

العنوان:	برنامج مساعدات الرعاية الصحية والأهلية المفترضة لتلقيها	الرقم:	PI-092SY
ينطبق على:	تسجيل المرضى	تاريخ أول إصدار:	3/99
قسم الإصدار:	قسم استقبال المرضى	تاريخ آخر مراجعة:	18/10/17
معتمد بواسطة:	Shannon Hartke, MBA, FHFMA, المدير العام للخدمات المالية للمرضى		

1. السياسة

تماشياً مع رسالة و رؤية وقيم والخطة الاستراتيجية لساوثرن إلينوي هيلثكير، تعتقد ساوثرن إلينوي هيلثكير أن لديها مسؤولية لتلبية الاحتياجات المالية للمرضى والمجتمع الذي تخدمه ممن ليس لديهم القدرة على دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية. وتوفر هذه الوثيقة توجيه تلبية هذه المسؤولية. لا تميز شركة ساوثرن إلينوي للرعاية الصحية Southern Illinois Healthcare في تقديم الخدمات لفرد على أساس عرقه أو لونه أو جنسه أو أصله القومي أو إعاقته أو دينه أو عمره أو ميوله الجنسية.

2. التعريفات

ABE: تطبيق أهلية الفوائد

ABN: إشعارات مسبقة للاستفادة

AGB: المبالغ التي تحسب عادة لحالات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الطبية اللازمة للأفراد الذين لديهم تغطية تأمينية

Bill: تستخدم ساوثرن إلينوي هيلثكير رسائل مؤرخة وبيانات مفصلة لإبلاغ المرضى عن حالة حسابهم؛ لغرض هذه الوثيقة لا تعتبر هذه المراسلات بمثابة فواتير.

الزواج المدني: وجود علاقة قانونية بين شخصين، إما من الجنس نفسه أو من الجنس الآخر، أُنشئت وفقاً لحماية الحرية الدينية في إلينوي وقانون الزواج المدني

الخدمات المغطاة: خدمات طارئة أو ضرورية من الناحية الطبية

ECA: إجراءات جمع غير عادية

المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير: المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير تُنشر سنوياً من قبل وزارة الصحة والخدمات البشرية في الولايات المتحدة

المستشار المالي: موظف في ساوثرن إلينوي هيلثكير يساعد المرضى للحصول على قرار عن مسؤوليتهم المالية بما في ذلك المساعدة الرعاية الصحية

العائل المالي: شخص غير مؤمن عليه أو مؤمن بقدر غير كافٍ لا يملك القدرة على دفع تكاليف الخدمات المقدّمة

FPL: مستوى الفقر الاتحادي

HAP ADD-ON Acct: يشير إلى حساب (حسابات) تمّ تحديدها أثناء كون الطلب من برنامج مساعدة الرعاية الصحية (HAP) قيد الدراسة، تمّت الموافقة على الطلب الأصلي في نهاية الأمر ولكنّ الحسابات ليست في ورقة الطلب من برنامج مساعدة الرعاية الصحية الأصلية

HAP CDS: برنامج مساعدة الرعاية الصحية MEDITECH للرعاية المحددة

طلب مساعدة الرعاية الصحية: تطبيق الذي يسمح لجمع المعلومات للنظر فيها المساعدة الصحية (انظر الأمثلة 1، 2، 3، 4 و 5)

برنامج مساعدة الرعاية الصحية (HAP): المساعدة المالية المقدمة للمرضى في مؤسسة SIH الذين يستوفون شروط المساعدة المالية، المساعدة الطبية أو شروط معايير قانون الخصم للمريض غير المؤمن في المشفى

شخص دون مأوى: الفرد، الذي لا يملك على المدى الطويل مكاناً يبقى للبقاء فيه ويفتقر إلى إقامة ليلية منتظمة وكافية أو يقيم في مأوى للمشردين

نظام معلومات المستشفى: برنامج كمبيوتر يُستخدم لتسجيل أو فحص المعلومات المتلقاة أو المطبوعة بالنيابة عن المريض (AS400، Meditech، ChartMaxx، Passport eCare Next)

قانون الخصم للمريض غير المؤمن في المشفى: لدى ساوثرن إلينوي هيلثكير مستشفيات قروية وحرّة مطلوبة لتقديم خصومات لسكان إلينوي غير المؤمن عليهم مع دخل الأسرة أقل من 300% من FPL. يبلغ الخصم 100% ناقص 135% من كلفة استخدام نسبة الكلفة إلى المصاريف من ورقة العمل C، الجزء 1 من أحدث حقل

مقيم في إلينوي: شخص يعيش في ولاية إلينوي وينوي البقاء في ولاية إلينوي لأجل غير مسمى

JCHD: وزارة الصحة في مقاطعة جاكسون

Judicci: برنامج مُستخدم للبحث عن المعلومات المتعلقة بالمطالبات العقارية

Medi: نظام الأحقية في الاستفادة من Medicaid

الأحقية بخدمة Medicaid: الشخص الذي يعتبر مؤهلاً للحصول على الفوائد الطبية كما هو محدد من خلال نظام الإدارة الطبية لولاية إلينوي كما هو مبين في رقم هوية المستلم (RIN)

العائل طبيًا: يشير إلى المريض الذي تتجاوز فاتورة (فواتير) المشفى لديه، بعد تطبيق معايير العائلين ماليًا، نسبة مئوية محددة من الدخل السنوي للمريض والذي لا يُطلب منه دفع الرصيد المتبقي من الفاتورة (الفواتير)

ضرورة طبية / ضروري طبيًا: الخدمات المقدمة التي هي معقولة وضرورية

طرف في الزواج المدني: هو الشخص الذي يعيش ضمن عقد الزواج المدني وفقًا للحرية الدينية إلينوي

قانون الحماية والزواج المدني: طرف في الزواج المدني يعني، وهو متضمن في أي تعريف لاستخدام المصطلحات الزوج، الأسرة، الأسرة المباشرة، التابع، الأقرباء، وغيرها من المصطلحات التي تدل على العلاقة بين الزوجين

PFS: خدمات مالية للمرضى

ممثّل PFS: موظف ساوثرن إلينوي هيلثكير يعمل في قسم PFS ويحصل على الوثائق اللازمة لتجهيز افتراض الأحقية

افتراض الأحقية: المعيار المستخدم لحساب أحقية المريض في الحصول على المساعدة المالية استنادًا إلى المبادئ التوجيهية الواردة في هذه الوثيقة التدقيق: لأغراض هذه الوثيقة، يعني التدقيق أن تطبيق المساعدة الطبية الكامل ليس مطلوبًا.

SIH: ساوثرن إلينوي هيلثكير

ستين (60) يومًا: عدد أيام عدم إرسال فاتورة المريض أو حسابه إلى المطالبة/تحصيل الديون.

إجمالي الدخل السنوي: مجموع إجمالي الدخل السنوي

بحث أمريكا: برنامج يستخدم للحصول على نتائج الفحص للمساعدة المالية التي تشمل حجم أسرة الشخص، نتيجة قدرته على الدفع وغيرها من المعلومات المالية التي تُستخدم لتحديد الأحقية المفترضة.

مريض غير مؤمن: مريض لمشفى لا تغطيه بوليصة التأمين الصحي وليس مستفيدًا من التأمين الصحي العام أو الخاص، الإعانة الصحية، أو غيرها من برامج التغطية الصحية، بما في ذلك ترتيب التأمين الصحي عالية الخصم، تعويض العمال، تأمين المسؤولية عن الحوادث أو غيرها من مسؤولية الطرف الثالث

3. المسؤوليات

1.0 يُطلب من جميع الموظفين اتباع التوجيه المنشأ في إطار هذه الوثيقة فيما يتعلق باستكمال وتجهيز جميع إجراءات المساعدة في الحصول الرعاية الصحية

4. المعدات/المواد

1.0 نظام المعلومات في المشفى

5. الإجراءات

1.0 يكون لطرف الزواج المدني الالتزامات والمسؤوليات القانونية نفسها، والحماية، والمزايا المتاحة أو المعترف بها في قانون إلينوي للزوجين، سواء كانت مستمدة من النظام الأساسي أو الأحكام الإدارية أو السياسة أو القانون العام أو أي مصدر من القانون المدني أو الجنائي.

2.0 الالتزام بتوفير العناية الطبية الطارئة

2.1 توفر ساوثرن إلينوي هيلثكير، دون تمييز، رعاية الحالات الطبية الطارئة للأفراد، بغض النظر عما إذا كانوا مؤهلين للحصول على المساعدة في إطار هذه البوليصة لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية HAP.

أ. لن تشارك مشافي ساوثرن إلينوي هيلثكير في الإجراءات التي تنتمي الأفراد عن الحصول على الرعاية الطبية الطارئة، مثل مطالبة قسم الطوارئ للمرضى بالدفع قبل تلقي العلاج للحالات الطبية الطارئة أو من خلال السماح لأنشطة تحصيل الديون بالتداخل مع هذا الحكم، بدون تمييز، مع حالات طوارئ الرعاية الطبية.

ب. تقدم الخدمات الطبية الطارئة، بما في ذلك نقل حالات الطوارئ، عملاً بقانون العلاج الطبي في حالات الطوارئ والعمل النشط EMTALA لجميع المرضى في ساوثرن إلينوي هيلثكير بطريقة غير تمييزية، ووفقاً لسياسة قانون العلاج الطبي في حالات الطوارئ والعمل النشط في كل مشفى منها.

3.0 الخدمات المؤهلة لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية

3.1 تنطبق هذه البوليصة من برنامج مساعدة الرعاية الصحية HAP لجميع حالات الطوارئ وغيرها من العناية الطبية اللازمة التي تقدمها مستشفيات ساوثرن إلينوي هيلثكير المذكورة أدناه، وكذلك بعض الجهات الأخرى التي تقدم الطوارئ أو غيرها من الرعاية الطبية اللازمة في مرافق ساوثرن إلينوي هيلثكير.

A. وتشمل إضافات لهذه البوليصة قائمة بجميع مقدمي الخدمات، بالإضافة إلى ساوثرن إلينوي هيلثكير نفسها، وتقديم الطوارئ أو غيرها من الرعاية الطبية اللازمة في مشافي ساوثرن إلينوي هيلثكير التي تحدد مقدمي الخدمة المشمولين بهذه البوليصة وغير المشمولين.

(1) الإضافة A: قائمة مقدمي الخدمات الحاليين لساوثرن إلينوي هيلثكير

(2) الإضافة B: مقدمي الخدمات لساوثرن إلينوي هيلثكير الذين لا ينتمون إلى المجموعة الطبية لساوثرن إلينوي هيلثكير

B. تحديث لائحة مقدمي الخدمات مرتين في السنة.

3.2 تطبق بوليصة برنامج مساعدة الرعاية الصحية على المشافي:

A. Memorial Hospital of Carbondale, 405 W Jackson, Carbondale, IL 62902, (618) 549-0721

B. Herrin Hospital, 201 S 14th Street, Herrin, IL 62948, (618) 942-2171

C. St. Joseph Memorial Hospital, 2 South Hospital Drive, Murphysboro, IL 62966, (618) 684-3156

4.0 معايير الأهلية لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية

4.1 ينطبق برنامج المساعدة الطبية على المرضى المقيمين في ولاية إلينوي.

4.2 المساعدة المالية

A. تصنف ساوثرن إلينوي هيلثكير جميع المرضى الذين يساوي دخلهم أو يقل عن 200% من التوجيهات الاتحادية للفقر كعائل مالي مما يؤدي إلى المساعدة المالية 100%.

B. تقدم المساعدات المالية الجزئية على نطاق تدريجي لأولئك المرضى الذين يصل دخلهم 6 مرات (600%) من التوجيهات الاتحادية للفقر.

C. تستخدم ساوثرن إلينوي هيلثكير التوجيهات الاتحادية للفقر التي تنشرها سنوياً وزارة الولايات المتحدة الصحة والخدمات الإنسانية.

4.3 محتاجي المساعدة الطبية

A. من أجل تصنيف الشخص كمريض محتاج للمساعدة الطبية يجب أن يكون المبلغ المستحق بعد تطبيق تسوية المحتاجين مالياً أكبر بخمسة وعشرين (25) في المئة من الدخل السنوي للمريض.

B. المرضى المصنفون كمحتاجين للمساعدة الطبية مسؤولون عن دفع الرعاية الطبية المتوقعة بعد خفض نسبة المبلغ للمحتاجين للمساعدة الطبية.

4.4 لن تأخذ ساوثرن إلينوي هيلثكير أكثر من 25% من الدخل السنوي للمريض في أي سنة معينة.

4.5 قانون الخصم للمريض غير المؤمن في المشفى:

A. المرضى غير المؤمنين مع دخل سنوي أقل أو يساوي 300% من مستوى الفقر الاتحادي. بموجب القانون تُخصم فواتير المشفى إلى 100% ناقص 135% من التكلفة.

4.6 المعونة الطبية من خارج الولاية

A. المرضى المحتاجين للمساعدة الطبية Medicaid خارج نطاق التغطية الولاية التي لم تلتحق مشافي ساوثرن إلينوي هيلثكير بها.

4.7 حفظ الحقوق:

A. تحتفظ SIH بالحق في الحد من أو منع المساعدات المالية حسب التقدير المطلق لساوثرن إلينوي هيلثكير.

5.0 افتراض الأهلية

5.1 ساوثرن إلينوي هيلثكير مسؤولة وهي تعتمد على تعاون وثيق مع المريض لتقديم افتراض أهلية المريض غير المؤمن بأقرب وقت ممكن بعد تلقي خدمات المشفى وقبل إصدار فاتورة لتلك الخدمات. (مثال 8)

- 5.2 يلتزم الموظفون المعنيون باتباع المبادئ التوجيهية الموضوعية في هذه السياسة فيما يتعلق باستكمال وتجهيز جميع الإجراءات افتراض الأحقية.
- 5.3 تحتفظ ساوثرن إلينوي هيلثكير بالحق في تقديم افتراض أحقية المساعدة واستخدام المعيار التالي لتحديد ما إذا كان المريض مستحقاً دون مزيد من التدقيق من قبل المشفى.
- A. بدون مأوى
- B. مريض متوفى بدون مسكن
- C. عاجز عقلياً بدون أي شخص للتصرف نيابة عنه
- D. يستحق ميديكايد، ولكن ليس بتاريخ الخدمة أو عن خدمة غير مغطاة
- E. المرضى الذين يتلقون الخدمات التالية يتأهلون تلقائياً للحصول على مساعدة 100% من دون تقديم.
- (1) مرضى ميديكايد مع الإنفاق أقل من مستوى المسؤولية (مسؤولية المريض)
 - (2) مرضى ميديكايد مع تغطية ثانوية لميديكايد الذين يتلقون الخدمات التي تتطلب إشعار المستفيد المسبق (ABN)
 - (3) مرضى ميديكايد المحددين بأنهم يستحقون مساعدة ميديكايد بعد 180 يوماً للإيداع ضمن الوقت المناسب
 - (4) مرضى ميديكايد الذين يتلقون الزل بالوريد
 - (5) تغطية ميديكايد في تاريخ الخدمة ولكنها لم تكن مغطاة في تواريخ بدء الخدمة بدءاً من اليوم الأول من الشهر السابق حتى تاريخ الخدمة.
- F. المرضى الذين يختارون إجراءات تجميلية اختيارية ليسوا مشمولين بالأحقية الافتراضية.
- G. مقيم في منشأة المأوى لا توجد لديه تغطية تأمين
- H. شركات التأمين المتعثرة تحت توجيه الدولة بالتوقف والكف عن خدماتها
- I. ضحايا الإغاثة من الكوارث في محافظات الجنوب الستة عشرة على النحو الذي تحدده الإدارة
- J. الخدمات المقدمة من خلال عيادات مجانية مثل Hands of Hope، Bridges Clinic و Abundant Health Services و / أو وكالات استنفدت المنح التي ترعاها الحكومة مثل JCHD-HIV
- 5.4 تعدّل الحسابات المدروسة والموافقة عليها للأحقية الافتراضية بنسبة 100% على أساس مستويات الحكومة.
- 5.5 تُراجع الحسابات افتراضية للموافقة عليها من خلال Search America.
- 6.0 عملية التقدم لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية
- 6.1 تطلب ساوثرن إلينوي هيلثكير من كل مريض التقدم للحصول على المساعدة المالية واستكمال التقدم لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية. (مثال 1)
- A. يؤخذ بحسابات لتقديم المساعدة الصحية بعد إجراء تحقيق شامل عن مصادر التمويل الأخرى التي تشير إلى عدم وجود أي تغطية (مثل المساعدات الطبية وتنفي التغطيات، إلخ)
- (1) لا يعتبر عدم كون استمارة الطلب كاملة أو عدم تعاون المريض سبباً صالحاً لرفض الطلب.
- B. الحسابات التي لا يمكن النظر فيها من خلال برنامج مساعدة الرعاية الصحية:
- (1) تلك الموافق عليها والمرسلة لاتخاذ الإجراءات القانونية.
 - (2) حسابات الديون المعدومة التي تزيد عن سنة واحدة من تاريخ الخدمة.
 - (3) الحسابات التي استنفدت فيها جميع السبل للدفع.
 - (4) حسابات أكبر من 12 شهراً من تاريخ توقيع الطلب وتأريخه.
 - (5) تحتفظ ساوثرن إلينوي هيلثكير بحقها في الطلب من مقدم الطلب بمتابعة تطبيق أهلية الفوائد.
- C. التقديرات على برنامج مساعدة الرعاية الصحية يمكن استخدامها في الحسابات المؤهلة لمدة ستة (6) أشهر من تاريخ التوقيع على الطلب وتأريخه.
- 6.2 مرافق ساوثرن إلينوي هيلثكير (مشفى ميموريال في كاربونديل، مشفى هيرين، ومشفى ميموريال سانت جوزيف) تقبل نسخة من التقديم على برنامج مساعدة الرعاية الصحية في ساوثرن إلينوي هيلثكير. استعراض شامل مستكمل.

- (1) لساوثرن إلينوي هيلثكير الحق في طلب معلومات إضافية عند الحاجة.
- (2) الطلبات الواردة من المجموعة الطبية ساوثرن إلينوي هيلثكير يجب أن توقع وتؤرخ في غضون فترة ستة أشهر.
- 6.3 تقدّم الطلبات من قبل المستشارين الماليين، ممثلي النواب المرضى والموظفين الآخرين المعيّنين، أو على الموقع مجاناً.
- 6.4 أفراد الأسرة المباشرين:
- A. يشمل أفراد أسرة المريض الكبار بما فيه المريض زوج المريض وأي فرد مُعال.
- B. ويشمل أفراد أهل المريض القاصرين بما فيه المريض، والدة المريض وأي مُعال لوالدة المريض والد المريض وأي مُعال لوالد المريض.
- C. يعدّ أي شخص مدرج في التصريح الضريبي كجزء من الأسرة المباشرة.
- 6.5 من أجل التحديد النهائي يمكن لساوثرن إلينوي هيلثكير:
- A. استخدام المصاريف الشهرية ومعلومات الأصول للوصول إلى قرار نهائي.
- B. طلب واستعراض الدخل السنوي، معلومات الأصول والمصاريف كل معلومة على حدة.
- C. النظر إلى أي مدى لدى الشخص أصول أخرى غير الدخل بحيث يمكن استخدامها لتلبية التزاماته المالية.
- D. طلب معلومات إضافية عند النظر في طلب مساعدة طبية.
- E. لن تُرفض مساعدات مالية ضمن برنامج مساعدة الرعاية الصحية على أساس فشل مقدم الطلب في تقديم معلومات أو وثائق غير مطلوبة من قبل سياسة المشفى لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية أو لتقديم طلب لبرنامج مساعدة الرعاية الصحية.
- F. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب ، ولكنه يساعد في تجهيز الطلب.
- 6.6 التحقق من الدخل:
- A. تطلب ساوثرن إلينوي هيلثكير من المريض التحقق من الدخل المنصوص عليه في طلب مساعدة طبية.
- B. وثائق التحقق من الدخل:
- (1) يكون التحقق من الدخل من خلال أي مما يلي:
- (a) نموذج مصلحة الضرائب W-2 و بيان الدخل
- (b) التحقق من تحويلات الدفع
- (c) الإقرارات الضريبية
- i. لا يُنظر في برنامج مساعدة الرعاية الصحية حتى الانتهاء من تقديم جميع الإقرارات الضريبية ما لم تدعم الدخل ووثائق كافية للتحقق منها لتدعم عدم وجود ضريبة.
- ii. إذا لم يكن لدى مقدم الطلب نسخ من الإقرارات الضريبية الخاصة به يطلب منه الاتصال بمصلحة الضرائب للحصول على نسخ.
- iii. في حال ورود الطلب في شهر يناير أو فبراير أو مارس ولم يقدم الإقرار الضريبي فإنّ الإقرار الضريبي للسنة السابقة يكون مقبولا.
- iv. من أجل الطلبات المتلقاة من شهر أبريل إلى ديسمبر يكون الإقرار الضريبي للعام الحالي مطلوباً.
- (d) دخل الضمان الاجتماعي أو رسالة منه
- (e) تعويض العمال أو رسائل تحديد تعويض البطالة
- (f) التحقق عبر الهاتف من قبل رب العمل من الدخل الإجمالي السنوي للمريض
- (g) بيانات أجور الموظف أو البيانات المصرفية
- 6.7 الوثائق غير المتوفرة:
- A. تحقق من الدخل عند المريض غير القادر على تقديم وثائق.
- (1) يوقع المريض على طلب مساعدة للرعاية الصحية التي تشهد على دقة المعلومات الدخل المقدمة.

- (2) يوقع المريض على طلب مساعدة للرعاية الصحية التي تثبت عدم وجود دعاوى قانونية مفتوحة في انتظار لأي حسابات تطلب المساعدة.
- (3) المطلوب الحصول على تفسير يوضح سبب كون المريض غير قادر على تقديم الوثائق المطلوبة للتحقق من الدخل أو المصاريف الشهرية التي تتجاوز الدخل الشهري المدرج و / أو الكيفية التي تدفع بها النفقات. (راجع المثال 3).
- 6.8 تزوير المعلومات:
- A. قد يؤدي تزوير المعلومات إلى الحرمان من المساعدة.
- B. تسحب المساعدة المالية بعد منحها للمريض إذا عُثر على مواد مقدمة غير صحيحة.
- 6.9 الاحتفاظ بالمستندات:
- A. تحتفظ ساوثرن إلينوي هيلثكير بطلب برنامج المساعدة للرعاية الصحية لمدة سبع سنوات من تاريخ تقديم الطلب.
- 6.10 إذا تبين أن المريض لا يستحق الحصول على برنامج المساعدة الطبية يُعلم المريض عن طريق بريد إلكتروني لسبب الحرمان. (انظر المثالين 6 و 7)
- 7.0 إجراءات نشر سياسة برنامج مساعدة الرعاية الصحية على أوسع نطاق
- 7.1 إخطار المريض في برنامج مساعدة الرعاية الصحية
- A. وضع إشعارات المساعدة المالية في جميع إدارات تسجيل المرضى.
- B. وضع ساوثرن إلينوي هيلثكير لافتات باللغتين الإنكليزية والإسبانية بخصوص توفر المساعدة المالية.
- 7.2 موقع الانترنت لساوثرن إلينوي هيلثكير يضع إشعارات عن المساعدات المالية من خلال برنامج المساعدة الصحية والطلبات عليها باللغة الإنكليزية والإسبانية.
- 7.3 المعلومات المتعلقة ببرنامج المساعدة الصحية متوفرة في جميع المكاتب استقبال المريض وفي المواقع العامة الأخرى داخل المشفى، (مجاًناً عند الطلب).
- 7.4 المسجلين يبلغون جميع المرضى في برنامج المساعدة الصحية، ويقدمون لهم ملخص للخدمات.
- 8.0 أساس حساب المبالغ المحملة على المرضى
- 8.1 تقوم SIH، التي تعمل تحت أسماء: Memorial Hospital of Carbondale ، Herrin Hospital ، و St. Joseph Memorial Hospital، باستخدام طريقة الحساب الرجعي لتحديد المبالغ التي يجب دفعها عموماً أو مبالغ حساب حالات الطوارئ.
- 8.2 تستند نسبة مبالغ حساب حالات الطوارئ على الخصم الكلي من الرسوم الأساسية المطبقة على المزيج الحالي لخدمات المرضى، في اتفاقات مع CMS وغيره من الدافعين.
- 8.3 يحصل الجمهور على معلومات تتعلق بحساب حالات الطوارئ كتابياً ومجاًناً عن طريق الاتصال بمدير الشؤون المالية، Director of Finance, SIH at 618-457-5200 ext. 67200.
- 8.4 لا يدفع شخص يستفيد من برنامج المساعدة الصحية أكثر لحالات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الطبية اللازمة من قيمة الفواتير المصدرة عموماً للأفراد الذين لديهم تأمين يغطي هذه الرعاية.
- 8.5 لا تُصدر ساوثرن إلينوي هيلثكير فاتورة أو تتوقع دفع التكاليف الإجمالية/ من الأفراد المؤهلين للحصول على مساعدات مالية في إطار هذه البوليصة.
- 8.6 تصدر ساوثرن إلينوي هيلثكير فاتورة عندما تكون الموافقة أقل من 100%.
- 9.0 أساس حساب المبالغ التي يستردها المرضى غير المؤمنين.
- 9.1 تُدرس الحسابات لاسترداد المبالغ بموجب قانون الخصم في مشفى إلينوي للمريض غير المؤمن.
- 9.2 ترد ساوثرن إلينوي هيلثكير المدفوعات لمريض يتلقى برنامج مساعدة الرعاية الصحية موافق عليها 100% أو مدفوعات تتجاوز مسؤولية المرضى موافق عليها أقل من 100%.
- A. مثال:
- 1 يدفع المريض \$100.00
 - 2 مسؤولية المريض هي \$ 100.00
 - 3 يُقبل المريض لـ 70% من برنامج مساعدة الرعاية الصحية
 - 4 يصدر تعويض \$ 30.00 للمريض

9.3 المرضى الموافق عليهم بنسبة 100% في أو بعد 1 أبريل 2016 يُنظر في حالتهم من أجل الاسترداد.

10.0 الإجراءات المتخذة في حال عدم الدفع

10.1 توصف الإجراءات التي قد تتخذها ساوثرن إلينوي هيلثكير في سياسة عدم دفع الفواتير والتحصيل.

أ. يمكن لأفراد الجمهور الحصول على نسخة مجانية من هذه السياسة المنفصلة من قسم الخدمات المالية للمرضى في ساوثرن إلينوي هيلثكير عن طريق الاتصال بساوثرن إلينوي هيلثكير على الرقم 1 800 457 1393.

11.0 متفرقات

11.1 لا يوجد تأثير على سياسات مشفى آخر:

A. لا تغير هذه السياسة المساعدة الطبية أو تعدل السياسات الأخرى المتعلقة بالجهود المبذولة للحصول على مدفوعات من قبل أي طرف ثالث، وللتحويلات للمرضى أو الرعاية في حالات الطوارئ.

11.2 تجب الموافقة على تعديل هذه السياسة من قبل:

A. المدير العام للخدمات المالية للمرضى، المدير المالي، الرئيس التنفيذي ومجلس الإدارة

6. الوثائق

1.0 راجع الأمثلة 1 و 2 و 3 و 4 و 8 من الوثائق الواجب تقديمها من قبل المريض.

2.0 راجع الأمثلة 5 و 6 و 7 للوثائق التي يجب على ممثل SIH إكمالها.

7. الرسوم

غير متوفرة

الموافقات الإضافية وتواريخ التقييم/المراجعة			
تواريخ التقييم:		3/05, 10/12,10/15	
تواريخ المراجعة:		5/04,8/04,3/05, 6/05,12/06,1/07,3/07,4/08,2/09,5/10,11/10,2,11,4/11,10/11,12/11,3/12,12/12,4/13,11/13, 2/17, 3/18 11/14,2/15,3/16,11/16	
يحل محل:		لا ينطبق	
الموافقات الإضافية:	الاسم (بأحرف واضحة)	المسمى الوظيفي	التوقيع
	Terrence Glennon, MD	رئيس مجلس الأمناء	
	Rex Budde	المدير التنفيذي	
	Mike Kasser	النائب الأول للرئيس، المدير المالي	
	Lee Sharon	مديرة قسم استقبال المرضى	
	Kassandra Gregory	مديرة الخدمات المالية للمرضى	

مثال 1 (مطبوع على ورق المراسلات)

Carbondale, IL 62902
(618) 549-0721
Ext. 64572
Fax (618) 457-3004

Herrin, IL 62948
(618) 942-2171
Ext. 36458
Fax (618) 988-6153

Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext. 55331
Fax (618) 529-0539

Carbondale, IL 62901
(618) 457-5200
Ext. 67575
Fax (618) 529-0567

حضره المريض/الكفيل:

مهم: قد يكون بإمكانك تلقي رعاية مجانية أو مخفضة الثمن. إكمال هذا التطبيق سيساعد على تحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة الثمن أو غيرها من البرامج العامة التي يمكن أن تساعد في دفع ثمن الرعاية الصحية الخاصة بك. الرجاء تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا كنت غير مؤمناً، لا يكون رقم الضمان الاجتماعي مطلوباً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة الثمن. ومع ذلك، فإن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج العامة، بما في ذلك برنامج ميديكيد. لا يكون تقديم رقم الضمان الاجتماعي ملزماً ولكنه سيُستَخدم في تحديد ما إذا كنت لأي برامج عامة.

يرجى ملء هذا النموذج وإرساله إلى المستشفى شخصياً أو عن طريق البريد أو عن طريق البريد الإلكتروني (موقع إلكتروني اختياري) أو عن طريق الفاكس لتقديم طلب للحصول على الرعاية المجانية أو المخفضة في غضون 60 يوماً من تاريخ الخروج أو تلقي الرعاية الخارجية.

يقر المريض بأنه قد بذل جهداً بحسن نية لتوفير جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

الرجاء تفهمك أنه من أجل الحصول على المساعدة في فاتورة المستشفى الخاص بك فسوف تحتاج إلى إظهار جميع مصادر الدفع مثل التأمين الطبي، ميديكيد، العمل، المسؤولية، إلخ. يجب استنفاد فرص جميع الدافعين تماماً قبل النظر في المساعدة الصحية. قد لا تتطلب بعض الظروف التي قد يكون المريض مؤهلاً للحصول على الأهلية الافتراضية تقديم طلب. الرجاء الاتصال بمستشار مالي على الرقم أعلاه لمعرفة المزيد.

الرجاء إعادة الطلب مع المعلومات التالية:

1. طلب برنامج المساعدة الاجتماعية مملوء بصورة كاملة وموقع في تاريخه
2. نسخة كاملة عن استثمار عائدات الضرائب الفيدرالية للسنة الماضية. إذا كنت تعمل لنفسك، عليك تضمين الجدول C. الرجاء تضمين نسخة من كافة استثمارات W2.
3. نسخة من آخر شيك أو إيصال بالشيك الخاص بالوظيفة أو البطالة أو الضمان الاجتماعي أو معاش التقاعد أو تعويض العمال (أو رسالة تحديد تعويض العمال) أو أي مصدر/مصادر أخرى للمدخل استلمتها في الأسابيع الثلاثة عشر الماضية. نقبل أيًا من الوثائق الثلاثة التالية كدليل على الأجور:
 1. استثمار أجر خاصة بالموظف مملوء وموقعة من قبل رب/أرباب العمل لكل شخص يتقاضى أجراً في الأسرة. (انظر استثمار الطلب).
 2. نسخ عن إيصالات الشيكات للأسابيع الثلاثة عشرة الماضية.
 - ج. نسخة من الأجر/الراتب من رب العمل للأسابيع الثلاثة عشر الماضية.
 - د. يجب أن يصادق جميع أعضاء الأسرة على المعلومات المذكورة أعلاه.
4. إذا كان ذلك ينطبق، دليل على المشاركة في برامج المساعدة الحكومية كقسائم الغذاء، WIC، ميديكايد Medicaid، لينك Link، وجبات الغذاء المدرسية، برنامج مورد أو إحالة رعاية الأطفال.
5. قد يُطلب منك تقديم طلب للمساعدة من مصادر أخرى مناسبة إذا تبين أنك مؤهل لهذه المساعدة.

إذا كنت ترغب في تقديم طعن في قرارنا أو طلب إعادة النظر فإنه يجب أن يكون خطيًّا. الرجاء تضمين السبب أو تقديم معلومات إضافية قد تكون مفيدة للمراجعة.

الرجاء إرسال الطلب كاملاً إلى العنوان المذكور أعلاه للمؤسسة التي فرضت عليك رسوماً. عليك تقديم طلب واحد إذا كان لديك حساب في أيٍّ أو في كلٍّ المستشفيات الثلاثة المذكورة أعلاه. إذا أردت المساعدة في ملء الطلب، الرجاء الاتصال بالمستشار المالي في المؤسسة المناسبة. بإمكانك الاتصال بنا من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8.00 صباحاً وحتى الساعة 4.30 بعد الظهر.

لا يعفيك ملء هذا الطلب من واجباتك المالية تجاه ساوثرن إلينوي هيلثكير Southern Illinois Healthcare وتحفظ ساوثرن إلينوي هيلثكير Southern Illinois Healthcare بالحق في رفض أي طلب عند المراجعة.

مع أطيب تحية،

المستشار المالي

Memorial Hospital of Carbondale Herrin Hospital St. Joseph Memorial Hospital SIH Medical Group
405 W. Jackson 201 S. 14th Street 2 South Hospital Drive 1239 East Main Street
Carbondale, IL 62902 Herrin, IL 62948 Murphysboro, IL 62966 Carbondale, IL 62901
(618) 549-0721 (618) 942-2171 (618) 684-3156 (618) 457-5200
Ext. 64572 Ext. 36458 Ext. 55331 Ext. 67575
Fax (618) 457-3004 Fax (618) 988-6153 Fax (618) 529-0539 Fax (618) 529-0567

طلب المساعدة في الرعاية الصحية

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____
عنوان الشارع/رقم صندوق البريد المدينة الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ (غير مطلوب)

أفراد الأسرة الساكنين في المنزل:

1. عدد الأشخاص الموجودين في أسرة المريض / الساكنين معه: _____
2. عدد الأشخاص المعالين من المريض: _____
3. أعمار المعالين من المريض: _____

معلومات العمل والدخل

1. أدخل المعلومات عن المريض، زوجة المريض أو معلومات رب العمل للشريك.
2. إذا كان المريض قاصرًا، أدخل معلومات رب العمل للوالدين أو الوصي.

المريض	الزوج	الشريك	معلومات أخرى
اسم رب العمل للمريض	اسم رب العمل لزوج المريض	اسم رب العمل للشريك	اسم أرباب العمل الآخرين
العنوان:	العنوان:	العنوان:	العنوان:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي
اسم رب عمل آخر:	اسم رب عمل آخر:	اسم رب عمل آخر:	اسم رب عمل آخر:
العنوان:	العنوان:	العنوان:	العنوان:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي	الراتب: المبلغ الإجمالي

المدخلات الأخرى

المدخلات الأخرى	الدخل الشهري للمريض	الدخل الشهري للزوج / للشريك / للأشخاص التابعين الآخرين
الأجور	\$	\$
العمل الشخصي	\$	\$
تعويض البطالة	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$
الضمان الاجتماعي للإعاقة	\$	\$
المعاش / الإعاقة للمحاربين القدامى	\$	\$
تعويضات العمال	\$	\$
المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة	\$	\$
دخل التقاعد	\$	\$
دعم الطفل، نفقة أو دعم الزوج الآخر	\$	\$
مصدر دخل آخر	\$	\$

توثيق دخل الأسرة من إيصالات الراتب أو بيانات الاستحقاقات أو خطابات المنح أو أوامر المحكمة أو الإقرارات الضريبية الاتحادية أو أي وثائق أخرى يقدمها المريض.

الموجودات

العقار: ملك _____ إيجار _____	المصرف: الحساب الجاري	
قيمة السوق:	المصرف: التوفير (الادخار)	\$
المبلغ المديون:		\$
سيارة/شاحنة/النوع:	الأموال المشتركة	
قيمة السوق	أسهم، سندات، شهادات إيداع:	\$
دراجات نارية، مراكب، كاراتات، إلخ:	أموال مؤجرة:	\$
قيمة السوق	أشياء أخرى:	\$
		\$
		\$
		\$

نفقات شهرية

\$	أشياء أخرى:	\$	إيجار أو دفعات للمنزل
\$		\$	خدمات
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	رعاية أطفال
\$		\$	غذاء وحاجيات:
\$		\$	دفعات أوتوماتيكية:
			نقل
			بطاقات إئتمان
			ضريبة المسكن (سنوية)
\$	المجموع الشهري للنفقات	\$	

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة لأفضل ما أعرفه. وسأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة أو مساعدة فيدرالية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه.

أنا أفهم أنه يـ التحقق من المعلومات المقدمة من قبل المستشفى وأسمح للمستشفى بالاتصال بأطراف أخرى للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأنا أفهم أنه إذا قدمت عن علم معلومات غير صحيحة في هذا الطلب فسأكون غير مؤهل للحصول على المساعدة المال أي أن المساعدة المالية الممنوحة لي يمكن إرجاعها، وسأكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى. [?] [?] [?]

نعم لا
هل كان المريض ساكناً في ولاية إلينوي عندما قدم المستشفى له الرعاية؟ ☐ ☐

نعم لا
هل كان المريض متورطاً في حادث؟ ☐ ☐

نعم لا
هل كان المريض ضحية لجريمة؟ ☐ ☐

نعم لا
هل لدى مقدم الطلب (مقدمي الطلب) أي دعوى قانونية / قانونية نشطة أو مفتوحة للحسابات التي تطلب المساعدة؟ ☐ ☐

نعم لا
هل لدى مقدم الطلب أي استفادة من التأمين؟ ☐ ☐

التوقيع: _____
المريض / مقدم الطلب

التوقيع: _____
المريض / مقدم الطلب

التاريخ: _____

التاريخ: _____

معلومات إضافية

الرجاء استخدام هذه الاستمارة لتقديم معلومات إضافية قد تساعد في مراجعة طلب المساعدة في الرعاية الصحية. إذا كانت أي من الجمل أو الأسئلة منطبقة على وضعك، الرجاء تقديم المعلومات الضرورية على هذه الاستمارة.

1. إذا كانت نفقاتك الشهرية تزيد عن مدخولك الشهري، الرجاء ذكر كيفية تغطيتك لتلك النفقات.

2. إذا لم تضمن عائدات الضرائب، الرجاء ذكر السبب.

3. إذا لم يكن لديك أي مدخول فكيف تعيل نفسك؟

4. إذا كنت تحصل على دعم مالي من أحد الناس، الرجاء تضمين إفادة خطية عن كيفية مساعدتهم لك.

5. غير ذلك:

استمارة راتب الموظف

المثال 4

(ينبغي ملؤها وتوقيعها من قبل رب العمل)

اسم الموظف: _____
 رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالموظف: _____ (غير مطلوب)
 اسم رب العمل: _____ هاتف: _____ مقسم: _____
 العنوان: _____
 المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

الأجور للأسابيع الثلاثة عشر الماضية

الأسبوع	فترة الدفع المنتهية في	إجمالي الأجور
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

1. هل يعمل الموظف حاليًا؟ _____ (نعم/لا). إذا كانت الإجابة لا، متى كان آخر يوم عمل له؟ _____
2. إذا كان الموظف لا يعمل حاليًا، هل سيعود إلى العمل؟ _____ (نعم/لا). تاريخ العودة المتوقع: _____
3. متى بدأ العمل: _____ تاريخ الانتهاء: _____

أشهد أن معلومات الأجور المتعلقة بالشخص المذكور أعلاه صحيحة ودقيقة.

التاريخ: _____ التوقيع: _____
 توقيع رب العمل أو ممثله

مثال 5

الجدول الزمني للحصول على خصم المتقدمين للمساعدة للرعاية الصحية
المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمستوى الفقر لعام 2018 وفقاً لما هو منشور في السجل الفيدرالي

1	2	3	4	5	6	7	8
\$12,140	\$16,460	\$20,780	\$25,100	\$29,420	\$33,740	\$38,060	\$42,380

بناء على المبادئ التوجيهية لمستوى الفقر في 2018

مستويات الفقر وفقاً للتوجيهات الفيدرالية التي تبلغ من 200% إلى 600% بالنسبة لتوزيع الدخل الربع سنوي

الحسم	1	2	3	4	5	6	7	8
100% (بقية) 200% من قيمة مستوى الفقر (FPL)	6,070	8,230	10,390	12,550	14,710	16,870	19,030	21,190
90% (بقية) 333% من قيمة مستوى الفقر (FPL)	10,107	13,703	17,299	20,896	24,492	28,089	31,685	35,281
80% (بقية) 466% من قيمة مستوى الفقر (FPL)	14,143	19,176	24,209	29,242	34,274	39,307	44,340	49,373
70% (بقية) 600% من قيمة مستوى الفقر (FPL)	18,210	24,690	31,170	37,650	44,130	50,610	57,090	63,570

مثال 6 (مطبوع على ورق المراسلات)

☐ Memorial Hospital of Carbondale 405 W. Jackson Carbondale, IL 62902 (618) 549-0721 Ext. 64572 Fax (618) 529-0415	☐ Herrin Hospital 201 S. 14 th Street Herrin, IL 62948 (618) 942-2171 Ext. 36458 Fax (618) 988-6153	☐ St. Joseph Memorial Hospital 2 South Hospital Drive Murphysboro, IL 62966 (618) 684-3156 Ext. 55331 Fax (618) 529-0539	☐ SIH Medical Group 1239 East Main Street Carbondale, IL 62901 (618) 457-5200 Ext. 67575 Fax (618) 529-0567
--	--	--	---

التاريخ:

حاضرة المريض/الكفيل:

مع الأسف علينا أن نخطر أنه لا يمكن الموافقة في هذا الوقت على طلبك المتعلق بالمساعدة للرعاية الصحية. إذا كان رفضك بسبب المعلومات الناقصة التالية، يمكنك الحصول عليها وتقديمها لإعادة النظر في طلبك.

- ☐ عدم إكمال نموذج أجور الموظفين
- ☐ عدم تقديم قبول صالح أو حرمان من إدارة المساعدات العامة في إلينوي
- ☐ عدم تعبئة وإعادة التطبيق في الوقت المناسب / كاملاً
- ☐ تجاوز معايير الدخل لبرنامج المساعدة للرعاية الصحية

من فضلك لا تتردد في الاتصال المستشار المالي على الرقم المذكور أعلاه إذا كان لديك أي أسئلة. أشكركم على أخذ الوقت لتقديم طلبك!

المخلص لكم،



SOUTHERN ILLINOIS HEALTHCARE

ممثّل ساوثرن إلينوي هيلثكير (الرجاء تغيير الـ

مثال 7 (مطبوع على ورق المراسلات)

□ Memorial Hospital of Carbondale 405 W. Jackson Carbondale, IL 62902 (618) 549-0721 Ext. 64572 Fax (618) 457-3004	□ Herrin Hospital 201 S. 14 th Street Herrin, IL 62948 (618) 942-2171 Ext. 36458 Fax (618) 988-6153	□ St. Joseph Memorial Hospital 2 South Hospital Drive Murphysboro, IL 62966 (618) 684-3156 Ext. 55331 Fax (618) 529-0539	□ SIH Medical Group 1239 East Main Street Carbondale, IL 62901 (618) 457-5200 Ext. 67575 Fax (618) 529-0567
---	---	---	--

التاريخ:

الاسم:

العنوان:

المدينة، الولاية، الرقم البريدي:

عزيزي/عزيزتي _____،

تمّ تجهيز طلبك لبرنامج المساعدة الطبية للمشفى (المشافي) التالية:

_____ Memorial Hospital of Carbondale _____ Herrin Hospital _____ St. Joseph Memorial Hospital

كما تمّ تخفيض رصيد حسابك (حساباتك) بـ _____ % رصيدك الحالي لحساب (الحسابات) المذكورة أدناه هو \$ _____.

الحساب (الحسابات) التي المضمّنة في هذه الموافقة هي كما يلي:

جاء هذا القرار بناء على حجم أسرتك والدخل الذي ذكرته بالمقارنة مع المبادئ التوجيهية الاتحادية لمستوى الفقر.

الرجاء الاتصال بممثل الخدمة على الرقم 457-1393 (800) إذا كانت لديك أسئلة بخصوص الرصيد المستحق. من أجل المعلومات المتعلقة بالمبالغ المفوترة عموماً يمكنك الاتصال مدير الشؤون المالية على 457-5200 (618) الرقم الداخلي 67200.

شكراً لكم.

المخلصة لكم،

Shannon Hartke, MBA, FHFMA

المديرة العامة للخدمات المالية للمرضى

المثال 8

استمارة الإخطار بالأحقية في مساعدة الرعاية الصحية

بالتعاون مع خدمات مستشفى جنوب إلينوي، Southern Illinois Hospital Services d.b.a، ومشفى ميموريال في كاربوندال Memorial Hospital of Carbondale ووفقاً لقانون ولاية إيلينوي، أعلمكم بأنني قد أبلغت بإتاحة المساعدة المالية من خلال برنامج المساعدة الطبية. أفهم أيضاً أنه لا بد لي من مساعدة المشفى لمساعدتي (المريض) في تحديد ما إذا كنت مستحقاً للحصول على المساعدة المالية.

قد لا تكون هناك حاجة لطلب مساعدة الرعاية الصحية إذا تم استيفاء بعض الشروط المؤهلة. وأنا أفهم أنني مسؤول عن إخطار المشفى على الفور إذا كنت غير مشمول بالمساعدة الطبية Medicaid أو أي برنامج حكومي آخر. أفهم أيضاً أنني ملزم بالإفصاح عن أي انتظار للتقاضي أو لمحكمة التسوية التي يمكن استخدامها لدفع ثمن الخدمات التي يقدمها المشفى. أقر أنه عرضت علي وثيقة ملخص واضح للرعاية الصحية المساعدة وأعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة.

التاريخ: _____ الوقت: _____ :

توقيع المريض (أو الممثل الشخصي / الوكيل)

☐ غير قادر على التوقيع بسبب حالة طبية

العلاقة مع المريض

الاسم المطبوع للممثل القانوني

التاريخ: _____ الوقت: _____ :

الشاهد

