

I. الغرض

الغرض من هذه السياسة هو وضع الإطار الذي ستقدم المستشفى بموجبه المساعدة المالية للمرضى في Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("المستشفى") والكيانات المدرجة في الملحق أ. تصف هذه السياسة الإجراءات والمتطلبات ومعايير الأهلية المتعلقة ببرنامج المساعدة المالية للمستشفى، بالإضافة إلى الإجراءات التي قد يتخذها المستشفى في حالة عدم الدفع.

II. النطاق والتغطية

- A. تنطبق هذه السياسة على جميع خدمات الرعاية الطارئة أو الضرورية طبياً التي يقدمها المستشفى. هذه السياسة ليست ملزمة لمقدمي الخدمات الطبية ممن لم توظفهم أو تتعاقد معهم المستشفى لتقديم الخدمات الطبية، بمن في ذلك الأطباء الذين يعالجون مرضى المستشفى في القسم الداخلي أو العيادات الخارجية.
- B. يتضمن الملحق (أ) من هذه السياسة معلومات عن مقدمي الخدمات الذين يقدمون الرعاية الطارئة أو غيرها من الرعاية الضرورية طبياً في المستشفى الذين يتم تغطية خدماتهم كجزء من هذه السياسة. لن يتم تغطية جميع خدمات مقدمي الخدمات الآخرين غير المدرجة في القائمة بموجب هذه السياسة.

III. بيانات السياسة

- A. تماثياً مع مهمتها، تركز المستشفى جهودها لإتاحة خدمات الرعاية الصحية في متناول المرضى من الأطفال دون تمييز على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الإعاقة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو الأصل القومي أو التوجه الجنسي أو حالة الهجرة أو القدرة على الدفع، بما في ذلك أهلية المريض من عدمها للحصول على المساعدة المالية، أو كونه معوزاً طبياً، أو في أي وضع آخر محمي قانوناً. يدرك المستشفى ويعترف بالاحتياجات المالية لمرضاه وعائلاتهم غير القادرين على تحمل الرسوم المرتبطة بالرعاية الطبية للمريض. وفي هذا الصدد، سيقدّم المستشفى المساعدة المالية، وفقاً لهذه السياسة، لبعض المرضى المؤهلين الذين يتلقون خدمات الرعاية الصحية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية "الضرورية طبياً" (على النحو المحدد من قبل مراكز Medicare و Medicaid).
- B. سيتم تقديم المساعدة المالية الموضحة في هذه السياسة بطريقة تتوافق مع متطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية وتحافظ على الموارد الإجمالية للمستشفى حتى يتمكن المستشفى من الاستمرار في تقديم

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 2 من 24

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

الرعاية الصحية الخدمات المتاحة لأولئك الأطفال المقيمين في إلينوي الذين يحتاجون إلى رعاية تخصصية متقدمة.

C. يجب على المرضى والأسر التعاون مع المستشفى في تحديد مصادر الدفع والتقدم بطلب للحصول عليها وشرائها، بما في ذلك المساعدة الحكومية حيثما كان ذلك متاحاً، يجب استنفاد هذه الجهود قبل أن يكون المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. تتوقع المستشفى من المرضى وعائلاتهم إخطارها بأي تغيير جوهري في الوضع المالي للمريض أو عائلته.

D. لإدارة موارد المستشفى ومسؤولياتها وتمكينها من تقديم المساعدة لأكثر عدد من الأطفال المحتاجين، يضع مجلس إدارة المستشفى، من خلال اللجنة المالية، هذه المبادئ التوجيهية لتقديم المساعدة المالية.

IV. التعريف

A. *المبالغ المفروضة بشكل عام*: لن يتم فرض رسوم على المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية مقابل الخدمات الطارئة أو غيرها من الخدمات الضرورية طبياً أكثر من المبالغ المفروضة بشكل عام للأفراد الذين يتمتعون بتأمين صحي عام أو تجاري يغطي هذه المبالغ المفروضة بشكل عام مقابل هذه الرعاية.

- i. عند حساب المبالغ المفروضة بشكل عام، اختار المستشفى طريقة الحساب على أساس تاريخي. وهذا يعني أن النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام تستند على المطالبات السابقة الفعلية المدفوعة للمستشفى من قبل رسوم Medicare مقابل مطالبات الخدمة جنباً إلى جنب مع مطالبات الدفع من جميع شركات التأمين الصحي الخاصة إلى المستشفى.
- ii. سيتم احتساب النسبة المئوية لخصم المبالغ المفروضة بشكل عام سنوياً عن طريق قسمة مجموع جميع مبالغ التسوية التعاقدية على المطالبات التي دفع فيها التأمين التزاماته خلال فترة الـ 12 شهراً السابقة على مجموع الرسوم الإجمالية لتلك المطالبات. ثم يتم تطبيق النسبة المئوية الناتجة على الرسوم الإجمالية للفرد لتقليل الرسوم المفوترة إلى النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام.
- iii. سيتم احتساب النسبة المئوية المنقحة للمبالغ المفروضة بشكل عام سنوياً وتطبيقها بحلول اليوم المائة والعشرين 120 بعد بداية السنة التقويمية المستخدمة لتحديد الحسابات.
- iv. يشمل الملحق ب النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام.

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 4 من 24

المساعدة المالية

النطاق: على مستوى المؤسسة

F. دخل الأسرة: يتم تعريف دخل الأسرة بناء على التعريفات المستخدمة من قبل مكتب الإحصاء الأمريكي ويشمل الأرباح وتعويضات البطالة وتعويضات العمال والضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي ومدفوعات المساعدة الحكومية ومدفوعات المحاربين القدامى ومستحقات الوراثة ودخل المعاش التقاعدي أو التقاعد والفوائد وأرباح الأسهم والإيجارات والعوائد والدخل من العقارات والصناديق الاستثمارية والمساعدة التعليمية والنفقة ودعم الطفل والمساعدة من خارج الأسرة ، وغيرها من المصادر المتنوعة. لا تعتبر المزايا غير النقدية (مثل إعانات الغذاء والإسكان المقدمة من خلال برامج المساعدة الحكومية) دخلاً. لأغراض هذه السياسة، تشمل دخل الأسرة الدخل الناتج عن المريض أو الوالد أو الوصي أو أي فرد آخر من أفراد الأسرة مسؤول مالياً عن تكلفة الرعاية المقدمة للمريض من قبل المستشفى.

G. المبادئ التوجيهية الاتحادية الفقر ("FPG"): يتم تحديث المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر بشكل دوري في السجل الفيدرالي من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية تحت سلطة 42 U.S.C. 9902(2). يتم تعديل المبادئ التوجيهية الاتحادية الفقر، المرفق بالسياسة باسم الملحق د، سنوياً في السياسة بعد مراجعتها ونشرها من قبل الحكومة الفيدرالية في السجل الاتحادي.

H. المساعدة المالية: المساعدة المالية تعني خصماً مقمداً للمريض بموجب الشروط والأحكام التي يقدمها المستشفى للمرضى المؤهلين أو كما هو مطلوب بموجب القانون.

I. المجلس المالي: ويتألف المجلس المالي من كبير المسؤولين الطبيين، والمدير المالي، ورؤساء أقسام الجراحة وطب الأطفال أو من ينوب عنهم، وممثل عن خطة ممارسة أعضاء هيئة التدريس، وغيرهم، حسب الاقتضاء. وترد أدناه مناقشة لأدوار المجلس ومسؤولياته.

J. العيادة المجانية والخيرية: منظمة رعاية صحية معفاة من الضرائب 501 (3) (c) تقدم خدمات صحية للأفراد ذوي الدخل المنخفض غير المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ والتي يتم الاعتراف بها إما من قبل جمعية إلينوي للعيادات المجانية والخيرية أو الرابطة الوطنية للعيادات المجانية والخيرية.

K. برامج المشاركة الصحية: برامج تقاسم التكاليف التي يستخدمها المرضى كبديل للتأمين الطبي التقليدي. Lurie Children's غير متعاقد مع أي من برامج المشاركة الصحية. سيتم اعتبار أي مريض يشارك في برنامج Health Share غير مؤمن عليه.

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 5 من 24

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

L. الخدمات الضرورية طبياً: الضرورة الطبية تعني أن الخدمة أو الدواء أو العرض ضروري ومناسب لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة وفقاً للمعايير المقبولة عموماً للممارسة الطبية في وقت تقديم الخدمة أو الدواء أو المستلزمات. ولن يشمل ذلك الخدمات التي تعتبر غير ضرورية طبياً، مثل خدمات التجميل.

M. غير مغطاة: الخدمات التي لا تغطيها شركة تأمين فردية للمريض. الخدمات غير المغطاة هي خدمات يتحمل المرضى مسؤولية دفع قيمتها بأنفسهم عند إخطارهم مسبقاً. يختلف ما إذا كانت الخدمة مغطاة حسب بوليصة التأمين. على سبيل المثال، ستدفع Medicare مقابل الفحص البدني السنوي كجزء من خدمة مغطاة. ومع ذلك، لن تتحمل Medicare مقابل إجراءات طب الأسنان العادية. الخدمات غير المغطاة مؤهلة للحصول على المساعدة المالية. إذا لم يتم إخطار المريض قبل تقديم الخدمة بأن خدمته أو دوائه هو خدمة غير مغطاة بناءً على تعليقات من شركة التأمين على المرضى، فلن يكون مسؤولاً عن الرسوم الكاملة.

N. فترة الإخطار: يتم تعريف فترة الإخطار بأنها الفترة التي يجب على المستشفى خلالها بذل جهد معقول لإخطار المريض بهذه السياسة والتي لن يتم خلالها اتخاذ أي إجراءات للحصول استثنائية. تبدأ فترة الإخطار عندما يقدم المستشفى أول بيان فوترة بعد الخروج وتنتهي في اليوم 120 بعد ذلك.

O. خارج الشبكة التأمينية: يعتبر المريض خارج الشبكة التأمينية إذا لم يكن لدى مقدم الخدمة أو المنشأة التي تقدم الرعاية عقد متفاوض عليه مع خطة التأمين الصحي للمريض. لا تغطي هذه السياسة التزامات المرضى عن الخدمات خارج الشبكة. سوف يمثل المستشفى لجميع القواعد واللوائح المعمول بها، بما في ذلك القانون الفيدرالي لعدم المفاجآت، في تحديد الخدمات التي تعتبر خارج الشبكة. يحدد قانون عدم المفاجآت بعض الخدمات التي قد لا يتم فوترة المرضى خارج الشبكة بشأنها (على سبيل المثال، خدمات الطوارئ وما بعد الاستقرار، والخدمات المساعدة غير الطارئة) ("الخدمات المحمية"). المرضى مؤهلون للحصول على مساعدة مالية للتكاليف المتعلقة بالخدمات المحمية.

P. المريض: لأغراض هذه السياسة، يُعرف المريض بأنه أي من الوالدين أو الأوصياء أو أفراد العائلة الآخرين المسؤولين مالياً عن تكلفة الرعاية المقدمة من المستشفى للمريض.

Q. ملخص بلغة مبسطة: بيان مكتوب واضح وموجز وسهل القراءة يخطر الفرد بأن المستشفى يقدم مساعدة مالية و يوفر معلومات إضافية، بما في ذلك:

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 6 من 24

- i. وصف موجز لمتطلبات الأهلية والمساعدة المقدمة بموجب هذه السياسة،
- ii. ملخص موجز لكيفية التقديم بموجب هذه السياسة،
- iii. قائمة بموقع ويب أو موقع يمكن الحصول على الطلب فيه،
- iv. تعليمات حول كيفية الحصول على نسخة مجانية من السياسة والطلب عن طريق البريد ،
- v. معلومات الاتصال بشخص ما للمساعدة في العملية (بالإضافة إلى أي منظمة أخرى حددها المستشفى للمساعدة في تقديم الطلبات ، إذا اختار المستشفى القيام بذلك) ،
- vi. توافر ترجمات لغوية معينة لهذه السياسة، و
- vii. بيان يؤكد أنه لن يتم فرض رسوم على أي مريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية أكثر من المبالغ المفروضة بشكل عام مقابل الخدمات الطارئة أو الضرورية طبيًا.

R. *الجهود المعقولة*: لن يشارك المستشفى في أي إجراءات تحصيل استثنائية للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية قبل بذل الجهود المعقولة للوقوف على أهلية المريض للحصول على مساعدة مالية بموجب هذه السياسة. وستشمل الجهود المعقولة الخطوات التالية. قبل 30 يومًا على الأقل من اتخاذ أي إجراءات تحصيل استثنائية، سيقوم المستشفى بما يلي:

- i. تقديم ملخص بلغة مبسطة للسياسة للمريض وتقديم طلب للمريض قبل الخروج من المستشفى،
- ii. إرسال كشف فوترة واحد على الأقل يتضمن
(a) إشعار خطي واضح بتوافر المساعدة المالية،
(b) رقم هاتف المستشفى حيث يمكن العثور على معلومات حول السياسة وعملية تقديم الطلب،
(c) عنوان الموقع المباشر حيث يمكن تنزيل نسخ من السياسة والتطبيق وملخص السياسة بلغة مبسطة، و
(d) إشعار خطي بإجراءات التحصيل الاستثنائية التي يعتزم المستشفى الشروع فيها للحصول على مدفوعات مقابل الرعاية ، والموعد النهائي الذي يمكن بعده بدء إجراءات التحصيل الاستثنائية هذه، و
- iii. بذل الجهود المعقولة لإخطار المريض شفهيًا بالسياسة وما فوقها كيفية الحصول على المساعدة في عملية تقديم الطلب.

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 7 من 24

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

يجوز للمستشفى تقديم نسخة من السياسة والطلب وملخص اللغة المبسطة إلكترونياً عبر البريد الإلكتروني وسيوفر أيضاً نسخاً ورقية من هذه المستندات عند الطلب. ستعمل المستشفى على توافر السياسة وملخص اللغة المبسطة والتطبيق وسياسة المجموعات باللغات التي يتحدث بها عادة عدد محدود من السكان الذين يجيدون اللغة الإنجليزية ممن يستفيدون بخدمات المستشفى.

في حالة المرضى الذين قدموا طلباً، يتخذ المستشفى الخطوات التالية:

- .iv. **الطلبات غير المكتملة:** إذا قدم المريض و / أو عائلته طلباً غير مكتمل ، فسيقوم المستشفى بما يلي:
 - (a) ستعلق أي إجراءات تحصيل استثنائية ضد المريض،
 - (b) تقديم إشعار كتابي يصف المعلومات أو الوثائق الإضافية اللازمة لإكمال عملية التقديم ويتضمن ملخصاً بلغة مبسطة، و
 - (c) إذا تم إكمال الطلب خلال فترة تقديم الطلب ، فسيتبع المستشفى الخطوات الموضحة أدناه للحصول على طلب مكتمل.
- .v. **الطلبات المكتملة:** عندما يقدم المريض أو أحد أفراد عائلته أو كلاهما طلب مكتمل خلال فترة تقديم الطلب، فإن المستشفى:
 - (a) ستعلق أي إجراءات تحصيل استثنائية ضد المريض،
 - (b) اتخاذ القرار في الوقت المناسب وتوثيقه الخاص بتحديد أهلية المريض من عدمها للحصول على المساعدة المالية، و
 - (c) إخطار المريض كتابياً بقرار الأهلية (بما في ذلك ، إن أمكن ، المساعدة التي يكون المريض مؤهلاً لها) وأساس هذا القرار.
- .vi. **المريض المقررة أهليته:** عند البت بقرار أهلية مريض و / أو أسرة للحصول على المساعدة المالية:
 - (a) في حالة تقرر أهلية المريض للحصول على مساعدة مالية بخلاف الرعاية المجانية، ستقدم المستشفى إلى المريض بيان فوترة يشير إلى (i) المبلغ المستحق بعد طرح المساعدة المالية منه، (ii) كيف تم تحديد هذا المبلغ ، و (iii) كيف يمكن للمريض الحصول على معلومات حول المبالغ المفروضة بشكل عام للرعاية،
 - (b) سترد المستشفى للمريض أي مدفوعات زائدة تكبدها المريض خلال فترة الاسترداد. ستبدأ فترة الاسترداد في الشهر التقويمي الذي تم فيه استلام الطلب ، وتعلق عند

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 8 من 24

الانتهاء من الطلب، بما لا يتجاوز فترة ثلاثة أشهر، و
(c) سيتخذ المستشفى جميع التدابير المتاحة بشكل معقول لعكس أي إجراءات تحصيل
استثنائية (بخلاف بيع دين أو قرار بتأخير أو تأجيل الرعاية لعدم السداد) المتخذة
ضد المريض.

S. غير المؤمن عليهم: حالة الفرد الذي لديه شكل من أشكال التأمين الصحي الذي لا يضمن له الحماية
المالية الكاملة. المرضى غير المؤمن عليهم مؤهلون للحصول على المساعدة المالية ما لم يكن تأمينهم
خارج الشبكة.

T. غير المؤمن عليهم: عندما لا يكون المريض مشمولاً ببوليصة تأمين صحي ولا يكون مستفيداً بموجب
تأمين صحي عام أو خاص أو منفعة صحية أو برنامج تغطية صحية آخر ، بما في ذلك خطط التأمين
الصحي عالية الخصم أو تعويض العمال أو التأمين ضد المسؤولية عن الحوادث أو أي مسؤولية أخرى تجاه
الغير. المرضى غير المؤمن عليهم مؤهلون للحصول على المساعدة المالية. المرضى المؤمن عليهم، ولكن
خارج الشبكة، لا يعتبرون غير مؤمن عليهم وغير مؤهلين للحصول على المساعدة المالية.

V. معايير الأهلية

A. لكي يعتبر المريض أو أسرته مؤهلين للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مجانية بسعر مخفض ،
يجب عليهم التقدم بطلب من خلال إكمال الطلب (نظر الملحق ج) وتقديم الوثائق الداعمة.

B. سيعتمد قرار المستشفى بتقديم المساعدة المالية ، كحد أدنى ، على مراجعة المعايير المحددة التالية ،
والتي سيتم توثيقها بالكامل من قبل المريض في الطلب (رهنًا بالمعايير المخففة المدرجة أدناه): دخل
الأسرة وأصولها وخصومها في تاريخ الخدمة. يجب على المريض أو الأسرة تقديم واحد أو أكثر من
المستندات الداعمة التالية لتحديد دخل الأسرة (حسب الاقتضاء):

- i. نسخة من أحدث إقرار ضريبي،
- ii. نسخة من أحدث نموذج W-2 ونموذج 1099 ،
- iii. نسخ من أحدث مفردات مرتب،
- iv. خطاب التحقق من الدخل موقع من صاحب العمل (إذا تم الدفع نقدا) ،
- v. الضمان الاجتماعي أو شيكات الإعاقة ، و
- vi. كشوف حساب بنكية.

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 9 من 24

المساعدة المالية

النطاق: على مستوى المؤسسة

قد يؤدي عدم تقديم أي من هذه المستندات ، إذا كانت إلزامية وفقًا لشروط الطلب، إلى رفض المساعدة المالية. يحتفظ المستشفى بالحق في طلب وثائق إضافية، حسب الضرورة.

C. سيستند قرار المساعدة المالية على عدة عوامل ومنها على الأقل مراجعة المعايير التالية، والتي يلتزم المريض بتوثيقها في الطلب (طبقًا للقسم 4 أدناه): الدخل.

D. يجوز للمستشفى، وفقًا لتقديره الخاص، النظر في معايير مخففة أخرى عند تحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر:

- i. حجم الأسرة المباشرة للمريض ،
- ii. الحالة الطبية لمقدم (مقدمي) الأسرة الرئيسيين للمريض،
- iii. الحالة الوظيفية للمريض أو الأوصياء عليه جنبًا إلى جنب مع الأرباح المستقبلية المحتملة للمزود (المقدمين) الرئيسيين للأسرة،
- iv. استعداد الأسرة لمساعدة المستشفى في الوصول إلى جميع مصادر الدفع الممكنة، و
- v. مقدار وتواتر فواتير المستشفى وغيرها من فواتير الرعاية الصحية / الأدوية المتعلقة بجميع العوامل الأخرى التي تم النظر فيها.

E. نظرًا لمجموعة متنوعة من الظروف ، قد لا تتوفر الوثائق الداعمة اللازمة لإثبات أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية. يجوز للمستشفى، وفقًا لتقديرها الخاص، النظر في الشهادات الشفوية و / أو المكتوبة من المريض أو عائلة المريض حول معايير الأهلية.

F. لكي يكون المريض مؤهلًا للحصول على المساعدة المالية ، يجب أن يكون مقيمًا في إلينوي ، أو مقيمًا في مقاطعات إنديانا التالية (ليك ولابورت وبورتر). الانتقال إلى مناطق خدمة إلينوي أو إنديانا لغرض وحيد هو تلقي مزايا الرعاية الصحية لا يلبي الإقامة. قد يشمل التحقق المقبول من الإقامة في إلينوي أو إنديانا ما يلي:

- i. بطاقة هوية سارية المفعول صادرة عن الولاية،
- ii. فاتورة مرافق سكنية حديثة ،
- iii. عقد الإيجار،
- iv. بطاقة تسجيل المركبة،
- v. بطاقة التسجيل الانتخابية،
- vi. البريد الموجه إلى المريض غير المؤمن عليه على عنوان إلينوي أو إنديانا من حكومة أو مصدر آخر موثوق به ،

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 10 من 24

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

- vii. بيان من أحد أفراد الأسرة بأن المريض غير المؤمن عليه يقيم في نفس العنوان ويقدم إثبات الإقامة ،
- viii. خطاب من مأوى للمشردين أو منزل انتقالي أو مرفق آخر مماثل للتحقق من أن المريض غير المؤمن عليه يقيم في المرفق ،
- ix. رخصة قيادة الزائر المؤقت، أو
- x. أي وثائق مقبولة للتحقق من دخل الأسرة موصوفة في القسم الخامس أعلاه:

G. تطبق هذه السياسة بغض النظر عن حالة هجرة المريض.

H. الأطفال الذين يقيمون في بلد أجنبي غير مؤهلين للحصول على المساعدة المالية.

I. لن يتم رفض المساعدة المالية للمتقدمين على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو العمر أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو أي فئة أخرى محمية قانوناً.

J. تخضع أي رعاية مجانية أو مخفضة مقدمة بموجب هذه السياسة للمراجعة لضمان الامتثال لهذه السياسة.

K. ستستند ضرورة العلاج الطبي لأي مريض إلى الحكم السريري لمقدم الرعاية الصحية بغض النظر عن الوضع المالي للمريض و / أو الأسرة. سيتم علاج جميع المرضى من الحالات الطبية الطارئة (بالمعنى المقصود في القسم 1867 من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S.C. 1395dd)) دون تمييز وبغض النظر عن قدرتهم على الدفع أو أهليتهم للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

L. سيتم قبول طلبات الحصول على المساعدة المالية و / أو المعلومات الجديدة المتعلقة بالعوامل المستخدمة لتقييم طلبات المساعدة المالية (مثل التغيير في حجم الأسرة أو دخلها) ، و / أو تقييمها في أي وقت خلال فترة تقديم الطلب. من المفهوم أن المصاعب المالية يمكن أن تنشأ بعد تاريخ الخدمة. بغض النظر عن توقيت بداية المصاعب المالية ، سيتم تقييم الظروف الفردية في أي طلب للمساعدة المالية يتم تقديمه بشكل صحيح خلال فترة تقديم الطلب.

M. يمكن للعائلات التي تتجاوز دخولها العائلية إرشادات معايير الأهلية المذكورة أعلاه التقدم بطلب وفحصها من قبل المستشفى للنظر في خطة الدفع.

N. عند تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية، يتم تحديد جميع حسابات المرضى داخل نفس العائلة (أي مع نفس الوالد أو الضامن، أو الشخص المسؤول مالياً) بنفس الطريقة للرعاية المقدمة لمدة ستة أشهر

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 11 من 24

بعد تاريخ هذا التحديد ، دون الحاجة إلى إكمال طلب جديد. سيتم تطبيق خصومات على جميع أرصدة الدفع الذاتي المفتوحة. ستكون هناك حاجة إلى طلب جديد للرعاية المقدمة بعد أكثر من ستة أشهر من القرار الأولي (أو أي قرار سابق آخر) أو إذا تم تلقي معلومات تفيد بأن الوضع المالي للمريض أو الأسرة قد تغير بشكل كبير عن فترة التقييم الأولية.

O. يجوز لنائب رئيس دورة الإيرادات قرار الاستثناء من المعايير المذكورة أعلاه حتى 10,000 دولار لكل لقاء لطلب المريض أو الأسرة المقدم أثناء عملية مراجعة طلب المساعدة المالية. وسيقدم تقرير ربع سنوي إلى المجلس لاستعراض أي استثناءات ممنوحة. الطلبات عبر سيتم تقديم 10,000 دولار إلى المجلس للموافقة عليها.

.VI الأهلية المفترضة

A. تمثل القائمة أدناه الظروف التي يعتبر فيها المريض مؤهلاً بشكل مفترض للحصول على تخفيض بنسبة 100% (أي الرعاية المجانية للطوارئ أو غيرها من الخدمات الضرورية طبياً) عند تزويد المستشفى ب (1) شهادة من المريض أو الوصي القانوني عليه أو ممثل عن رضا المريض عن واحد أو أكثر من هذه المعايير و / أو (2) توثيق مشاركة المريض في واحد أو أكثر من هذه البرامج. أو ظروف الحياة، وأي وثائق معقولة أخرى يطلبها المستشفى (إلى الحد المعمول به):

- i. التسجيل في أي من برامج المساعدة التالية للأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين لديهم معايير أهلية عند أو أقل من 200% من المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير:
 - (a) برامج الوصفات الطبية الممولة من الدولة ،
 - (b) برامج النساء والرضع والأطفال (WIC) ،
 - (c) برنامج المساعدة التغذوية التكميلية (SNAP)،
 - (d) برنامج الإفطار والغذاء المجاني من الينيوي،
 - (e) برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)؛
 - (f) استلام مساعدة المنح للخدمات الطبية،
 - (g) تلقي الرعاية الطبية من برنامج مجتمعي منظم يقيم ويوثق الوضع المالي لذوي الدخل المنخفض كمعايير، و
 - (h) يتم توفير الإسكان منخفض الدخل / المدعوم كعنوان صالح ،
- ii. العجز العقلي مع عدم وجود أحد للتصرف نيابة عن المريض ،

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 12 من 24

- .iii. يذكر المريض أنه بلا مأوى.
- .iv. المتوفى بدون تركة،
- .v. أهلية برنامج Medicaid ، ولكن ليس في تاريخ الخدمة أو
- .vi. الإفلاس الشخصي الحديث.

B. إذا تمت الموافقة على المريض للأهلية المقترضة ، وقام بسداد مدفوعات سابقة على الأرصدة المستحقة ، فلا يستحق المريض لاسترداد هذه الأموال بموجب الموافقة الجديدة على الأهلية المقترضة.

C. عندما تتم الموافقة للمريض على الأهلية المقترضة ، يجب تعديل جميع الأرصدة المستحقة على حساب المرضى. وسيشمل ذلك الأرصدة الحالية والقديمة قبل فترة تقديم الطلب.

VII. حساب الرعاية المجانية أو المخفضة

A. سيدد المستشفى من المبالغ المفروضة على المرضى المؤهلين بموجب هذه السياسة بما لا يزيد عن المبالغ المفروضة بشكل عام أو المبالغ المنصوص عليها في المخطط في القسم السابع - ج. أدناه (أيهما أقل). قد ينص بيان الفواتير الصادر عن المستشفى للمريض / الأسرة المؤهل للحصول على المساعدة المالية على الرسوم الإجمالية لرعاية المريض وتطبيق البدلات التعاقدية أو الخصومات أو الخصومات على الرسوم الإجمالية ، شريطة أن يكون المبلغ الفعلي الذي يكون الفرد مسؤولاً شخصياً عن دفعه هو مانح المبالغ المفروضة بشكل عام أو المبلغ المنصوص عليه في القسم السابع - ج.

B. تستند مستويات المساعدة المالية التي يقدمها المستشفى إلى دخل الأسرة والمبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير. يتم نشر تحديثات التوجيهات الاتحادية للفقير بشكل عام سنوياً، ويحدث المستشفى سياساته بأحدث توجيهات اتحادية للفقير (انظر الملحق د).

C. يتم احتساب مبالغ الخصم كما هو موضح أدناه:

Lurie Children's Charity %	% التزام الأسرة	دخل الأسرة كنسبة % من المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير
100%	0%	0-300
80%	20%	301-325
60%	40%	326-350
40%	60%	351-375
20%	80%	376-400
0%	100%	>400

D. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم المؤهلين للحصول على رعاية مخفضة، والتي تقع حاليا تحت حد الفقر الاتحادي 600٪، يوفر المستشفى بالإضافة إلى ذلك خصما للمرضى غير المؤمن عليهم. يحسب هذا الاتحادي 135٪ من التكلفة كما هو محسوب في ورقة عمل تقرير تكلفة Medicare C كلما تم النظر في المساعدة المالية. سيقوم المستشفى بعد ذلك بتعديل التزام الأسرة من خلال حساب الخصم الأكثر فائدة للمريض لجميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيا والتي تتجاوز 150 دولارا في أي دخول للمرضى الداخليين أو مقابلة المرضى الخارجيين.

i. بالنسبة للمرضى المؤمن عليهم المؤهلين للحصول على رعاية مخفضة ، يقوم المستشفى بالإضافة إلى ذلك بحساب المبالغ المفروضة بشكل عام. سيقوم المستشفى بعد ذلك بتعديل التزام الأسرة من خلال حساب الخصم الأكثر فائدة للمريض.

E. امتثالا لقانون خصم المرضى غير المؤمن عليهم في إلينوي ، يجب على المستشفى توفير الحماية التالية للمرضى غير المؤمن عليهم المؤهلين:

i. خصم خيري بنسبة 100٪ من رسومه لجميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيا التي تتجاوز 150 دولارا في أي دخول للمرضى الداخليين أو مواجهة المرضى الخارجيين ، لأي مريض غير مؤمن عليه يتقدم بطلب للحصول على خصم ولديه دخل عائلي لا يزيد عن 200٪ من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لدخل الفقر.

ii. بالنسبة للمرضى الذين لديهم دخل يصل إلى 600٪ من المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير ، يجب ألا يتجاوز إجمالي الدفع ، خلال أي فترة اثني عشر شهرا ، 20٪ (الحد الأقصى للمبلغ القابل للتحويل) من دخل عائلة المريض ويخضع لأهلية المرضى المستمرة بموجب هذه السياسة ("الخصم الكارثي")

F. يعتبر المريض المؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة "مفروضا" فقط من المبلغ الذي يكون المريض مسؤولا شخصيا عن دفعه إلى المستشفى للحصول على خدماته الطبية ، مع مراعاة جميع الخصومات و الخصومات المطبقة وأي مبالغ يتم سدادها من قبل الجهات مقدمة التأمين.

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 14 من 24

G. يقدم برنامج خطة الدفع الموسعة في المستشفى ترتيبات الدفع للمرضى المؤهلين الذين قد لا يستطيعون دفع الرصيد في وقت واحد.

.VIII المبادئ التوجيهية للنظر في المستشفى للخدمات التخصصية

A. سيتم اتخاذ قرارات تقديم خدمات متخصصة مجانية أو مخفضة ، مثل زراعة الأعضاء أو علاج الصحة السلوكية ، للمرضى غير المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة ، بناء على توصية من مدير الخدمة المتخصصة المعمول به وموافقة المجلس. سيتشاور مدير الخدمات المتخصصة الحالي والمجلس مع الأطباء والإدارة في تقييم جميع العوامل السريرية والأخلاقية والمالية ذات الصلة.

B. ويجوز للمجلس أيضا أن يتشاور مع أحد أخصائيي الأخلاقيات. سيتم تقديم المساعدة المالية للخدمات المتخصصة فقط في حالات نادرة فقط إذا سمحت الحالة المالية للمستشفى. يقر المستشفى ويعترف بالتزامه بتوفير حصته من هذه الخدمات للمرضى دون وسائل لدفع ثمنها. ويدرك المستشفى كذلك أنه يجب أن يحتفظ بأموال كافية لتمكينه من الوفاء بمسؤولياته العامة لخدمة احتياجات الرعاية الصحية لمجتمع طب الأطفال.

C. ولعقد المجلس، ينبغي للطبيب الذي يوصي بعلاج معين للمريض يتطلب النظر فيه بموجب هذا القسم الاتصال بمدير الخدمة المتخصصة واتباع الإجراءات المنصوص عليها في سياسة التعديلات. سيساعد مدير الخدمة المتخصصة في إعداد وتقديم طلب تعديل لدورة الإيرادات.

.IX التقدم للمساعدة المالية

A. *كيفية التقديم:* يمكن للمرضى والعائلات الراغبين في التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية إكمال الطلب وتقديمه ، إلى جانب الوثائق الداعمة ، إلى مكتب الدخول/ الأعمال.

لأسئلة حول هذه السياسة و / أو التطبيق و / أو عملية التقديم ، يرجى الاتصال بمكتب الدخول / الأعمال:

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8
تاريخ المراجعة: 2022/06/07
صفحة 15 من 24

مكتب الدخول / الأعمال

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue
12th Floor
Chicago, Illinois 60611
(877) 924-8200

B. الطلبات المكتملة: سيتم تقديم قرار مكتوب بشأن الأهلية للمريض و / أو الأسرة في غضون 30 يوم عمل من استلام الطلب المكتمل. سيتضمن هذا الإخطار أيضا مبلغ النسبة المئوية للمساعدة المالية (للطلبات المعتمدة) أو سبب (أسباب) الرفض ، وأساس القرار ، والمبلغ المقدر المتوقع من المريض و / أو عائلة المريض سداده.

سيستمر المريض و / أو عائلة المريض في تلقي بيانات الفواتير أثناء تقييم الطلب المكتمل أو الطلبات الخاصة بمصادر الدفع الأخرى التابعة لجهات خارجية (على سبيل المثال ، Medicare و Medicaid). ومع ذلك ، ستعلق المستشفى جميع إجراءات التحصيل الاستثنائية ضد المريض خلال فترة التقييم. إذا كان الحساب قد تم وضعه بالفعل لدى وكالة تحصيل ، إخطار الوكالة من قبل المستشفى بتعليق جهود التحصيل حتى يتم تحديد الأهلية.

C. الطلبات غير المكتملة: إذا قدم المريض و / أو أحد أفراد أسرته طلبا غير مكتمل ، فسيقوم المستشفى بما يلي: (أ) تعليق أي إجراءات تحصيل استثنائية ضد المريض. (ب) تقديم إشعار كتابي يصف المعلومات أو الوثائق الإضافية اللازمة لإكمال الطلب ويتضمن ملخصا بلغة مبسطة، و (ج) تقديم إشعار كتابي واحد على الأقل لإبلاغ المريض عن إجراءات تحصيل استثنائية التي يمكن اتخاذها (أو استئنافها) إذا لم يتم إكمال الطلب أو الدفع بحلول الموعد النهائي المحدد في الإشعار الكتابي ، والذي يجب ألا يكون في موعد لا يتجاوز 30 يوما من تاريخ الإشعار الكتابي أو اليوم الأخير من فترة تقديم الطلب.

D. الآثار الأخرى المترتبة على قرار الأهلية: إذا تقرر أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية ، فسيقوم المستشفى بما يلي: (1) رد أي مبلغ دفعه للمريض مقابل الرعاية المشمولة بفترة تقديم الطلب التي تتجاوز المبلغ الذي تم تحديده على أنه مسؤول شخصيا عن دفعه كفرد مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة، ما لم يكن هذا المبلغ الزائد أقل من 5.00 دولار (أو أي مبلغ آخر يحدده إشعار أو إرشادات أخرى منشورة في نشرة الإيرادات الداخلية)، و (2) إلى الحد المسموح به، ستتخذ المستشفى

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 16 من 24

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تدابير معقولة لإلغاء أي حكم ضد الفرد، ورفع أي ضريبة أو امتياز على ممتلكات المريض ، وإزالة أي معلومات سلبية تم الإبلاغ عنها إلى وكالة إبلاغ المستهلك أو مكتب الائتمان من التقرير الائتماني للمريض ، واتخاذ أي تدابير معقولة أخرى لإنهاء أو عكس إجراءات التحصيل الاستثنائية التي اتخذتها المستشفى ضد المريض.

E. *إحالات المركز الصحي الاتحادي المؤهل*: المرضى الذين يتم إحالتهم من قبل مركز صحي مؤهل فيدراليا (FQHC) أو عيادة مجانية وخيرية للخدمات غير الطارئة في المستشفيات ، ستتاح لهم الفرصة للفحص والمساعدة في التقدم بطلب للحصول على برامج التأمين الصحي العام. سيتم منح المرضى غير المؤهلين للبرامج العامة الفرصة للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية للمستشفى.

F. *الحق في الطعن*: يحق للمريض و / أو عائلة المريض الطعن في رفض المستشفى للمساعدة المالية. يجب تقديم الطعن كتابة مع 30 يوما من الإخطار بالرفض الأصلي. وسيُنظر المجلس في جميع الطعون المقدمة من المرضى و/أو أفراد أسرهم. وسيكون قرار المجلس بشأن أي طعن من هذا القبيل نهائيا وملزما لجميع الأطراف.

X. **الاحطار**

A. *لتوعية مرضانا وعائلاتهم والمجتمع الأوسع ببرنامج المساعدة المالية للمستشفى ، يجب على المستشفى اتخاذ عدد من الخطوات لنشر هذه السياسة على نطاق واسع لمرضى المستشفى وأفراد المجتمع الذين يخدمهم المستشفى ، بما في ذلك ما يلي:*

- i. *اللافتات*: سيقوم المستشفى بنشر لافتات واضحة (تخطر المرضى بالسياسة) في مناطق المرضى المزحمة مثل مكتب الدخول وقسم الطوارئ ومناطق التسجيل المتنقلة.
- ii. *الكتيبات والنسخ الورقية*: سيقدم المستشفى كتيبات وكتيبات للمرضى و / أو عائلاتهم أثناء عملية الدخول و / أو الخروج. سيقوم المستشفى بتوفير نسخ ورقية من السياسة والتطبيق وملخص اللغة المبسطة عند الطلب ، وبدون رسوم ، سواء عن طريق البريد أو في المناطق المزحمة بالمرضى مثل مكتب الدخول وقسم الطوارئ ومناطق التسجيل المتنقلة.
- iii. *المشورة*: سيقدم المستشفى جلسات استشارية مالية للمرضى والأسرة مع المسجلين أو موظفي محاسبة المرضى أو المستشارين الماليين إما قبل أو أثناء أو بعد وقت الخدمة ، حسب الاقتضاء،

المساعدة المالية

النطاق: على مستوى المؤسسة

- .iv *الموقع الإلكتروني*: سينشر المستشفى في مكان بارز على موقع المستشفى الإلكتروني إشعارا بتوفر المساعدة المالية، ومعلومات حول هذه السياسة، ونسخا من السياسة، والطلب، وملخص اللغة المبسطة بتنسيق متاح على نطاق واسع (على سبيل المثال، كمستند PDF). سيوفر المستشفى للأفراد الذين يسألون عن كيفية الوصول إلى نسخة من السياسة عبر الإنترنت عنوان موقع الويب المباشر ، أو عنوان URL ، لصفحة الويب التي يتم نشر السياسة فيها.
- .v *بيانات الفوترة*: سيضع المستشفى إشعارا خطيا واضحا بتوافر المساعدة المالية بموجب السياسة بشأن بيانات الفوترة ويتضمن رقم هاتف مكتب المستشفى أو القسم حيث يمكن العثور على معلومات حول السياسة والطلب، بالإضافة إلى عنوان موقع الويب حيث يمكن الحصول على نسخ من السياسة والطلب والملخص بلغة مبسطة.
- .vi *التواصل المباشر مع المريض*: سيقدم المستشفى نسخة من الطلب قبل خروج المريض من المستشفى. سيقوم المستشفى كذلك بإبلاغ المرضى بسياسة المستشفى خلال الاتصالات الشفوية المناسبة فيما يتعلق بالمسؤولية المالية للمريض عن فاتورة مستحقة ،
- .vii *إشعار كتابي إضافي*: سيقدم المستشفى إشعارا كتابيا واحدا على الأقل للمريض أو عائلة المريض يوضح ما قد يتخذه المستشفى إذا لم يتم استلام أي طلب ، أو لم يتم إجراء أي مدفوعات بحلول تاريخ محدد (على الأقل طوال فترة الإخطار) ويتم تقديم هذا الإشعار قبل 30 يوما على الأقل من الموعد النهائي المعمول به.
- .viii *التواصل المجتمعي*: سيقوم المستشفى بنشر معلومات حول السياسة وكيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (بما في ذلك نسخ من السياسة وملخص اللغة المبسطة والطلب) لمختلف الوكالات المجتمعية التي تخدم أيضا الأفراد الذين قد يحتاجون إلى خدمات طبية والذين من المرجح أن يحتاجوا إلى مساعدة مالية.

B. ستكون جميع المعلومات المطبوعة و / أو النماذج المتعلقة ببرنامج المساعدة المالية متاحة باللغات الأساسية التي يتحدث بها عدد كبير من السكان الذين نخدمهم وفقا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي. حاليا ، هذه اللغات هي الإنجليزية والإسبانية والبولندية والكانتونية والعربية.

C. يمكن الحصول على نسخ مطبوعة من هذه السياسة (بما في ذلك الطلب) وملخص اللغة المبسطة وسياسة التحصيل الخاصة بالمستشفى شخصا أو عن طريق البريد دون أي تكلفة إضافية عن طريق زيارة أو الاتصال بالقبول / الأعمال التجارية في المستشفى

دليل السياسات والإجراءات الإدارية

المساعدة المالية
النطاق: على مستوى المؤسسة

تاريخ السريان: 2016/18/8

تاريخ المراجعة: 2022/06/07

صفحة 18 من 24

مكتب في:

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue
12th Floor
Chicago, Illinois 60611
(877) 924-8200

.XI. متطلبات إعداد التقارير

بناء على طلب مكتب إينوي التابع لمكتب المراجع العام للحسابات ، سيقوم المستشفى سنويا بالإبلاغ عن المعلومات المتعلقة بعدد الطلبات المكتملة والموافق عليها ، وعدد الطلبات المكتملة وغير المعتمدة ، وعدد الطلبات التي بدأت ولكنها لم تكتمل. بالإضافة إلى ذلك، سيقوم المستشفى بنشر هذه المعلومات على موقع المستشفى الإلكتروني.

.XII. السياسات ذات الصلة بالمراجع التبادلية

- A. السياسات الإدارية: مجاميع
- B. السياسات الإدارية: التعديلات
- C. السياسات الإدارية: إمتالا

.XIII. المتطلبات التنظيمية.

تحدد هذه السياسة المبادئ التوجيهية والمعايير لبرامج المساعدة المالية لأطفال لوري. سيتم تطبيق أي مساعدة مالية تمنح على مسؤولية المريض عن الخدمات الطارئة أو غيرها من الخدمات الضرورية طبيا فقط. تهدف هذه السياسة إلى الامتثال للمادة 501 (ص) من قانون الإيرادات الداخلية ، وقانون خصم المرضى غير المؤمن عليهم في مستشفى إينوي ، وقانون إينوي العادل للفترة العادلة للمرضى ، واللوائح الصادرة بموجبه.

الملحق أ
قائمة مقدمي الخدمات

يخضع لسياسة المساعدة المالية (نعم/لا)	اسم المزود
نعم	Lurie Children's Medical Group, LLC
نعم	Lurie Children's Pediatric Anesthesia Associates
نعم	Lurie Children's Primary Care, LLC
نعم	Lurie Children's Surgical Foundation, Inc.
نعم	Pediatric Faculty Foundation, Inc.

الملحق ب
 حساب المبالغ المفروضة بشكل عام

نسبة الخصم الإجمالية	التعديلات التعاقدية على الحسابات	رسوم حسابات الخدمات المقدمة خلال الفترة من 2021/1/1 إلى 2021/31/12
57.93%	\$487,099,960.43	\$840,883,202.14
42.07%		النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام

طريقة حساب المبالغ المفروضة بشكل عام:

- A. يقوم المحلل المالي لمستشفى Lurie Children بتنزيل جميع الحسابات للعام السابق حيث:
- i. حساب المريض لديه دافع التأمين الخاص أو رسوم الرعاية الطبية للخدمة.
 - ii. حساب المريض لديه تعديل تعاقدي.
- (a) يتم تعريف التعديل التعاقدي على أنه المعاملة (المعاملات) المستخدمة لخفض إجمالي الرسوم إلى المبلغ المسموح به من قبل الدافع.
- (b) يتم استخدام كل من التسويات التعاقدية للدافع الأساسي والثانوي في حساب المبالغ المفروضة بشكل عام.
- iii. تم استلام دفعة التأمين النهائية.
- (a) تعرف بأنها مسؤولية التأمين التي يتم إغلاقها.
- (b) قد تظل مسؤولية المريض عن الخصومات والتأمين المشترك مفتوحة.
- B. ويقسم مجموع التسويات التعاقدية على مجموع الرسوم، مما يؤدي إلى نسبة مئوية إجمالية للخصم.
- C. عكس النسبة المئوية للخصم هو المبلغ المفروض بشكل عام المحسوب.
- D. تتم مقارنة المبلغ المفروض بشكل عام المحسوب بسداد Blue Cross للمرضى الخارجيين:
- i. نظراً لقيود عقد الدافع ، لا يتم نشر التعديلات التعاقدية على حسابات مرضى Blue Cross الخارجيين.
 - ii. تقارن المبالغ المفروضة بشكل عام المحسوبة بمعدل النفقات التعاقدية الخارجية ل Blue Cross.
 - iii. ستكون النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام المستخدمة للسنة التقويمية اللاحقة هي الأقل من معدل عقد العيادات الخارجية Blue Cross أو النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام المحسوبة.
- E. يتم توفير حساب النسبة المئوية للمبالغ المفروضة بشكل عام إلى أقسام المحاسبة والرعاية المدارة في Lurie Children's وأقسام التعاقد على الرعاية المدارة للتحقق من صحتها.
- F. وبعد تلقي التحقق، يستكمل الملحق ج لسياسة المساعدة المالية للسنة التقويمية المقبلة.

الملحق ج -
طلب المساعدة المالية


Important: YOU MAY BE ABLE TO RECEIVE FREE OR DISCOUNTED CARE. Completing this application will help Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("the Hospital") determine if you can receive free or discounted services or other public programs that can help pay for your healthcare. Please submit this application to the Hospital.

IF YOU ARE UNINSURED, A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT REQUIRED TO QUALIFY FOR FREE OR DISCOUNTED CARE. However, a Social Security Number is required for some public programs, including Medicaid. Providing a Social Security Number is not required, but will help the Hospital determine whether you qualify for any public programs.

Please complete this form and submit it to the hospital in person, by mail, by electronic mail, or by fax to apply for free or discounted care to the address below within 240 days following the date of discharge or receipt of outpatient care.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
Tel: 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501
hospitalbilling@luriechildrens.org

Patient Account Number(s):			Guarantor Number:		
PATIENT INFORMATION					
Last Name	First	M.I.	Date of Birth	Social Security Number	Family Size
Street	City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer	Employer Address			Cell Phone	
City	State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	
Responses or nonresponses to the below questions about race, ethnicity, sex, and preferred language will not impact the outcome of the application.					
Race (Optional)	Ethnicity (Optional)	Sex (Optional)	Preferred Language (Optional)		
GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)			Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name	First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street	City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer	Address			Cell Phone	
City	State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	
GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)			Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name	First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street	City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer	Address			Cell Phone	
City	State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	

PATIENT/FAMILY E-MAIL CONTACT INFORMATION		
PRESUMPTIVE ELIGIBILITY PROGRAM		
<p>You may qualify for financial assistance if you are currently enrolled in one of the specific assistance programs listed below. Proof of current enrollment in the program must be supplied but no other documentation will be necessary, and the Monthly Income information requested above is not required.</p>		
<p> Please indicate in the check boxes below if you are currently enrolled in any of the following programs.</p>		
	Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)	
	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	
	Illinois Free Lunch and Breakfast Programs	
	Low Income Home Energy Assistance Program (ILHEAP)	
	Community Based program providing access to medical care	Specify Name:
	Grant Assistance for medical services	Specify Name:
	Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	
	IHDA's Rental Housing Support Program	
<p>If you are not currently enrolled in any of the programs listed above, please provide at least one document for each of the two requirements below:</p>		
<p>1. Documentation of family income (<i>examples of acceptable documents:</i> most recent tax return; most recent W-2 and 1099 forms; 2 most recent pay stubs; written verification from an employer if paid in cash; other forms of documentation deemed acceptable by the Hospital)</p>		
<p>2. Documentation of Illinois residency (<i>examples of acceptable documents:</i> documents submitted for #1 above that include residency verification; state-issued identification card; recent residential utility bill; lease agreement; vehicle registration card; voter registration card; mail addressed to the patient or guarantor from the government or a credible source; statement from a family member who resides at the same address and presents verification of residency; a letter from a homeless shelter, transitional house, or other similar facility verifying that the patient or guarantor resides there; a temporary visitor's drivers license).</p>		
<p>Note: Although typically the Hospital is able to determine eligibility using the documents required above, the Hospital may request further clarifying information during the qualification process, including the following items: checking and savings account information; stocks; Certificates of Deposit; mutual funds; real property; and Health Savings/Flexible Spending account information.</p>		

Applicant Certification: I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I will apply for any state, federal or local assistance for which I may be eligible to help pay for this hospital bill. I understand that the information provided may be verified by the hospital and I authorized the hospital to contact third parties if necessary to verify the accuracy of the information provided in this application. I understand that if I knowingly provide untrue information in this application, I will be ineligible for financial assistance, any financial assistance granted to me may be reversed, and I will be responsible for the payment of the hospital bill.

Applicant Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Questions or concerns related to this application can be directed to billing customer service - hospitalbilling@luriechildrens.org

If you require financial counseling, please contact the Lurie Children's Financial Counselors- (312)- 227-1230 (Select option 2, followed by option 2)

Complaints or concerns with the uninsured patient discount application process or hospital financial assistance process may be reported to the Health Care Bureau of the Illinois Attorney General at <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> or 1-877-305-5145.

الملحق د
المبادئ التوجيهية الاتحادية للفقير

21 يناير 2022 *السجل الاتحادي* (FR 3315-3316 87) يتضمن إشعاراً من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بالمبادئ التوجيهية الاتحادية السنوية المحدثة للفقير، والتي تستخدم لتحديد الأهلية لمختلف برامج المساعدة الاتحادية. المبادئ التوجيهية لعام 2022 لولاية إلينوي هي:

عدد أفراد الأسرة	المبادئ التوجيهية للفقير	300% حد الفقر الاتحادي 2022
1	\$13,590	\$40,770
2	\$18,310	\$54,930
3	\$23,030	\$69,090
4	\$27,750	\$83,250
5	\$32,470	\$97,410
6	\$37,190	\$111,570
7	\$41,910	\$125,730
8	\$46,630	\$139,890
9	\$51,350	\$154,050
10	\$56,070	\$168,210

بالنسبة للوحدات العائلية التي تضم أكثر من عشرة أشخاص ، أضيف 4,720 دولاراً لكل شخص إضافي.

ولأغراض هذه السياسة، يجري تحديث مستويات الدخل الاتحادي للفقراء سنوياً بعد تنقيحها ونشرها من قبل الحكومة الاتحادية في *السجل الاتحادي*.