

5. الجدول الزمني للأهلية:

a. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم، ستسري قرارات الإعانة المالية والقرارات المتعلقة بالأهلية الافتراضية بأثر رجعي بالنسبة لأرصدة الدفع الذاتي المفتوحة وحالة الرعاية الصحية الحالية، وسيتم تحديد أهلية المرضى بناءً على العوامل المبينة في قسم الإجراءات رقم 3 ولن تتضرر أهليتهم نتيجة لسداد مبالغ فورية أو حسنة التوقيت. وبالإضافة إلى ذلك، سيُمنح المريض الذي سيكمل طلب الإعانة المالية إعانة مالية إضافية مستقبلية لمدة ستة أشهر بدون الحاجة إلى مزيد من الإجراءات التي يتعين على المريض اتخاذها، ويتعين على المريض إبلاغ الشركة بأي تغيير جوهري يحدث لوضعه المالي خلال فترة السنة (6) أشهر التي قد تؤثر على قرار أهلية الحصول على الإعانة المالية في غضون ثلاثين (30) يومًا من التغيير. وللشركة نتيجة عدم إفصاح المريض عن أي تحسن ملموس في الدخل العائلي إلغاء تقديم أي إعانة مالية بعد حدوث ذلك التحسن.

6. الخدمات الضرورية الطارئة أو الطبية: تقتصر الإعانة المالية على الخدمات الطبية الطارئة أو الضرورية المقدمة داخل المستشفيات، ولا يهدف أي بند في هذا القسم إلى تغيير التزامات أو ممارسات الشركة بموجب القانون الولائي أو الفيدرالي المتعلق بمعالجة الحالات الطبية الطارئة بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع.

7. إجراءات طلب الإعانة

a. كيفية التقديم: يتعين إكمال طلب الإعانة المالية وتقديمه مع المستندات الداعمة، لذلك تتوفر نسخ مجانية من طلبات الإعانة المالية لتنزيلها من الموقع الإلكتروني الخاص بالشركة من خلال الرابط التالي: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram> وتتوفر أيضًا نسخ ورقية مجانية في قسم الطوارئ وفي مكاتب التسجيل بالمستشفى. وتتاح أيضًا نسخ ورقية مجانية عن طريق البريد أو من خلال الاتصال على رقم 713 338-5502 أو 1-800-526-2121، الخيار 5.

b. يجوز لطالبي الإعانة إرسال الطلب المكتمل والوثائق الداعمة إلى المستشار المالي للمستشفى أو إرسالها بالبريد إلى العنوان المذكور أدناه، ويمكن للمرضى معرفة موقع المستشار المالي للمستشفى عن طريق زيارة مكتب الاستعلام وطلب التحدث مع أحد المستشارين الماليين. ولتوجيه أسئلة بشأن إجراءات تقديم الطلب أو المساعدة في تعبئة الطلب أو التحقق من حالة الطلب المقدم، يرجى التوجه إلى المستشارين الماليين المتاحين في المستشفيات لتقديم المساعدة بشكل مباشر في المستشفى أو الاتصال بالرقم 713-338-5502-1-800-526-2121 وتحديد الاختيار رقم 5.

c. عنوان إرسال الطلبات المكتملة:

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

543 5	520,186	772 7	260,93 أمريكياً	886 3 ر	63 6 دولاراً ر	
<p>وبالنسبة للأسر التي يزيد عدد أفرادها عن 8 أشخاص، يصدّ أف مبالغ مالية قدرها 720,4 دولاراً أمريكياً لكل شخص إضافي لتحديد المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر.</p>						