

برنامج المساعدة في الرعاية الصحية و افتراضية التأهل له SY-PI-092

ينطبق على:
تسجيل المريض

1. السياسة

تماشياً مع مهمة و رؤية و الخطة SIH (Southern Illinois Healthcare) الاستراتيجية ، يؤمن SIH بأنه مسؤول عن توفير الاحتياجات المالية للمرضى وأفراد المجتمع الذين يقدم لهم الخدمات في حالة عدم قدرتهم على الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية. وتوفر هذه السياسة الإرشادات اللازمة للوفاء بهذه المسؤولية. لا يقوم SIH بالتمييز في تقديم الخدمات للفرد بناءً على عرقه أو لونه أو جنسه أو أصله القومي أو إعاقة أو دينه أو عمره أو توجهه الجنسي.

2. التعريفات

ABE: تطبيق أهلية الحصول على المزايا

ABN: الإخطارات المسبقة للمستفيدين

AGB: المبالغ التي يتم إصدار فواتير بها بشكل عام مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الطبية الضرورية المقدمة للأفراد الذين لديهم تغطية تأمينية

الفاتورة: يستخدم SIH مرسلي البيانات و كشوف الحسابات التفصيلية لإخطار المرضى بحالة حسابهم؛ ولغرض هذه السياسة، لا تُعد هذه التفاصيل فاتورة

الارتباط المدني: علاقة قانونية بين شخصين، من الجنس نفسه أو من جنسين مختلفين، أُقيمت وفقاً لقانون حماية الحرية الدينية والارتباط المدني في ولاية إيلينوي

الخدمات المغطاة: خدمات الرعاية الطارئة أو الضرورية طبيًا

ECA: إجراءات التحصيل غير العادية

توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي: توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي التي تنشرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة بصورة سنوية

المستشار المالي: موظف لدى SIH يساعد المرضى في تسوية مسؤوليتهم المالية بما في ذلك المساعدة في الرعاية الصحية

المحتاج ماليًا: شخص غير مؤمن عليه أو غير مؤمن عليه بشكل كافٍ وغير قادر على دفع تكلفة الخدمات المقدمة

FPL: مستوى الفقر الفيدرالي

HAP ADD-ON Acct: يشير إلى الحساب (الحسابات) الذي يتم تحديده أثناء عملية مراجعة طلب الالتحاق ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية (HAP)، يكون الطلب الأصلي قد تمت الموافقة عليه بشكل نهائي ولكن الحسابات غير مدرجة في ورقة العمل الأصلية الخاصة ببرنامج HAP

طلب الحصول على المساعدة في الرعاية الصحية: طلب يسمح بجمع المعلومات بغرض النظر في الحصول على المساعدة في الرعاية الصحية (انظر الأمثلة 1 إلى 5)

برنامج المساعدة في الرعاية الصحية (HAP): المساعدات المالية المقدمة إلى مرضى SIH الذين يستوفون معايير المرضى المحتاجين ماليًا أو طبيًا أو معايير قانون إلزام المستشفيات بتخفيض التكلفة للمرضى غير المؤمن عليهم

Healthshare: منظمات تقاسم التكاليف الطبية حيث يقوم الأعضاء بدفع مدفوعات شهرية ضمن مجموعة مشتركة. عندما يتكبد أحد الأعضاء نفقات طبية مؤهلة ، يتم تعويض المطالبة من المجموعة المشتركة. خطط Healthshare لا يعتبر تأمين صحي ولا تخضع للوائح التأمين الحكومية أو الفيدرالية.

المشرد: شخص ليس لديه مكان يقيم فيه بصورة مستقرة طويلة الأمد، ويفتقد مكانًا للإقامة أثناء الليل ثابتًا ومنتظمًا ومناسبًا أو يقيم في مأوى للمشردين

نظام معلومات المستشفى: البرامج المتعلقة بالحاسوب التي تُستخدم لتسجيل أو مسح المعلومات المستلمة أو المطبوعة ضوئيًا نيابةً عن المريض

قانون إلزام المستشفيات بتخفيض التكلفة للمرضى غير المؤمن عليهم: لدى SIH مستشفيات للوصول الحرج موجودة في المناطق الريفية وهي ملزمة بتقديم تخفيضات للمقيمين بولاية إيلينوي من غير المؤمن عليهم الذين يقل دخلهم الأسري عن 300% من مستوى الفقر الفيدرالي؛ تكون نسبة التخفيض 100% ناقص 135% من التكاليف وذلك بتطبيق نسبة التكاليف إلى الرسوم الموجودة في ورقة العمل ج، الجزء الأول من آخر تقرير تكاليف تم تقديمه

المقيم بولاية إيلينوي: شخص يعيش في ولاية إيلينوي وبنوي الاستمرار في العيش في إيلينوي إلى أجل غير مسمى

JCHD: إدارة الصحة بمقاطعة جاكسون

Judici: برنامج يُستخدم للبحث عن المعلومات ذات الصلة المتعلقة بمطالبات الممتلكات

Medi: نظام تحديد الأهلية لبرنامج Medicaid

المؤهّل للحصول على خدمات برنامج Medicaid: شخص يُعد مؤهلاً للحصول على المزايا الطبية على النحو المحدد من قِبَل نظام الإدارة الطبية لولاية إيلينوي والمثبت برقم تعريف المتلقي (RIN)

المحتاج طبيًا: يشير إلى المريض الذي تتعدى فاتورة (فواتير) المستشفى الخاصة به نسبة مئوية محددة من الدخل السنوي للمريض، بعد تطبيق معايير المحتاجين ماليًا، وهو غير ملزم بدفع الرصيد المتبقي من فاتورته (فواتيره)

الضرورة الطبية/ضرورة طبيًا: الخدمات المقدمة المعقولة والضرورية

MyChart: بوابة إلكترونية آمنة للمرضى

أحد طرفي الارتباط المدني: شخص أقام ارتباطاً مدنيًا بموجب قانون حماية الحرية الدينية والارتباط المدني في إيلينوي؛ يُقصد بأحد طرفي الارتباط المدني، ويتضمنه أي تعريف أو استخدام لمصطلحات الزوج/الزوجة والأسرة والأسرة المباشرة والمعالين وأقرب الأقرباء وغيرها من المصطلحات التي تدل على العلاقة الزوجية

PFS: لخدمات المرضى المالية

ممثل PFS: موظف لدى SIH يعمل في قسم PFS ويحصل على الوثائق المطلوبة لمعاملات الأهلية الافتراضية

الأهلية الافتراضية: يعتمد المعيار المُستخدم لاعتبار أي مريض مؤهل لتلقي المساعدات المالية على التوجيهات المنصوص عليها في هذه السياسة الرغبة بالدفع: برنامج يستخدم للحصول على نتائج فحص المساعدة المالية والتي تشمل أعداد الأفراد في عائلة الشخص ، و نتيجة نقاط الرغبة بالدفع والمعلومات المالية الأخرى التي يتم استخدامها لتحديد الأهلية الافتراضية

التدقيق: لأغراض هذه السياسة، يعني التدقيق أنه لا يلزم وجود طلب مكتمل للمساعدة في الرعاية الصحية

Southern Illinois Healthcare : SIH

ستون (60) يومًا: عدد الأيام التي لن يتم إرسال الفواتير فيها إلى المريض أو إرسال الحساب إلى الديون المعدومة/التحصيلات

إجمالي الدخل السنوي: مجموع الدخل السنوي الإجمالي

المريض غير المؤمن عليه: مريض بمستشفى ليس لديه تغطية بوليصة تأمين صحي وغير مستفيد من تأمين صحي عام أو خاص أو مخصصات صحية أو برنامج تغطية صحية آخر، بما في ذلك خطط التأمين الصحي التي تقتطع مبالغ كبيرة أو تعويضات العاملين أو تأمين المسؤولية في حالات الحوادث أو تأمين مسؤولية طرف ثالث آخر

3. المسؤوليات

1. يتعين على جميع الموظفين اتباع المبادئ التوجيهية المقررة في هذه السياسة فيما يتعلق باستكمال ومعالجة جميع إجراءات المساعدة في الرعاية الصحية.

4. الأجهزة/المواد

1. نظام معلومات المستشفى
2. نظام Epic

5. الإجراءات

1. يتمتع كل طرف من طرفي أي ارتباط مدني بنفس الالتزامات والمسؤوليات وسبل الحماية والمخصصات القانونية على النحو الذي يكفله أو يعترف به قانون إيلينوي للأزواج، سواء كانت مستمدة من النظام الأساسي أو النظام الإداري أو السياسة أو القانون العام أو أي مصادر من القانون المدني أو الجنائي.

2. الالتزام بتوفير الرعاية الطبية الطارئة

1. يوفر SIH، دون تمييز، الرعاية للحالات الطبية الطارئة للأفراد بغض النظر عما إذا كانوا مؤهلين للحصول على المساعدة في إطار سياسة HAP هذه أم لا.

أ. لن تشارك مستشفيات SIH في أعمال تنثني الأفراد عن طلب الرعاية الطبية الطارئة، مثل مطالبة مرضى قسم الطوارئ بالسداد قبل تلقي العلاج للحالات الطبية الطارئة أو عن طريق السماح بإجراءات تحصيل الدين التي تتعارض مع مبدأ توفير الرعاية الطبية الطارئة دون تمييز.

ب. تُقدّم الخدمات الطبية الطارئة، بما في ذلك عمليات النقل الطارئة، بموجب قانون العلاج الطبي الطارئ والتعامل مع حالات الولادة (EMTALA) إلى جميع مرضى SIH على نحو غير تمييزي، وفقاً لسياسة قانون EMTALA الخاصة بكل مستشفى.

3. الخدمات التي يؤهل برنامج HAP الحصول عليها

1. تطبيق سياسة برنامج HAP هذه على جميع خدمات الرعاية الطارئة وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبياً المقدمة من مستشفيات SIH المذكورة أدناه، بالإضافة إلى بعض مقدمي الخدمات الآخرين الذين يقدمون خدمات رعاية طارئة أو غيرها من الرعاية الضرورية طبياً في منشآت SIH.
 - أ. تتضمن الملحقات المرفقة بهذه السياسة قائمة بجميع مقدمي الخدمات، بالإضافة إلى SIH نفسه، الذين يقدمون خدمات الرعاية الطارئة وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبياً في مستشفيات SIH التي تحدد مقدمي الخدمات المشمولين وغير المشمولين في هذه السياسة.
 - (1) ملحق أ: القائمة الحالية لمقدمي الخدمات التابعين لـSIH
 - (2) ملحق ب: مقدمو الخدمات التابعون لـSIH من غير المنتمين إلى مجموعة SIH الطبية
 - (3) قائمة مقدمو الخدمة يمكن إيجادها على www.sih.net
 - ب. يتم تحديث قائمة مقدمي الخدمات بصورة ربع سنوية.
2. تطبيق سياسة برنامج HAP هذه على:
 - أ. Memorial Hospital of Carbondale, 405 W Jackson, Carbondale, IL 62902, (618) 549-0721
 - ب. Herrin Hospital, 201 S 14th Street, Herrin, IL 62948, (618) 942-2171
 - ج. St. Joseph Memorial Hospital, 2 South Hospital Drive, Murphysboro, IL 62966, (618) 684-3156
4. معايير الأهلية لبرنامج HAP
 1. يطبق برنامج المساعدة في الرعاية الصحية على هؤلاء المرضى المقيمين في ولاية إيلينوي.
 2. المحتاجون مالياً
 - أ. يصنف SIH جميع المرضى الذين يبلغ دخلهم 200% أو أقل من توجيهاً مستوى الفقر الفيدرالي كمحتاجين مالياً، ويؤدي إلى تقديم مساعدات مالية لهم بنسبة 100%.
 - ب. تقدم المساعدات المالية الجزئية بمعدل تدرجي لهؤلاء المرضى الذين يصل دخلهم إلى 6 أضعاف (600%) توجيهاً مستوى الفقر الفيدرالي.
 - ج. يستعين SIH بتوجيهات مستوى الفقر الفيدرالي التي يتم نشرها سنوياً من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة.
 3. المحتاجون طبياً
 - أ. ليتم اعتبارك ضمن التصنيف كمرضى محتاج طبياً ينبغي أن يزيد المبلغ المستحق بعد تقديم طلب التسوية الخاص بالمحتاجين مادياً بنسبة خمسة وعشرين (25) في المائة من الدخل السنوي للمريض.
 - ب. المرضى المصنفون كمحتاجين طبياً مسؤولون عن مدفوعات Medicare المتوقعة التي تُخفض بشكل إضافي بنسبة تسوية المحتاجين مالياً.
 4. تتم معالجة الطلبات الخاصة بالمرضى الذين تم تسجيلهم بالدفع الذاتي بسبب تخصيص لغة الاستحقاقات على البطاقة و / أو الذين تم تحديدهم مع خطة Medshare/healthshare بشكل تقليدي كالمعتاد. سيتم إرسال الحسابات إلى قائمة عمل للمستشارين الماليين للموافقة أو الرفض بشكل فردي وفقاً للدفع والوثائق المستلمة.
 5. لن يُحصل SIH أكثر من 20% من دخل المريض السنوي في أي سنة معينة.
 6. قانون إلزام المستشفيات بتخفيض التكلفة للمرضى غير المؤمن عليهم:
 - أ. المرضى غير المؤمن عليهم الذين يبلغ دخلهم السنوي 300% من مستوى الفقر الفيدرالي أو أقل. بمقتضى القانون يتم خفض فواتير المستشفى الخاصة بهم إلى 100% ناقص 135% من نسبة التكاليف.
 7. تغطية برنامج Medicaid خارج الولاية
 - أ. المرضى المؤهلون لبرنامج Medicaid مع التغطية خارج الولاية في مستشفيات SIH غير الملتحقة بالبرنامج.
 8. حفظ الحقوق:
 - أ. يحتفظ SIH بالحق في الحد من المساعدات المالية أو الحرمان منها وفقاً لتقدير SIH وحده.
5. الأهلية الافتراضية
 1. SIH مسؤول عن التعاون الوثيق مع المريض ويعتمد عليه لتطبيق الأهلية الافتراضية على المرضى غير المؤمن عليهم في أقرب وقت ممكن بعد تلقي خدمات المستشفى وقيل إصدار فاتورة بخدمات المستشفى تلك.

2. يتبع الموظفون المعينون المبادئ التوجيهية المقررة في هذه السياسة فيما يتعلق باستكمال ومعالجة جميع إجراءات الأهلية الافتراضية.
3. يحتفظ SIH بالحق في تقديم مساعدات الأهلية الافتراضية واستخدام المعيار التالي لتحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً أم لا دون الحاجة إلى المزيد من التدقيق من قبل المستشفى.

أ. التشرذ

ب. مريض متوفي وليس لديه ممتلكات

ج. معاق ذهنياً ولا يوجد من يتصرف بالنيابة عنه

د. مؤهل لبرنامج Medicaid ولكن ليس في نطاق تاريخ الخدمة أو لخدمة غير مغطاة

هـ. المرضى الذين يتلقون الخدمة التالية يتأهلون تلقائياً للحصول على مساعدة بنسبة 100% دون التقدم بطلب.

- 1) المرضى الملتحقون ببرنامج Medicaid مع تحمل مسؤولية الإنفاق (مسؤولية المريض بالمريض)
- 2) المرضى الملتحقون ببرنامج Medicaid إلى جانب تغطية ثانوية لـ Medicare، الذين يتلقون خدمات تتطلب إخطاراً مسبقاً للمستفيدين (ABN)
- 3) المرضى الملتحقين لـ Medicaid الذين تم تحديد أنهم مؤهلون لبرنامج Medicaid بعد 180 يوماً من تاريخ التقديم المحدد
- 4) المرضى الملتحقون لخدمات الرعاية الأولية من Medicaid الذين يخضعون للزلزل الوريدي
- 5) تغطية Medicaid المتاحة في تاريخ الخدمة ولكنها غير مغطاة في تواريخ الخدمة بداية من اليوم الأول من الشهر السابق حتى تاريخ الخدمة.

و. لا تتم تغطية المرضى الذين يختارون الخضوع لعمليات تجميلية اختيارية بموجب الأهلية الافتراضية.

1. قد لا تكون الخدمات الاختيارية و / أو التي تعتبر غير ضرورية من الناحية الطبية مؤهلة للحصول على مساعدة مالية.

ز. قاطني منشآت الإيواء الذين ليس لديهم تغطية تأمينية

ح. شركات التأمين المعسرة ماليًا بموجب توجيهات الولاية للتوقف والكف عن ممارسة النشاط

ط. ضحايا الإغاثة من الكوارث في المقاطعات الجنوبية الست عشرة (16) على النحو الذي تحدده الإدارة

ي. الخدمات المقدمة من خلال العيادات المجانية مثل Hands of Hope و Bridges Clinic و Abundant Health Services و/أو الوكالات التي قد استنفدت المنح التي ترعاها الحكومة مثل JCHD-HIV

ك. الأفراد المسجونون في السجن الفيدرالي حيث تم استنفاد جميع الجهود من أجل أي مسؤولية تجاه طرف ثالث حيث يكون للمريض المبلغ المتبقي وليس هناك موارد مالية متاحة.

4. يتم تعديل الحسابات التي تم بحثها والموافقة عليها من أجل الأهلية الافتراضية بنسبة 100% بناء على مستويات الهيئة.

5. تتم مراجعة الحسابات الافتراضية للموافقة عليها من خلال الميل للدفع.

6. عملية تقديم طلب إلى برنامج HAP

1. يطلب SIH من كل مريض التقدم بطلب للحصول على مساعدات مالية واستكمال طلب لبرنامج HAP. (المثال 05-01)

أ. يتم النظر في الحسابات لتحديد إمكانية الحصول على المساعدة في الرعاية الصحية بعد أن تشير التحقيقات الشاملة لمصادر التمويل الأخرى إلى عدم وجود تغطية (على سبيل المثال، Medicaid يرفض التغطية، إلخ).

1) لا يُعد عدم وجود نموذج مطالبة مكتمل أو عدم تعاون المريض رفضاً صالحاً.

ب. الحسابات التي لا يمكن النظر في حصولها على خدمات برنامج HAP:

- 1) الخدمات التي تعتبر اختيارية بطبيعتها ، أو تجميلية ، أو مسعرة على مستوى البيع بالتجزئة ، أو تعتبر غير ضرورية من الناحية الطبية بطبيعتها.
 - 2) الحسابات التي يكون العلاج المقدم هو موضوع التقاضي أو التسوية أو الحكم أو أي نوع آخر من الإجراءات القانونية أو مرتبطاً بها
 - 3) الحسابات التي لم تستنفد طرق الدفع الأخرى
 - 4) الحسابات التي مر على إنشائها أكثر من 12 شهراً من تاريخ التوقيع على الطلب وتأريخه
 - 5) يحتفظ SIH بالحق في أن يطلب من مقدم الطلب متابعة طلبه عبر تطبيق ABE.
- ج. يمكن استخدام طلبات برنامج HAP في الحسابات المؤهلة لمدة ثلاثة (3) أشهر قبل تاريخ التوقيع على الطلب وتأريخه.

2. تقبل منشآت St. Joseph Memorial و Herrin Hospital و SIH (Memorial Hospital of Carbondale و Hospital) نسخة من طلب برنامج HAP الخاص بمجموعة SIH الطبية. يتم إجراء مراجعة شاملة.
- أ. يحتفظ مركز SIH بالحق في طلب معلومات إضافية عند الحاجة.
3. يتم توفير نماذج الطلبات بواسطة المستشارين الماليين أو ممثلي حسابات المرضى أو الموظفين المعيّنين الآخرين أو من خلال MyChart أو عبر الموقع الإلكتروني www.sih.net مجاناً.
4. أفراد الأسرة المباشرون:
- أ. يشمل عدد الأشخاص في أسرة المريض البالغ المريض نفسه وزوج/زوجة المريض وأي معالين.
- ب. يشمل عدد الأشخاص في أسرة المريض القاصر المريض نفسه والدة المريض وأي معالين من قبل والدة المريض ووالد المريض وأي معالين من قبل والد المريض.
- ج. أي شخص مدرج في الإقرار الضريبي باعتباره معالاً يُعد جزءاً من أفراد الأسرة المباشرين.
5. لاتخاذ القرار النهائي، يمكن أن يتخذ SIH الإجراءات التالية:
- أ. استخدام المصروفات الشهرية ومعلومات الأصول لاتخاذ قرار نهائي
- ب. طلب تقديم معلومات الدخل السنوي والأصول والمصروفات على أساس كل حالة على حدة ومراجعتها
- ج. النظر في مدى امتلاك الشخص لأصول أخرى، بخلاف الدخل، يمكن استخدامها للوفاء بالتزاماته المالية
- د. طلب معلومات إضافية عند مراجعة طلب المساعدة في الرعاية الصحية
- هـ. لن يتم رفض المساعدات المالية بموجب برنامج HAP لأن مقدم الطلب لم يقدم معلومات أو وثائق غير مطلوبة بموجب سياسة HAP الخاصة بالمستشفى أو بموجب طلب التقدم للبرنامج.
- و. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب، ولكنه سيساعد في معالجة الطلب.
6. التحقق من الدخل:
- أ. يطلب SIH من المريض إثبات الدخل المذكور في طلب المساعدة في الرعاية الصحية.
- ب. الوثائق التي تثبت الدخل:
- (1) يتم إثبات الدخل عن طريق أي مما يلي:
- أ) نموذج 2-W من مصلحة الضرائب الأمريكية (IRS) وبيان عائدات
- ب) الحوالات المالية الخاصة بالرواتب
- ج) الإقرارات الضريبية
1. لا يُنظر في طلب برنامج HAP حتى اكتمال جميع الإقرارات الضريبية وتقديمها ما لم تكن الوثائق الكافية تدعم الدخل المثبت أو تدعم عدم وجود إقرار ضريبي.
2. إذا لم يكن لدى المتقدم نسخ من الإقرارات الضريبية، اطلب منه التواصل مع مصلحة الضرائب الأمريكية للحصول على نسخ.
3. في حالة تلقي طلب في يناير أو فبراير أو مارس ولم يتم تقديم الإقرار الضريبي، سيتم قبول الإقرار الضريبي للسنة السابقة.
4. بالنسبة للطلبات التي تم استلامها خلال شهر إبريل وحتى شهر ديسمبر، يلزم تقديم الإقرار الضريبي للعام الحالي.
- د) دخل الضمان الاجتماعي أو خطاب منه
- هـ) خطابات قرارات تعويض العمال أو تعويضات البطالة
- و) التحقق عبر الهاتف من صاحب العمل من إجمالي الدخل السنوي للمريض
- ز) نماذج أجر الموظف أو البيانات المصرفية
7. عدم توفر الوثائق:
- أ. تحقق من الدخل عندما يكون المريض غير قادر على تقديم الوثائق.
- (1) يوقع المريض على طلب مساعدة في الرعاية الصحية يقر فيه بدقة معلومات الدخل المقدمة.
- (2) يوقع المريض على طلب مساعدة في الرعاية الصحية يقر فيه بعدم وجود دعاوى قانونية مفتوحة معلقة خاصة بأي حسابات يتم طلب المساعدة فيها.

3) يُطلب توضيح يذكر سبب عدم قدرة المريض على تقديم الوثائق المطلوبة التي تثبت الدخل أو تجاوز النفقات الشهرية للدخل الشهري المدرج و/أو كيفية دفع النفقات. (انظر المثال 3)

8. تزوير المعلومات:

أ. قد يؤدي تزوير المعلومات إلى رفض الطلب.

ب. يتم سحب المساعدات المالية بعد منحها للمريض وإثبات أن المادة المقدمة غير صحيحة.

9. الاحتفاظ بالوثائق:

أ. يحتفظ SIH بطلب برنامج المساعدة في الرعاية الصحية لمدة سبع (7) سنوات من تاريخ تقديم الطلب.

10. إذا تم تحديد عدم أهلية المريض لبرنامج HAP، فسيتم إخطار المريض بخطاب بسبب الرفض. (انظر المثال 6)

7. إجراءات نشر سياسة HAP على نطاق واسع

1. إخطار المريض ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية:

أ. يتم وضع إشعارات المساعدات المالية في جميع الأقسام التي تسجل المرضى.

ب. ينشر SIH لافتات باللغات الإنجليزية والإسبانية والعربية حول توافر المساعدات المالية.

2. وينشر موقع SIH الإلكتروني إشعارًا بالمساعدات المالية المتاحة عبر برنامج المساعدة في الرعاية الصحية وطلبات التقدم لها باللغات الإنجليزية والإسبانية والعربية.

3. يتوفر التطبيق الإلكتروني أيضًا في mychart عن طريق تسجيل الدخول واختيار الفواتير ثم تحديد المساعدة المالية

4. تُتاح المعلومات المتعلقة ببرنامج HAP مجانًا عند الطلب في جميع مكاتب تسجيل بيانات المرضى وفي المواقع العامة الأخرى داخل المستشفى.

5. يقوم مسؤولو التسجيل بإعلام جميع المرضى ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية، ويقدمون ملخصًا مكتوبًا بلغة بسيطة.

8. أساس حساب المبالغ التي يتحملها المرضى

1. SIH الذي يعمل تحت أسماء: Memorial Hospital of Carbondale وHerrin Hospital وSt. Joseph Memorial Hospital يستخدم طريقة الرجوع إلى الوراء (حساب ساعات العمل خلال فترة مستقبليّة بناءً على ساعات العمل خلال فترة سابقة) لتحديد المبالغ المفروضة بشكل عام أو التي يُشار إليها اختصارًا بـAGBS.

2. تُحدد نسبة AGB وفقاً لإجمالي الخصم من التكاليف المحددة، المطبقة على مجموعة الخدمات التي نقدمها للمرضى حالياً، حسب الاتفاقيات المبرمة مع CMS والأطراف الثالثة الأخرى التي تتولى الدفع.

3. يحصل الجمهور على المعلومات المتعلقة بـAGBS كتابياً ومجاناً من خلال التواصل مع مدير الشؤون المالية، في SIH على الرقم 618-457-5200 ، التحويلة 67200.

4. لن يتحمل الفرد المؤهل لبرنامج HAP تكاليف مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا أكثر من المبالغ المفروضة بشكل عام على الأفراد الذين لديهم تأمين يغطي مثل هذه الرعاية .

5. لا يصدر SIH فاتورة أو يتوقع سداد إجمالي/مجموع التكاليف من الأفراد المتأهلين لتلقي المساعدات المالية بمقتضى هذه السياسة.

6. يصدر SIH فاتورة مقابل الأرصدة عند الموافقة على أقل من 100%.

9. أساس حساب المبالغ المرودة إلى المرضى غير المؤمن عليهم.

1. تعتبر الحسابات قابلة للاسترداد بموجب قانون الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم بمستشفى إيلينوي.

2. يقوم SIH برد مدفوعات المرضى الذين يحصلون على موافقة HAP على نسبة تساوي 100% أو المدفوعات التي تتخطى التزام المريض المالي الذي يحصل على موافقة على نسبة أقل من 100%.

أ. مثال:

1) يقوم المريض بدفع مبلغ 100 دولار

2) الالتزام المالي للمريض هو 100 دولار

3) المريض حاصل على موافقة من برنامج HAP بنسبة 70%

4) يتم رد مبلغ 30.00 دولارًا للمريض

3. تتم مراجعة المرضى الذين حصلوا على موافقة على نسبة 100% في أو بعد 1 إبريل 2016 لتحديد المبالغ المرودة.

10. الإجراءات المُتخذة في حالة عدم الدفع

1. الإجراءات التي قد يتخذها SIH في حالة عدم الدفع موضحة في سياسة فوترة وتحصيلات منفصلة.

أ. يمكن لأفراد الجمهور الحصول على نسخة مجانية من هذه السياسة المنفصلة من www.sih.net أو من قسم PFS التابع لـ SIH عن طريق التواصل مع SIH على رقم 1-800-457-1393.

1. لا يوجد تأثير على سياسات المستشفى الأخرى:
أ. لا تُعَيَّر سياسة المساعدة في الرعاية الصحية هذه أو تُعَدَّل السياسات الأخرى فيما يتعلق بجهود الحصول على المدفوعات من الدافعين من أطراف ثالثة أو عمليات نقل المرضى أو الرعاية الطارئة.
2. تجب الموافقة على تعديل هذه السياسة من قبل:
أ. مدير المؤسسة لخدمات المرضى المالية والمدير المالي والرئيس التنفيذي ومجلس الإدارة

6. الوثائق

- 1.0 ارجع إلى الأمثلة 2 و3 و4 لمعرفة الوثائق التي يجب تقديمها من قبل المريض.
- 2.0 ارجع إلى الأمثلة 1 و5 و6 و7 و8 و9 و10 و11 و12 لمعرفة الوثائق التي يجب استكمالها من قبل ممثل SIH.

7. التكاليف

لا ينطبق

الاستبدالات:

لا ينطبق



SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901

(618) 457-5200
تحويل: 67575
فاكس: (618) 351-6540

St. Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966

(618) 684-3156
تحويل: 55331
فاكس: (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin, IL 62948

(618) 942-2171
تحويل: 36458
فاكس: (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W. Jackson
Carbondale, IL 62902

(618) 549-0721
تحويل: 64572
فاكس: (618) 351-6540

عزيزنا المريض/الضامن:

هام: قد يكون بإمكانك الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة. إكمال هذا الطلب سيساعد _____، في تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة التكلفة أو البرامج الحكومية الأخرى التي يمكنها المساعدة في الدفع مقابل رعايتك الصحية. يُرجى تسليم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم تكن لديك تغطية تأمينية، فإن رقم ضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة. ولكن، رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج الحكومية، بما في ذلك **Medicaid**. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا ولكن سيساعد المستشفى في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للتأهل بأي برامج حكومية أم لا.

يُرجى إكمال هذا النموذج وتسليمه إلى المستشفى شخصيًا أو عن طريق البريد أو عن طريق البريد الإلكتروني أو عن طريق الدخول إلى **myChart** أو عن طريق الفاكس، للتقدم بطلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة خلال 90 يومًا بعد تاريخ الخروج من المستشفى أو تلقي الرعاية في العيادات الخارجية.

يقر المريض بأنه قد بذل جهدًا بحسن نية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية أم لا.

يُرجى فهم أنه لكي تتلقى المساعدة في دفع فواتير المستشفى الخاصة بك سيتعين عليك توضيح جميع مصادر الدفع مثل التأمين الصحي، **Medicaid**، تعويضات العاملين، الالتزام المالي، إلخ. يجب أن تكون جميع مصادر الدفع مستنفدة بالكامل قبل النظر في طلب المساعدة في الرعاية الصحية.

بعض الظروف التي قد يكون فيها المريض مؤهلاً للأهلية الافتراضية قد لا تحتاج إلى تقديم طلب. يُرجى الاتصال بالمستشار المالي على الرقم الموضح أعلاه لمعرفة المزيد.

يُرجى إعادة الطلب بعد توفير المعلومات التالية:

1. طلب التأهل ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية بعد إكماله وتوقيعه وتاريخه.
2. نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي قدمته. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص يجب أن تقوم بتضمين الجدول ج. يُرجى تضمين نسخة من جميع نماذج **W2**.
3. نسخة من أحدث شيك أو كعب الشيك الخاص بالتوظيف أو البطالة أو الضمان الاجتماعي أو المعاشات أو تعويضات العمال (أو خطاب قرار تعويضات البطالة) أو أي مصدر (مصادر) آخر (أخرى) للدخل قد تلقيتها خلال الثلاثة عشر (13) أسبوعًا الماضية. سنقبل واحدًا من الوثائق الثلاثة التالية كإثبات على الأجر:
 - a. نموذج أجر الموظف مملوء وموقع من قبل أصحاب العمل الخاصين بكل صاحب دخل في الأسرة. (انظر الطلب الخاص بهذا النموذج).
 - b. نسخ من كعوب الشيكات خلال الـ 13 أسبوعًا الماضية.
 - c. نسخة مطبوعة من أجورك من صاحب العمل الخاص بك خلال الـ 13 أسبوعًا الماضية.
 - d. يجب أن تكون معلومات الأجر الموجودة أعلاه معتمدة لكل أفراد العائلة/الأسرة.
4. إذا كان ينطبق، إثبات للمشاركة في برامج المساعدات الحكومية مثل قسائم الطعام أو برنامج النساء والرضع والأطفال (**WIC**) أو برنامج **Medicaid** أو برنامج **Link** أو وجبات الغداء المدرسية أو مركز موارد رعاية الطفل أو برنامج إحالة.
5. قد يُطلب منك التقدم بطلب للحصول على مساعدة من مصادر أخرى مناسبة إذا تحدد أنك مؤهل لتلقي مثل تلك المساعدة.

إذا كنت ترغب بتقديم طعن على قرارنا أو طلب لإعادة النظر، يجب أن تفعل ذلك كتابيًا. يُرجى تضمين السبب أو تقديم المعلومات الإضافية التي قد تفيد في مراجعتنا. يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف بشأن إجراءات طلب خصم المريض غير المؤمن عليهم أو إجراءات المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام لدى ولاية إيلينوي من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.illinoisattorneygeneral.gov أو من خلال هاتف رقم 1-800-964-3013. يقدم **SIH** الآن خيارًا إلكترونيًا مناسبًا لاستكمال تطبيقات المساعدة الصحية عن طريق تسجيل الدخول إلى **MyChart**. قم بزيارة www.mychart.sih.net 7/24 للتعليمات الكاملة. يمكن أيضًا إرسال الطلب المكمّل بريدًا إلى العنوان المدرج للمنشأة حيث تحملت التكاليف. يلزم تقديم طلب واحد فقط إذا كان لديك حسابات في أي من أو جميع الثلاث مستشفيات المدرجة أعلاه. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال الطلب، يُرجى التواصل مع المستشار المالي في المنشأة المناسبة. يمكنك الوصول إلينا من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 4:30 مساءً. إكمال هذا الطلب لا يعفيك من التزاماتك المالية تجاه **Southern Illinois Healthcare**؛ ويحتفظ **Southern Illinois Healthcare** بالحق في رفض أي طلب بعد مراجعته.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

المستشار المالي



مثال 2 – تطبيق برنامج المساعدة في الرعاية الصحية للتوظيف والدخل و الدخل الآخر والأصول والمصرفات الشهرية

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901

(618) 457-5200
تحويل: 67575
فاكس: (618) 351-6540

St. Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966

(618) 684-3156
تحويل: 55331
فاكس: (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin, IL 62948

(618) 942-2171
تحويل: 36458
فاكس: (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W. Jackson
Carbondale, IL 62902

(618) 549-0721
تحويل: 64572
فاكس: (618) 351-6540

طلب الحصول على المساعدة في الرعاية الصحية

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

عنوان الشارع/صندوق البريد المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب) _____
معلومات العائلة/الأسرة:

1. عدد الأشخاص في عائلة/أسرة المريض: _____

2. عدد الأشخاص المعالين من قبل المريض: _____

3. أعمار المعالين من قبل المريض: _____

معلومات الوظيفة والدخل

1. أدخل معلومات الوظيفة الخاصة بالمريض أو زوج/زوجة المريض أو شريك المريض.

2. إذا كان المريض قاصراً، أدخل معلومات الوظيفة الخاصة بولي أمر المريض أو الوصي على المريض.

المريض	الزوج/الزوجة	الشريك	غير ذلك
اسم صاحب العمل الخاص بالمريض: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالشريك: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الآخر: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي
اسم صاحب العمل الخاص بالمريض: العنوان: المدينة، الرمز البريدي للولاية الراتب: (الإجمالي الشهري)	اسم صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالشريك: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الآخر: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي

مصادر الدخل الأخرى

الدخل الشهري للمريض	الدخل الشهري للزوج/الزوجة/غيره من المعالين	مصادر الدخل الأخرى
دولار	دولار	الأجور
دولار	دولار	العمل الحر
دولار	دولار	تعويضات البطالة
دولار	دولار	الضمان الاجتماعي
دولار	دولار	مخصصات الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة
دولار	دولار	معاش المحاربين القدامى/مخصصات ذوي الإعاقة منهم
دولار	دولار	تعويضات العمال
دولار	دولار	المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة
دولار	دولار	دخل التقاعد
دولار	دولار	إعالة الطفل أو النفقة أو إعالة زوجية أخرى
دولار	دولار	مصادر الدخل الأخرى

توثيق دخل الأسرة من خلال كعوب الشيكات أو بيانات المخصصات أو خطابات المنح أو الأوامر القضائية أو الإقرارات الضريبية الفيدرالية أو غيرها من الوثائق المقدمة من قبل المريض.

*الأصول

العقارات: ملك إيجار	المصرف: حساب جار	دولار
القيمة السوقية	المدخرات	دولار
المبلغ المستحق:		دولار
سيارة/شاحنة/النوع:	صناديق الاستثمار المشتركة:	دولار
القيمة السوقية:	الأسهم، شهادات الإيداع:	دولار
الدراجات النارية، القوارب، المقطورات، غيرها من المركبات:	إيجار الممتلكات المؤجرة:	دولار
القيمة السوقية	غير ذلك:	دولار
		دولار
		دولار
		دولار

*الأصول غير مطلوبة لموقع هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHSC) في SIH Primary Care Harrisburg

النفقات الشهرية

دولار	غير ذلك:	دولار	دفعات المنزل أو الإيجار:
دولار		دولار	الخدمات
دولار		دولار	
دولار		دولار	
دولار		دولار	
دولار		دولار	رعاية الأطفال:
دولار		دولار	الطعام والمؤن:
دولار		دولار	المدفوعات الخاصة بالسيارة:
دولار		دولار	وسائل النقل
دولار		دولار	البطاقات الائتمانية:
دولار		دولار	ضريبة الممتلكات: (سنوية):
	مجموع النفقات الشهرية		

أشهد أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. سوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدات فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية قد أكون مؤهلاً لها للحصول على مساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه.

أدرك أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق من صحتها من قبل المستشفى وأصرح للمستشفى بالتواصل مع الأطراف الثالثة للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أدرك أنني إذا قدمت معلومات غير حقيقية بشكل متعمد في هذه الطلب، فسأصبح غير مؤهل للحصول على المساعدات المالية، وقد تلغى أي مساعدات مالية ممنوحة لي وسأكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

هل كان المريض مقيماً في إيلينوي أو مقيماً مؤقتاً عند تقديم الرعاية؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
*إذا كنت مقيماً مؤقتاً ، فيرجى تقديم نسخة من رخصة قيادة الزائر المؤقت	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل كان المريض متورطاً في حادث مزعوم؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل كان المريض أحد ضحايا جريمة مزعومة؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل لدى مقدم (مقدمي) الطلب أي دعوى قضائية/قانونية نشطة أو مفتوحة خاصة بالحسابات التي تطلب المساعدة فيها؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل يوجد لدى المتقدم (المتقدمون) تأمين صحي أو خطة ممولة من Ministry/Medishare؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم

المعلومات الديموغرافية الاختيارية: (ضع دائرة حول الخيار الأفضل)

* لن يكون للاستجابة أو عدم الاستجابة أي تأثير على نتيجة هذا التطبيق

عرق
اسباني أو لاتيني
ليس من أصل إسباني أو لاتيني

العرق
الهنود الحمر أو سكان الاسكا الأصليين
آسيا
هندي آسيوي
أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
صيني
سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
عرق آخر
أبيض
الجنس
ذكر
أنثى

اللغة المفضلة

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف بشأن إجراءات طلب خصم المريض غير المؤمن عليهم أو إجراءات المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام لدى ولاية إيلينوي من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.illinoisattorneygeneral.gov أو من خلال هاتف رقم 1-800-964-3013.

التاريخ: _____
التوقيع: _____
المريض/مقدم الطلب

التاريخ: _____
التوقيع: _____
المريض/مقدم الطلب

المثال 4 استمارة اجر الموظف في برنامج المساعدة في الرعاية الصحية

نموذج أجر الموظف

(يتم إكماله والتوقيع عليه من قبل صاحب العمل)

اسم الموظف: _____
رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالموظف: _____ (غير مطلوب)
اسم صاحب العمل: _____ الهاتف: _____ التحويلة _____
العنوان: _____

المدينة الولاية الرمز البريدي

الأجور الخاصة بأخر 13 أسبوعًا

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

1. هل الموظف يعمل حاليًا؟ _____ (نعم/لا)، إذا كانت الإجابة لا، فمتى كان آخر يوم عمل؟

2. إذا كان الموظف لا يعمل حاليًا، فهل سيعود الموظف إلى العمل؟ _____ (نعم/لا)

تاريخ العودة المتوقع _____

3. متى بدأ العمل: _____ تاريخ الانتهاء: _____

أشهد أن معلومات الأجر المتعلقة بالشخص المذكور اسمه أعلاه حقيقية وصحيحة.

التاريخ: _____ التوقيع: _____

توقيع صاحب العمل أو ممثل صاحب العمل

المثال 5 جدول التخفيض الخاص بالمتقدمين بطلب للحصول على المساعدة في الرعاية الصحية

جدول التخفيض الخاص بالمتقدمين بطلب للحصول على المساعدة في الرعاية الصحية

توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي لعام 2021 وفقاً لما هو منشور في السجل الفيدرالي

8	7	6	5	4	3	2	1
44,660	40,120	35,580	31,040	26,500	21,960	17,420	12,880
دولار	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار

بناءً على توجيهات مستوى الفقر لعام 2021

مستوى الفقر الفيدرالي من 200% إلى 600% بالنسبة لتوزيع الدخل ربع السنوي

التخفيض	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
١٠٠% (عند ٢٠٠% من مستوى الفقر الفيدرالي)	٦,٤٤٠	٨,٧١٠	١٠,٩٨٠	١٣,٢٥٠	١٥,٥٢٠	١٧,٧٩٠	٢٠,٠٦٠	٢٢,٣٣٠
٩٠% (عند ٣٢٣% من مستوى الفقر الفيدرالي)	١٠,٧٢٣	١٤,٥٠٢	١٨,٢٨٢	٢٢,٠٦١	٢٥,٨٤١	٢٩,٦٢٠	٣٣,٤٠٠	٣٧,١٧٩
٨٠% (عند ٤٦٦% من مستوى الفقر الفيدرالي)	١٥,٠٠٥	٢٠,٢٩٤	٢٥,٥٨٣	٣٠,٨٧٣	٣٦,١٦٢	٤١,٤٥١	٤٦,٧٤٠	٥٢,٠٢٩
٧٠% (عند ٦٠٠% من مستوى الفقر الفيدرالي)	١٩,٣٢٠	٢٦,١٣٠	٣٢,٩٤٠	٣٩,٧٥٠	٤٦,٥٦٠	٥٣,٣٧٠	٦٠,١٨٠	٦٦,٩٩٠



المثال 6 رسالة الرفض في برنامج المساعدة في الرعاية الصحية

1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

التاريخ

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الرمز البريدي للولاية

عزيزي اسم الضامن:

مع الأسف، يجب أن نبلغك بأنه لا يمكن الموافقة على طلبك بالحصول على المساعدة في الرعاية الصحية في الوقت الراهن. فقد قرر أنك لا تستوفي متطلبات الأهلية للسبب التالي (الأسباب التالية):

___ التحقق من الدخل:

___ معلومات مفقودة أو غير مكتملة

___ تجاوز معايير الدخل الخاصة ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية

يمكن إرسال طلبات بإعادة النظر خلال 30 يومًا. يُرجى إرسال الطلب إلى العنوان المدرج أعلاه، عبر الإنترنت على <http://mychart.sih.net>، أو عن طريق الفاكس على الرقم (618) 351-6540. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة، يُرجى التواصل مع ممثل خدمة العملاء على الرقم 1-800-457-1393

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

ممثل Southern Illinois Healthcare



المثال 7 رسالة الموافقة على برنامج المساعدة في الرعاية الصحية بنسبة 70%

1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

التاريخ

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الرمز البريدي للولاية

عزيزي اسم الضامن،

لقد تمت معالجة طلبك الخاص ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية والموافقة عليه. هذه الموافقة سارية من تاريخ الموافقة و حتى تاريخ الانتهاء.

سيتم تخفيض رصيد (أرصدة) حسابك بنسبة 70% لأفراد الأسرة التاليين:
أسماء العائلة مدرجة هنا

تم تطبيق تسوية المساعدة في الرعاية الصحية على حسابك (حساباتك) الخاص بـ Southern Illinois Hospital Services. رصيدك (أرصدتك) المتبقي سوف يدرج في أي من التالي: MyChart أو بيان فوترة SIH أو في بيان من ملحق مكتب أعمالنا - Avadyne Health.

إذا كانت لديك أي أسئلة فيما يتعلق بحسابك (حساباتك)، يُرجى التواصل مع ممثل خدمة العملاء على الرقم 1-(800)-457-1393

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

شانون هارتك، حاصل على ماجستير إدارة الأعمال (MBA)،
حاصل على الزمالة من اتحاد الإدارة المالية للرعاية الصحية
(FHFMA)
مدير المؤسسة
خدمات المرضى المالية

لا يتحمل المرضى المؤهلون للحصول على مساعدات مالية تكاليف أكثر مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا مقارنة بالمرضى الذين يخضعون لتغطية من Medicare أو أي تأمين صحي آخر. ينعكس هذا القيد على رصيدك المستحق. إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد المعلومات بخصوص هذا القيد، يُرجى الاتصال بنا على 1-(800)-457-1393.

المثال 8 رسالة الموافقة على برنامج المساعدة في الرعاية الصحية بنسبة 80%



1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

التاريخ

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الرمز البريدي للولاية

عزيزي اسم الضامن،

لقد تمت معالجة طلبك الخاص ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية والموافقة عليه. هذه الموافقة سارية من تاريخ الموافقة وحتى تاريخ الانتهاء.

سيتم تخفيض رصيد (أرصدة) حسابك بنسبة 80% لأفراد الأسرة التاليين:
أسماء العائلة مدرجة هنا

تم تطبيق تسوية المساعدة في الرعاية الصحية على حسابك (حساباتك) الخاص بـ Southern Illinois Hospital Services. رصيدك (أرصدتك) المتبقي سوف يدرج في أي من التالي: MyChart أو بيان فوترة SIH أو في بيان من ملحق مكتب أعمالنا - Avadyne Health.

إذا كانت لديك أي أسئلة فيما يتعلق بحسابك (حساباتك)، يُرجى التواصل مع ممثل خدمة العملاء على الرقم 1-(800)-457-1393

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

شانون هارتك، حاصل على ماجستير إدارة الأعمال (MBA)،
حاصل على الزمالة من اتحاد الإدارة المالية للرعاية الصحية
(FHFMA)
مدير المؤسسة
خدمات المرضى المالية

لا يتحمل المرضى المؤهلون للحصول على مساعدات مالية تكاليف أكثر مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا مقارنة بالمرضى الذين يخضعون لتغطية من Medicare أو أي تأمين صحي آخر. ينعكس هذا القيد على رصيدك المستحق. إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد المعلومات بخصوص هذا القيد، يُرجى الاتصال بنا على 1-(800)-457-1393

المثال 9 رسالة الموافقة على برنامج المساعدة في الرعاية الصحية بنسبة 90%



1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الرمز البريدي للولاية

عزيزي اسم الضامن،

لقد تمت معالجة طلبك الخاص ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية والموافقة عليه. هذه الموافقة سارية من تاريخ الموافقة وحتى تاريخ الانتهاء.

سيتم تخفيض رصيد (أرصدة) حسابك بنسبة 90% لأفراد الأسرة التاليين:
أسماء العائلة مدرجة هنا

تم تطبيق تسوية المساعدة في الرعاية الصحية على حسابك (حساباتك) الخاص بـ Southern Illinois Hospital Services. رصيدك (أرصدتك) المتبقي سوف يدرج في أي من التالي: MyChart أو بيان فوترة SIH أو في بيان من ملحق مكتب أعمالنا - Avadyne Health.

إذا كانت لديك أي أسئلة فيما يتعلق بحسابك (حساباتك)، يُرجى التواصل مع ممثل خدمة العملاء على الرقم 1-(800)-457-1393

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

شانون هارتك، حاصل على ماجستير إدارة الأعمال (MBA)، حاصل
على الزمالة من اتحاد الإدارة المالية للرعاية الصحية (FHFMA)
مدير المؤسسة
خدمات المرضى المالية

لا يتحمل المرضى المؤهلون للحصول على مساعدات مالية تكاليف أكثر مقابل خدمات الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا مقارنة بالمرضى الذين يخضعون لتغطية من Medicare أو أي تأمين صحي آخر. ينعكس هذا القيد على رصيدك المستحق. إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد المعلومات بخصوص هذا القيد، يُرجى الاتصال بنا على 1-(800)-457-1393

المثال 10 رسالة الموافقة على برنامج المساعدة في الرعاية الصحية بنسبة 100%



1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

التاريخ

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الرمز البريدي للولاية

عزيزي اسم الضامن:

لقد تمت معالجة طلبك الخاص ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية والموافقة عليه. هذه الموافقة سارية من تاريخ الموافقة وحتى تاريخ الانتهاء.

سيتم تخفيض رصيد (أرصدة) حسابك بنسبة 100% الخاص بـ Southern Illinois Hospital Services لأفراد الأسرة التاليين:
أسماء العائلة مدرجة هنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة فيما يتعلق بحسابك (حساباتك)، يُرجى التواصل مع ممثل خدمة العملاء على الرقم (800)-457-1393-1

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

شانون هارتك، حاصل على ماجستير إدارة الأعمال (MBA)، حاصل
على الزمالة من اتحاد الإدارة المالية للرعاية الصحية (FHFMA)
مدير المؤسسة
لخدمات المرضى المالية

لا يدفع المرضى المؤهلون للحصول على مساعدة مالية تكاليف أكثر من أجل خدمات الطوارئ أو غيرها غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا مقارنة بالمرضى الذين يخضعون لتغطية من Medicare أو أي تأمين صحي آخر. ينعكس هذا القيد على رصيدك المستحق. إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد المعلومات بخصوص هذا القيد، يُرجى الاتصال بنا على (800)-457-1393-1



1239 East Main Street
Carbondale, IL 62901
رقم هاتف: (800)-457-1393
فاكس: (618) 351-6540

التاريخ

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

عزيزي اسم الضامن:

نشكرك على طلبك المقدم لبرنامج المساعدة في الرعاية الصحية (HAP). نتقنا المعلومات التالية وهي مهمة جدًا لإكمال مراجعة طلبك.

____ نسخة من الإقرار الضريبي الفيدرالي الكامل عن العام الماضي.

____ إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فإنه يجب عليك تضمين الجدول ج مع الإقرار الضريبي

____ نسخة من نموذج 2W الخاص ببيان الأجور والضرائب الخاص بك المقدم مع إقرارك الضريبي.

____ نسخة من شيكاتك أو كعوب شيكاتك الخاصة بالضمان الاجتماعي أو المعاش أو البطالة أو جميع أماكن العمل أو تعويضات العمال أو أي مصدر (مصادر) آخر للدخل قد تلقينته خلال الـ 13 أسبوعاً الماضية.

____ نسخة من إثبات المشاركة في برامج المساعدات الحكومية مثل قسائم الطعام أو برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) أو برنامج Medicaid أو الضمان الاجتماعي أو خطابات قرارات تعويضات العمال.

____ نموذج كامل عن أجر الموظف من جميع الموظفين لكل صاحب دخل في الأسرة.

____ نسخة من الموافقة أو الرفض الصالح من إدارة المساعدات الحكومية في ولاية إيلينوي، إذا كان لدى فاتورة (فواتير) المستشفى الخاصة بك رصيد أو أرصدة مجمعة تزيد عن 1500 دولار.

____ الرجاء إكمال نموذج طلب المساعدة الصحية و وقع عليها و أرخها. هذا النموذج يوجد في MyChart في قسم المساعدة المالية.

يُرجى إرسال المعلومات الإضافية إلى الموقع الإلكتروني <http://mychart.sih.net>، أو إرسال بالفاكس على الرقم 618-351-6540 خلال ثلاثين يوماً. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة يُرجى الاتصال بممثل خدمة العملاء على الرقم 1-800-457-1393.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

ممثل Southern Illinois Healthcare

نموذج إشعار الأهلية لبرنامج المساعدة في الرعاية الصحية

بالتعاون مع Memorial Hospital of Carbondale و d.b.a و Southern Illinois Hospital Services وقانون ولاية إيلينوي، فإنني أقر بموجب هذا بأنه قد تم إبلاغي بأن المساعدات المالية قد تكون متاحة خلال برنامج المساعدة في الرعاية الصحية. وأنا أفهم أيضاً أنني يجب أن أساعد المستشفى لمعاونتي (المريض) في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي المساعدات المالية.

في حالة استيفاء شروط معينة للتأهيل، فقد لا يلزم تقديم طلب مساعدة في الرعاية الصحية. أنا أدرك أنني مسؤول عن إخطار المستشفى على الفور إذا كنت أتلقى تغطية من قبل برنامج Medicaid أو أي برنامج حكومي آخر. وأنا أدرك أيضاً أنني مطالب بالكشف عن أي دعوى معلقة أو تسوية قضائية من الممكن استخدامها في الدفع مقابل الخدمات المقدمة من المستشفى.

أقر بأنه قد عُرض عليّ وثيقة ملخص المساعدة في الرعاية الصحية بلغة بسيطة وأُتيحت لي الفرصة لترح أي أسئلة.

التاريخ: _____ الوقت: _____

توقيع المريض (أو ممثله/وكيله الشخصي)

غير قادر على التوقيع بسبب ظروف صحية

اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة _____
الصلة بالمريض _____

التاريخ: _____ الوقت: _____

الشاهد