

نرغب في تقديم المساعدة.

لنعمل معًا على التفاصيل.

برامجنا.

المساعدة المالية

تقدم رعاية مجانية أو مخفضة بناءً على حجم الأسرة ودخلها وفق الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر (FPG). متاحة للمرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم ممن لديهم نفقات نثرية. للتقدم بطلب، أكمل نموذج طلب برنامج المساعدة المالية على الموقع: presencehealth.org/financialassistance.

الخصم التلقائي للمرضى الذين يتحملون نفقاتهم غير المؤمن عليهم يوفر خصمًا تلقائيًا بنسبة 40% للمرضى غير المؤمن عليهم على جميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا. ليس من الضروري تقديم طلب. ولن يكون الأشخاص الذين يتلقون خصمًا جرى التفاوض عليه مسبقًا مؤهلين.

الخصم المتعلق بالكوارث

يجد الخصم من التكاليف النثرية، على مدار 12 شهرًا، للخدمات الضرورية طبيًا عندما تتخطى نسبة 15% من إجمالي دخل أسرتك. متاح للمرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم. للتقدم بطلب، أكمل نموذج طلب برنامج المساعدة المالية.

خطة الدفع

تساعد المرضى ممن لديهم احتياجات مالية من خلال ترتيبات الدفع. متاحة لكل من المرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم. سيساعدك أحد مستشارينا الماليين في إعداد خطة دفع.

إن لم تكن مؤهلاً للحصول على مساعدة ولكنك تعتقد أن لديك ظروف خاصة، يمكنك طلب مراجعة لجنة المساعدة المالية بالمستشفى لحالتك من خلال إكمال نموذج طلب برنامج المساعدة المالية.

وقد تكون مؤهلاً أيضًا للحصول على برامج حكومية مثل Medicaid أو Medicare. قد يلزم التقدم بطلب لهذه البرامج قبل طلب المساعدة المالية.

لمعرفة المزيد.

presencehealth.org/financialassistance

نقدم نحن، Presence Health، نظام صحي كاثوليكي، رعاية رحيمة وشاملة بروح يملؤها الشفاء والأمل في المجتمعات التي نخدمها؛ تلك الخدمة التي استلهمناها من الخدمة الشفائية ليسوع المسيح.

باعتبارنا منظمة قائمة على أساس ديني وغير ربحية، فنحن ملزمون بتوفير الرعاية بغض النظر عن قدرة المرضى على الدفع.

نقدم مجموعة متنوعة من برامج المساعدة المالية لمساعدة مرضانا ممن يواجهون صعوبة في سداد الفواتير الطبية. لن تؤثر ظروفك المالية على الرعاية التي تتلقاها. نعامل كل مريض معاملة قوامها الكرامة والاحترام والتعاطف.

يُرجى ملاحظة الآتي:

لا تطبق برامج المساعدة المالية إلا على رسوم مستشفى Presence Health. يُرجى العلم بأنك ستلقى فواتير منفصلة للخدمات المقدمة من كل ممارس أو مجموعة ممارسين مستقلة. يُرجى الاطلاع على قائمة مقدمي المساعدة المالية الموجودة على موقعنا لتقرر ما إذا كان هؤلاء الممارسون يطبقون سياسة المساعدة المالية على فواتيرهم.

يُعد هذا الكتيب بمثابة ملخص لبرامج المساعدة المالية لدينا. للمعلومات الكاملة حول الأهلية وتفاصيل البرنامج، يُرجى الاطلاع على سياسة المساعدة المالية المنشورة على موقعنا: presencehealth.org/financial-assistance.

يمكنك أيضًا استلام سياسة المساعدة المالية كاملة ونسخة من نموذج التقديم عبر البريد، مجانًا، من خلال الاتصال بأحد أرقام الهاتف المذكورة بالخلف وطلب إرسال نسخة إليك بالبريد. كما يمكنك الحصول على نسخة من سياسة الفوترة والتحصيل لدينا، والتي تصف بالتفصيل كيف يمكننا معالجة جزء من التكاليف التي قد تكون مسؤولاً عنها، من خلال الاتصال بأحد أرقام الهاتف المذكورة بالخلف، وطلب نسخة.

هل استلمت فاتورة بالفعل، ولديك أسئلة؟ اتصل بخدمة العملاء على الرقم 888.740.4111.

التقدم بطلب أمر سهل.

اطلب نموذج تقديم طلب.

يمكنك العثور على النماذج في المستشفى أو عبر الإنترنت على الموقع:

presencehealth.org/financial-assistance

املأ النموذج وأعد

أكمل نموذج الطلب وقدم أي وثائق داعمة بعد الحصول على الرعاية مباشرة وأعد إلى المستشفى أو أرسله عبر البريد إلى العنوان:

Presence Health
Financial Counseling
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, Illinois 60440

للمساعدة في ملء نموذج الطلب، يُرجى الاتصال برقم المستشفى المدون أدناه أو زيارة قسم الاستشارات المالية للمرضى في المستشفى التي تلقيت فيها العلاج.

نراجع نموذج الطلب.

سنراجع نموذج الطلب لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً وفق الإرشادات الواردة في سياسة المساعدة المالية. إذا كانت هناك ظروف خاصة تؤثر على قدرتك على الدفع، فقد تخضع لمراجعة لجنة المساعدة المالية بالمستشفى.

وتتلقى ردًا.

سنرسل إليك قرارًا كتابيًا خلال فترة زمنية معقولة. وفي هذه الأثناء، سيتم تعليق دفع فاتورتك. إذا تم رفض طلبك، فستتم موافاتك بالشرح والمعلومات المتعلقة بإعداد خطة دفع وكيفية تقديم طعن على القرار، إن مكن.

هل أنت مؤهل بالفعل؟

إذا كنت مؤهلاً بالفعل للحصول على برامج ممولة من الحكومة، مثل قسائم الطعام أو السكن المدعوم، فسيتم اعتبارك مؤهلاً للحصول على مساعدة منا. ليس من الضروري تقديم طلب. لا عليك سوى تزويدنا بإثبات يفيد بأنك مُسجل.

الأمر سري.

يتم الحفاظ على جميع نماذج طلب المساعدة المالية سرية تمامًا. لا تتم مشاركة المعلومات التي تقدمها إلا مع المسؤولين عن اتخاذ قرار أهليتك.

الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر لعام 2018

المساعدة المالية للمرضى الذين يتحملون نفقاتهم

اعرف ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بالإطلاع على الجدول الوارد أدناه. اعثر على عدد أفراد أسرتك في العمود الأول، ثم انظر جهة اليسار لترى أي فئة يندرج تحتها دخل أسرتك. سيخبرك ذلك بنسبة المساعدة المالية التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها.

المساعدة المالية الكاملة

للحصول على مساعدة مالية بنسبة 100%، يجب أن يعادل دخل أسرتك 200%، أو أقل، من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر (FPG). سيحصل المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم، الذين يستوفون هذا الشرط، على إعفاء كامل من رسوم المرضى.

المساعدة المالية الجزئية

يمكن أيضًا للمرضى الذين يتجاوز دخلهم 200% من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر التأهل للحصول على مساعدة مالية جزئية لتغطية النفقات الثابتة. يتم استخدام مقياس متدرج للمرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم لتحديد نسبة الخصم على الرسوم.

اتصل بنا.

اتصل بنا أو قم بزيارة موقعنا على

presencehealth.org/financial-assistance

Option 4, 888.693.2252 | Presence Covenant Medical Center

630.801.2654 | Presence Mercy Medical Center

Presence Saint Joseph Hospital – إيجين | 847.695.3200 الرقم الداخلي

5294, 3220

Presence Saint Joseph Medical Center | 815.725.7133 الرقم الداخلي

5695, 5649

Presence St. Mary's Hospital – كانكاكي | 815.937.2028

Option 4, 888.693.2252 | Presence United Samaritans Medical Center

847.954.5485 | Presence Holy Family Medical Center

773.792.5010 | Presence Resurrection Medical Center

847.316.2012 أو 847.316.2402 | Presence Saint Francis Hospital

Presence Saint Joseph Hospital – شيكاغو | 773.665.6476

Presence Saints Mary and Elizabeth Medical Center | 312.770.3164 أو

312.770.2897

نحن نتحدث لغتك.

تفضل بزيارة موقع (presencehealth.org/financial-assistance) للحصول على

معلومات حول المساعدة المالية بلغة أخرى، أو اطلب المعلومات من أحد مستشفياتنا.

عدد أفراد الأسرة	يؤهلك هذا المبلغ أو أقل منه للحصول على خصم بنسبة 100%	يؤهلك هذا المبلغ أو أقل منه للحصول على خصم بنسبة 90%	يؤهلك هذا المبلغ أو أقل منه للحصول على خصم بنسبة 81%	يؤهلك هذا المبلغ أو أقل منه للحصول على خصم بنسبة 81% على المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام (600% من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر)
1	\$24,280	\$36,420	\$48,560	\$72,840
2	32,920	49,380	65,840	98,760
3	41,560	62,340	83,120	124,680
4	50,200	75,300	100,400	150,600
5	58,840	88,260	117,680	176,520
6	67,480	101,220	134,960	202,440
7	76,120	114,180	152,240	228,360
8	84,760	127,140	169,520	254,280
9	93,400	140,100	186,800	280,200
10	102,040	153,060	204,080	306,120
11	110,680	166,020	221,360	332,040
12	119,320	178,980	238,640	357,960

تتوفر "المساعدة المالية" في شكل خصومات بنسبة 100% (رعاية مجانية) للمبالغ الواقعة في التزام المريض المتبقية بعد دفعات التأمين، وهي متاحة للمرضى المؤمن عليهم المقيمين في إلينوي والذين يعادل إجمالي دخل أسرهم 200%، أو أقل، من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر. وبخصوص المرضى المؤمن عليهم ممن يتراوح إجمالي دخل أسرهم بين 200% و400% من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر، لن يتجاوز الدفع المتوقع للمريض المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام (AGB). وسيتم تحديد مبلغ المساعدة المالية بمجرد تحديد كل مبالغ الدفع للجهات الخارجية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يحصل المرضى المؤمن عليهم — الذين تكون فواتير المستشفى الخاصة بهم عالية القيمة — على "الخصم المتعلق بالكوارث". يتم حساب خصومات المرضى الذين يتجاوز دخلهم 400% من الحد المذكور في الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر بناءً على المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام (AGB) للمرضى المؤمن عليهم لتغطية الخدمات المماثلة. يُرجى الاطلاع على موقعنا للمزيد من التفاصيل حول كيفية حساب