Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago

ملخص المساعدة المالية بلغة مبسطة

تماشيًا مع مهمتها، تكرس مستشفى Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago جهودها لجعل خدمات الرعاية الصحية في متناول أطفالنا. يقر المستشفى بالاحتياجات المالية للمرضى والأسر غير القادرين على تحمّل الرسوم المرتبطة بتكلفة الرعاية الطبية. في هذا الصدد، يوفر المستشفى عند الحاجة خدمات الرعاية الصحية اللازمة طبيًا بسعر مخفض للأطفال المقيمين في ولاية Illinois أو في مقاطعات Lake أو LaPorte أو Porter في ولاية Indiana.

ولتتمكن المستشفى من إدارة مواردها ومسؤولياتها وتقديم المساعدة لأكبر عدد ممكن من الأطفال المحتاجين، وضع مجلس الأمناء هذه الإرشادات لتقديم المساعدة المالية.

الأهلية والمساعدة المقدمة

لكي يكون المريض و/أو عائلته مؤهلين للحصول على رعاية مجانية أو رعاية بسعر مخفض، يجب عليهم التقدّم بطلب عبر استكمال نموذج الطلب. ولن يتم رفض طلب العائلات التي تتقدم للحصول على المساعدة المالية على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر أو الأصل القومي أو الحالة الاجتماعية. ويُتخذ القرار بشأن تقديم المساعدة المالية استنادًا إلى مراجعة دخل الأسرة وأصولها والتزاماتها. وقد يُطلب تقديم معلومات إضافية قد تؤثر على قرار المستشفى.

سيُحدَّد احتياج أي مريض للعلاج الطبي بناءً على الحكم السريري لمقدم الرعاية الصحية دون اعتبار للحالة المالية للمريض و/أو ذويه. وسيُعالج جميع المرضى من الحالات الطبية الطارئة دون تمييز وبغضّ النظر عن أهليتهم للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. يجب على المرضى و/أو أسرهم تقديم وثائق داعمة لإثبات الإقامة. الأطفال المقيمون خارج ولاية Illinois أو خارج مقاطعات Lake, LaPorte, Porter في Indiana أو المقيمين في دولة أجنبية غير مؤهلين للحصول على المساعدة المالية. وتُطبق هذه السياسة بغض النظر عن الوضع القانوني للهجرة الخاص بالمريض.

التقدّم بطلب للحصول على مساعدة مالية

يمكن للمرضى والأسر الراغبين في التقدّم بالطلب تقديم النموذج والمستندات الداعمة إلى مكتب خدمة العملاء المالي للمرضى. ويمكن العثور على نموذج طلب المساعدة المالية على الموقع الإلكتروني للمستشفى www.luriechildrens.org. وبدلاً من ذلك، يمكن الحصول مجانًا على نسخ ورقية من سياسة المساعدة المالية للمستشفى أو ملخصها المبسط عن طريق زيارة مكتب القبول في المستشفى أو الاتصال به. يمكنك الاتصال بخدمة العملاء المالية للمرضى للحصول على نسخة من الطلب ليتم إرسالها ومناقشة أي أسئلة قد تكون لديك. يرجى إكمال النموذج وتقديمه شخصيًا، أو عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس خلال 240 يومًا من تاريخ صدور الفاتورة الأولى بعد الخروج من المستشفى أو تلقي رعاية المرضى الخارجيين. يتوفر هذا الملخص المبسط باللغات الإنجليزية والإسبانية والبولندية والصينية والعربية.

احتساب الرعاية المجانية أو المخفضة

البرنامج	متاح لـ	الوصف	كيفية التقديم
مساعدة مالية - رعاية مجانية	المرضى المؤمن عليهم	يقدم رعاية مجانية للأسر بناءً على حجم الأسرة وبدخل 400% أو أقل من الإرشادات الفيدرالية للفقر.	إستكمال نموذج طلب برنامج المساعدة المالية
خصم التكلفة التي يتحملها المريض	المرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم	يقدم رعاية مخفضة بنسبة 30% للمرضى دون تأمين أو الذين لا يختارون استخدام التأمين.	غير المؤمن عليهم = يُطبق تلقائيًا المؤمن عليهم = عند الطلب قبل تلقي الخدمات
خصم المرضى غير المؤمن عليهم	المرضى غير المؤمن عليهم فقط	يقدم رعاية مخفضة بمبلغ لا يتجاوز الخصم الذي يتم تحصيله عمومًا 20% من الدخل السنوي للأسر بناءً على حجم الأسرة وبدخل 600% أو أقل من الإرشادات الفيدرالية للفقر.	إستكمال نموذج طلب برنامج المساعدة المالية
خصم المرضى غير المؤمن عليهم	المرضى غير المؤمن عليهم فقط	يقدم خصمًا خيريًا بنسبة 100% من الرسوم لجميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا والتي تتجاوز 150 دولارًا في أي إقامة داخلية أو زيارة خارجية للمرضى بناءً على حجم الأسرة وبدخل 200% أو أقل من الإرشادات الفيدرالية للفقر.	إستكمال نموذج طلب برنامج المساعدة المالية
المساعدة في حالات الضائقة المالية	-المرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم	قد تكون أسر المرضى التي تواجه صعوبات مالية، وتم رفض طلبها للحصول على خدمات برنامج المساعدة المالية استنادًا إلى إرشادات الدخل وحجم الأسرة، مؤهلة للحصول على إعانة في حالات المشقة.	استكمال نموذج طلب برنامج المساعدة المالية وطلب تقديم معايير إضافية للنظر فيها.

الإشعار

في محاولة لتوعية مرضانا وعائلاتهم والمجتمع الأوسع ببرنامج المستشفى للمساعدة المالية، اتخذ المستشفى عددًا من الخطوات للإعلان عن هذه السياسة على نطاق واسع، بما في ذلك نشر لافتات مقروءة؛ وتطوير هذا الملخص بلغة مبسطة (PLS)؛ وتوزيع كتيبات إعلامية عند مكاتب التسجيل. إذا كنت بحاجة إلى معلومات إضافية أو لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بمكتبنا على 924-8200 (877) أو 227-7181 (312).

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
قسم خدمة العملاء الخاص بالشؤون المالية للمرضى
East Chicago Avenue 225, صندوق 44
Chicago, Illinois 60611
الفاكس: 9501-227 (312)