

تحالف كامبريدج الصحي

سياسة الفواتير والتحصيلات المالية

1 نيسان/أبريل 2025

تحالف كامبريدج الصحي

سياسة الفواتير والتحصيلات المالية

جدول المحتويات

- 1 جدول محتويات سياسة الفواتير والتحصيلات المالية الخاصة بالمستشفى
- 2 أولاً: جمع المعلومات حول الموارد المالية للمريض والتغطية التأمينية
- 5 ثانياً: ممارسات الفوترة والتحصيلات المالية في المستشفيات
- 6 ثالثاً: السكان المعفيون من أنشطة التحصيلات المالية
- 7 رابعاً: إجراءات التحصيلات المالية الاستثنائية
- 8 خامساً: وكالات التحصيلات المالية الخارجية
- 9 سادساً: الإيداعات وخطط التقسيط

سياسة الفواتير والتحصيلات المالية الخاصة بالمستشفى

تقع على عاتق المستشفى مسؤولية ائتمانية لتأمين جميع المصادر الممكنة لتحصيل الأموال مقابل الخدمات التي قدمها، وسوف يعمل المستشفى مع كل مريض للحصول على معلومات شخصية ومالية أساسية قبل تقديم أي خدمات رعاية صحية، باستثناء الحالات التي يتم فيها تقديم الخدمات لمريض تم تحديد أنه يعاني من حالة طبية طارئة أو يحتاج إلى خدمات رعاية طبية عاجلة.

وتشمل هذه المصادر عادةً، على سبيل المثال لا الحصر، شركات التأمين التابعة لأطراف ثالثة، وبرامج المساعدة الخاصة والعامة التي يكون المريض أو المنظمة مؤهلاً لها، والمريض نفسه. تتوفر خدمات المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم، وكذلك للمرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ، والذين يحتاجون إلى الدعم في تحديد قدرتهم على دفع تكاليف الخدمات. تتم حماية أي معلومات شخصية و/أو مالية خاصة بالمريض أو الأسرة بشكل صارم من قبل المستشفى وفقاً لجميع قوانين الخصوصية والأمن وسرقة الهوية الفيدرالية والولائية المعمول بها. يستخدم المستشفى المعايير التالية لغرض الفوترة والتحصيلات المالية من المرضى:

أولاً: جمع المعلومات حول الموارد المالية للمريض والتغطية التأمينية

1) يلتزم المريض بتقديم معلومات دقيقة وفي الوقت المناسب عن أحدث المعلومات الديموغرافية، وحالة التأمين، والتغيرات في دخل الأسرة أو تغطية السياسة الجماعية (إن وجدت)، وإذا كانت معروفة، معلومات عن المبالغ المستقطعة أو المدفوعات المشتركة المطلوبة بموجب التأمين أو البرنامج المالي المعمول به. يجب أن تتضمن المعلومات التفصيلية لكل عنصر، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. الاسم الكامل، العنوان، رقم الهاتف، تاريخ الميلاد، رقم الضمان الاجتماعي (إن وجد)، خيارات تغطية التأمين الصحي الحالية، معلومات الجنسية والإقامة، والموارد المالية المتاحة للمريض والتي يمكن استخدامها لدفع فاتورته.

ب. وإن وجد، الاسم الكامل لضامن المريض، وعنوانه، ورقم هاتفه، وتاريخ ميلاده، ورقم الضمان الاجتماعي (إن وجد)، وخيارات تغطية التأمين الصحي الحالية، والموارد المالية المعمول بها والتي يمكن استخدامها لدفع فاتورة المريض.

ج. الموارد الأخرى التي يمكن استخدامها لدفع فاتورته، بما في ذلك برامج التأمين الأخرى، أو سياسات التأمين على المركبات أو المنازل عندما تكون الخدمات المقدمة مرتبطة بحادث، أو برامج تعويض العمال، أو سياسات التأمين على الطلاب، وأي دخل عائلي آخر مثل الميراث أو الهدايا أو التوزيعات من صندوق ائتماني متاح، من بين أمور أخرى.

2) تقع على عاتق المريض مسؤولية تتبع فواتير المستشفى غير المدفوعة، بما في ذلك أي مدفوعات مشتركة، والتأمين المشترك، والمبالغ المستقطعة، والاتصال بالمستشفى في حالة احتياجه إلى المساعدة في دفع بعض أو كل رصيده المستحق.

3) تقع على عاتق المريض مسؤولية إبلاغ شركة التأمين الصحي الحالية الخاصة به (إن وجدت)، أو الوكالة الحكومية التي حددت حالة أهلية المريض في برنامج عام، بأي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين. كما يمكن للمستشفى مساعدة المريض في تحديث أهليته في برنامج عام في حالة حدوث أي تغييرات في دخل الأسرة أو حالة التأمين، بشرط أن يخبر المريض المستشفى بأي تغييرات في حالة أهليته.

4) سيعمل المستشفى مع المريض للتأكد من أنه على دراية بواجبه في إخطار المستشفى والبرنامج المعمول به الذي يتلقى فيه المساعدة (على سبيل المثال: MassHealth أو Health Connector أو Health Safety Net أو Medical Hardship)، بأي معلومات تتعلق بتغيير في دخل الأسرة، أو إذا كان جزءًا من مطالبة تأمينية قد تغطي تكلفة الخدمات التي يقدمها المستشفى.

5) في حال وجود مصدر ثالث مثل، على سبيل المثال لا الحصر، التأمين على المنزل أو السيارة، يمكن عن طريقه تغطية تكلفة الرعاية بسبب حادث أو واقعة أخرى، فسوف يعمل المريض مع المستشفى أو البرنامج المعمول به (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، MassHealth أو Health Connector أو Health Safety Net) لتعيين الحق في استرداد المبلغ المدفوع أو غير المدفوع مقابل هذه الخدمات.

6) سيبدأ المستشفى كل الجهود المعقولة والحثيثة لجمع معلومات التأمين الخاصة بالمريض وغيرها من المعلومات للتحقق من تغطية خدمات الرعاية الصحية التي سيقدمها المستشفى.

أ. سيتم تأخير الحصول على المعلومات الشخصية أو المالية للمرضى الذين يتلقون العلاج لحالة طبية طارئة أو يحتاجون إلى خدمات رعاية عاجلة حتى يتم تقديم العلاج.

ب. قد تحدث تلك الإجراءات قبل الموعد المحدد، أو أثناء التسجيل الأولي للمريض شخصيًا في أحد مواقع المستشفى للحصول على خدمة، أو في أوقات أخرى.

ج. سيتلقى المرضى إشعارًا من المستشفى بشأن توفر خيارات التغطية من خلال برامج المساعدة العامة المتاحة (بما في ذلك التغطية من خلال MassHealth أو برنامج دفع مساعدة الأقساط الذي تديره Health Connector أو Children's Medical Security Program أو Health Safety Net أو Medical Hardship) على فواتير الفواتير المرسله إلى المريض أو ضامن المريض بعد تقديم الخدمات.

د. وسوف يقوم المستشفى أيضًا بإجراءات التحقق الواجبة من خلال أنظمة التحقق المالي العامة أو الخاصة الموجودة لتحديد حالة أهلية المريض للتغطية التأمينية العامة أو الخاصة. وسوف يحاول المستشفى جمع مثل هذه المعلومات قبل تقديم أي خدمات رعاية صحية غير طارئة وغير عاجلة.

هـ. تشمل جهود التحقق الواجبة التي يبذلها المستشفى، على سبيل المثال لا الحصر، طلب معلومات حول حالة التأمين الخاصة بالمريض، والتحقق من أي قواعد بيانات تأمين عامة أو خاصة متاحة، واتباع قواعد الفوترة والتفويض، والاستئناف حسب الاقتضاء ضد المطالبة المرفوضة عندما تكون الخدمة مستحقة الدفع كليًا أو جزئيًا من قبل شركة تأمين خارجية معروفة قد تكون مسؤولة عن تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأخيرة للمريض.

و. عندما يتم إبلاغ موظفي التسجيل في المستشفى من قبل المريض بالتغييرات التي تطرأ على دخل أسرته أو حالة التأمين، بما في ذلك أي دعوى قضائية أو مطالبة تأمينية قد تغطي تكلفة الخدمات التي يقدمها المستشفى، فإنهم سيعملون مع المريض لضمان توصيل المعلومات ذات الصلة إلى البرامج العامة المناسبة.

ز. في حالة عدم تمكن المريض أو الضامن أو الوصي من تقديم المعلومات المطلوبة، ومنح المريض موافقته، سيبدل المستشفى جهودًا معقولة للاتصال بالأقارب والأصدقاء والضامن/الوصي و/أو أطراف ثالثة مناسبة أخرى للحصول على معلومات إضافية.

ح. تشمل جهود التحقق الواجبة المعقولة التي يبذلها المستشفى للتحقيق فيما إذا كانت شركة تأمين الطرف الثالث أو أي مورد آخر قد تكون مسؤولة عن تكلفة الخدمات التي يقدمها المستشفى، على سبيل المثال لا الحصر، تحديد ما إذا كانت هناك سياسة قابلة للتطبيق لتغطية تكلفة المطالبات من المريض، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- أ. سياسة مسؤولية المركبات الآلية أو أصحاب المنازل
- ب. سياسة الحماية العامة من الحوادث أو الإصابات الشخصية
- ج. برامج تعويض العمال
- د. سياسات التأمين الطلابي

ط. في حالة تمكن المستشفى من تحديد طرف ثالث مسؤول أو تلقي دفعة من طرف ثالث أو مورد آخر (بما في ذلك من شركة تأمين خاصة أو برنامج عام آخر)، فسوف يقوم المستشفى بالإبلاغ عن الدفعة إلى البرنامج المعمول به وتسجيلها، إذا كان ذلك ينطبق وفقًا لمتطلبات معالجة المطالبات الخاصة بالبرنامج، مقابل أي مطالبة قد تكون دفعتها الجهة الخارجية أو مورد آخر. بالنسبة لبرامج المساعدة العامة الحكومية التي دفعت بالفعل تكلفة الخدمات، لا يُطلب من المستشفى تأمين تعهد من المريض في تغطية خدمات الطرف الثالث. في هذه الحالات، يجب أن يكون المريض على علم بأن برنامج الدولة المختص قد يحاول الحصول على مخصصات مقابل تكاليف الخدمات المقدمة للمريض.

ثانيًا: ممارسات الفوترة والتحصيلات المالية في المستشفيات

1) لدى المستشفى عملية موحدة ومتسقة لجمع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات والفواتير بغض النظر عن الحالة التأمينية للمريض. على وجه التحديد، في حالة وجود رصيد غير مدفوع حالي لدى المريض يتعلق بخدمات غير مغطاة بخيار تغطية عام أو خاص، فإن المستشفى سوف يتبع إجراءات التحصيل/الفوترة المعقولة التالية، والتي تتضمن:

أ. فاتورة أولية (كشف مالي) تُرسل إلى المريض أو الطرف المسؤول عن الالتزامات المالية الشخصية للمريض؛ ستتضمن الفاتورة الأولية معلومات حول توفر المساعدة المالية (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، MassHealth أو برنامج دفع مساعدة الأقساط الذي تديره Health Connector أو Children's Medical Security Program أو Health Safety Net أو Medical Hardship) لتغطية تكلفة فاتورة المستشفى؛

ب. التواصلات اللاحقة بما في ذلك الفواتير (الكشوفات المالية)، والمكالمات الهاتفية، ورسائل التحصيلات المالية، وإشعارات الاتصال الشخصية، وإشعارات الكمبيوتر، أو أي طريقة إخطار أخرى تشكل جهدًا حقيقيًا للاتصال بالطرف المسؤول عن الفاتورة غير المدفوعة وتتضمن معلومات حول كيفية تمكن المريض من الاتصال بالمستشفى للحصول على المساعدة المالية؛

ج. توثيق الجهود البديلة لتحديد الطرف المسؤول عن الالتزام المالي، أو عنوانه البريدي الصحيح على الفواتير أو الكشوفات المالية التي أعادتها الخدمة البريدية لأسباب مثل "العنوان غير صحيح" أو "غير قابلة للتسليم".

د. بالنسبة للمرضى الذين لا يملكون أي تغطية تأمينية، سيرسل المستشفى إشعارًا نهائيًا بالبريد المعتمد للمرضى غير المؤمن عليهم الذين تتجاوز ديونهم 1000 دولار لأي خدمات طارئة أو عاجلة فقط، أو حيث لم يتم إرجاع الإشعارات بسبب "العنوان غير صحيح" أو "غير قابلة للتسليم"، وإخطار المرضى أيضًا بتوفر المساعدة المالية في الاتصال؛

هـ. يتم الاحتفاظ بالمستندات الخاصة بإجراءات الفوترة أو التحصيلات المالية المستمرة التي تمت لمدة 120 يومًا من تاريخ الخدمة وتكون متاحة لإثبات الامتثال لجميع البرامج الفيدرالية و/أو الحكومية المعمول بها للتحقق من هذه الجهود؛ و

و. التحقق من نظام التحقق من الأهلية (EVS) في ماساتشوستس للتأكد من أن المريض ليس مريضًا منخفض الدخل ولم يقدم طلبًا للحصول على تغطية إما لبرنامج MassHealth أو برنامج دفع مساعدة الأقساط الذي تديره Health Connector أو Children's Medical Security Program أو Health Safety Net أو Medical Hardship، قبل تقديم المطالبات إلى مكتب شبكة الأمان الصحي لتغطية الديون المعدومة.

ز. بالنسبة لجميع المرضى المسجلين في برامج المساعدة العامة، لا يجوز للمستشفى أن يرسل فواتير إلى هؤلاء المرضى إلا مقابل الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو المبلغ المستقطع المحدد في اللوائح الحكومية المعمول بها والتي قد يتم الإشارة إليها بشكل أكبر في نظام معلومات إدارة Medicaid الخاص بالولاية.

ح. قد يقدم المستشفى أيضًا، بناءً على طلب المريض واستنادًا إلى مراجعة داخلية للحالة المالية لكل مريض، خصمًا إضافيًا للمريض يتم تطبيقه على أساس موحد للمرضى، والذي يأخذ في الاعتبار الوضع المالي الموثق للمريض وعدم قدرة المريض على السداد بعد إجراءات التحصيل المعقولة. أي خصم يقدمه المستشفى يتوافق مع المتطلبات الفيدرالية والولاية، ولا يؤثر على المريض في تلقي الخدمات من المستشفى.

ثالثًا: السكان المعفيون من أنشطة التحصيلات المالية

1) بموجب اللوائح والسياسات الحكومية، سيتم إعفاء المرضى المسجلين في برامج التأمين الصحي العام التالية من تحصيل الرسوم، مع مراعاة الاستثناءات المذكورة أدناه. وتشمل برامج التأمين الصحي العام، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ. MassHealth
- ب. المساعدات الطارئة لكبار السن وذوي الإعاقة والأطفال (EAEDC)
- ج. خطة التأمين الطبي للأطفال (CMSP) الدخل الإجمالي المعدل $\leq 300\%$ (MAGI) من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)
- د. المرضى من ذوي الدخل المنخفض كما حددتهم MassHealth و Health Safety Net بما في ذلك الدخل الإجمالي المعدل (MAGI) أو دخل الأسرة القابل للعدي في حالات المشقة الطبية بين 150.1 إلى 300٪ من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)
- هـ. Medical Hardship

2) يجوز للمستشفى اتخاذ إجراءات التحصيلات المالية ضد أي مريض مسجل في البرامج المذكورة أعلاه لسداد المدفوعات المشتركة والمبالغ المستقطعة المطلوبة منه والتي يحددها كل برنامج محدد؛

3) قد يقوم المستشفى أيضًا ببدء عملية الفوترة أو التحصيلات المالية للمريض الذي يدعي أنه مشارك في برنامج المساعدة المالية الذي يغطي تكاليف خدمات المستشفى، لكنه يفشل في تقديم دليل على هذه

المشاركة. عند استلام دليل مرضي على أن المريض مشارك في برنامج المساعدة المالية (بما في ذلك استلام أو التحقق من الطلب الموقع)، يجب على المستشفى أن يتوقف عن أنشطة الفوترة أو التحصيلات المالية؛

(4) يجوز للمستشفى مواصلة إجراءات التحصيل على أي مريض من ذوي الدخل المنخفض مقابل الخدمات المقدمة قبل تحديد فئة المريض على أنه من ذوي الدخل المنخفض، بشرط أن تكون حالة المريض من ذوي الدخل المنخفض الحالية قد تم إنهاؤها أو انتهت صلاحيتها أو لم يتم تحديدها بطريقة أخرى في نظام التحقق من الأهلية بالولاية أو نظام معلومات إدارة Medicaid. ومع ذلك، بمجرد تحديد أهلية المريض وتسجيله في MassHealth، أو برنامج دفع المساعدة المتميزة الذي تديره Health Connector، أو Children's Medical Security Program أو Medical Hardship، فإن المستشفى سيتوقف عن نشاط التحصيل للخدمات (باستثناء أي مدفوعات مشتركة ومبالغ قابلة للخصم) المقدمة قبل بداية أهليتهم.

(5) يجوز للمستشفى اتخاذ إجراءات تحصيل ضد أي من المرضى المشاركين في البرامج المذكورة أعلاه مقابل الخدمات غير المغطاة التي وافق المريض على تحمل مسؤوليتها، شريطة أن يحصل المستشفى على موافقة كتابية مسبقة من المريض ليتم إصدار فاتورة له مقابل هذه الخدمة (الخدمات). ومع ذلك، حتى في هذه الظروف، لا يجوز للمستشفى أن يرسل فاتورة إلى المريض عن المطالبات المتعلقة بالأخطاء الطبية أو المطالبات التي رفضها التأمين الأساسي للمريض بسبب خطأ إداري أو خطأ في الفواتير.

رابعاً: إجراءات التحصيلات المالية الاستثنائية (ECAs)

(1) المستشفى لا يقوم بأي إجراءات تحصيل غير عادية (ECAs) كما هو محدد من قبل دائرة الإيرادات الداخلية في القسم 501 (ج) (3) كإجراءات تتخذها منشأة المستشفى ضد فرد فيما يتعلق بالحصول على سداد فاتورة الرعاية المغطاة بموجب خطة المساعدة المالية لمنشأة المستشفى (FAP).

(2) وعلى وجه التحديد، يقوم المستشفى بأي مما يلي:

- أ. بيع دين فرد إلى طرف آخر؛
- ب. الإبلاغ عن معلومات سلبية عن فرد ما إلى وكالات الإبلاغ عن الائتمان الاستهلاكي أو مكاتب الائتمان (يُشار إليها مجتمعة باسم "وكالات الائتمان")؛
- ج. تأجيل أو رفض أو طلب الدفع قبل تقديم الرعاية الطبية الضرورية بسبب عدم دفع الفرد لواحدة أو أكثر من الفواتير الخاصة بالرعاية المقدمة مسبقاً والتي يغطيها برنامج المساعدة المالية للمنشأة الطبية؛
- د. وضع رهن على ممتلكات فرد ما؛
- هـ. حجز على الممتلكات العقارية المملوكة لشخص ما؛
- و. حجز أو مصادرة حساب بنكي أو أي ممتلكات شخصية أخرى لأي فرد؛
- ز. رفع دعوى مدنية ضد أي فرد؛
- ح. التسبب في اعتقال فرد ما؛
- ط. التسبب في خضوع الفرد لأمر حجز جسدي؛
- ي. وضع حجز على راتب (رواتب) الفرد؛

- (3) المطالبة المقدمة من قبل منشأة مستشفى في أي إجراء إفلاس لا تعتبر إجراءً استباقياً.
- (4) الرهن الذي يتم وضعه على عائدات حكم أو تسوية مستحقة لشخص ما (أو ممثله) نتيجة لإصابات شخصية تسبب فيها طرف ثالث والتي قدمت لها منشأة المستشفى الرعاية لا يُعد إجراءً استباقياً.
- (5) في حين يمنع المستشفى عن استخدام إجراءات تحصيل استثنائية ضد المرضى، فقد يستخدم المستشفى خدمات مكتب الائتمان لتحديد التصنيف الائتماني للمريض لتحديد قدرته على الوفاء بالتزاماته المالية.
- (6) لا يجوز للمستشفى ووكلائه الاستمرار في جهود التحصيل أو الفواتير المتعلقة بالمريض الذي هو عضو في إجراءات الإفلاس إلا لتأمين حقوقه كدائن بالترتيب المناسب (يمكن أيضاً اتخاذ إجراءات مماثلة من قبل برنامج المساعدة العامة المعمول به الذي دفع مقابل الخدمات). كما لن يقوم المستشفى ووكلاؤه بفرض فوائد على الرصيد المتأخر للمريض ذي الدخل المنخفض.
- (7) يحافظ المستشفى على الامتثال لمتطلبات الفوترة المعمول بها ويتبع متطلبات الدولة والحكومة الفيدرالية المعمول بها فيما يتعلق بعدم الدفع مقابل خدمات محددة كانت نتيجة أو مرتبطة بشكل مباشر بحالة "حدث خطير يجب الإبلاغ عنه (SRE)"، أو تصحيح حالة (SRE)، أو المضاعفات اللاحقة الناشئة عن حالة (SRE)، أو إعادة الدخول إلى نفس المستشفى للخدمات المرتبطة بحالة (SRE). يتم استبعاد حالات (SRE) التي لا تحدث في المستشفى من تحديد عدم الدفع طالما أن المنشأة المعالجة والمنشأة المسؤولة عن حالات (SRE) ليس لديهما ملكية مشتركة أو شركة أم مشتركة.
- (8) كما لا يسعى المستشفى إلى الحصول على الدفع من المرضى ذوي الدخل المنخفض من خلال برنامج Health Safety Net الذين تم رفض مطالباتهم في البداية من قبل برنامج التأمين بسبب خطأ في الفواتير الإدارية من قبل المستشفى.

خامساً: وكالات التحصيلات المالية الخارجية

أ. يجوز للمستشفى التعاقد مع وكالة تحصيل خارجية للمساعدة في تحصيل حسابات معينة، بما في ذلك المبالغ التي يتحملها المريض والتي لم يتم حلها بعد 120 يومًا من إجراءات التحصيلات المالية المستمرة. ستوفر جميع وكالات التحصيل الخارجية التي يتعاقد معها المستشفى للمريض فرصة الطعن في صحة دينه أو تقديم شكوى والتي سيتم حلها بالتعاون مع القيادة المالية للمريض في المستشفى. يشترط المستشفى أن تلتزم أي وكالة تحصيل خارجية بجميع متطلبات تحصيل الديون العادلة على المستوى الفيدرالي والولائي.

سادساً: الإيداعات وخطط التقسيط

1) وفقاً لقواعد Health Safety Net في ماساتشوستس المتعلقة بالمرضى الذين تم تحديدهم: (1) على أنهم "مريض من ذوي الدخل المنخفض" أو (2) مؤهلين للحصول على مساعدة طبية صعبة، سيوفر المستشفى للمريض معلومات حول الودائع وخطط الدفع بناءً على الوضع المالي الموثق للمريض.

ب. **خدمات الطوارئ:** لا يطلب المستشفى إيداعات (دفعات) مسبقة للقبول و/أو العلاج المسبق من المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات الطوارئ أو الذين تم تحديدهم على أنهم مرضى من ذوي الدخل المنخفض.

ج. **المرضى من ذوي الدخل المنخفض:** لا يطلب المستشفى إيداعات (دفعات) من المرضى الذين تم تحديدهم على أنهم مرضى من ذوي الدخل المنخفض.

د. **مرضى Medical Hardship:** لا يطلب المستشفى وديعة من المرضى المؤهلين لدى Medical Hardship.

هـ. **خطط الدفع للمرضى ذوي الدخل المنخفض وفقاً لبرنامج Health Safety Net في ماساتشوستس:** لا يفرض المستشفى قيوداً على خطط الدفع للمرضى ذوي الدخل المنخفض.

و. **خصم CommonHealth لمرة واحدة:** بناءً على طلب المريض، قد يقوم المستشفى بإرسال فاتورة للمريض ذي الدخل المنخفض للسماح للمريض بتلبية مبلغ الخصم لمرة واحدة المطلوب من CommonHealth.

ز. **خطط الدفع لمرضى الدخل المنخفض الجزئي المسجلين في برنامج Health Safety Net في ماساتشوستس، مقابل الخدمات المقدمة في مركز صحي مرخص من مستشفى:**

أ. تقوم تحالف كامبريدج الصحي بتحصيل المبلغ الكامل لخدمة الدفع الصافي لكل زيارة إلى Health Safety Net.

ب. لا يتم تقديم خيار الدفع بخصم 20٪ للمرضى ذوي الدخل المنخفض الجزئي لدى Health Safety Net.