

## سياسة المساعدة المالية - لغة مبسطة

سيعدتني مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) بجميع المرضى حتى لو كانوا غير قادرين على سداد تكاليف الرعاية. فلن يتمتع مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) عن تقديم الرعاية الطبية الطارئة لك. ولن يطلب منك مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) دفع تكاليف العلاج قبل تلقي الرعاية الطارئة.

سيقدم مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) مساعدة مالية لتغطية الخدمات الطبية الضرورية لأي مريض مقيم في الولايات المتحدة، بموجب برنامج ميديكيد (Medicaid) في ولاية أوهايو. وسيساعد مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) المؤهلين من المرضى وأسرهم في العثور على برامج الرعاية الصحية الحكومية التي تدعمهم.

لكي يتلقى المريض المساعدة المالية بموجب هذه السياسة، يجب أن يكون إما غير مؤمن عليه أو مؤمنًا عليه بموجب خطة تأمين صحي يكون مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) أحد مقدمي الخدمة المشاركين فيها أو لديه اتفاقية حالة فردية خاصة بالمريض.

إذا كان المريض مؤمنًا عليه في خطة لم يتعاقد عليها مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's)، فإن المساعدة المالية الموضحة ستقتصر على النفقات التي تتحملها من المستقطعات ومبالغ التأمين المشترك.

### المرضى غير المؤمن عليهم

إذا كان المريض غير مؤمن عليه بأي شكل من أشكال التأمين الصحي، فسيحصل على خصم لا يقل عن 49% على فاتورته، وربما يكون مؤهلاً لخصم أكبر.

- للحصول على رعاية مجانية أو بتكلفة مخفضة، يجب أن تستكمل أسر المرضى غير المؤمن عليهم نموذج طلب المساعدة المالية.
- سيكون المرضى غير المؤمن عليهم الذين يعادل دخل أسرهم 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) أو دون ذلك، كما هو موضح في نموذج طلب المساعدة المالية، مؤهلين للحصول على رعاية مجانية وخصم بنسبة 100% على فاتورتهم.
- سيكون المرضى غير المؤمن عليهم الذين يعادل دخل أسرهم ما بين 200% و300% من مستوى الفقر الفيدرالي، كما هو موضح في نموذج طلب المساعدة المالية، مؤهلين للحصول على خصم بنسبة 75% على فاتورتهم.
- سيحصل المرضى غير المؤمن عليهم الذين يزيد دخل أسرهم على 300% من مستوى الفقر الفيدرالي على خصم بنسبة 49%.

### المرضى المؤمن عليهم

إذا كان المريض مؤمنًا عليه، فستحاسب شركة التأمين أولاً، ثم تُطبق الخصومات على المبلغ المطلوب من الفاتورة، وهو الجزء الذي يتعين على أسرة المريض سداه.

- للحصول على رعاية مجانية أو بتكلفة مخفضة، يجب أن تستكمل أسر المرضى المؤمن عليهم نموذج طلب المساعدة المالية.
- سيكون المرضى المؤمن عليهم الذين يعادل دخل أسرهم 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) أو دون ذلك، كما هو موضح في نموذج طلب المساعدة المالية، مؤهلين للحصول على رعاية مجانية وخصم بنسبة 100% على فاتورتهم.
- سيكون المرضى المؤمن عليهم الذين يعادل دخل أسرهم ما بين 200% و300% من مستوى الفقر الفيدرالي، كما هو موضح في نموذج طلب المساعدة المالية، مؤهلين للحصول على خصم بنسبة 75% على فاتورتهم.
- لن يحصل المرضى المؤمن عليهم الذين يزيد دخل أسرهم على 300% من مستوى الفقر الفيدرالي على خصم، وسيتم عليهم سداد المبلغ المطلوب بالكامل.

سيبذل مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) قصارى جهده لوضع خطة سداد للمبالغ المطلوبة من المرضى. أما إذا تعذر وضع خطة سداد، وتعدر أيضًا تقديم المزيد من المساعدة، فستحاسب وفق الكشوفات الشهرية. وفي حال عدم سداد فاتورتك، يحق لمستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) إحالة حسابك إلى وكالة تحصيل أموال خارجية لمساعدتنا على الوصول إليك لسداد المبلغ المطلوب.

- لن يُقدم مستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) على فعل أي من الأمور الآتية:
- لن نبذل جهودًا استثنائية لتحصيل الفواتير غير المُسدَّدة نظير الخدمات الطبية الضرورية.
- لن نبيع دينك.
- لن نصدر تقريرًا من شأنه التأثير في تصنيفك الائتماني.
- لن نُوجَل رعاية المتابعة للمرضى أو أي رعاية إضافية أو نمتنع عن تقديمها.
- لن نطلب منك سداد التكلفة قبل تلقي رعاية المتابعة أو أي رعاية إضافية.
- لن نرفع دعوى قضائية ضدك أو نستولي على ممتلكاتك أو نحجز عليها أو نصادرهما.

للإطلاع على معلومات حول مستوى الفقر الفيدرالي الحالي، يُرجى زيارة الرابط:  
<http://www.cincinnatichildrens.org/patients/resources/financial-assistance> (متوفر باللغة الإنجليزية فقط).

يتعين عليك استكمال نموذج طلب المساعدة المالية لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. لاستكمال نموذج الطلب، ستحتاج إلى تقديم ما يُثبت دخلك وعنوانك ويُوثق عدد أفراد أسرتك. تتوفر نماذج الطلبات بلغات مختلفة في المواقع الآتية:

- اتصل بأحد مسؤولي رعاية مصالح الأسر المالية على الرقم 513-636-4427 وحدد الخيار 2. من الساعة 7:30 إلى الساعة 5:00 بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك الاتصال في غير هذه الساعات وترك رسالة صوتية. وسيعُود مسؤول رعاية مصالح الأسر الاتصال بك في يوم العمل التالي.
- البريد الإلكتروني [FFA@cchmc.org](mailto:FFA@cchmc.org)
- رقم الفاكس 866-300-0568
- أرسل رسالة عبر البريد إلى قسم الخدمات المالية للمرضى (Patient Financial Services) بمستشفى سينسيناتي للأطفال (Cincinnati Children's) على العنوان 3333 Burnet Avenue, MLC 11026, Cincinnati, Ohio 45229-3026
- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط <http://www.cincinnatichildrens.org/patients/resources/financialassistance> سيُنظر في نماذج الطلبات المقدمة خلال 30 يومًا بعد استلام كل المستندات المطلوبة.