الموثق يساوي أو يقل عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)، وألا يكون مسجلاً في MassHealth Standard أو برامج MassHealth Family Assistance/Direct Coverage (المساعدة الأسرية لـ MassHealth)؛ وألا يكون محددًا على أنه مؤهل للحصول على مخصصات MassHealth وفشل في التسجيل؛ وقد لا يكون قد أنهى التسجيل في MassHealth أو Commonwealth Care بسبب الإخفاق في دفع أقساط.

الصعوبات الطبية: عبارة عن فئة من الأهلية لتغطية نفقات معينة من قبل Health Safety Net Trust Fund (الصندوق الائتماني لشبكة الأمان الصحي) / الأسر التي استنفدت النفقات الطبية المسموح بها لدخل الأسرة بحيث يعجز المريض / الأسرة عن سداد قيمة الخدمات المؤهلة (كما هو محدد في اللوائح). يتم تحديد شروط وأحكام الأهلية للصعوبات الطبية والمدفوعات من Health Safety Net Trust Fund (الصندوق الائتماني لشبكة الأمان الصحي) للخدمات المقدمة للمرضى المؤهلين للحصول على مخصصات الصعوبات الطبية في اللوائح الصادرة عن كومونولث ماساتشوستس.

الرعاية العاجلة: الخدمات الطبية الضرورية المقدمة في المستشفى أو المركز الصحي المجتمعي بعد ظهور مفاجئ لحالة طبية، سواء أكانت جسدية أو عقلية، والتي تظهر بأعراض حادة ذات شدة كافية (بما في ذلك ألم شديد) ويؤدي عدم وجود رعاية طبية فورية فيها في غضون 24 ساعة بحسب تقدير شخص عادي حسيب إلى: تعريض صحة المريض للخطر؛ أو ضعف في الوظائف الجسدية، أو اختلال وظيفي في أي جهاز أو جزء من الجسم. وتقدم خدمات الرعاية العاجلة للظروف التي لا تهدد الحياة ولا تشكل خطراً كبيراً بإصابة الصحة بالأضرار الجسيمة. ولا تشمل خدمات الرعاية العاجلة الرعاية الاختيارية أو الرعاية الأساسية.

3. تصنيف الخدمات

يمكن للأشخاص الحضور بأنفسهم، أو يمكن تقديمهم، للعلاج غير المخطط له في قسم الطوارئ في المستشفى أو في مواقع الخدمة السريرية الأخرى في المستشفى. سيتم تقييم أي مريض يحضر للحصول على خدمات الطوارئ بغض النظر عن التغطية التأمينية أو قدرته على السداد، بما يتماشى مع قانون العلاج الطبي الطارئ وحالات الولادة (Emergency Treatment and Labor Act, EMTALA). بعد تقديم الخدمات للمريض في قسم الطوارئ، يقوم الطبيب المعالج في قسم الطوارئ بتصنيف الخدمات على أنها خدمات طوارئ أو رعاية عاجلة (وفقاً للتعريفات المذكورة أعلاه)، أو غير العاجلة.

تعتبر الخدمات الانتقائية والخدمات المجدولة غير عاجلة، ومن ثم فهي لا تندرج تحت خدمات الطوارئ ولا الرعاية العاجلة، بغض النظر عن المكان الذي يتم تقديمها به. وتستخدم هذه التصنيفات من قبل المستشفى لأغراض تحديد تغطية الديون المعدومة للرعاية الطارئة والرعاية العاجلة بموجب Health Safety Net Fund (صندوق شبكة الأمان الصحي).

يحظر المستشفى أي إجراءات من شأنها أن تثني الأفراد عن التماس الرعاية الطبية الطارئة، مثل مطالبة المرضى في قسم الطوارئ بالدفع قبل تلقي العلاج للظروف الطبية الطارئة أو السماح بأنشطة تحصيل الديون التي تتعارض مع توفير الرعاية الطبية الطارئة دون تمييز.

4. المساعدة في الحصول على المساعدة المالية

سيوفر المستشفى للمرضى أو الضامنين أو غيرهم من الأطراف المسؤولة المحددة معلومات حول المساعدة المقدمة لبرامج المساعدة المالية العامة وغيرها من المساعدات، بما في ذلك Commonwealth Care و MassHealth وحالة المريض منخفض الدخل (Low Income Patient) وفقاً للوائح Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، بالإضافة إلى برامج الرعاية الخيرية وبرامج الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم. وسيبذل المستشفى جهوداً معقولة لتوفير خدمات الترجمة للمرضى أو الضامنين أو الأطراف المسؤولة الأخرى ذوي الإلتقان المحدود للغة الإنجليزية.

سيساعد المستشفى المرضى/الضامنين في إكمال طلبات البرامج العامة. يجب على المرضى أو الضامنين تقديم الوثائق المطلوبة لهذه الطلبات. وليس للمستشفى أي دور في تحديد أهلية البرنامج، وهو ما يقوم به Commonwealth. ويقع على عاتق المريض أو الضامن مسؤولية إبلاغ المستشفى عن جميع قرارات التغطية التي يتخذها Commonwealth وأي تغيير في أهلية المريض لمثل هذه البرامج.

أ. إشعار عام حول توفر المساعدة المالية. سينشر المستشفى لافتات تخطر المرضى بتوافر المساعدة المالية وبرامج أخرى للمساعدة العامة وموقع المستشفى الذي يمكن للمرضى والأسر فيه تقديم طلب للحصول على هذه المساعدة. وسيتم نشر هذه اللافتات في مناطق تواجد المرضى الداخليين والخارجيين والطوارئ/التسجيل وكذلك المكاتب التجارية التي يستخدمها المرضى عادة. وتكون اللافتات المعلقة بحجم 8 1/2 x 11 بوصة ومكتوبة بخط حجم 22، باللغة الإنجليزية والإسبانية.

ب. إشعار فردي حول توفر المساعدة المالية. سيقدم المستشفى إشعاراً فردياً بمدى توافر برامج المساعدة المالية، بما في ذلك الصعوبات الطبية، والمساعدة في التقدم بطلب لهذه البرامج، إلى أي مريض يتوقع أن يتحمل رسوماً (باستثناء عناصر أو خدمات الراحة الشخصية) التي قد لا يتم دفعها بالكامل من خلال تغطية جهة خارجية. كما سيبرج المستشفى إشعاراً حول توافر برامج المساعدة المالية، بما في ذلك الخدمات المؤهلة للمرضى منخفضي الدخل وبرامج المساعدة العامة الأخرى، ومدى توافر المساعدة في التقدم بطلب للحصول على هذه البرامج، في الفاتورة الأولية وجميع إجراءات التحصيل الكتابية الأخرى.

5. تأجيل/رفض الخدمات

لن يؤجل المستشفى أو يرفض معالجة المرضى الذين يحضرون لتلقي الرعاية الطارئة أو العاجلة أو الذين يتلقون مخصصات عامة مثل MassHealth أو Commonwealth Care أو Children's Medical Security Plan (خطة الأمان الطبي للأطفال) أو Healthy Start أو Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) أو البرامج العامة الأخرى، فقط بسبب الاعتبارات المالية.

يحتفظ المستشفى بالحق في تأجيل أو رفض تقديم خدمات غير طارئة وغير عاجلة للمريض، بما في ذلك الحالات التي يرفض فيها المريض/الأسرة الامتثال لمتطلبات الإيداع أو يفترق إلى الموارد اللازمة للدفع مقابل الخدمات سواء من مصادر خاصة أو من خلال جهات خارجية ويرفض تقديم طلب للحصول على البرامج العامة المتاحة، بما في ذلك MassHealth و Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، أو يرفض تقديم الوثائق المطلوبة لمثل هذا الطلب (الطلبات).

كلما اختار المستشفى ممارسة حقه في تأجيل أو رفض تقديم الخدمات للمريض، وقبل ممارسة هذا الحق، فسيتم الاتصال بالطبيب الذي تم تحديده على أنه طبيب المريض لتقييم الآثار الطبية/السريرية لتأجيل أو رفض الخدمات، والإقرار أو الموافقة على تأجيل أو رفض الخدمات من منظور طبي/سريري.

وفي الحالات التي يحرم فيها المريض أو يتم رفض تقديم الخدمات له، يحتفظ بالمستندات التي تثبت سبب تأجيل الخدمات أو رفضها؛ وتقييم طبيب المريض للآثار الطبية/السريرية لتأجيل أو رفض الخدمات والموافقة من منظور طبي/سريري وإقرار الطبيب أو الموافقة على تأجيل أو رفض الخدمات.

6. إجراءات جمع المعلومات المالية للمريض/الضامن

- أ. الحصول على المعلومات قبل تقديم أي من خدمات الرعاية الصحية (باستثناء حالات الطوارئ أو مستوى الرعاية العاجلة للخدمة)، فمن المتوقع أن يقدم المريض/الضامن معلومات دقيقة وفي الوقت المناسب عن وضع التأمين الصحي الخاصة به، والمعلومات الديموغرافية أو التغييرات في دخل أسرته أو وضع التأمين الصحي، ومعلومات عن أي استقطاعات أو مدفوعات مشتركة مستحقة بناءً على التزاماته الحالية المتعلقة بالتأمين أو البرنامج المالي. وستشمل المعلومات المفصلة ما يلي:
 1. الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي (إن وجد) وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية ومعلومات الجنسية والإقامة والموارد المالية السارية للمريض/الضامن والتي يمكن استخدامها لسداد الفاتورة؛
 2. والاسم الكامل لضامن المريض والعنوان ورقم الهاتف وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي (إن وجد) وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية والموارد المالية السارية والتي يمكن استخدامها لسداد فاتورة المريض؛
 3. والموارد الأخرى التي يمكن استخدامها لسداد الفاتورة، بما في ذلك برامج التأمين الأخرى، أو بوليصات التأمين على السيارات أو صاحب المنزل إذا كان العلاج بسبب حادث، وبرامج تعويض العمال، وبوليصات التأمين الطلابية، من بين خيارات أخرى.

وفي النهاية، يتعين على المريض/الضامن أن يقوم بمتابعة فاتورة المستشفى غير المسددة في الوقت المناسب، بما في ذلك أي مدفوعات مشتركة حالية، أو تأمين مشترك، أو استقطاعات. ويطلب من المريض/الضامن أيضاً إخطار شركة التأمين الصحي الحالية (إذا كان لديه واحدة) أو الوكالة التي حددت حالة تأهيل المريض في برنامج التأمين الصحي العام لأي تغييرات في دخل الأسرة أو وضع التأمين.

ويطلب من المرضى/الضامنين إخطار البرنامج العام للولاية (مثل مكتب Medicaid و Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)) بالمعلومات المتعلقة بأي مطالبة أو دعوى تأمين تغطي تكاليف الخدمات التي تقدمها المستشفى. ويطلب المريض أيضاً بتمليك جهة خارجية الحق في التسوية التي ستغطي تكلفة الخدمات التي يدفعها مكتب Medicaid أو Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي).

وعندما لا يتم تقديم المعلومات في وقت دخول المستشفى أو الموعد الذي يحدد لزيارة المرضى الخارجيين، ستجرى محاولات متتالية لجمع المعلومات اللازمة بعد الخروج من المستشفى/بعد تلقي الخدمة.

ب. نقاط جمع البيانات: يحدد ما يلي النقاط التي سيتم فيها محاولة جمع هذه المعلومات وأين ستتم ومن قبل من:

1. أثناء تحديد زيارة الدخول للمستشفى أو العيادات الخارجية: سيطلب مكتب الطبيب أو الموظف الذي يحدد ميعاد الخدمة معلومات مالية.
2. أثناء التحقق من صحة معلومات المريض: سيطلب موظفي الخدمات المالية للمرضى أو مكتب الطبيب أو موظفو المستشفى الذين يتحققون من معلومات المريض قبل تقديم الخدمة المعلومات المالية.
3. يوم دخول المستشفى/وقت الخدمة: الخدمات المالية للمرضى، أو منسقو رعاية المرضى حسب الاقتضاء. عندما يكون أي جانب من جوانب المعلومات المالية للمريض / الضامن موضع تساؤل، يمكن إحالة المريض / الضامن إلى الخدمات المالية للمرضى لتوضيح المعلومات. تنطبق هذه العملية على كل من الخدمات المحدد ميعادها والطارئة (في أقرب وقت ممكن عملياً بعد الخدمة أو دخول المستشفى، بما يتفق مع قانون العلاج الطبي الطارئ وحالات الولادة).
4. أثناء الإقامة في المستشفى: الخدمات المالية للمرضى، أو منسقو رعاية المرضى.
5. في وقت الخروج من المستشفى: موظفو الخدمات المالية للمرضى.
6. بعد الخروج من المستشفى / بعد تلقي الخدمة: موظفو الخدمات المالية للمرضى أو وكلاء إدارة الشؤون المالية للمستشفى.
7. الخدمات الطارئة: سيقوم موظفو قسم التسجيل بإجراء مقابلة والحصول على جميع المعلومات الضرورية للمرضى والمعلومات المالية والتحقق من صحتها بأسرع ما تسمح به لوائح

قانون العلاج الطبي الطارئ وحالات الولادة. وسيتم السعي للحصول على المعلومات التي لم يتم الحصول عليها في وقت دخول المستشفى من خلال الاتصال بالمريض و / أو الضامن وإجراء المقابلات طوال فترة إقامة المريض، أو في وقت خروجه إذا كانت جميع المحاولات الأخرى غير ناجحة. وفي حالة التفويض من قبل المريض أو الكفيل، سيتم إجراء اتصالات مع أشخاص آخرين للحصول على معلومات لتقييم قدرتها على دفع ثمن الخدمات المقدمة.

8. **التحقق من أهلية الحصول على مخصصات MassHealth:** للخدمات المقدمة للمريض غير المؤمن عليه، سيقوم موظفو الخدمات المالية للمرضى بالتحقق من خلال نظام MassHealth EVS و / أو Virtual Gateway (البوابة الافتراضية) التي يديرها المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ولاية ماساشوستس سواء أكان المريض مؤهلاً للحصول على مخصصات MassHealth أو Commonwealth Care، أو قدم طلباً للحصول على أي منهما، أو غيرها من البرامج.

ج. تحقق المستشفى من صحة المعلومات المالية للمريض: يقوم موظفو الخدمات المالية للمرضى، أو الموظفون الإداريون في قسم الرعاية السريرية، أو منسقو رعاية المريض ببذل جهود معقولة ودؤوبة للتحقق من صحة المعلومات المالية التي يقدمها المريض في أقرب وقت ممكن بعد تقديمها لها، لحين وقت الخروج من المستشفى أو وقت توفير الخدمة للمرضى الخارجيين. إذا تعذر التحقق من صحة المعلومات قبل ذلك الوقت، فقد يحاول قسم الخدمات المالية للمرضى أو وكلاؤه التحقق من صحة المعلومات أثناء عملية إصدار الفواتير والتحويل.

وبالنظر إلى عمر مجموعة المرضى في المستشفى، عادة ما يقوم الوالد أو الوصي بتوفير معلومات تأمين المرضى والمعلومات المالية. إذا كانت هناك معلومات إضافية مطلوبة أثناء وجود المريض في المستشفى، يتصل موظفو الخدمات المالية للمرضى أو منسقو رعاية المريض بممرضة الرعاية الأولية للمريض أو من ينوب عنها للحصول على إذن بالاتصال بالمريض أو أسرة المريض.

وستشمل جهود المستشفى المعقولة والدؤوبة، على سبيل المثال لا الحصر، طلب معلومات عن حالة التأمين الخاصة بالمريض، والتحقق من أي قواعد بيانات تأمين عامة أو خاصة متاحة، وفقاً لقواعد إصدار الفواتير لمسدد معروف من جهة خارجية، واستئناف الادعاء المرفوض عندما يتم السداد مقابل الخدمة بالكامل أو جزئياً من قبل شركة تأمين.

كما سيبذل المستشفى جهوداً معقولة ودؤوبة للتحقيق فيما إذا كان مورد الجهة الخارجية مسؤولاً عن الخدمات التي يقدمها المستشفى، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: (1) بوليصة تأمين السيارة أو مسؤولية مالك المنزل، (2) وبوليصة التأمين ضد حادث عام أو إصابة شخصية (3) وبرنامج تعويض العمال، (4) وبوليصة تأمين الطلاب، وغيرها. وسيبذل المستشفى المرضى بمسؤوليتهم ليتسنى لهم إبلاغ البرنامج العام المناسب بأي تغييرات في الدخل أو وضع التأمين. ووفقاً للأنظمة المعمول بها في الولاية أو عقد التأمين، فإنه لأي مطالبة أدت فيها الجهود المعقولة والدؤوبة للمستشفى إلى استرداد مطالبة الرعاية الصحية التي يتم تقديم فاتورة بها إلى شركة تأمين خاصة أو برنامج حكومي، سيبذل المستشفى بهذا الاسترداد وخضمه من المطالبة المدفوعة من قبل شركة التأمين الخاصة أو البرنامج العام. وإذا كان لدى المستشفى معرفة مسبقة ويتمتع بالقدرة القانونية، فسيحاول تأمين توكيل المريض لحقه لتغطية الجهة الخارجية فيما يتعلق بالخدمات المقدمة بسبب حادث

د. **الإفصاح عن المعلومات / تعيين المخصصات:** قد يطلب من المريض/الضامن التوقيع على تعيين مخصصات التأمين أو مصادر دفع جهة خارجية أخرى (مثل المدفوعات الناتجة عن الإجراءات التصديرية) مباشرة إلى المستشفى مقابل الخدمات المقدمة، من أجل الإفصاح عن المعلومات عند الاقتضاء لسداد هذه الاستحقاقات. وقد يوضح التحويل أيضاً أنه قد يكون المريض / الكفيل مسؤولاً مالياً عن الرسوم التي لا يشملها التخصيص.

ه. **تأكيد المسؤولية المالية عن الخدمات غير المشمولة:** عندما لا يتم الحصول على إذن من شركة التأمين الخاصة بالمريض قبل الخدمة، سيطلب من المريض/الضامن التوقيع على بيان يقر بأنه قد تم

إخطاره بعدم وجود الإذن المطلوب وإبلاغه بمسؤوليته المالية المحتملة عن الخدمات التي تقرر في النهاية أن تكون خدمات غير مشمولة.

7. السداد

بشكل عام، من المتوقع أن يتم السداد بالكامل عند استلام فاتورة من المستشفى.

أ. المبالغ التأمينية

- 1. الخدمات الطارئة:** لن يطالب المستشفى أي مريض أو ضامن بأي مبلغ تأميني علاجي كشرط لتلقي الرعاية الطارئة، بغض النظر عن قدرة المريض أو الضامن على السداد.
- 2. الخدمات غير الطارئة:** قد يطالب المستشفى بمبلغ تأميني قبل دخول المستشفى وذلك لخدمات الرعاية الداخلية أو الخارجية غير الطارئة من المريض (أو ضامنه) الذي يفتقر إلى التغطية التأمينية الكافية للخدمة التي سيتم تقديمها، وليس مُعفى من إجراءات التحصيل، ولم يشترك بخطة سداد لدى المستشفى.
- 3. أحكام خاصة للمرضى المؤهلين لـ Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي):** لن يُطالب أي مريض يحدد على أنه من أصحاب الدخل المنخفض أن يدفع مبلغًا تأمينيًا. وقد يُفرض على المريض/الضامن الذي يحدد على أنه من المرضى أصحاب الدخل المنخفض شرط الاستقطاع لتقديم مبلغ تأميني يصل إلى 20% من المبلغ المستقطع منه/منها والذي يصل 500 دولار. قد يُطالب المريض/الضامن المؤهل لمخصصات الصعوبات الطبية (Medical Hardship) بتقديم مبلغ تأميني يصل إلى 20% من مشاركته/مشاركته في برنامج الصعوبات الطبية يصل إلى 1000 دولار. وتخضع جميع الأرصدة المتبقية لشروط خطة السداد المنصوص عليها في البند 101 من قانون لوائح ماساتشوستس 613.08

ب. الخصومات: لا تكون الخصومات على حسابات المرضى مستحقة لـ Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) ولن يتم تقديمها إليها. يقدم المستشفى خصومات تصل إلى 40% من الرسوم للأفراد غير المؤمن عليهم، اعتمادًا على الانضباط في موعد السداد. لا تتوفر خصومات على المدفوعات المشتركة ومبالغ الاستقطاعات. ويحافظ الرئيس المالي على تطبيق سياسات الخصم في المستشفى.

ج. خطط السداد: في حالة عدم قدرة المريض/الضامن على سداد فاتورة المستشفى الخاصة به عند الاستلام، وتقرر عدم أهليته للحصول على مخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) أو البرامج العامة الأخرى المعمول بها، قد يقدم المستشفى للمريض/الضامن ترتيب عمليات السداد على مدى فترة طويلة من الزمن.

سيوفر المستشفى للمرضى الذين لديهم رصيد 1000 دولار أو أقل، بعد المبلغ التأميني الأولي، على الأقل خطة سداد لمدة سنة واحدة بدون فائدة ويكون الحد الأدنى للسداد الشهري لا يزيد عن 25 دولارًا. للمرضى الذين لديهم رصيد أكثر من 1000 دولار، بعد المبلغ التأميني الأولي، سيتم تقديم خطة سداد بدون فوائد لمدة عامين على الأقل. وفي حالات الظروف الاستثنائية، سيتم النظر في طلبات خطط السداد على مدى عامين على أساس كل حالة على حدة. لا يطالب المستشفى بأي خطة دفع للمرضى الذين يعفون تمامًا من إجراءات التحصيل بموجب سياسة الانتماء والتحصيل هذه.

لا يقدم المستشفى ومواقعه المرخصة، بما في ذلك Martha Eliot Health Center، خطط سداد قابلة للخصم للمرضى المؤهلين لمخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) - جزئيًا.

د. سلطة الموافقة على تسوية الحساب: يجوز أن يخول الأفراد المشار إليهم أدناه التسويات الإدارية للحسابات والمبالغ المستردة للمرضى / الضامنين أو غيرهم من المسددين للمبالغ المذكورة أدناه:

1. ما يصل إلى 1000 دولار: مشرف الخدمات المالية للمرضى
2. ما يصل إلى 10,000 دولار: مدير الخدمات المالية للمرضى
3. ما يصل إلى 50,000 دولار: عضو مجلس إدارة لقسم الخدمات المالية للمرضى
4. 50,000 دولار أو أكثر: الرئيس المالي

8. إصدار الفواتير وممارسات التحصيل وتحديد الدين المدعوم

يبدل المستشفى نفس الجهود المستمرة لإصدار الفواتير والتحصيل لجميع حسابات المرضى غير المؤمن عليهم كما هو الحال لحساب أي تصنيف آخر للمرضى.

أ. تحديدات الخدمات المؤهلة. يتبع المستشفى اللوائح والمبادئ التوجيهية الصادرة عن كومولث ماساشوستس (Commonwealth of Massachusetts) في إدارة أهلية المطالبة بمخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) وغيرها من برامج المساعدة العامة.

يحافظ المستشفى على الامتثال لمتطلبات إصدار الفواتير المعمول بها، بما في ذلك لوائح وزارة الصحة العامة (البند 105 من قانون لوائح ماساشوستس 130.332) لعدم سداد خدمات محددة أو الدخول إلى المستشفى ثانية والتي يحددها المستشفى على أنها نتيجة لحادث خطير لازم الإبلاغ عنه (Serious Reportable Event, SRE). يتم استبعاد الحوادث الخطيرة اللازم الإبلاغ عنها التي لا تحدث في المستشفى من هذا القرار بعدم السداد. ولا يطلب المستشفى أيضاً السداد من مريض منخفض الدخل تم تحديده على أنه مؤهل لمخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) وتم رفض مطالباته في البداية من قبل برنامج التأمين بسبب خطأ في إصدار الفواتير الإدارية من قبل المستشفى. كما يحافظ المستشفى على جميع المعلومات وفقاً لقوانين الخصوصية والأمان وسرقة الهوية الفيدرالية والخاصة بالولاية المعمول بها.

ب. المرضى/الضامنون المُعْفُون من إجراءات التحصيل: لا يشترط المستشفى أو يشارك في إجراءات التحصيل فيما يتعلق بأي مريض يبتين أنه:

1. مُسجل في برنامج MassHealth، أو يحصل على مخصصات بموجب برنامج Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (المساعدة الطارئة لكبار السن والمعاقين والأطفال)، أو برنامج Health Start (إلا أن المستشفى قد يصدر فاتورة لهؤلاء المرضى للمدفوعات المشتركة والاستقطاعات المطلوبة بموجب برامج المساعدة هذه). يجوز للمستشفى الشروع في إعداد الفواتير للمريض الذي يدعي أنه مشارك في أي من هذه البرامج ولكنه أخفق في تقديم دليل على هذه المشاركة؛ وعند استلام هذا الدليل (الذي يتضمن إيصالاً أو تحققاً من صحة طلب موقع)، يتوقف المستشفى عن أنشطة التحصيل.
2. مشارك في Children's Medical Security Plan (خطة الأمان الطبي للأطفال) ويساوي دخله الأسري %400 من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر أو أقل من ذلك. يجوز للمستشفى الشروع في إعداد الفواتير للمريض الذي يدعي أنه مشارك في خطة الأمان الطبي للأطفال (Children's Medical Security Plan, CMSP) ولكنه أخفق في تقديم دليل على هذه المشاركة؛ وعند استلام هذا الدليل (الذي يتضمن إيصالاً أو تحققاً من صحة طلب موقع)، يتوقف المستشفى عن أنشطة التحصيل.
3. يُعفى المريض منخفض الدخل من إجراءات التحصيل لأي خدمات مؤهلة تم تلقاها خلال الفترة التي تم تحديدها فيها على أنه مريض منخفض الدخل (باستثناء المدفوعات المشتركة والاستقطاعات المتعلقة بتلك الخدمات المؤهلة). قد يستمر المستشفى في سداد فاتورة المرضى منخفضي الدخل للخدمات المؤهلة التي تم تقديمها قبل تصنيفهم كمرضى منخفضي الدخل، ولكن لا يتم ذلك إلا بعد انتهاء صلاحية تصنيفه كمرضى منخفض الدخل أو إنهاؤها.
4. يعفى المرضى منخفضو الدخل الذين يبلغ دخل أسرهم ما بين %201-400 من مستوى الفقر الفيدرالي من إجراءات التحصيل للجزء من الفاتورة الذي يتجاوز الاقتطاع وقد تصدر له فاتورة بقيمة السداد المشترك والاستقطاعات بما يتفق مع لوائح الولاية.

5. المريض أو الأسرة المؤهلة للحصول على مخصصات الصعوبات الطبية، فيما يتعلق بالمبلغ من الفاتورة الذي يتجاوز مساهمة الصعوبات الطبية (على النحو المحسوب وفقاً للوائح المعمول بها). إذا أصبحت المطالبة التي تم اعتبارها بالفعل ديناً معدوماً للخدمات الطارئة مؤهلة للسداد من مخصصات الصعوبات الطبية من Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، فسوقوف المستشفى نشاط التحصيل من المريض لهذه الخدمات.

لا يُعفى المرضى منخفضو الدخل من إجراءات التحصيل لأي خدمات بخلاف الخدمات المؤهلة التي يتم تقديمها بناءً على طلب المريض أو الضامن والتي وافق المريض أو الضامن على أن يكون مسؤولاً عنها. يجب على المستشفى الحصول على موافقة كتابية من المريض أو الضامن بأن يلتزم بسداد فاتورة هذه الخدمات.

ج. الإصدار الأولي للفواتير: باستثناء المرضى المُعفين من إجراءات التحصيل كما هو محدد أعلاه، سيقوم المستشفى بإصدار فاتورة أولية للمريض/الضامن أو جهة خارجية معينة. سيستثنى الجزء من الحساب، الذي يكون المريض/الضامن مسؤولاً عنه والذي سيتم تحرير فاتورة للمريض/الضامن به، ذلك المبلغ الذي تغطيه مخصصات Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) والجزء الذي يتجاوز مساهمة الصعوبات الطبية، حسب الاقتضاء.

د. متابعة التحصيل: يستخدم المستشفى الوكالات الخارجية لأداء أنشطة التحصيل على حسابات الدفع الذاتي، ويلزم أي من هذه الوكالات بالمعايير المحددة في سياسات الخدمات المالية للمريض بالمستشفى فيما يتعلق بممارسات التحصيل المعمول بها من وقت لآخر، والتي يجب أن تكون متسقة مع سياسة الائتمان والتحصيل هذه. وتخضع جميع حسابات الدفع الذاتي لنشاط التحصيل المستمر وستخضع لما لا يقل عن ثلاثة إجراءات تحصيل. وقد تتضمن إجراءات التحصيل التي يقوم بها المستشفى أو الوكالة المعنية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

1. الإصدار الأولي للفواتير
2. البيانات المالية (تُرسل كل 30 يوماً بعد تحديد المطالبة بالدفع الذاتي)
3. خطاب متابعة (يُرسل عن طريق البريد من الدرجة الأولى أو البريد المعتمد)
4. المكالمات الهاتفية
5. عقد اجتماعات مع الضامن أو أي طرف آخر مسؤول

ه. البريد الذي تم إعادة إرساله: سيتم التحقيق في الحسابات التي تم استلام بريد تمت إعادة إرساله وهو خاص بها من أجل تحديد مكان المريض و/أو الضامن. وستشمل الجهود المبذولة للحصول على عنوان حالي، كحد أدنى:

1. مراجعة جميع السجلات والمواعيد الداخلية لتحديد ما إن كان تم توثيق عنوان أحدث؛
 2. والاتصال بأي من الأقارب أو الأصدقاء المعلمين؛
 3. ومراجعة دليل الهاتف الحالي.
- يجوز للمستشفى أن يُشرك وكالات خارجية للقيام بأنشطة تفتي الآثار الإضافية. وسيحتفظ بتوثيق للجهود المبذولة لتحديد مكان الطرف المسؤول عن الالتزام.

و. حالات الإفلاس: عند استلام الإشعار القانوني بإفلاس المريض/الضامن، سنتوقف جميع أنشطة التحصيل وتتم تسوية الحساب. لا تكون الخصومات على حالات الإفلاس مستحقة على Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) ولن يتم تقديمها إليها.

ز. تحديد الدين المعدوم: بعد فشل جهود التحصيل المعقولة في تسديد رسوم على الحساب، يمكن تصنيف رصيد الحساب على أنه ديون معدومة وفقاً لسياسة الائتمان والتحصيل وأية سياسات أخرى في إدارة الشؤون المالية (لا تتعارض مع سياسة الائتمان والتحصيل هذه).

شروط تحديد الديون المعدومة الفورية: عندما يتم الحصول على المعلومات لتصنيف الحساب على أنه دين معدوم في أي وقت خلال عملية متابعة التحصيل، يمكن اعتبار الحساب على الفور ديوناً معدومة دون أي إجراء آخر للتحصيل. وتشمل هذه الفئة ما يلي:

1. محاولة غير ناجحة لتحديد سبب الإخفاق في تسليم البريد الذي يتم إعادته على أنه غير قابل للتسليم. يتم تصنيف الحسابات غير قابلة للتسليم أو ذات "العنوان غير الصحيح" التي تابعها موظفي البريد من موظفو الخدمات المالية للمرضى وتم البحث عن العنوان الصحيح/الاتصال قبل وضع الحساب في حالة الديون المعدومة. ويتم توثيق أنشطة المتابعة.
2. محاولة غير ناجحة لتحديد رقم هاتف العمل بعد أن تم توقف الخدمة عن هاتف المريض/الضامن.
3. إخطار كتابي أو شفهي بعدم رغبة المريض/الضامن في السداد أو رفضه.
4. استلام الإخطار الرسمي من شركة التأمين بأنها قد دفعت المخصصات للمشارك، وقد أجرت محاولة واحدة غير ناجحة على الأقل للاتصال بالمريض/الضامن بعد هذا الإخطار من شركة التأمين.

تكبيد Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) فواتير الدين المعدوم الطارئ: بالإضافة إلى اتباع ممارسات التحصيل المذكورة أعلاه، سترسل المستشفى خطاباً معتمداً إلى أي مريض (باستثناء المريض الذي تمت إعادة إخطارته بأنها "غير قابلة للتسليم" أو "عنوان غير صحيح") مدين برصيد مستحق يزيد عن 1,000 دولار في حالات الطوارئ والخدمات ذات الصلة قبل إرسال الرصيد إلى Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي). وسيتم تكبيد Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) فاتورة الحساب فقط في حالة عدم سدادها لأكثر من 120 يوماً من تاريخ إشعار الإصدار الأولي للفاتورة، وسيتم توثيق الجهود المعقولة المبذولة للتحصيل خلال تلك الفترة في السجل المالي للمريض. بالنسبة للخدمات المقدمة إلى المرضى غير المؤمن عليهم، سيتحقق موظفو الخدمات المالية للمرضى من صحة المعلومات من خلال نظام MassHealth EVS و / أو Virtual Gateway (البوابة الافتراضية) أن المريض إما غير مؤهل للحصول على مخصصات MassHealth أو لم يقدم طلباً للحصول عليها وأن المريض ليس من ذوي الدخل المنخفض).

ح. معايير تفويض الدين المعدوم: يتنوع تفويض تصنيف أي حساب على أنه دين معدوم وفقاً لمبلغ الرسوم على الحساب كما يلي:

1. ما يصل إلى 5000 دولار: مشرف خدمة العملاء/الدفع الذاتي
2. ما يصل إلى 10,000 دولار: مدير خدمة العملاء/الدفع الذاتي
3. ما يصل إلى 50,000 دولار: عضو مجلس إدارة لقسم الخدمات المالية للمرضى
4. 50,000 دولار أو أكثر: الرئيس المالي

ط. جهود التحصيل الاستثنائية والإنفاذ القانوني: بشكل عام، لا تتخذ المستشفى "إجراءات تحصيل استثنائية". وتشمل إجراءات التحصيل الاستثنائية بيع الديون إلى مقدم خدمة آخر، والإبلاغ عن المعلومات المثبته حول الفرد إلى وكالة إبلاغ للانتماء الاستهلاكي أو مكتب الانتماء، أو تأجيل أو رفض أو المطالبة بالسداد قبل تقديم الرعاية الطبية الضرورية بسبب عدم سداد الفرد لفاتورة أو أكثر من فواتير الرعاية التي سبق تقديمها بموجب سياسة المساعدة المالية للمستشفى، أو فرض رهن على محل الإقامة الشخصية أو المركبات أو نزع ملكيته عن أي منهما، أو حجز الأجور، و / أو رفع دعوى مدنية. وتتطلب أي قرارات لتنفيذ أي إجراءات تحصيل استثنائية تصويت مجلس الأمناء. سيطلب المستشفى ووكلاؤه بأن يثبتوا لمجلس الأمناء أنه قد تم بذل جهود معقولة لتحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة بموجب سياسة المساعدة المالية لديه قبل التوصية بإجراءات تحصيل غير عادية. لن تبدأ إجراءات التحصيل الاستثنائية حتى مرور 120 يوماً على الأقل من تاريخ تقديم المستشفى أول بيان فواتير لتكاليف الرعاية بعد الخروج من المستشفى، ويتطلب تقديم إشعار كتابي إلى المريض بشأن توفر المساعدة المالية قبل 30 يوماً على الأقل من التنفيذ. ويجب أن يشير الإخطار الخطي أيضاً إلى نشاط التحصيل الاستثنائي الذي يعتزم المستشفى الشروع فيه، فضلاً عن تاريخ بدء النشاط. وفي حالة تنفيذ إجراءات التحصيل الاستثنائية، يوقف المستشفى جميع الإجراءات في حالة استلام طلب المساعدة المالية بحيث لا تتجاوز فترة المراجعة 30 يوماً.

قبل السعي للإنفاذ القانوني، يبذل المستشفى ووكلاؤه جهودًا معقولة لتحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة بموجب سياسة المساعدة المالية. ويجب أن يتضمن الجهد المعقول إخطارًا خطيًا بتوفر المساعدة المالية التي يجب أن تتضمن موعدًا نهائيًا يمكن بعده بدء هذا الإنفاذ القانوني. ويجب ألا يتجاوز الموعد النهائي المحدد 30 يومًا من تاريخ الإخطار. ولن يتم البدء بالإنفاذ القانوني إلا بعد مرور 120 يومًا على الأقل من تاريخ تقديم المستشفى أول بيان فواتير للرعاية بعد الخروج من المستشفى.

ك. المستندات: سيوثق المستشفى النشاط الذي ينطوي عليه تصنيف الحساب والإبلاغ عنه كديون معدومة. وحيث إن المستشفى يحتفظ بنظام "غير ورقي" للتعامل مع حسابات المرضى الداخليين والخارجيين، فيمكن الحفاظ على توثيق نشاط هذه الخدمات على نظام الكمبيوتر الخاص بالمستشفى في ملاحظات شاملة بدلاً من الورق.

ل. حوادث السيارات: سيقدم المستشفى مطالبة بسداد الخدمات المؤهلة المقدمة للمرضى منخفضي الدخل المصابين في حوادث سيارات فقط في حالة (1) تحققه مما إذا كان المريض، سواء أكان سائقًا و/أو مالك السيارة، لديه بوليصة تأمين ضد حوادث السيارات؛ (2) وبذله جميع الجهود للحصول على معلومات الجهات الخارجية التي ستسدد نيابة عن المريض. (3) واحتفاظه بأدلة على بذله هذه الجهود، بما في ذلك توثيق المكالمات الهاتفية والرسائل الموجهة إلى المريض؛ (4) وتقديمه مطالبة بالسداد بشكل صحيح إلى شركة تأمين المسؤولية عن حوادث السيارات حيثما انطبق. وبالنسبة لحوادث السيارات وجميع الأموال المستردة الأخرى عن المطالبات التي سبق إصدار فواتير بها إلى Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، فسيقدم المستشفى تقريرًا حول أي استرداد للأموال إلى مكتب Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي). وسيتم خصم الأموال المستردة من مبلغ المطالبة المتعلقة بالخدمات المؤهلة.

9. حقوق المريض ومسؤولياته

- A. يجب على المستشفى أن ينصح المرضى بحقوقهم في:
1. التقدم بطلب للحصول مخصصات MassHealth، و Commonwealth Care، والتصنيف كمرضى منخفضي الدخل (Low Income Patient)، والصعوبات الطبية (Medical Hardship)؛ و
 2. وخطة دفع، كما هو موضح في سياسة الائتمان والتحصيل هذه واللوائح المعمول بها، إذا كان قد تم تصنيف المريض على أنه منخفض الدخل أو مؤهل لإعانة الصعوبات الطبية.
- B. يجب على المريض الذي يتلقى الخدمات المؤهلة:
1. توفير جميع الوثائق المطلوبة؛
 2. إبلاغ MassHealth بأي تغييرات في دخل الأسرة أو وضع التأمين، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الدخل والميراث والهياكل والتوزيعات من الصناديق، وتوافر التأمين الصحي، والمسؤولية تجاه الغير. ويجوز للمريض، في المقابل، أن يقدم هذا الإخطار إلى المستشفى
 3. ويتابع المريض الاستقطاعات ويقدم وثائق إلى المستشفى تفيد بأن قد تم استنزاف جميع الاستقطاعات عند تصنيف فرد من أفراد الأسرة أو أكثر على أنه مريض منخفض الدخل أو إذا تلقى المريض أو أفراد الأسرة الخدمة المؤهلة من أكثر من مقدم خدمة؛
 4. إبلاغ قسم الشؤون المالية وسياسة الرعاية الصحية أو MassHealth عندما يقع للمريض حادث، أو يعاني من مرض أو إصابة، أو غيرها من الخسائر التي أدت أو قد تؤدي إلى دعوى قضائية أو مطالبة بالتأمين. يجب على المريض:
 - أ. تقديم مطالبة بالتعويض؛
 - ب. الامتثال لجميع متطلبات قوانين ماساتشوستس العام، الفصل G118، ويتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
 - (1) منح الإدارة الحق في استرداد مبلغ يساوي المبلغ الذي تسدده Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) والمقدم من عائدات أي مطالبة أو إجراءات أخرى ضد جهة خارجية؛

(2) تقديم معلومات عن المطالبة أو أي إجراء آخر، والتعاون بشكل كامل مع الإدارة أو مقاولها، ما لم تقرر الإدارة أن التعاون لن يكون في مصلحة المريض أو سيؤدي إلى ضرر جسيم أو إعاقة انفعالية؛

(3) إخطار الإدارة أو MassHealth كتابيًا خلال 10 أيام من تقديم أي مطالبة أو دعوى مدنية أو إجراء آخر؛

(4) تسديدًا لـ Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) من الأموال المستلمة من جهة خارجية لجميع الخدمات المؤهلة لـ Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) والمقدمة بعد أو في تاريخ وقوع الحادث أو حادث آخر بعد أن يصبح المريض منخفض الدخل وذلك لأغراض سداد Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي)، وذلك فقط لسداد Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) المقدم نتيجة الحادث أو غير ذلك من الحوادث.

ج. تقوم الإدارة باسترداد المبالغ مباشرة من المريض إلى الحد الذي تلقى به المريض مدفوعات من جهة خارجية للحصول على الرعاية الطبية المدفوعة من قبل Health Safety Net (شبكة الأمان الصحي) أو إلى الحد المحدد في البند 101 من قانون لوائح ماساتشوستس (5) 613.06