

طلب المساعدة المالية



SSMHealth

عزيزي المريض / عزيزتي المريضة

مهم - يمكن أن تحصل على الرعاية المجانية أو مخفضة الثمن: يساعد إكمال هذا النموذج SSM Health على تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي الخدمات المجانية أو مخفضة الثمن أو غير ذلك من البرامج العامة التي يمكن أن تساعدك على دفع مقابل الرعاية الصحية الخاصة بك. الرجاء إكمال هذا النموذج بشكل كامل بما في ذلك التوقيع عليه وتاريخه بتاريخ إكماله، ثم تقديمه مع كل الوثائق الداعمة المطلوبة إلى المستشفى بشكل شخصي أو عبر البريد العادي أو عبر البريد الإلكتروني أو عبر الفاكس من أجل التقديم بطلب للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة.

إذا لم يكن لديك تأمين، لا يلزم وجود رقم ضمان اجتماعي لكي تتأهل للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة. ومع ذلك، يلزم توافر رقم ضمان اجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. ولا يلزم توفير رقم ضمان اجتماعي، إلا أنه سوف يساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من أي برامج عامة أم لا.

يقر المريض أنه قام ببذل جهد معقول بحسن نية من أجل توفير كل المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى على تحديد ما إذا المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا.

قائمة التحقق:

إكمال كل أقسام الطلب

التوقيع على الطلب وتاريخه (في حالة الزواج، يلزم توقيع الزوج / الزوجة)

أحدث وثيقة إقرار ضريبي فيدرالية تم تقديمها (بما في ذلك كل الجداول الزمنية) أو خطاب عدم التقديم من مصلحة الضرائب الداخلية

أحدث تحقق من إجمالي الدخل لآخر شهرين لكل أفراد الأسرة

يرجى ملاحظة ما يلي: لن تتمكن SSM Health من تقرير الأهلية بدون توافر الوثائق المناسبة. الرجاء التحقق من أنك قد قمت بتجميع كل الوثائق المطلوبة. فعدم إرسال الوثائق المطلوبة يؤدي إلى تأخير معالجة الطلب الخاص بك.

الرجاء إرسال نسخ غير معدلة وبدون تدبيس من الوثائق. فلن تتمكن SSM من إعادة الوثائق الأصلية التي يتم النظر فيها لأغراض الإعانة المالية.

كما يجب على المرضى الذين يعتبرون أنهم مؤهلين للإعانات الخيرية الافتراضية هذا الطلب كذلك.

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال طلبات التقديم أو إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بإدارة خدمات العملاء في SSM Health للحصول على المساعدة من خلال: **(855) 989-6789.**

عبر الفاكس
(314) 989-6734



عبر البريد الإلكتروني:
financialaid@ssmhealth.com



عبر البريد
SSM Health: Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141



طلب الحصول على المساعدة المالية

البنوي	ويكونسين	ميسوري	ميسوري	أوكلاهوما
SSM Health Good	SSM Health St. Clare Hospital -	SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain	SSM Health St. Mary's Hospital -	SSM Health Bone & Joint Hospital
Samaritan Hospital - Mt. Vernon	Baraboo	SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City	St. Louis	at St. Anthony
SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia	SSM Health St. Mary's Hospital - Madison	SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital	SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles	SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
	SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville	SSM Health DePaul Hospital - St. Louis	SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis	SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
	St. Agnes Hospital	SSM Health St. Louis University Hospital	SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville	SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest
	Waupun Memorial Hospital	SSM Health St. Clare Hospital - Fenton		
	Ripon Medical Center			

معرفة الضامن:

(للاستخدام المكتبي فقط)

يجب تعبئة جميع الحقول لكي تتسنى معالجة الطلب؛ استخدم "لا يسري" في الحقول التي لا تسري عليك.

معلومات المريض				
اسم المريض:	رقم الميلاد	رقم الهاتف	رقم حساب المريض	رقم السكن الحالي:
رقم الشقة	المدينة / الولاية / الرمز البريدي	الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> قاتونا <input type="checkbox"/> أرمل	عدد أفراد الأسرة: (أكمل قسم الأسرة أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي / رقم تعريف الضرائب الفردي (ITIN): <input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)
هل قمت بتقديم طلب للاستفادة من Medicaid: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إرفاق خطاب القرار	موظف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب عمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عدد سنوات العمل:	مؤمن عليه: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صاحب العمل: في حالة كونك عاطلاً، اذكر اسم آخر صاحب عمل عملت معه وتاريخ تركك له:	
معلومات الطرف المسؤول (إذا كان مختلفاً عن المريض)				
اسم الضامن:	رقم الميلاد	رقم الهاتف	رقم حساب المريض	رقم السكن الحالي:
رقم الشقة	المدينة / الولاية / الرمز البريدي	الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> قاتونا <input type="checkbox"/> أرمل	عدد أفراد الأسرة: (أكمل قسم الأسرة أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي / رقم تعريف الضرائب الفردي (ITIN): <input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)
هل قمت بتقديم طلب للاستفادة من Medicaid: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إرفاق خطاب القرار	موظف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب عمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عدد سنوات العمل:	مؤمن عليه: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صاحب العمل: في حالة كونك عاطلاً، اذكر اسم آخر صاحب عمل عملت معه وتاريخ تركك له:	
معلومات الأسرة				
الرجاء إرفاق ورقة إضافية لأعضاء الأسرة الإضافيين، بما في ذلك كل الوثائق المطلوبة.				
الاسم الأول واسم العائلة	العلاقة	تاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN):	موظف - يلزم وجود دليل	طالب بدوام كامل؟ *
	الذات	<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> لا يوجد رقم ضمان اجتماعي / رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

يرجى تقديم دليل على الدخل الإجمالي لجميع أفراد الأسرة الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً أو أكثر بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: الأجر والضمان الاجتماعي (خطاب المنح) والمعاشات (المعاشات) والمعاشات السنوية والبطالة / تعويضات العمال والنفقة / إعانة الأطفال والإعانة الحكومية ومدفوعات الإعاقة وامتيازات الإضراب والمنح التعليمية / المنح والأرباح / الفوائد والدخل من الإيجار والنفق مقابل الخدمات وما إلى ذلك. لا تعد البيانات البنكية دليلاً على الدخل. يجب أن يقوم الطلاب من الدول الأخرى بتقديم تأشيرة الطلاب والجدول الدراسي الحالي.

يرجى ملاحظة ما يلي: اعتماداً على ظروف الطلب الخاص بك، قد نطلب وثائق إضافية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: البيانات البنكية، أو شهادة الدخل، أو بيان الداعم، أو الفواتير المنزلية / الطبية، أو تقرير (تقارير) الائتمان، أو أي دليل آخر لدعم الحاجة المالية.

طلب الحصول على المساعدة المالية

البنوي	ويسكونسين	ميسوري	ميسوري	أوكلاهوما
SSM Health Good <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Clare Hospital - <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Mary's Hospital - <input type="checkbox"/>	SSM Health Bone & Joint Hospital <input type="checkbox"/>
Samaritan Hospital - Mt. Vernon <input type="checkbox"/>	Baraboo <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City <input type="checkbox"/>	St. Louis <input type="checkbox"/>	at St. Anthony <input type="checkbox"/>
SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Mary's Hospital - Madison <input type="checkbox"/>	SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City <input type="checkbox"/>
	SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville <input type="checkbox"/>	SSM Health DePaul Hospital - St. Louis <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee <input type="checkbox"/>
	St. Agnes Hospital <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Louis University Hospital <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest <input type="checkbox"/>
	Waupun Memorial Hospital <input type="checkbox"/>	SSM Health St. Clare Hospital - Fenton <input type="checkbox"/>		
	Ripon Medical Center <input type="checkbox"/>			

معرف الضامن:

(للاستخدام المكتبي فقط)

أصول الأسرة**						
اسم فرد الأسرة	اسم بنك الحساب (الحسابات) الجارية	رقم الحساب والرصيد	اسم بنك حساب (حسابات) التوفير	رقم الحساب والرصيد	غير ذلك (حساب التقاعد الفردي (IRA)، معاق حالياً (IRA)، وما إلى ذلك)	الرصيد
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري			
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري			
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> تجاري			
ضع علامة فقط في حالة عدم امتلاك أفراد الأسرة:	<input type="checkbox"/> لا يوجد حساب (حسابات) جارية		<input type="checkbox"/> لا يوجد حساب (حسابات) توفير		<input type="checkbox"/> لا يوجد أي شكل آخر (أشكال أخرى) من أشكال الأصول السائلة	
اسم فرد الأسرة	التوفيرات الصحية / حساب الإنفاق المرن (القيمة)	المركبة (السنة / انطراز / الموديل)	قيمة المركبة	العقارات المملوكة (حدد النوع، مسكن رئيسي، إيجار، ما إلى ذلك) وسعر الشراء	رصيد القروض الحالي	أي أصل (أصول) أخرى وقيمتها
		<input type="checkbox"/> مركبة تجارية	سعر الشراء:			الأصل:
		<input type="checkbox"/> مركبة تجارية	سعر الشراء:			القيمة:
		<input type="checkbox"/> مركبة تجارية	سعر الشراء:			الأصل:
		<input type="checkbox"/> مركبة تجارية	سعر الشراء:			القيمة:
ضع علامة فقط في حالة عدم امتلاك أفراد الأسرة:	<input type="checkbox"/> لا يوجد حساب مدخرات صحية / حساب إنفاق مرن	<input type="checkbox"/> لا توجد مركبة خاصة بالأسرة		<input type="checkbox"/> لا توجد عقارات إذا كانت الأسرة لا تمتلك أي عقارات، الرجاء الإشارة إلى ما إذا كنت تعيش مع الوالدين / غيرهم من الداعمين <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> تعيش مع الوالدين / غيرهم من الداعمين		<input type="checkbox"/> لا شيء

الرجاء إرفاق ورقة منفصلة لمعلومات الأصول الإضافية.

التزامات الأسرة**		
التفقات	الشهرية	الرصيد المستحق
الإسكان		
المرافق		
الطعام		
النقل		
رعاية الأطفال		
القروض		
التفقات الطبية		
نفقات أخرى (يرجى سردها)		
غير ذلك:		

الرجاء إرفاق ورقة منفصلة لمعلومات الالتزامات الإضافية.

المرضى الذين يتلقون الرعاية في مستشفيات البنوي فقط. إذا كان المريض يفي بمعايير الأهلية الافتراضية الموضحة في 77 4500.40 ILAC، أو مؤهل بشكل افتراضي بطريقة أخرى بسبب دخل الأسرة، فإنه لا يتوجب على المريض إكمال هذا القسم من الطلب*

** لا يلزم على المرضى الذي يتلقون الرعاية من موقع عضو في SSM Rural Health Clinic/National Health Service Corps إكمال هذا القسم من الطلب.**

اتفاقية المريض

أقر أن المعلومات الموجودة في هذا الطلب صحيحة وسليمة حسب علمي. وسوف أقوم بتقديم الطلب للاستفادة من أي دعم من الولاية أو دعم فيدرالي أو محلي يمكن أن أكون مؤهلاً للحصول عليه للمساعدة في دفع أي فواتير للمستشفى. أفهم أن المعلومات التي أقوم بتوفيرها يمكن أن تقوم المستشفى بالتحقق منها، وأمنح المستشفى التصريح للاتصال بالاطراف الأخرى من أجل التحقق من دقة المعلومات التي يتم توفيرها في هذا الطلب. وأنا أفهم أنني إذا قمت بتوفير معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فإن أكون مؤهلاً للحصول على الدعم المالي، ويمكن أن يتم إلغاء أي دعم مالي أحصل عليه، وسوف أكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

التاريخ

توقيع الزوج / الزوجة

التاريخ

توقيع الضامن

طريقة الاتصال المفضلة: الهاتف: () - البريد الإلكتروني: غير ذلك: _____

طلب الحصول على المساعدة المالية

البنوي	ويسكونسين	ميسوري	ميسوري	أوكلاهوما
SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon	SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo	SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain	SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis	SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia	SSM Health St. Mary's Hospital - Madison	SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City	SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles	SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
	SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville	SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital	SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis	SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
	St. Agnes Hospital	SSM Health DePaul Hospital - St. Louis	SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville	SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest
	Waupun Memorial Hospital	SSM Health St. Louis University Hospital		
	Ripon Medical Center	SSM Health St. Clare Hospital - Fenton		

معرفة الضامن:

(للاستخدام المكتبي فقط)

ملخص الإعانة المالية

يتوقع من المرضى التعاون مع سياسة المساعدة المالية وعملية تقديم الطلبات للحصول على المساعدة المالية في SSM Health. يمكن أن تقتصر الأهلية للحصول على المساعدة المالية على السكان في مناطق الخدمة الرئيسية لمواقع رعاية SSM Health. في الحالات التي يبدو فيها المريض مؤهلاً للمساعدة المالية، إلا أنه لا يوجد دليل على ذلك، يمكن أن تستخدم SSM Health الوكالات الخارجية لتقرير الأهلية من عدمها.

تتوفر سياسة المساعدة المالية وسياسة الفوترة والتحويل والملخص بلغة بسيطة وطلب الحصول على المساعدة المالية على ssmhealth.com/financialaid بلغات متعددة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الإنجليزية والإسبانية والصينية والفرنسية والكورية والروسية والعربية. يمكن أيضًا الحصول على هذه المستندات عبر البريد أو البريد الإلكتروني عن طريق تقديم طلب إلى خدمة العملاء على: **855-989-6789**، أو billingquestions@ssmhealth.com، أو عبر **MyChart** يمكن أيضًا للمستشارين الماليين الموجودين في الموقع في كل منشأة، في العناوين المدرجة أدناه، تقديم نسخة من المستندات المذكورة أعلاه بشكل شخصي وجهاً لوجه.

يتم توفير نسخة من سياسة الفوترة والتحويل، والتي تصف الإجراءات التي قد تتخذها SSM Health في حالة عدم الدفع، مجانًا عند الطلب.

يمكن أن تقوم SSM Health في أي وقت بمراجعة المعايير التي تحدد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية. تحقق من أن SSM Health تدرك حساسية المعلومات الشخصية الخاصة بك وتبذل قصارى جهدها لحماية خصوصيتك.

لكل المراسلات المتعلقة بالديون المتنازع عليها، بما في ذلك أي شكل من أشكال المدفوعات المقدمة للوفاء بالديون بشكل كامل، يجب أن يتم تلقيها على العنوان التالي.

Disputed Billing
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141

لن تفي المدفوعات المقدمة للوفاء بالدين بشكل كامل والتي لم يتم إرسالها إلى ذلك العنوان بمتطلبات إجمالي الدين المعلق.

تلتزم SSM Health بتوفير الإعانة المالية للأشخاص الذين لا يملكون التأمين أو الذين لا يكفي تأمينهم أو غير المؤهلين للمشاركة في برنامج حكومي أو الذين لا يمكنهم دفع مقابل الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لسبب آخر. تقوم SSM Health بتوفير الرعاية في الحالات الطبية الطارئة للأفراد بغض النظر عن قدرتهم على الدفع.

تتاح المساعدة المالية وفقًا لنطاق متغير حسب القدرة على الدفع. وتعتمد الاحتياجات المالية لكل مقدم طلب على مستويات الفقر الفيدرالية، والتي تشمل على الدخل وعدد أفراد الأسرة. لا تنظر الاحتياجات المالية في أمر العمر أو النوع أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو التوجه الجنسي أو الانتماء الديني. تحد SSM Health من المبلغ المدفوع في حالات رعاية الطوارئ والرعاية الضرورية الطبية والتي يتم توفيرها للمرضى المؤهلين للإعانة المالية بموجب هذه السياسة وبما لا يتجاوز الرسوم الإجمالية للرعاية مضمونة في نسبة المبالغ المدفوعة بصفة

لتقديم طلب للاستفادة من الإعانة المالية، يجب أن تقوم بإكمال طلب تقديم الإعانة المالية. تتاح الطلبات المجانية من خلال زيارة الموقع: ssmhealth.com/financialaid. يمكن أيضًا الحصول على طلب مجاني من خلال إرسال طلب إلى **855-989-6789**، أو إلى **MyChart**، أو إلى عنوان البريد الإلكتروني billingquestions@ssmhealth.com أو من خلال زيارة المستشار المالي للمنشأة الخاصة بك. يجب أن يتم تضمين الوثائق التالية مع الطلب الخاص بك:

• وسيلة للتحقق من الدخل (لآخر شهرين)

• إقرار ضريبي فيدرالي عن العام الماضي أو خطاب عدم تقديم

يتلقى المرضى الذين لا يملكون تأمين خصوصًا تلقائيًا على الفواتير الصادرة بحقهم. ويتم تسجيل ذلك في بيان الفاتورة. ولا يؤدي ذلك إلى عدم تأهيلك للحصول على المساعدة المالية. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم، يتم تطبيق المساعدة المالية بعد الخصم. كما يمكن أن يكون المرضى الذين لا يملكون التغطية التأمينية الكافية مؤهلين كذلك للحصول على المساعدة.

يوفر مستشارونا الماليون للمساعدة في تحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية أو الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بعملية تقديم الطلب. وإذا أمكن، يمكنهم مساعدتك في تقديم طلب للاشتراك في برنامج Medicaid أو في وضع خطة مالية.

يمكن تقديم الطلبات المكتملة أو الأسئلة المتعلقة بالمساعدة المالية إلى المواقع التالية:

عبر البريد الإلكتروني:
financialaid@ssmhealth.com



عبر الفاكس
(314) 989-6734



SSM Health: Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141



عبر الهاتف
(855) 989-6789



شخصيًا

الرجاء مقابلة المستشار المالي في المنشأة التي تلقيت الرعاية بها. العنوان مسرود أدناه.

ويسكونسين SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo 707 14 th St. Baraboo, WI 53913	SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon 1 Good Samaritan Way Mount Vernon, IL 62864	SSM Health St. Clare Hospital - Fenton 1015 Bowles Ave Fenton, MO 63026	ميسوري SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital 1465 S. Grand Blvd. St. Louis, MO 63104
SSM Health St. Mary's Hospital - Madison 700 S. Park St. Madison, WI 53715	أوكلاهوما SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony 1111 N. Dewey Ave. Oklahoma City, OK 73103	SSM Health St. Louis University Hospital 1201 S Grand Blvd St. Louis, MO 63104	SSM Health DePaul Hospital - St. Louis 12303 DePaul Drive St. Louis, MO 63044
SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville 3400 E. Racine St. Janesville, WI 53546	SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City 1000 N. Lee Oklahoma City, OK 73102	SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City 2505 Mission Drive Jefferson City, MO 65109	SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles 300 First Capitol Drive St. Charles, MO 63301
St. Agnes Hospital 430 East Division St Fond du Lac, WI 54935	SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee 1102 W. Macarthur St. Shawnee, OK 74804	SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain 620 E. Monroe Mexico, MO 65265	SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville 500 Medical Drive Wentzville, MO 63385
Waupun Memorial Hospital 620 W. Brown St Waupun, WI 53963	SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest 2825 Parklawn Drive Midwest City, OK 73110	البنوي SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia 400 N. Pleasant Ave Centralia, IL 62801	SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis 100 Medical Plaza Lake Saint Louis, MO 63367
Ripon Medical Center 845 Parkside St Ripon, WI 54971			SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis 6420 Clayton Road Richmond Heights, MO 63117