

Montefiore

THE UNIVERSITY HOSPITAL FOR
ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE

ملخص المساعدة المالية

يدير مركز مونتيفيوري الطبي أن هناك أوقاتاً يصعب فيها على المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية دفع تكاليف الخدمات المقدمة. توفر المساعدات المالية خصومات للأفراد المؤهلين للخدمات على أساس الدخل وعدد أفراد الأسرة. فضلاً عن ذلك، يمكننا مساعدتك في التقدم للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة إذا كنت مؤهلاً. ما عليك سوى الاتصال أو زيارة أحد المستشارين الماليين في المواقع المدرجة في الصفحة 2 أو عبر البريد الإلكتروني financialaid@montefiore.org للحصول على مساعدة مجانية وسريّة. يمكن العثور على مزيد من المعلومات بشأن سياسة المساعدة المالية على <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. يمكنك أيضاً تلقي طلب بدون تكلفة عبر البريد.

من يحق له الحصول على تخفيض؟

تتوفر المساعدة المالية للمرضى الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تغطية تأمين صحي محدود والذين يقيمون في منطقة الخدمة الرئيسية للمركز الطبي (ولاية نيويورك).

يقدم مركز Montefiore Medical Center أيضاً ترتيبات سداد للمرضى الذين لديهم تغطية تأمين ولكنهم لا يستطيعون تحمل سداد نفقات نثرية أو يعانون من صعوبة.

يمكن لكل شخص مقيم في ولاية نيويورك يحتاج إلى خدمات رعاية طارئة أو خدمات طبية ضرورية تلقي الرعاية والحصول على خصم. ولا يمكن حرمانكم من الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الضرورية لأنكم بحاجة إلى مساعدة مالية. يمكنكم طلب الحصول على خصم بغض النظر عن الوضع القانوني من حيث الهجرة.

ما حدود الدخل؟

يختلف مبلغ التخفيضات استناداً إلى الدخل وحجم العائلة. إذا لم يكن لديك تأمين صحي أو لديك تأمين صحي محدود، فيما يلي حدود الدخل:

2024	Gross Income Categories (Upper Limits)										
Federal Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Family Size	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	over 500%
1	\$15,060	\$18,825	\$22,590	\$26,355	\$27,861	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$60,240	\$75,300	
2	\$20,440	\$25,550	\$30,660	\$35,770	\$37,814	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$81,760	\$102,200	
3	\$25,820	\$32,275	\$38,730	\$45,185	\$47,767	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$103,280	\$129,100	
4	\$31,200	\$39,000	\$46,800	\$54,600	\$57,720	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$124,800	\$156,000	
5	\$36,580	\$45,725	\$54,870	\$64,015	\$67,673	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$146,320	\$182,900	
6	\$41,960	\$52,450	\$62,940	\$73,430	\$77,626	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$167,840	\$209,800	
7	\$47,340	\$59,175	\$71,010	\$82,845	\$87,579	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$189,360	\$236,700	
8	\$52,720	\$65,900	\$79,080	\$92,260	\$97,532	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$210,880	\$263,600	
For each additional person Add.	\$5,380	\$6,725	\$8,070	\$9,415	\$9,953	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$21,520	\$26,900	

ماذا لو لم تنطبق علي حدود الدخل؟

إذا لم تتمكن من دفع فاتورتك، فإن مركز مونتيفيوري الطبي لديه فئة مساعدة مالية لجميع المتقدمين. وتعتمد النسبة المئوية للخصم على دخلك السنوي وحجم عائلتك. كما

نقدم خطط سداد ممتدة ولن تتجاوز الدفعة الشهرية عشرة بالمائة من دخلك الشهري. يتوفر خصم على الدفع الذاتي للمرضى الذين تزيد أعمارهم عن 50% من مستوى الفقر الفيدرالي ، كما تتوفر خصومات الدفع الذاتي للخدمات غير الضرورية من الناحية الطبية .

هل يمكن لشخص ما أن يشرح الخصم؟ هل يمكن لشخص ما أن يساعدني على التقدم بالطلب؟

نعم، تتوفر المساعدة المجانية والسرية. اتصل بقسم المعونة المالية على الرقم 718-920-5658 أو على رقم الهاتف الخاص بأي من مكاتب المعونة المالية المذكورة أدناه.

إذا لم تتحدث الإنجليزية، فسوف يساعدك شخص ما باللغة التي تتحدثها. كما تتوفر الطلبات والملخصات والسياسة الكاملة بعدة لغات مجاناً.

يمكن أن يخبرك ممثل المعونة المالية إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة، مثل Medicaid أو Child Health Plus أو أحد برامج التأمين الصحي المؤهلة (أثناء التسجيل المفتوح).

إذا وجد ممثل المعونة المالية أنك غير مؤهل لتأمين منخفض التكلفة، فسوف يساعدك على التقدم بطلب للحصول على خصم.

سوف يساعدك الممثل على تعبئة جميع النماذج ويخبرك بالمستندات التي تحتاج إلى إحضارها.

يُرجى زيارة أحد المواقع المذكورة أدناه أو زيارة الموقع الإلكتروني <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> للحصول على معلومات إضافية أو مساعدة.

- 111 East 210th Street (Room RS-001) 718-920-5658 (Moses Campus)
- 600 East 233rd Street (Central Registration) 718-920-9660 (Wakefield Campus)
- 1825 Eastchester Road (Admitting Office) 718-904-3551 (Weiler Campus)
- 2475 St. Raymond Avenue (Outpatient Registration) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)

ما الذي أحتاجه للتقدم بطلب الحصول على خصم؟

إثبات دخل مقبول:

- بيان عدم العمل
- خطاب الضمان الاجتماعي/مكافأة المعاش
- إيصال الدفع/خطاب إثبات العمل
- خطاب الدعم
- خطاب مصادقة (في الظروف الملانمة)
- إقرار ضريبي أو نموذج W2

جميع الخدمات اللازمة طبيًا المقدمة من قبل مركز Montefiore Medical Center تخضع للخصم. وهذا يتضمن خدمات المرضى الخارجيين ورعاية الطوارئ والإدخال في حالات الطوارئ للمرضى الداخليين.

قد لا تكون التكاليف الخاصة بالأطباء الخصوصيين الذين يقدمون خدمات في المستشفى مشمولة بالتغطية. يجب أن تتحدث مع الأطباء الخصوصيين لمعرفة ما إذا كانوا يقدمون خصمًا أو برنامجًا للسداد. للاطلاع على قائمة مقدمي الخدمات ومعرفة ما إذا كانوا مشاركين أو غير مشاركين في برنامج المعونة المالية الخاص بالمركز الطبي يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> أو الاتصال بمكتب المعونة المالية وسوف تُقدم لك قائمة بشكل شخصي أو عبر البريد.

كم مقدار المبلغ الذي يجب أن أدفعه؟

يبدأ مبلغ خدمة المرضى الخارجيين أو غرفة الطوارئ من \$0 للأطفال والنساء الحوامل، حسب دخلك. يبدأ مبلغ خدمة المرضى الخارجيين أو غرفة الطوارئ من \$15 للبالغين، حسب دخلك.

سوف يقدم لك ممثل المعونة المالية تفاصيل بشأن الخصم (الخصومات) الخاص (الخاصة) بك بعد الانتهاء من مراجعة طلبك.

لن يتم تحميل المرضى تكاليف أكثر من المبالغ المفوترة بشكل عام لرعاية الطوارئ أو الرعاية الطبية الأخرى الضرورية.

كيف أحصل على الخصم؟

يجب تعبئة نموذج الطلب. وفور حصولنا على ما يثبت ذلك، يمكننا مراجعة طلبك لتطبيق خصم وفقاً لمستوى الدخل. ستكون لديك 30 يوماً لاستكمال الطلب.

يمكنك طلب خصم قبل موعد حصولك على الخدمة أو عندما تأتي إلى المستشفى لتلقي الرعاية أو عندما تستلم الفاتورة عبر البريد.

أرسل النموذج بعد تعبئته إلى العنوان Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 أو احضره إلى الغرفة رقم Room RS-001.

بعد تقديم الطلب والوثائق على النحو المطلوب، يمكنك تجاهل أي فواتير حتى يتخذ المستشفى قراراً بشأن طلبك.

كيف سأعرف إذا تمت الموافقة على حصولي على خصم؟

سوف يرسل مركز Montefiore Medical Center خطاباً في غضون 30 يوماً بعد استكمال الوثائق وتقديمها، ليخبرك إذا حصلت على الموافقة ومستوى الخصم الذي ستحصل عليه.

ماذا لو استلمت فاتورة أثناء انتظاري لمعرفة ما إذا كان يمكن لي الحصول على خصم؟

لا يمكن مطالبتك بدفع قيمة فاتورة إحدى المستشفيات بينما لا يزال طلبك للحصول على خصم قيد النظر. وإذا تم رفض طلبك، فيجب أن تخبرك المستشفى خطأً بالسبب وإفادتك بكيفية استئناف هذا القرار أمام مستوى أعلى داخل المستشفى.

ماذا لو لدي مشكلة لا يمكنني حلها مع المستشفى؟

يمكنك الاتصال بالخط الساخن للشكاوى الخاصة بإدارة الصحة لولاية نيويورك على الرقم 1-800-804-5447.

MONTEFIORE MEDICAL CENTER مركز

طلب معونة مالية

معلومات مقدم الطلب

اسم المريض		رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	
العنوان		تاريخ الطلب	
المدينة		الولاية	الرمز البريدي
الهاتف		العلاقة بالمريض	
إجمالي الدخل السنوي		حجم العائلة	الرصيد المستحق
ورقة عمل الأهلية: للاستخدام المكتبي فقط			
ممثل المعونة المالية		رصيد الحساب المعدل	
رقم السجل الطبي للمريض		رقم الحساب	الرقم المرجعي للفاتورة
الدخل المثبت بموجب IRS		نعم لا	1. إيصال دفع 2. خطاب وظيفي 3. مستندات من سوق العمل
إجمالي الدخل السنوي المثبت		4. خطاب دعم (إن وجد) أخرى (يُرجى التحديد):	
تم اعتماد مقدم الطلب للحصول على معونة مالية ضمن مستوى الفئة التالي (1-10)			
تاريخ استلام الطلب		تاريخ تعديل الحساب	
تاريخ الإشعار بالمعونة المالية		تاريخ الموافقة/الرفض	
اعتمده:			

بيان الطلب		
<p>إن توقيعى على هذا الطلب يؤكد التفويضات بشأن تخصيص الاستحقاقات وإصدار المعلومات المتعلقة بالخدمات الطبية المقدمة في مركز Montefiore Medical Center.</p> <p>أثناء كوني مؤهلاً للحصول على المعونة المالية، أوافق على إبلاغ مركز Montefiore Medical Center بأي تغييرات في حالتي العائلية فيما يتعلق بحجم العائلة وتغيرات الدخل والتغطية الصحية التي يمكن أن تغير أهليتي للحصول على المعونة المالية. وأفوض صاحب العمل وشركة التأمين الصحي بإعطاء مركز Montefiore Medical Center معلومات عن الدخل وأقساط التأمين الصحي والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة والخصومات والفوائد المشمولة بالتغطية التي يحق لي الحصول عليها.</p> <p>وإذا كنت أطلب المعونة المالية بسبب حادث أو غير ذلك من الحالات وحصلت على أموال بسبب هذا الحادث أو تلك الحالة من أي مصادر مثل صندوق تعويضات العمال أو شركة تأمين، فإنني سأرد لمركز مونتيفيوري الطبي ما تم دفعه من مال لقاء أي خدمات طبية تم تقديمها في مركز Montefiore Medical Center وتم دفع مقابل هذه الخدمات أو تم تعديل قيمتها بموجب المعونة المالية.</p> <p>جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة حسب أفضل معلوماتي وأوافق على تقديم الوثائق عند الطلب.</p>		
الاسم المطبوع للمريض	التاريخ	
توقيع المريض		
أنا مخول قانوناً بتقديم موافقة نيابة عن المريض المشار إليه أعلاه. علاقتي بالمريض تتمثل فيما يلي:		
توقيع الشخص المفوض	التاريخ	
العلاقة بالمريض		

أكمل هذا الطلب وأعدّه مع إثبات الدخل/ المستندات الداعمة إلى أي من مكاتب خدمات المرضى المالية في أي من مواقع Montefiore التالية:

Moses Campus – RM-001

111 East 210th Street
Bronx, NY 10467
718-920-5658

Wakefield Campus

600 East 233rd Street
Bronx, NY 10466
718-920-9660

Weiler Campus

1825 Eastchester Road
Bronx, NY 10461
718-904-3551

Westchester Square Campus

2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10461
718-430-7339

بعد تقديم الطلب والوثائق على النحو المطلوب، يمكنك تجاهل أي فواتير حتى يتخذ المستشفى قراراً بشأن طلبك.
يُرجى تعبئة الطلب في غضون 30 يوماً.