

العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات	الرقم: L3003
الدليل: إداري	القسم: الشؤون المالية
	تاريخ السريان: 09/28/2026

أ. الغرض:

- A.** لأغراض تتعلق بسياسة برنامج المساعدة المالية للمرضى وخطط الدفع المخفض، تشير مؤسسة CHOC Enterprise إلى الشبكة الجماعية لمؤسسات الرعاية الصحية والخدمات ومقدمي الخدمات التابعة لها. تضم مؤسسة CHOC Enterprise الكيانات التالية:
1. مستشفى CHOC – المستشفى الرئيسي لطب الأطفال الواقع في مقاطعة Orange، ولاية California، ويقدم خدمات ورعاية طبية متخصصة للأطفال.
 2. مستشفى CHOC at Mission Hospital – مرفق رعاية صحية يقع داخل مستشفى Providence Mission Hospital في مدينة Mission Viejo، ولاية California، ويقدم رعاية طبية للأطفال وخدمات متخصصة.
 3. أخصائيو CHOC – مجموعة من أخصائيي طب الأطفال الذين يقدمون رعاية متخصصة في مختلف التخصصات الفرعية لطب الأطفال عبر شبكة CHOC.
 4. شبكة CHOC Primary Care – شبكة من مقدمي الرعاية الأولية التابعين لـ CHOC، تقدم خدمات الرعاية الصحية الشاملة للأطفال منذ الولادة وحتى سن المراهقة.
- تشكل هذه الكيانات مجتمعاً مؤسسة CHOC Enterprise (يُشار إليها فيما يلي باسم CHOC)، والتي توفر رعاية عالية الجودة للأطفال في مختلف التخصصات والمواقع، والتي تخضع للشروط والأحكام المنصوص عليها في سياسة المساعدة المالية هذه.
- B.** تلتزم CHOC بتقديم رعاية صحية عالية الجودة لجميع المرضى، بغض النظر عن الوضع المالي للمريض. قد يكون المرضى الذين يستوفون معايير برنامج المساعدة المالية المحددة مؤهلين لتلقي المساعدة المالية لتغطية جميع تكاليف الرعاية الصحية للمريض أو أجزاء منها. للتقديم على المساعدة المالية، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill). توفر CHOC أيضًا مزايا تخدم المجتمع الأوسع نطاقاً من حيث التثقيف الطبي والبحوث الطبية.
- C.** بموجب هذه السياسة، يمكن تقديم المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم تأميناً كافياً ولا يمكنهم تحمل نفقات الرعاية الطبية الخاصة بهم من نفقاتهم الخاصة. لا يجوز أن تستند الأهلية لبرنامج المساعدة المالية بأي شكل من الأشكال إلى السن أو الجنس أو التوجه الجنسي أو العرق أو الأصل الإثني أو الإعاقة أو الدين.
- D.** في بعض الحالات، قد يتم تقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لا تسمح أوضاعهم المادية بتحمل تكاليف الخدمات الطبية الضرورية. يعتمد تقييم ضرورة العلاج الطبي في CHOC على القرار السريري. سيكون القرار السريري الذي سيتخذه الطبيب المعالج للمريض أو طبيب قسم الطوارئ هو المعيار الوحيد في تحديد ما إذا كان المريض سيحصل على الخدمات في CHOC. ولن تتخذ CHOC أي إجراءات من شأنها تثبيط الأفراد عن طلب الرعاية الطبية الطارئة.

ب. النطاق:

تتطبق هذه السياسة على جميع المرضى الداخليين والخارجيين في CHOC، بما في ذلك مؤسسة CHOC Medical Foundation، وتشمل جميع خدمات الرعاية الطارئة وغيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا. وتستند CHOC في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية إلى طلبات المساعدة المالية الحالية. ولا تلجأ CHOC إلى مصادر خارجية عند تحديد أو تقييم أهلية المرضى لبرنامج المساعدة المالية (FAP).

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

III. التعريفات:

- A. المبالغ المفتورة عادةً (AGB):** منهجية المراجعة بأثر رجعي التي تستخدمها CHOC لحساب حد أقصى للرسوم المفروضة على المشاركين في برنامج المساعدة المالية
- B. الرعاية الخيرية:** رعاية صحية مجانية
- C. برنامج مزايا تقاسم التكاليف (CSBP):** برنامج قائم على العضوية، يدفع فيه العضو رسوم عضوية منتظمة (عادة شهرياً)، ويتم توزيع الرسوم كل شهر على الأعضاء الذين يحتاجون إلى مساعدة في نفقاتهم الطبية. وعادةً لا توافق برامج المزايا على إصدار الفواتير لها مباشرةً، وتكون لديها اتفاقية مع أعضائها لتعويضهم عن نفقاتهم الطبية.
- D. الدفع المخفّض أو الدفع بسعر مخفّض:** أي رسوم مقابل الرعاية يتم تخفيضها، ولكنها لا تكون مجانية.
- E. بيانات المريض:** رقم السجل الطبي، واسم المريض، وتاريخ الميلاد، وحالة التأمين، والأهلية للحصول على دعم آخر.
- F. أسرة المريض:** تُعرّف لأغراض هذه السياسة على النحو التالي:
1. بالنسبة للأشخاص البالغين من العمر 18 عاماً فأكثر، يشمل ذلك الزوج أو الزوجة، والشريك المنزلي كما هو محدد في المادة 297 من قانون الأسرة في California؛ والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 21 عاماً، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا؛
 2. للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً أو لطفل معال تتراوح أعمارهم بين 18 و20 عاماً، بما في ذلك الوالدين والأقارب القائمين على الرعاية والأطفال المعالين الآخرين لأقارب الوالدين أو القائم بالرعاية الذين تقل أعمارهم عن 21 عاماً، أو أي عمر إذا كانوا معاقين، بما يتفق مع القسم 1614 (أ) من الجزء أ من الباب السادس عشر من قانون الضمان الاجتماعي.

IV. السياسة:

- A. تنتهج CHOC سياسة تتمثل في تحديد أهلية الحصول على المساعدة المالية في وقت التسجيل، من خلال عملية فحص مالي لجميع المرضى غير القادرين على الوفاء بمتطلبات الإيداع في CHOC.**
- B. تميز هذه السياسة بين المريض الذي عليه ديون متعثرة والمريض المؤهل للحصول على المساعدة المالية بناءً على ما إذا كان المريض أو عائلته غير راغبين في الدفع أو غير قادرين على الدفع بشكل مثبت. قد يؤدي عدم امتثال المريض و/أو عائلته لطلبات الحصول على معلومات بشأن إثبات عدم القدرة على الدفع إلى فقدان الحق في النظر في طلب الانضمام إلى برنامج المساعدة المالية.**
- C. إن هدف CHOC هو تحديد المريض المؤهل للحصول على المساعدة المالية في وقت التسجيل؛ لكن إذا لم تتوفر معلومات كاملة عن تأمين المريض أو وضعه المالي بسبب العلاج الطارئ، أو إذا تغيرت الحالة المالية للمريض/الضامن أو عائلة المريض، فقد يتم تحديده كمريض مؤهل للحصول على المساعدة المالية بعد تقديم الخدمات، وقد يمتد ذلك أحياناً إلى ما بعد إصدار الفاتورة.**
- D. في حالة رغبة الطبيب أو الطبيب السريري في طلب المساعدة المالية لمريض معروف بشكل استباقي، يمكن العثور على بروتوكول طلب المساعدة المالية على موقع Paws الموجود ضمن بنك النماذج الإلكترونية على الإنترنت.**
- E. سيتم الحفاظ على سرية المعلومات وكرامة المريض لكل من يطلب خدمات المساعدة المالية أو يتلقاها.**

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

- F.** سيكون المرضى الذين يتلقون خدمات في غرفة الطوارئ بالمستشفى مؤهلين أيضًا للحصول على المساعدة المالية في دفع أتعاب طبيب غرفة الطوارئ. وستعتمد شركة فوتره أطباء غرفة الطوارئ على تحديد المستشفى لأهلية الحصول على المساعدة المالية كما هو مطلوب بموجب قانون الصحة والسلامة 127405(أ)(1)(ب).
- G.** فيما يلي قائمة بمقدمي الخدمات، بخلاف المستشفى نفسه، الذين يقدمون رعاية ضرورية طبيًا في المستشفى. وتيسيرًا عليك فقد تم إدراجها حسب فئة الرعاية. تشير القائمة إلى ما إذا كان مقدمو الخدمة مشمولين في برنامج المساعدة المالية (FAP) للمستشفى.

التخصص الطبي/القسم الطبي	مغطى ضمن برنامج المساعدة المالية للمستشفى (FAP)	غير مغطى ضمن برنامج المساعدة المالية للمستشفى (FAP)
الحساسية والمناعة	X	
التخدير		X
أمراض القلب والأوعية الدموية	X	
طب الأسنان		X
الأشعة التشخيصية	X	
قسم الطوارئ		X
أمراض الجهاز الهضمي	X	
الممارسة العامة / طب الأسرة	X	
الجراحة العامة		X
الطب الباطني	X	
جراحة الأعصاب		X
طب الأعصاب	X	
أمراض النساء والتوليد	X	
الطب المهني	X	
طب الأورام	X	
طب العيون	X	
جميع الجراحين		X
طب الأنف والأذن والحنجرة	X	
علم الأمراض		X
طب الأطفال	X	
العلاج الطبيعي/إعادة التأهيل الجسدي	X	
جراحة التجميل	X	
طب الأقدام		X
أمراض الرئة	X	
الأشعة العلاجية	X	
جراحة الصدر		X
جراحة المسالك البولية	X	
غير ذلك: الطب النفسي	X	
غير ذلك: علم الوراثة السريري	X	
غير ذلك: الأمراض الجلدية	X	
غير ذلك: الغدد الصماء	X	

حقوق النشر والطبع محفوظة لعام 2026. Children's Hospital of Orange County. جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز نسخ أي جزء من هذه المواد بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي من إدارة CHOC.

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

غير ذلك: أمراض الدم	X
غير ذلك: أطباء المستشفيات	X
غير ذلك: الأمراض المعدية	X
أخرى: طب الأطفال حديثي الولادة	X
غير ذلك: أمراض الكلى	X
غير ذلك: أمراض الروماتيزم	X
غير ذلك: طب النوم	X

V. الإجراءات: A. الأهلية

1. يتم تحديد المساعدة المالية من خلال تحديد الحالة المادية للمريض أو أسرته. يجب أن يتم هذا التحديد في وقت التسجيل أو قبله، أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك. في بعض الحالات، مثل حالات الدخول إلى قسم الطوارئ، قد لا يكون من الممكن إثبات الأهلية لبرنامج المساعدة المالية إلا بعد خروج المريض من المستشفى. في هذه الحالات، أو في الحالات التي تقع فيها أحداث أثناء إقامة المريض أو بعدها تؤثر على الحالة المادية للمريض أو أسرته، لن تتأثر أهلية المريض لبرنامج المساعدة المالية بأي حال من الأحوال بتوقيت تحديد استيفاء المريض لمعايير الأهلية.
2. تقع مسؤولية تحديد أهلية المريض للاستفادة من برنامج المساعدة المالية في وقت الزيارة إلى CHOC أو قبلها على عاتق القسم المسؤول عن تسجيل المريض. سيتطلب ذلك من المريض أو أسرته إكمال إقرار "الإفصاح المالي". وقد يشمل ذلك أيضاً نسخاً من المستندات ذات الصلة، مثل قسائم الراتب الحديثة، أو إقرارات ضريبة الدخل، أو غيرها من المستندات، لتحديد الدخل السنوي للمريض أو أسرة المريض. وفي الحالات الموضحة أعلاه التي يعتذر فيها تحديد الأهلية في وقت تقديم الخدمة، سيعمل مركز الموارد المالية للأسرة في CHOC مع المريض أو الأسرة لتحديد الأهلية.
3. قد يكون المريض أو عائلته، حتى في حالة وجود تأمين، مؤهلاً أيضاً للحصول على برنامج المساعدة المالية لذلك الجزء من الفاتورة المستثناة من التغطية التأمينية. قد يشمل ذلك المبالغ المستقطعة والتأمين المشترك والخدمات غير المغطاة. يخضع تحديد أهلية المريض لنفس المبادئ التوجيهية التي يخضع لها المريض غير المؤمن عليه.
4. قد يكون المريض، سواء كان غير مؤمن عليه أو مؤمناً عليه، الذي يتحمل تكاليف طبية مرتفعة مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية. ويشمل ذلك المرضى الذين يتكبدون تكاليف سنوية من أموالهم الخاصة، وتشمل النفقات الطبية المتكبدة في المستشفى وخارج المستشفى، تتجاوز 10% من دخل الأسرة خلال الأشهر 12 السابقة. ويُقصد بالتكاليف المدفوعة من أموال المريض الخاصة أي نفقات للرعاية الطبية لا يتم تعويضها من خلال التأمين أو برنامج للتغطية الصحية. ولن تُؤخذ في الاعتبار النفقات التي يتكبدها الضامن والتي لا تتعلق بالمريض. يجب تضمين إيصال (إيصالات) أو فاتورة (فواتير) النفقات المدفوعة مع طلب المساعدة المالية للضامن. ولن يُقبل إقرار موقع باعتباره إثباتاً للتكاليف الطبية المرتفعة.

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

5. عملية تقديم الطلب

- a. للتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة المالية وطلب تحديد الأهلية، يجب على المريض أو الضامن تقديم طلب مساعدة مالية مستكمل إلى مركز الموارد المالية للأسرة في CHOC.
- b. تتوفر طلبات المساعدة المالية على موقعنا الإلكتروني (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill). ويمكن الحصول على طلب المساعدة المالية والمساعدة المتعلقة بإجراءات تقديم الطلب من خلال الاتصال بمركز الموارد المالية للأسرة في CHOC على الرقم 714 509-8600. ويمكن إرسال طلبات المساعدة المالية عبر البريد الإلكتروني أو خدمات البريد الأمريكي (USPS) دون أي تكلفة إضافية. كما يمكن الحصول على الطلبات من قسم الاستشارات المالية في CHOC على العنوان 1201 W. La Veta Avenue, Orange, California 92868
- c. عند فحص الأهلية للحصول على الدفع المخفّض، يجوز للمستشفى أن يطلب من المريض أو الضامن المشاركة في فحص لتحديد الأهلية للحصول على Medi-Cal. ولا يجوز للمستشفى أن يطلب من المريض التقدم بطلب للحصول على تغطية برنامج Medicare أو Medi-Cal أو أي تغطية أخرى قبل فحص المريض للحصول على الدفع المخفّض أو تقديمه له. ويجوز للمستشفى أن يطلب من المريض التقدم بطلب للحصول على Medicare أو Medi-Cal أو أي تغطية أخرى قبل فحص المريض للحصول على الرعاية الخيرية أو تقديمها له.
- d. سيبدأ المريض أو الضامن كل جهد معقول لتقديم مستندات تثبت دخل المريض أو الأسرة قبل النظر في الطلب. وينبغي التحقق من الدخل من خلال إقرارات ضريبة الدخل للسنة الأخيرة أو قسائم الراتب الحديثة. وبدلاً من ذلك، يمكن تقديم أشكال أخرى من إثبات الدخل.
- e. إذا كان الوالد/الضامن لا يملك أي دخل أو كان غير قادر على تقديم وثائق تثبت الدخل، فيجوز لمركز CHOC - وفقاً لتقديره المطلق - أن يطلب من المريض/الضامن تقديم إقرار موقع تحت طائلة عقوبة شهادة الزور يؤكد: (1) صحة معلومات الدخل المقدمة في طلب المساعدة المالية، و(2) بيان أسباب عدم تقديم وثائق تثبت الدخل، و(3) كيفية إعالة أنفسهم/أسرتهم في حال عدم وجود دخل.

6. فترة التأهيل.

- a. يمكن منح المرضى الذين تم تحديد أهليتهم المساعدة المالية لمدة ستة أشهر.

7. حساب مبلغ المساعدة المالية.

- a. ستحصل CHOC على معلومات عن دخل أسرة المريض، بما في ذلك الأجور والرواتب والإعانات الاجتماعية واستحقاقات الضمان الاجتماعي وإعانات الإضراب وإعانات البطالة ونفقة الأطفال ونفقة الطلاق والعوائد المالية مثل الفوائد والأرباح. ستتم مقارنة الدخل الإجمالي للأسرة بالجدول (انظر الجدول (أ)) لتحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية بموجب المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر. يحق لأي مريض غير مؤمن عليه أو مريض يعاني من ارتفاع التكاليف الطبية ويكون دخل أسرته السنوي عند أو أقل من 550% حسب المبادئ التوجيهية لتعريف حدود الفقر أن يتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية. يمكن النظر في تقديم المساعدة المالية على أساس جزئي للمرضى الذين يزيد دخلهم عن 400% ولكنه أقل من 550% حسب المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر.

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

- b. تلك الأسر التي يبلغ دخلها السنوي 400% أو أقل حسب المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر ستكون مؤهلة للحصول على تسوية المساعدة المالية بنسبة 100%. المرضى غير المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم تأمينًا كافيًا، وكان دخل أسرهم - كما هو محدد وفقًا لطلب المساعدة - أقل من أو يساوي 400% حسب المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر، سيحصلون على الرعاية مجانًا.
- c. عند تقديم الرعاية الخيرية، يُلزم القانون مستشفى CHOC بمراعاة "المبالغ المفوترة عادةً" (Amounts Generally Billed أو اختصارًا AGB) للأفراد الذين لديهم تأمين يغطي خدمات الطوارئ أو غيرها من الرعاية الضرورية طبيًا، وضمان عدم تحميل المرضى المقبولين ضمن برنامج الرعاية الخيرية مبالغ تزيد عن هذه المبالغ (AGB) مقابل خدمات الطوارئ والخدمات الضرورية طبيًا الأخرى.
- d. يكون مرضى CHOC Community Clinic مؤهلين للحصول على المساعدة المالية على النحو المبين في هذه السياسة، باستخدام الجدول (ب) لحساب قيمة المشاركة في الدفع لكل زيارة وفقًا لمقياس متدرج للمرضى الذين يقل دخلهم عن 550% من إرشادات الفقر الفيدرالية.
- e. ستتم إحالة الموافقة على المساعدة للمرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على المساعدة المالية ويحصلون على موافقة كاملة أو جزئية إلى شركة فوترة أطباء غرفة الطوارئ. وستعتمد شركة فوترة أطباء غرفة الطوارئ على تحديد المستشفى لأهلية الحصول على المساعدة المالية كما هو مطلوب بموجب قانون الصحة والسلامة 127405(أ)(1)(ب).
8. سياسة الخصم على المدفوعات
- a. بالنسبة للمرضى الذين يتراوح دخل أسرهم بين 401% و450% من مستوى الفقر الفيدرالي، سيقدم المستشفى جدول رسوم للدفع الخاص المخفّض، بحيث تكون النفقات الطبية المسموح بها معادلة لخصم بنسبة 75% من الرسوم المفوترة. وعلى هذا المستوى، لن تتم مطالبة المرضى المقبولين للحصول على الدفع المخفّض بمبالغ تتجاوز المبالغ المفوترة عادةً مقابل الخدمات الطارئة وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا.
- b. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم الذين يتراوح دخل أسرهم بين 451% و550% من مستوى الفقر الفيدرالي، ستقدم CHOC جدول رسوم للدفع الخاص المخفّض، بحيث تكون النفقات الطبية المسموح بها معادلة لخصم بنسبة 50% من الرسوم المفوترة. وعلى هذا المستوى، لن تتم مطالبة المرضى المقبولين للحصول على الدفع المخفّض بمبالغ تتجاوز المبالغ المفوترة عادةً مقابل الخدمات الطارئة وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا.
9. تستند إرشادات الأهلية لبرنامج المساعدة المالية في CHOC إلى أحدث إرشادات الفقر الفيدرالية المنشورة. يحدد الجدول (أ) عتبات دخل الأسرة وفقًا للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر، التي تُنشر سنويًا.
10. إذا تمت الموافقة على حصول المريض أو الضامن على المساعدة المالية، فستتم تسوية جميع الحسابات التي لديها رصيد مستحق الدفع ذاتيًا وقت تحديد الأهلية وفقًا لنسبة الخصم التي يكون المريض أو الضامن مؤهلًا لها استنادًا إلى طلبه.
11. ستستخدم CHOC الطريقة التالية لحساب AGB. تطبيق مراجعة سنوية (بأثر رجعي) بعد ختام السنة المالية السابقة، وذلك على المطالبات الفعلية المدفوعة للمستشفى من قبل برنامج Medicare لرسوم مقابل الخدمة إلى جانب جميع شركات التأمين الصحي الخاص وبرنامج CSBP.

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

12. لن يتم اتخاذ قرار نهائي بعدم الأهلية لبرنامج المساعدة المالية إلا بعد مرور 150 يومًا على الأقل من تاريخ إصدار الفاتورة الأولية.

13. **الأهلية الافتراضية:** بمعزل عن عملية التقديم اليدوية، يمكن أيضًا افتراض أن المرضى مؤهلون للحصول على مساعدة مالية باستخدام ما يلي.

- a. حالة التشرد أو اللجوء عندما لا تتوفر أي معلومات ديموغرافية عن المريض.
- b. وجود أدلة مقدمة من خلال استخدام أداة فحص تابعة لجهة خارجية، بغض النظر عن حالة التأمين.
- c. الأهلية السابقة: يجوز منح المرضى الذين تم تحديد أهليتهم للمساعدة المالية لمدة ستة أشهر.

14. **أهلية خطة السداد الشهرية**

a. أي مريض أو أسرة مريض يتم تأهيلهم والموافقة عليهم ضمن برنامج المساعدة المالية للحصول على خصم جزئي من الرسوم سيكونون مؤهلين أيضًا لتسديد المبالغ عبر دفعات شهرية. يجوز لـ CHOC وأسرة المريض التفاوض على شروط خطة السداد. إذا تعذر التوصل إلى اتفاق بين أسرة المريض ومؤسسة CHOC، سيطلب من أسرة المريض إكمال نموذج خطة السداد الممتدة لبرنامج المساعدة المالية (FAP) من CHOC (الجدول ج)). عند استلام هذه الاستثمارة المكتملة، ستقيم CHOC إجمالي الدخل الشهري للأسرة مطروحًا منه مصاريف المعيشة الأساسية للأسرة. سيتم بعد ذلك تقديم خطة سداد شهرية للأسرة بمعدل لا يتجاوز 10% من الدخل مطروحًا منه مصاريف المعيشة الأساسية. خلال فترة السداد المعتمدة، لن تطبق CHOC أي فائدة على رصيد الحساب المخفض.

b. يمكن إعلان خطة السداد المخفض الممتدة غير سارية إذا فشل المريض أو أسرته في سداد المدفوعات المستحقة خلال فترة 90 يومًا متتالية. قبل إعلان خطة السداد الممتدة غير سارية، يجب على CHOC أو وكالة التحصيل التابعة لها أو من تفوضه بذل محاولة معقولة لإخطار المريض أو أسرته، هاتفياً أو على آخر رقم هاتف معروف وكذلك كتابياً على آخر عنوان معروف، بأن خطة السداد الممتدة قد تصبح غير سارية وقد تكون هناك فرصة لإعادة التفاوض إذا طلب المريض أو أسرته ذلك.

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

B. الاستثناءات:

1. من المفهوم أنه توجد حالات استثنائية قد تنشأ وتتطلب مراعاة خاصة عند الموافقة على المساعدة المالية للمرضى الذين لا يستوفون المعايير المحددة. يجب أن يكون ممثلو CHOC على دراية بذلك عند تقييم حالات المرضى الفردية لبرنامج المساعدة المالية. على الرغم من أنه من غير الممكن تقديم قائمة نهائية أو كاملة بجميع الحالات الاستثنائية التي قد تنشأ، فإن بعض العوامل المهمة التي ينبغي مراعاتها تشمل ما يلي:
 - a. المبلغ المستحق على المريض أو أسرته مقارنة بإجمالي دخل المريض (المريضة). إذا تجاوز إجمالي نفقات المريض التي يدفعها من حسابه الخاص إلى CHOC نسبة 10% من الدخل السنوي للمريض أو أسرته خلال الـ 12 شهرًا الماضية.
 - b. الحالة الطبية للمريض أو مُعيل أسرة المريض (المريضة).
 - c. استعداد المريض أو أسرته للتعاون مع CHOC في استنفاد جميع مصادر الدفع الأخرى.
2. يجب توجيه انتباه مدير شؤون الخدمات المالية للمرضى إلى أي ظروف تعتبر ضمن فئة "الحالات الاستثنائية". قد تتطلب الحالات التي تدرج ضمن هذه الفئة موافقة نائب رئيس قسم الشؤون المالية أو المدير المالي.

C. عملية الموافقة/الرفض/إعادة النظر بشأن برنامج المساعدة المالية

1. يتطلب أي حساب مريض يُوصى بتعديله جزئيًا أو كليًا ضمن برنامج المساعدة المالية، بعد استيفاء الإرشادات المنصوص عليها في هذه السياسة، اتباع عملية اعتماد التوقيع التالية:
 - a. مؤسسة CHOC (مستشفى وعيادات)

Revenue Cycle Associate	حتى 2,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Supervisor	حتى 10,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Manager	حتى 50,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Director	حتى 100,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Senior /Executive Director	حتى 250,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Vice President of Revenue Cycle	حتى 1,000,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Chief Financial Officer	أكثر من 1,000,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من

b. مؤسسة CHOC Medical Foundation

Revenue Cycle Associate	حتى 2,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Supervisor	حتى 10,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Manager	حتى 50,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Revenue Cycle Division Director	حتى 100,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Senior/Executive Director	حتى 250,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Vice President of Revenue Cycle	حتى 1,000,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من
Chief Financial Officer	أكثر من 1,000,000 دولار أمريكي تكون الموافقة من

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

2. في الوقت الذي يتم فيه اتخاذ قرار بالموافقة على حساب المريض في برنامج المساعدة المالية أو رفضه، سيُرسل خطاب إلى المريض لإخطاره بالقرار المتخذ. إذا تم رفض طلب برنامج المساعدة المالية، سيتصل ممثل CHOC بالمريض أو أسرته لإجراء ترتيبات سداد المدفوعات المستحقة على الحساب.

3. **عملية إعادة النظر:**
إذا كان الطلب في أي مرحلة من مراحل عملية الموافقة على المساعدة المالية محل نزاع، يحق للمريض أو أسرته طلب إعادة النظر في الطلب في المستوى التالي من عملية الموافقة. سيكون القرار النهائي لرفض المساعدة المالية من اختصاص نائب الرئيس التنفيذي والمدير المالي وحدهما، ويعتبر قرارهما نهائياً.

4. يجب تقديم طلب إعادة النظر المتعلق بالمريض أو أسرته خطياً إلى مدير حسابات المرضى في غضون ثلاثين (30) يوماً من تاريخ إخطار الرفض الأصلي.

5. إن توفير برنامج المساعدة المالية لا يلغي الحق في إصدار فواتير عن جميع الخدمات، سواء بأثر رجعي أو وقت تقديم الخدمة، عندما يتم تقديم معلومات احتيالية أو غير دقيقة أو غير كاملة في عملية تقديم الطلب. بالإضافة إلى ذلك، تحتفظ CHOC بالحق في التماس جميع سبل الانتصاف، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - المطالبة بالتعويضات المدنية والجنائية أي شخص قدم معلومات خاطئة أو غير دقيقة أو غير كاملة من أجل التأهل لبرنامج المساعدة المالية.

D. برنامج المساعدة المالية: إخطار المريض أو أسرة المريض

1. ستتضمن كشوف حسابات مرضى CHOC إشعاراً يُبلغ المريض بسياسة برنامج المساعدة المالية في CHOC، بالإضافة إلى معلومات الاتصال اللازمة للحصول على معلومات إضافية حول المساعدة. ويجب أن يتضمن هذا الإشعار ورقة تعريفية تتضمن البيان التالي باللغة الإنجليزية وبأكثر 15 لغة تحدثاً في كاليفورنيا من قبل الأشخاص محدودي إتقان اللغة الإنجليزية (LEP) في California، وفقاً لما تحدده وزارة خدمات الرعاية الصحية بالولاية: "تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فيُرجى الاتصال بـ [رقم الهاتف الذي يمكن للمرضى من خلاله الحصول على مزيد من المعلومات]. المكتب مفتوح [ساعات عمل المكتب] ويقع في [معلومات موقع المكتب]. تتوفر أيضاً وسائل المساعدة والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والمواد الصوتية، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية الميسرة. هذه الخدمات مجانية". وبالإضافة إلى ذلك، ستتضمن جميع كشوف حسابات المرضى معلومات حول كيفية حصول أسرة المريض على معلومات عن California Health Benefit Exchange، وكذلك خطط الرعاية الصحية الممولة من المقاطعة والولاية. وسيحتفظ المستشفى بطلبات خطط الولاية والمقاطعة لتوزيعها.

2. يجب نشر ملخص عن برنامج المساعدة المالية مع معلومات الاتصال باللغتين الإنجليزية والإسبانية في الأماكن ذات الحركة العالية في CHOC، مثل غرف الاستقبال والطوارئ والعيادات وتسجيل المرضى الخارجيين ومكاتب محاسبة المرضى.

3. ستقدم CHOC لجميع المرضى الذين يدفعون بأنفسهم في نقطة الخدمة، إشعاراً ببرنامج المساعدة المالية ومعلومات الاتصال، بالإضافة إلى معلومات حول البرامج التي ترعاها الحكومة ومعلومات التواصل مع California Health Benefits Exchange.

E. عملية التحصيل:

1. إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة في إطار برنامج المساعدة المالية ويبدل قسارى جهده لتسوية الفاتورة المستحقة في غضون فترة زمنية معقولة، فلا يجوز لـ CHOC أو وكيلها إرسال الحساب غير المسدد إلى وكالة خارجية أو التصريح بأنها سترسله إلى وكالة خارجية إذا كان ذلك قد يؤثر سلباً في ائتمان المريض. إذا اضطرت CHOC إلى إرسال الحساب إلى وكالة تحصيل خارجية، يجب أن يعكس المبلغ المحال إلى الوكالة مستوى الدفع المخفض الذي كان المريض مؤهلاً له بموجب برنامج المساعدة المالية. لن تتخذ CHOC أي إجراءات تحصيل استثنائية. في حالة سداد المريض مدفوعات على حساب CHOC تتجاوز إجمالي المبلغ المستحق

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

من المريض، فإن المستشفى سترد أي مدفوعات زائدة إلى المريض مع الفائدة المستحقة وفقاً للسعر المحدد في القانون المعمول به، بدءاً من تاريخ استلام المستشفى لمدفوعات المريض ويتم تحديدها على أنها رصيد دائن للمريض. ومع ذلك، فإن CHOC غير ملزمة بتعويض المريض أو دفع فائدة إذا كان المبلغ المستحق أقل من 5.00 دولارات. ستعترف المستشفى برصيد الـ 5.00 دولارات لمدة 60 يوماً كحد أدنى مقابل أي رصيد يتكبده المريض خلال تلك الفترة الزمنية.

2. لا يجوز لـ CHOC، عند التعامل مع المرضى غير المؤمن عليهم الذين تم تحديدهم عند أو أقل من 400% حسب مستوى حدود الفقر الفيدرالية، استخدام الحجز على الأجور أو الحجز على محل الإقامة الأساسي للمريض أو أسرته كوسيلة لتحصيل فواتير CHOC غير المدفوعة. لا يمنع هذا الشرط CHOC من السعي للحصول على تعويض من تسويات المسؤولية تجاه الغير.

F.

رد المبالغ المحصلة بالزيادة

1. سترد CHOC إلى المرضى المبالغ المدفوعة التي تتجاوز المبلغ المستحق بموجب برنامج المساعدة المالية، بما في ذلك الفائدة المستحقة، خلال 30 يوماً من تاريخ الموافقة على طلب المساعدة المالية الخاص بهم.
2. تُعتبر المبالغ التالية مبالغ مدفوعة تتجاوز المبلغ المستحق بموجب برنامج المساعدة المالية للمرضى وبرنامج الدفع المخفّض.
 - a. أي دفعة تُسدد مقابل الرصيد المستحق على المريض أو الأسرة بين تاريخ تقديم طلب المساعدة المالية وتاريخ الموافقة عليه.
 - b. أي دفعة تُسدد بعد الموافقة على طلب المساعدة المالية وتتجاوز المبلغ المستحق بناءً على مستوى الموافقة على السعر المخفّض.

G.

توثيق خصومات برنامج المساعدة المالية

- في الحالات التي يتقرر فيها أن المريض مؤهل لبرنامج المساعدة المالية، من المهم توثيق ملف المريض على النحو الصحيح لتسهيل التعرف على المريض بسهولة، وكذلك للاحتفاظ بسجل سليم للوقائع التي أدت إلى تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية. وقد تقتصر الحد الأدنى من المستندات المطلوبة لكل حالة من حالات المساعدة المالية على أحد المستندات التالية:
1. نسخة من إقرار الإفصاح المالي المكتمل المقدمة من المريض أو أسرته، بما في ذلك أي وثائق داعمة له (مثل الإقرارات الضريبية للسنة السابقة (الوثائق المفضلة) أو نماذج W-2 أو كشوف الرواتب الحالية).
 2. نسخ من الوثائق والملاحظات الإضافية وما إلى ذلك التي تحدد الحالات الاستثنائية التي تمت مراعاتها عند تحديد الأهلية لبرنامج المساعدة المالية (إذا كانت متوفرة أو مطلوبة).
 3. نسخة من "الموافقة على المساعدة المالية" موقعة من ممثل (ممثلي) المستشفى المناسب (إن وجدت).
 4. الإفلاس خلال العام الماضي (التأهيل التلقائي لبرنامج المساعدة المالية).

H.

التقارير

يجب تسجيل المساعدة المالية مع المعلومات التالية:

1. سيتم الاحتفاظ ببيانات المريض التي تتضمن المعلومات الصحية المحمية (PHI) بطريقة تحمي خصوصية وسرية هذه المعلومات، ولن يتم تسجيلها إلا عند الضرورة لتنفيذ برنامج المساعدة المالية.
 - a. حالة المريض الداخلي أو الخارجي
 - b. إجمالي الرسوم المستحقة من المريض
 - c. نفقات المساعدة المالية، الموافق عليها والمرفوضة
 - d. تاريخ الموافقة/الرفض
 - e. سبب رفض أي طلب

الدليل: إداري	الرقم: L3003
القسم: الشؤون المالية	العنوان: برنامج المساعدة المالية للمرضى والخصم على المدفوعات

2. جميع ملفات الطلبات سرية وسيتم الاحتفاظ بها في مكان آمن لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات بعد تاريخ تقديم الطلب وإتمام تدقيق نهاية السنة المالية لـ CHOC. سيتم الاحتفاظ بجميع سجلات برنامج المساعدة المالية لمدة سبع (7) سنوات. في نهاية الفترة المعنية، سيتم إتلاف جميع المعلومات أو الاحتفاظ بها بطريقة تحمي خصوصية وسرية المريض.
3. لا يمكن تعديل هذه السياسة من أجل إزالة أو تقليل المزايا الممنوحة للمستفيدين. يجب الموافقة مسبقاً على أي تغييرات مقترحة على هذه السياسة من قبل إدارة الامتثال.

II. المراجع:

- A. Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates. December 2002.
- B. California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient February 06, 2004.
- C. American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, April 27, 2004.
- D. Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E. California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774 November 3, 2006.
- F. Barclays California Code of Regulations, Title 22, Chapter 7, Section 75049.
- G. Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines. <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- H. Health Center Program Statute: Section 330 of the Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).
- I. Program Regulations 42 code of Federal Regulations (CFR) Part 51c and 42 CFR Parts 56.201-56.604 for Community and Migrant Health Centers CDPH Issue AFL Related to California Hospital Fair Pricing Policies, November 5, 2014.
- J. Assembly Bill 2297 Hospital and Emergency Physician Fair Pricing Policies

المساهمون في السياسة وعملية الموافقات والسجل التاريخي

المساهمون في السياسات	
المنسق:	مدير حسابات المرضى
المتعاونون في السياسة:	
رئيس القسم:	المدير التنفيذي لإدارة دورة الإيرادات
عضو فريق الإدارة التنفيذية:	Ken Baxter، نائب رئيس إدارة دورة الإيرادات

موافقات اللجنة	
موافقة المدير	التاريخ
	09/15/2026
مجلس الإدارة	

حقوق النشر والطبع محفوظة لعام 2026. Children's Hospital of Orange County. جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز نسخ أي جزء من هذه المواد بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي من إدارة CHOC.

الجدول (أ)

المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر المنشورة لعام 2026				
عدد أفراد الأسرة	حتى 100%	حتى 400%	حتى 450%	حتى 550%
1	\$15,960	\$63,840	\$71,820	\$87,780
2	\$21,640	\$86,560	\$97,380	\$119,020
3	\$27,320	\$109,280	\$122,940	\$150,260
4	\$33,000	\$132,000	\$148,500	\$181,500
5	\$38,680	\$154,720	\$174,060	\$212,740
6	\$44,360	\$177,440	\$199,620	\$243,980
7	\$50,040	\$200,160	\$225,180	\$275,220
8	\$55,720	\$222,880	\$250,740	\$306,460
الخصم	100%		75%	50% المرضى غير المؤمن عليهم

الجدول (ب)

جدول الرسوم المترتبة - CMG إرشادات إجمالي الدخل الشهري حسب مستوى حدود الفقر الفيدرالية (FPL) حسب حجم الأسرة - اعتباراً من عام 2026			
رمز الخطة الصحية	الرعاية الأولية الخيرية	الرسوم المترتبة للرعاية الأولية	الدفع الذاتي
إرشادات مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	حتى 400%	حتى 450%	حتى 550%
حجم الأسرة			
1	\$5,320	\$5,985	\$7,315
2	\$7,213	\$8,115	\$9,918
3	\$9,107	\$10,245	\$12,522
4	\$11,000	\$12,375	\$15,125
5	\$12,893	\$14,505	\$17,728
6	\$14,787	\$16,635	\$20,332
7	\$16,680	\$18,765	\$22,935
8	\$18,573	\$20,895	\$25,538
مجموعة تصنيف الحالات (CMG) رسوم الخدمة	0 دولارات مقابل زيارة المريض 0 دولار مقابل إعطاء لقاح الإنفلونزا فقط	30 دولارًا مقابل زيارة مريض جديد/قديم 26 دولارًا مقابل إعطاء لقاح الإنفلونزا فقط	176 دولارًا مقابل زيارة فحص الطفل السليم 60 دولارًا مقابل الفحوصات الجزئية وغير المرتبطة بـ WCC 26 دولارًا مقابل إعطاء لقاح الإنفلونزا فقط
الرعاية الصحية المتنقلة (Wellness on) (Wheels)	0 دولارًا مقابل زيارة العيادة	25 دولارًا مقابل زيارة العيادة دولار	25 دولارًا مقابل زيارة العيادة
الفحوصات المخبرية	"يتحمل المريض الفاتورة" ما لم يدفع في وقت من الزيارة وفق أسعار العيادة المخفّضة، وعندئذٍ "تتحمل العيادة الفاتورة"	"يتحمل المريض الفاتورة" ما لم يتم السداد في وقت الزيارة وفق أسعار العيادة المخفّضة، وعندئذٍ "تتحمل العيادة الفاتورة"	"يتحمل المريض الفاتورة" (يتلقى الفاتورة من المختبر/قسم الأشعة بالأسعار المعتادة)
الأشعة	"يتحمل المريض الفاتورة"	"يتحمل المريض الفاتورة"	"يتحمل المريض الفاتورة" (يتلقى الفاتورة من قسم الأشعة بالأسعار المعتادة)
الأدوية المقررة بوصفة طبية	تقديم وصفة طبية - يتحمل المريض التكاليف	تقديم وصفة طبية - يتحمل المريض التكاليف	تقديم وصفة طبية - يتحمل المريض التكاليف

*الأسرة - حجم الأسرة

الجدول (ج)
نموذج خطة السداد الممتدة لبرنامج المساعدة المالية (FAP) من CHOC أو CCMH

التاريخ:	تاريخ تقديم الخدمة:
اسم المريض:	التسوية التاريخ:
الدخل الشهري: دولار	طرح مصاريف المعيشة الأساسية المصاريف:
الإيجار/قسط المنزل	دولار
الصيانة	دولار
الطعام	دولار
اللوازم المنزلية	دولار
المرافق	دولار
الملابس	دولار
المدفوعات الطبية	دولار
التأمين	دولار
المدرسة/رعاية الأطفال	دولار
نفقة الطفل/الزوجة	دولار
النقل والمواصلات	دولار
تكاليف السيارة/الوقود/الإصلاحات/التأمين	دولار
قسط السيارة	دولار
الغسيل/التنظيف	دولار
إجمالي النفقات	دولار

إجمالي الدخل بعد نفقات المعيشة
خطة الدفع الممتدة، الدفعة الشهرية

دولار

دولار