

السياسة والإجراءات الإدارية

الموضوع:	سياسة المساعدة المالية	الرقم:
المالك:	مكتب الرئيس	
تاريخ السريان تاريخ المراجعة التاريخ:	تاريخ: 4/30/2018	تحل محل:
المرجع:		

**الغرض:**

تخضع مستشفى Montefiore Mount Vernon Hospital (التي يشار إليها باسم المركز الطبي) للتوجيهات الخاصة بمهمة معينة ترمي إلى توفير الرعاية عالية الجودة لكل مرضاها. ونحن ملتزمون بتوفير الخدمات لكل المرضى، بما في ذلك أولئك الموجودين في المنطقة التي توفر فيها الخدمات والذين لا يكون لديهم تغطية تأمين صحي والذين لا يمكنهم دفع مقابل كل أو جزء من الرعاية الضرورية التي يتلقونها في المركز الطبي. ونحن ملتزمون بعلاج كل المرضى بشكل يتسم بالرحمة، من سرير المريض وحتى مكتب الفوترة، بما في ذلك جهود تحصيل المدفوعات التي نبذلها. وبالإضافة إلى ذلك، فإننا ملتزمون بالدفاع عن القدرة الموسعة إلى الوصول إلى تغطية الرعاية الصحية لكل سكان نيويورك.

ويلتزم المركز الطبي بالحفاظ على سياسات للمساعدة المالية تتسق مع مهتمه وقيمه وتضع في الاعتبار قدرة الفرد على الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية التي تكون ضرورية من الناحية الطبية.

**توجيهات السياسة:**

تهدف هذه السياسة إلى تغطية توجيهات المركز الطبي فيما يتعلق بتوفير المساعدة المالية للمرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية الطارئة أو الضرورية من الناحية الطبية والذين لا يكون لديهم تأمين صحي أو بعد استنفاد كل مصادر المدفوعات المرتبطة بالتأمين. ويتم توفير المساعدة المالية إلى المرضى الذين يتم تأكيد أنهم لا يمكنهم دفع مقابل الخدمات، في مقابل عدم الرغبة في الدفع، تلك الحالات التي يتم اعتبارها ديوناً معدومة. وتغطي السياسة كل الخدمات التي يتم توفيرها في مستشفى Montefiore Mount Vernon وعيادة الأمراض المعدية وACT/ICM (برنامج الرعاية الصحية العقلية).

1. تتاح المساعدة المالية للتالي ذكرهم:

- المرضى غير المؤمن عليهم والذين يقيمون في المنطقة الرئيسية التي يوفر فيها المركز الطبي الخدمات والذين يتلقون الخدمات الضرورية من الناحية الطبية أو الرعاية في الحالات الطارئة (انظر المرفق أ للتعرف على مخطط ومستويات المساعدة المالية)؛
- والمرضى الذين يقيمون في المنطقة الرئيسية التي يوفر فيها المركز الطبي الخدمات والذي استنفدوا الامتيازات الطبية الخاصة بهم في خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية أو الرعاية الطارئة.

• باستثناء للخدمات الرعاية الطارئة، يجب أن يكون المرضى من المقيمين في المنطقة الرئيسية التي يوفر فيها المركز الطبي الخدمات لكي تصبح الخدمة المعينة مؤهلة من الناحية الفنية للاستفادة من المساعدة المالية. المنطقة الرئيسية التي يوفر فيها المركز الطبي الخدمات هي ولاية نيويورك. ويكون المرضى الذين يقيمون خارج نطاق ولاية نيويورك والذين يتلقون الرعاية العاجلة مؤهلين للاستفادة من المساعدة المالية.

• أهلية الحصول على المساعدة المالية للرعاية غير الطارئة للأشخاص غير المقيمين في ولاية نيويورك يتم تقريرها وفقاً لكل حالة على حدة، وهي تتطلب موافقة نائب الرئيس. إذا تمت الموافقة على تلقي المريض للمساعدة المالية كاستثناء، يتم فحصهم باستخدام نفس المعايير السارية على المرضى الذين يسكنون في المنطقة الرئيسية التي يوفر فيها المركز الطبي الخدمات (من ناحية إجمالي الدخل وعدد أفراد الأسرة مقارنةً بمستوى الفقر الفيدرالي).

• لا تعد الإجراءات الاختيارية التي لا تعد ضرورية من الناحية الطبية (على سبيل المثال، جراحات التجميل وعلاج الخصوبة) مؤهلة للاستفادة من المساعدة المالية. يمكن أن يحصل المرضى على خصم للدفع الذاتي مقابل الخدمات غير الخاضعة للتغطية.

• تلتزم سياسة المساعدة المالية بتوجيهات قانون العلاج الطبي والعمل في حالات الطوارئ (EMTALA).

2. لا يفرض المركز الطبي أي حد على الخدمات اعتماداً على الحالة الطبية للمريض.

3. تتواجد مكاتب المساعدة المالية في:

12 North 7<sup>th</sup> Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Main Cashiers Office (914-361-6899/  
[MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org)).

تتاح نسخ ورقة من سياسة المساعدة المالية و / أو ملخص المساعدة المالية و / أو طلب المساعدة المالية حسب الطلب، بدون تكلفة، عبر البريد أو عبر

البريد الإلكتروني. يمكن أن يتم إرسال طلبات البريد الإلكتروني إلى [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org) كما يمكنك العثور على نسخ من تلك الوثائق على موقع الويب التالي الخاص بالمنشأة:

<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>

4. يمكن أن يقدم المرضى غير المؤمن عليهم والذين يتلقون الخدمة في مواقع العيادات الخارجية للمركز الطبي طلباتهم للحصول على المساعدة المالية في وقت التسجيل في العيادة. يمكن أن يزور كل المرضى الذين يتلقون الخدمات عبر Montefiore مكتب المساعدة المالية المشار إليه أعلاه لبدء الطلبات الخاصة بهم أو إكمالها.

5. يتم تقرير الأهلية للحصول على المساعدة المالية في أكثر وقت مبكر في عملية التخطيط والجدولة قدر الإمكان. يساعد المستشارون أي مرضى يحتاجون إلى المساعدة فيما يتعلق بإكمال طلبات المساعدة المالية. ولن يتم على الإطلاق تأجيل خدمات الطوارئ إلى أن يتم إصدار القرارات المتعلقة بالمساعدة المالية. ويمكن أن يقدم المرضى طلبات الاستفادة من المساعدة المالية قبل تلقي الخدمات أو بعد تلقي الفاتورة. يمكن أن يقدم المرضى طلبات الحصول على المساعدة المالية بعد أن يتم إرسال الفاتورة إلى وكالة التحصيل. لا يوجد موعد نهائي للوقت الذي يمكن أن يطلب فيه المريض إكمال طلب الحصول على المساعدة المالية.

6. تكون الموافقات على المساعدة المالية سارية لمدة عام واحد. ويتم إعادة تقييم المرضى للتحقق من أهليتهم للحصول على المساعدة المالية كل عام.

7. ويتوقع من المرضى أو الأطراف المسؤولة عن دفع الأموال التعاون مع المركز الطبي فيما يتعلق بتقديم طلب للحصول على تغطية التأمين العام المتاحة (على سبيل المثال، برنامج Medicaid و Child Health Plus و Qualified Health Plans (أثناء فترة فتح الاشتراكات)) إذا تم تقرير أنهم ربما يكونوا مؤهلين لهذه البرامج قبل أن يتم إصدار القرارات النهائية فيما يتعلق بأهليتهم للحصول على المساعدة المالية. لا تكون الأهلية للحصول على المساعدة المالية مشروطة بإكمال طلب الاشتراك في برنامج Medicaid كما أنه لن يتم تأخير القرار في انتظار إصدار برنامج Medicaid لقراره.

8. يتم استخدام إجمالي الدخل المرتبط بتوجيهات الدخل الخاصة بمستوى الفقر الفيدرالي المنشور والمعدل وفقاً لعدد أفراد الأسرة لتقرير الأهلية للحصول على المساعدة المالية. وتعتمد القرارات على الدخل السنوي فقط. ولا يتم وضع الأصول في الاعتبار.

9. يتحقق المركز الطبي من الدخل الحالي. يكون الدليل المقبول الذي يوضح الدخل كما يلي:

- بيان البطالة
- الضمان الاجتماعي/خطاب مبلغ المعاش
- كعوب إيصالات الدفع/خطاب التحقق من العمل
- خطاب الدعم
- خطاب تأكيد بشرح الدخل و / أو الدعم و / أو الوضع المالي الحالي إذا لم يكن هناك أي دليل آخر متاح للدخل

10. يتاح فريق العمل المالي للمساعدة فيما يتعلق بالاستشارات التي تخص المساعدة المالية. تتم مراجعة طلبات المساعدة المالية واتخاذ القرارات بشأنها على وجه السرعة وخلال 30 يوم عمل بالنسبة للخدمات غير الطارئة. ويتاح للمرضى 30 يوماً لتقديم استئناف ضد قرار المساعدة المالية المبدئي. يتلقى المرضى قرارات المساعدة المالية عبر البريد، مع وجود إشعار في أسفل خطاب الموافقة / الرفض يشرح كيفية استئناف القرار. ينصح المرضى بتجاهل أي فاتورة يتم تلقيها أثناء كون الطلب قيد المعالجة. لن يتم إرسال الحسابات الخاصة بالمرضى الذين أكملوا طلبات المساعدة المالية إلى شركات التحصيل أثناء كون الطلبات قيد المعالجة.

11. يتم إبلاغ المرضى وفريق العمل ووكالات خدمة المجتمع المحلي بسياسات المساعدة المالية الخاصة بالمركز الطبي. تتاح سياسة المساعدة المالية الخاصة بالمركز الطبي بعدة لغات لأي طرف يرغب في الحصول على تلك المعلومات في المواقع التالية:

- مكاتب القبول
- مكاتب التسجيل في غرف الطوارئ
- <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
- عبر البريد عند الطلب
- من خلال الاتصال بمكتب المساعدة المالية على الرقم 914-361-6899 أو عبر البريد الإلكتروني على العنوان [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org)

تتم طباعة إتاحة المساعدة المالية وأرقام الهاتف الخاصة بالمكتب على الجزء السفلي من كل الفواتير الصادرة من المستشفى. كما يتم كذلك نشر لافتات في المداخل تخبر المرضى بمواقع الغرف حيث يمكنهم الحصول على المساعدة المالية.

يتم تدريب كل فرق عمل الاستقبال والتسجيل ووكالات التحصيل على سياسة المساعدة الطبية الخاصة بالمركز الطبي. يتم توفير خدمة داخلية لكل المناطق تحتوي على تعليمات حول المكان الذي يجب إرسال المرضى الذين يحتاجون إلى المساعدة المالية إليه.

12. يمكن أن يستأنف المرضى قرارات المساعدة المالية الصادرة عن المركز الطبي إذا تم رفض منحهم المساعدة المالية أو إذا رأوا أن القرار ليس في صالحهم يجب أن يقدم المرضى الذين يستأنفون قرارات المساعدة المالية دليلاً على الدخل الحالي والنفقات الحالية. ويتاح للمرضى 30 يوماً لإكمال طلبات الاستئناف ضد قرار المساعدة المالية ويتم إبلاغهم بالقرارات عبر البريد خلال 30 يوماً من تاريخ تقديم طلبات الاستئناف. بناءً على المعلومات المتاحة، يمكن أن يتم تقييم المرضى للاستفادة من المزيد من الخصومات أو خطط الدفع الممتدة.

13. ويتم توفير خطط الدفع للمرضى إذا لم يكونوا قادرين على تقديم المدفوعات المخفضة بشكل كامل. يجب ألا تتجاوز المدفوعات الشهرية 10% من الدخل الشهري للمريض. كما يتم كذلك توفير خطط الدفع الموسعة من خلال عملية الاستئنافات. إذا قام المريض بعمل إيداع، يتم تضمينه كجزء من المدفوعات للوفاء برصيد المساعدة المالية الخاص به. لا يفرض المركز الطبي فوائد على أرصدة المرضى.

14. يحتفظ المركز الطبي بسياسة منفصلة للفوترة والتحصيل. ويمكن الاطلاع على تلك السياسة على موقع الويب الخاص بالمركز الطبي: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ويمكن طلب نسخة مطبوعة منها من خلال الاتصال بمكتب المساعدة المالية.

15. يتلقى المرضى إشعارًا قبل 30 يومًا من إرسال أي حساب إلى وكالة تحصيل بسبب الفشل في طلب أو إكمال طلب المساعدة المالية أو بسبب الفشل في تقديم المدفوعات المتعلقة برصيد المساعدة المالية.

16. **معايير وكالة التحصيل الرئيسية:**  
بمجرد أن تتم إحالة الحساب إلى وكالة التحصيل الرئيسية، فإنها تلك الوكالة تستخدم عملياتها الداخلية بالبحث عن تأمين برنامج Medicaid النشط، مع التحقق من العنوان ورقم الهاتف، والأهلية المحتملة للحصول على الرعاية الخيرية إذا لم يكن المريض قد تم فحصه بالفعل، بالإضافة إلى عملية التحقق من الرد على البريد. عند إكمال هذه العملية، يتم إجراء جهود التحصيل التالية:

- يتم إرسال خطاب إلى أربعة خطابات على الأقل
- يتم إجراء مكالمات هاتفية
- يتم إرجاع الحسابات التي تعرض أصحابها للوفاة أو الإفلاس لشطبها
- يتم إغلاق الحسابات التي لا يستدل على عناوين أصحابها أو التي لا تحتوي على رقم هاتف وإرجاعها إلى MMC لإحالتها إلى وكالات التحصيل الثانوية
- يتم إغلاق الحسابات التي تستمر محاولة تحصيلها بشكل نشط لمدة 180 يومًا من يوم الإحالة ويتم إرجاعها إلى MMC لإحالتها إلى وكالات التحصيل الثانوية

**معايير وكالة التحصيل الثانوية:**  
بمجرد أن تتم إحالة الحساب إلى وكالة التحصيل الرئيسية، فإنها تلك الوكالة تستخدم عملياتها الداخلية بالبحث عن تأمين برنامج Medicaid النشط، مع التحقق من العنوان ورقم الهاتف، والأهلية المحتملة للحصول على الرعاية الخيرية إذا لم يكن المريض قد تم فحصه بالفعل، بالإضافة إلى عملية التحقق من الرد على البريد. عند إكمال هذه العملية، يتم إجراء جهود التحصيل التالية:

- يتم إرسال خطاب إلى أربعة خطابات على الأقل
- يتم إجراء مكالمات هاتفية
- يتم إرجاع الحسابات التي تعرض أصحابها للوفاة أو الإفلاس لشطبها
- يتم إغلاق الحسابات التي لا يستدل على عناوين أصحابها أو التي لا تحتوي على رقم هاتف وإرجاعها إلى MMC لشطبها
- يتم إغلاق الحسابات التي تستمر محاولة تحصيلها بشكل نشط لمدة -180 يومًا من يوم الإحالة ويتم إرجاعها إلى MMC لشطبها

17. يحظر المركز الطبي عمليات التحصيل التي يتم تنفيذها ضد المرضى المؤهلين للاستفادة من برنامج Medicaid في وقت توفير الخدمات.

18. كل وكالات التحصيل التي تعمل مع المركز الطبي لديها نسخة من سياسة المساعدة المالية للمركز الطبي وتقوم بإحالة أي مريض يحتاج إلى المساعدة إلى المركز الطبي لتقييم حالته وتخفيض الفاتورة اعتمادًا على الدخل السنوي وعدد أفراد الأسرة.

19. يقيس مكتب المساعدة المالية الامتثال لسياسته من خلال إرسال "مراقبين متخفين" إلى مناطق الاستقبال والتسجيل للتحقق من نشر اللافتات ومن توافر المخلصات وإتاحتها ومن أن الزملاء على دراية بأن المركز الطبي يوفر المساعدة المالية.

20. يتم منح المساعدة المالية الكاملة للمرضى الذين عليهم فواتير دفع ذاتي معلقة وتغطية حالية من برنامج Medicaid.

21. ولا تعد حالة الهجرة معيارًا يستخدم لتقرير الأهلية.

22. يستخدم المركز الطبي التحليل التنبؤي للمساعدة في قرارات الرعاية الخيرية في حالة غياب طلبات المساعدة المالية المكتملة. يتم استخدام Transunion لإجراء عملية الفحص تلك. ولا تجعل هذه النتائج المرضى غير مؤهلين للحصول على المساعدة

المالية. إذا قام المريض بإكمال طلب المساعدة المالية مع وجود وثائق تؤكد أن دخله أقل من الفئة المحددة باستخدام التحليل التنبؤي، ويتم تخفيض المسؤولية المالية للمريض بشكل إضافي إلى مبلغ أقل. إذا كان المستهلك لديه أي أسئلة أو مشكلات فيما يتعلق بالاستفسار، يمكنه الاتصال بخط الائتمان لرعاية العملاء في شركة Transunion على الرقم (800)-916-8800.

23. سوف توفر بيانات الفوترة الخاصة بالمركز الطبي النصائح للمرضى إذا كانوا قد تلقوا المساعدة المالية أو خصومات الدفع الذاتي.
24. لا يستخدم المركز الطبي إجراءات التحصيل الاستثنائية. وتشتمل إجراءات التحصيل الاستثنائية التي لا نستخدمها على ما يلي:
- حجز التحفظي على الأجور
  - إبلاغ وكالات الائتمان
  - بيع الديون
25. يمكن أن يتصل المرضى الذين لديهم أي شكاوى فيما يتعلق بسياسة أو عملية المساعدة المالية الخاصة بالمركز الطبي بالخط الساخن للشكاوى بإدارة الصحة في ولاية نيويورك على الرقم 1-800-804-5447. كما يتم تضمين تلك المعلومات كذلك في خطابات الرفض.
26. بالنسبة للأفراد غير المؤمن عليهم بنسبة تساوي أو أقل من 100% من مستوى الفقر الفيدرالي والذين تتم الموافقة على حصولهم على المساعدة المالية، تقتصر المسؤولية المالية على مبالغ المدفوعات الدنيا المشار إليها أدناه للخدمات التالية (انظر المرفق أ للتعرف على الأسعار):
- العيادات الداخلية - 150 دولارًا / الخروج من المستشفى
  - الجراحة الجواله - 150 دولارًا / إجراء
  - غرفة الطوارئ وخدمات العيادات للبالغين - 15 دولارًا / زيارة
  - غرفة الطوارئ وخدمات العيادات لما قبل الولادة وللأطفال - بدون تكلفة
27. بالنسبة للأفراد غير المؤمن عليهم بنسبة تساوي أو أقل من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي والذين تتم الموافقة على حصولهم على المساعدة المالية، تعتمد المسؤولية المالية للمريض على مقياس متغير للأجور بحد أقصى المبالغ التي ربما تم دفعها مقابل نفس الخدمات من خلال برنامج Medicaid أو Medicare، (انظر المرفق أ للتعرف على الأسعار).
28. كما أن سياسة المساعدة المالية للمركز الطبي كذلك تمتد لتشمل الأفراد غير المؤمن عليهم بنسبة بين 300% و500% من مستوى الفقر الفيدرالي والذين تتم الموافقة على حصولهم على المساعدة المالية (انظر المرفق أ للتعرف على الأسعار).
29. بالنسبة للأفراد غير المؤمن عليهم بنسبة تتجاوز 500% من مستوى الفقر الفيدرالي والذين يقطنون في المنطقة الرئيسية التي يوفر بها المركز الطبي الخدمات والذين يحصلون على الرعاية الضرورية طبيًا أو الرعاية الطبية الطارئة فإنهم يكونون مؤهلين للحصول على خصومات تميز (انظر المرفق أ للتعرف على الأسعار).
30. يستخدم المركز الطبي أسلوب الوضع السابق لحساب المبلغ الذي يتم إصدار الفواتير به بصفة عامة. يتم تقييم معدلات المساعدة المالية والمبلغ الذي يتم دفعه بصفة عامة بحلول الثلاثين من أبريل من كل عام تقويمي. يتم استخدام معدلات برنامج Medicare والجهات التجارية الدافعة في حساب المبالغ التي يتم دفعها بصفة عامة. تتاح النسبة المئوية للمبالغ التي يتم إصدار الفواتير بها بصفة عامة (AGB) حسب الطلب في أي موقع من مواقع المساعدة المالية. بعد إصدار القرار بالأهلية للمساعدة المالية، لا يمكن أن يتم فرض ما يزيد عن المبالغ التي يتم إصدار الفواتير بصفة عامة بها للرعاية الطارئة الضرورية من الناحية الطبية للأشخاص المؤهلين للاستفادة من سياسة المساعدة المالية.
- يتم إجراء مقارنة للنسبة المئوية للمبالغ التي يتم إصدار الفواتير بها بصفة عامة مع معدل فئة المساعدة المالية للمرضى الذين يكون مستوى دخلهم مساويًا لنسبة 100% من مستوى الفقر الفيدرالي وحتى نسبة 500% من مستوى الفقر الفيدرالي. الحد الأقصى لمبلغ خدمات المستشفى في المرفق أ كما يلي (حتى نسبة 500% من مستوى الفقر الفيدرالي):

- يجب ألا يتجاوز معدل زيارة ED 26% من النفقات واجبة السداد للمستشفى.
- يجب ألا يتجاوز معدل الجراحة الجواله 33% من النفقات واجبة السداد للمستشفى.

- يجب ألا يتجاوز معدل العلاج الطبي من الأورام 37% من النفقات واجبة السداد للمستشفى.
- يجب ألا يتجاوز معدل زيارات العيادات / الباثولوجي / العلاج الكلوي / فحوصات الأشعة / العلاج بالأشعة 37% من النفقات واجبة السداد للمستشفى.
- يجب ألا يتجاوز معدل إدخال مرضى العيادات الداخلية في حالات الطوارئ 38% من النفقات واجبة السداد للمستشفى.

31. قائمة موفري الرعاية (وهي قائمة تضم موفري الرعاية بخلاف المستشفيات) والذين يوفران الرعاية الضرورية طبياً وفي حالات الطوارئ في منشآت المستشفى. توضح القائمة ما إذا كان موفرو الرعاية خاضعون للتغطية من خلال سياسة المساعدة المالية أم لا. ويتم الاحتفاظ بهذه المعلومات في فهرس منفصل، ويتم تحديثها كل ربع سنة. يمكن أن يحصل المرضى على نسخة عبر موقع ويب المساعدة المالية التالي <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> أو يمكنك طلب الحصول على نسخة مطبوعة من خلال زيارتنا أو من خلال الاتصال بمكاتب المساعدة المالية مجاناً:

12 North 7<sup>th</sup> Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Main Cashiers Office 914-361-6899

يتم عمل أي استثناءات للحدود الواردة أعلاه حسب كل حالة على حدة، ويتطلب ذلك الحصول على موافقة من نائب رئيس الشركة لشؤون المقبوضات للخدمات الصحية أو نائب الرئيس لشؤون الخدمات الاحترافية أو نائب الرئيس لشؤون التمويل. أثناء تنفيذ هذه السياسة، تلتزم إدارة ومنشآت المركز الطبي بكل القوانين واللوائح والقواعد الفيدرالية والمحلية والخاصة بالولاية الأخرى والتي يمكن أن تسري على الأنشطة التي يتم تنفيذها وفقاً لهذه السياسة.

### المرفق أ: مخطط ومستويات المساعدة المالية

فئات الدخل الإجمالي (الحدود العليا)											2018 مستوى الفقر المحدد فيدرالياً - حجم العائلة
11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
أكثر من %500	%500	%400	%300	%250	%200	%185	%175	%150	%125	%100	
\$60,700	\$60,700	\$48,560	\$36,420	\$30,350	\$24,280	\$22,459	\$21,245	\$18,210	\$15,175	\$12,140	1
\$82,300	\$82,300	\$65,840	\$49,380	\$41,150	\$32,920	\$30,451	\$28,805	\$24,690	\$20,575	\$16,460	2
\$103,900	\$103,900	\$83,120	\$62,340	\$51,950	\$41,560	\$38,443	\$36,365	\$31,170	\$25,975	\$20,780	3
\$125,500	\$125,500	\$100,400	\$75,300	\$62,750	\$50,200	\$46,435	\$43,925	\$37,650	\$31,375	\$25,100	4
\$147,100	\$147,100	\$117,680	\$88,260	\$73,550	\$58,840	\$54,427	\$51,485	\$44,130	\$36,775	\$29,420	5
\$168,700	\$168,700	\$134,960	\$101,220	\$84,350	\$67,480	\$62,419	\$59,045	\$50,610	\$42,175	\$33,740	6
\$190,300	\$190,300	\$152,240	\$114,180	\$95,150	\$76,120	\$70,411	\$66,605	\$57,090	\$47,575	\$38,060	7
\$211,900	\$211,900	\$169,520	\$127,140	\$105,950	\$84,760	\$78,403	\$74,165	\$63,570	\$52,975	\$42,380	8
\$21,600	\$21,600	\$17,280	\$12,960	\$10,800	\$8,640	\$7,992	\$7,560	\$6,480	\$5,400	\$4,320	لكل شخص إضافي يجب إضافة

\* استناداً إلى المبادئ التوجيهية لمستوى الفقر المحدد فيدرالياً لسنة 2018

## الزيارات إلى غرفة الطوارئ:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا للبالغين و0 دولار لما قبل الولادة والأطفال
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 35 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 45 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 65 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 110 دولارات
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 155 دولارًا
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 180 دولارًا
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 225 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 700 دولار
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 1500 دولار

## الدخول للعيادات الداخلية في الحالات الطارئة:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 150 دولارًا لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 300 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 500 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 2800 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 4700 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 6600 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 7600 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 9500 دولار لكل عملية صرف من المستشفى
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 11000 دولار لكل عملية صرف من المستشفى

- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 16000 دولار

زيارات العيادات (لمواقع ممارسات Montefiore، وعيادة الصحة العقلية، ومكتب الأورام، وخدمات الكلى، والمعمل، والبياثولوجي):

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا للبالغين و0 دولار لما قبل الولادة والأطفال
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 20 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 30 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 45 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 75 دولارًا
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 105 دولارات
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 120 دولارًا
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 150 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 200 دولار
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 350 دولارًا

الإجراءات الضرورية طبيًا - الجواله (باستثناء الجهاز الهضمي والمعوي):

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 150 دولارًا لكل إجراء
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 300 دولار لكل إجراء
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 400 دولار لكل إجراء
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 600 دولار لكل إجراء
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 1000 دولار لكل إجراء
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 1400 دولار لكل إجراء
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 1600 دولار لكل إجراء
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 2000 دولار لكل إجراء



- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 3500 دولار لكل إجراء
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 5000 دولار

#### الإجراءات الضرورية طبيًا - الجهاز الهضمي والمعوي:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 100 دولار لكل إجراء
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 150 دولارًا لكل إجراء
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 200 دولار لكل إجراء
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 300 دولار لكل إجراء
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 500 دولار لكل إجراء
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 700 دولار لكل إجراء
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 800 دولار لكل إجراء
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 1000 دولار لكل إجراء
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 1800 دولار لكل إجراء
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 2500 دولار

#### الأشعة - الأشعة السينية:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا

- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 50 دولارًا
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 100% من معدل تعويض الصليب الأزرق

#### الأشعة - الموجات فوق الصوتية:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 15 دولارًا
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 20 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 25 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 30 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 35 دولارًا
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 40 دولارًا
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 45 دولارًا
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 50 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 100 دولار
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 100% من معدل تعويض الصليب الأزرق

#### الأشعة - صورة الثدي الشعاعية:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 25 دولارًا
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 30 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 35 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 40 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 50 دولارًا
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 60 دولارًا

- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 70 دولارًا
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 90 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 130 دولارًا
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 100% من معدل تعويض الصليب الأزرق

#### الأشعة - التصوير بالأشعة المقطعية المحوسبة:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 40 دولارًا
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 45 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 50 دولارًا
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 60 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 75 دولارًا
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 90 دولارًا
- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 105 دولارات
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 130 دولارًا
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 250 دولارًا
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 100% من معدل تعويض الصليب الأزرق

#### الأشعة - الرنين المغناطيسي:

- حتى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي - 150 دولارًا
- حتى 125% من مستوى الفقر الفيدرالي - 175 دولارًا
- حتى 150% من مستوى الفقر الفيدرالي - 200 دولار
- حتى 175% من مستوى الفقر الفيدرالي - 250 دولارًا
- حتى 185% من مستوى الفقر الفيدرالي - 300 دولار
- حتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي - 350 دولارًا

- حتى 250% من مستوى الفقر الفيدرالي - 400 دولار
- حتى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي - 500 دولار
- حتى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - 550 دولارًا
- أكثر من 500% من مستوى الفقر الفيدرالي - خصم متميز بقيمة 100% من معدل تعويض الصليب الأزرق

بالنسبة لمعاملات المستشفى التي تصل إلى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي، هناك مقارنة مع المبلغ الذي يتم إصدار الفواتير به بصفة عامة ويكون المريض مسؤولاً عن المبلغ الأقل من المبلغين.

**كل المبالغ الواردة أعلاه تشتمل على الرسوم الإضافية التي تفرضها ولاية نيويورك.**

يمكن استئناف كل القرارات التي ليست في صالحك أو التي يتم فيها رفض طلبك خلال 30 يومًا من تاريخ القرار.

مُعتمدة بواسطة: \_\_\_\_\_ التاريخ: **4/30/2018**

جويل إيه بيرلمان  
نائب الرئيس التنفيذي