

2024/02	تدوین شده:	بیمه‌نامه کمک مالی به بیمار	موضوع:
2024/02	مورد بازبینی:	خدمات مالی به بیمار بیمارستان‌های غیرانتفاعی	دفترچه راهنما:
2024/02	مورد تأیید هیئت رئیسه:	بیمارستان Sherman Oaks	

I. بیمه‌نامه:

هر بیمارستان تحت مالکیت خدمات مراقبت درمانی اصلی، شرکت (هر یک، یک «بیمارستان»)، یک برنامه کمک مالی به بیمارانی ارائه می‌دهد که موفق به گذراندن آزمون‌های صلاحیت توضیح داده شده در این بیمه‌نامه می‌شوند. مراقبت درمانی اصلی خدمات مراقبتی خیریه ارائه می‌دهد و به هزینه خود تخفیفاتی در مراکز غیر انتفاعی ارائه می‌دهد با پیروی از الزامات قانونی ایالتی، و نیز الزامات بخش 501(r) از قانون درآمد داخلی. هدف از این بیمه‌نامه کمک مالی («بیمه‌نامه») عمل به قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوطه است؛ تمام مفاد باید بر این اساس تفسیر شود.

یک هدف مهم مراکز غیرانتفاعی مراقبت درمانی اصلی ارائه مراقبت به بیماران در مواقع نیاز به مراقبت است. مراکز غیرانتفاعی مراقبت درمانی اصلی مراقبت خیریه و یک برنامه پرداخت تخفیف‌دار به عنوان یک مزیت به جوامعی ارائه می‌دهد که به آنها خدمت می‌کنیم. برای رسیدن به این هدف، مراکز مراقبت درمانی اصلی از طریق پرداخت هزینه تخفیف مناسب و برنامه‌های مراقبت خیریه متعهد به کمک به بیماران دارای صلاحیت با درآمد پایین و/یا بدون بیمه هستند. تمام بیماران به طور عادلانه، با شفقت و احترام درمان می‌شوند. با وجود، تمام موارد دیگر در این بیمه‌نامه، از هیچ فردی دارای صلاحیت تعیین شده برای دریافت کمک مالی برای وضعیت اورژانسی یا هر ضرورت پزشکی دیگری هزینه بیشتری نسبت به هزینه‌هایی که عموماً برای افرادی دارای پوشش بیمه شامل چنین مراقبتی فاکتور می‌شود، مطالبه نخواهد شد. پیوست‌های زیر ضمیمه این بیمه‌نامه هستند، طبق آنچه از طریق این بیمه‌نامه به آن اشاره شده است:

- خلاصه‌ای به زبان ساده از کمک مالی
- برنامه مراقبت خیریه
- برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی
- اطلاعیه‌ای که باید در تمام صورت‌حساب‌ها پس از ترخیص درج شود
- اطلاعیه‌ای که باید در صورت حساب‌های پس از ترخیص مورد ارائه به بیمارانی که مدرک بیمه ارائه ندادند درج شود
- اطلاعیه بیمارستان برای ارسال به بیمار قبل از تخصیص یا فروش امتیاز اخذ بدهی به آژانس وصول مطالبات

II. تعاریف:

«مبالغ به طور کلی صورت‌حساب شده»: مبالغی که به طور کلی صورت‌حساب می‌شود ("AGB") برای وضعیت اورژانسی یا دیگر خدمات پزشکی ضروری مورد ارائه به افرادی که صلاحیت قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف را دارند. بیمارستان AGB را برای یک بیمار با استفاده از روش آینده‌گرانه طبق تعریف مقررات خزانه‌داری محاسبه می‌نماید. تحت روش آینده‌نگر، AGB با استفاده از فرآیند صدور صورت‌حساب و کدگذاری محاسبه می‌شود که در صورتی که فرد یک ذینفع خدمات رایگان Medicare باشد که در حال حاضر از نرخ‌های Medicare مربوطه مورد ارائه خدمات Medicare و Medicaid استفاده می‌کند، بیمارستان از این فرایندها استفاده می‌کند.

«اورژانسی و از نظر پزشکی ضروری»: هر وضعیت اورژانسی، بیمار بستری، بیمار سرپایی، یا مراقبت پزشکی اورژانسی در بیمارستان که به طور کامل برای زیبایی و آسایش بیمار نیست.

"EMTALA" بیمارستان از الزامات قانون کار فعال و درمان پزشکی وضعیت اورژانسی (EMTALA)، بخش 1867 قانون بیمه تأمین اجتماعی پیروی می‌کند. هیچ چیزی در این بیمه‌نامه وجود ندارد که از این پیروی جلوگیری کند. این یک قانون فدرال است که الزام به این امر دارد که تمام افرادی که به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند باید به حالت پایدار رسیده و درمان شوند، فارغ از وضعیت بیمه یا توانایی آنها برای پرداخت هزینه‌ها.

«اقدامات وصول مطالبات فوق العاده»: اقدام وصول مطالبه فوق العاده به معنای هر اقدامی جهت وصول مطالبات است که این اقدامات شامل فروش امتیاز اخذ بدهی به طرف دیگر، گزارش اطلاعات نامطلوب به آژانسها یا ادارات اعتبارسنجی، موکول یا رد کردن، الزام به پرداخت قبل از ارائه خدمت، مراقبتی که به علت عدم پرداخت یک یا چند صورت حساب برای مراقبتی که قبلاً ارائه شده است و مورد پوشش بیمهنامه مالی بیمارستان است از نظر پزشکی ضروری است تبدیل به مراقبتی ضروری شده است، یا هر اقدامی که نیازمند فرایند قانونی و قضایی است شامل حق گرو، ضبط اموال غیر منقول، ضمیمه کردن یا ضبط حسابهای بانکی یا دیگر اموال شخصی، ارائه یک دعوی مدنی علیه یک فرد، انجام اقداماتی که باعث بازداشت یک فرد می شود، انجام اقداماتی که باعث می شود فرد مشمول حکم جلب و آوردن به دادگاه شود، کسر قانونی از حقوق برای پرداخت بدهی، که این امور در هر مورد طبق توضیح مضاعف مورد ارائه در [IRS Section 501\(r\)\(6\)](#) خواهد بود.

«خانواده»: (1) برای افراد دارای 18 سال یا بزرگتر، همسر، پارتنر همخانه و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در یک خانه زندگی کنند یا خیر؛ و (2) برای افراد زیر سن 18 سال، والد، خویشاوندان مراقب، و دیگر فرزندان زیر 21 والد یا خویشاوند مراقب.

«خلاصه به زبان ساده»: خلاصه بیمهنامه کمک مالی به عنوان «خلاصه کمک مالی به زبان ساده»، گنجانده می شود که باید از [IRS Section 501\(r\)\(4\)](#) پیروی کند.

III. ارتباط این بیمهنامه:

این بیمهنامه مربوط به تمام موارد مراقبت اورژانس و مواردی است که از نظر پزشکی ضروری بوده و توسط بیمارستان یا یک نهاد با ارتباط اساسی ارائه می شود که در بیمارستان کار می کند. این بیمهنامه تنها مربوط به هزینه های خدمات بیمارستان است و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی که مورد استخدام یا تحت قرارداد با بیمارستان نیستند شامل پزشکانی که بیماران بیمارستان را در وضعیت اورژانسی، بیماران بستری و بیماران سرپایی، ملزم به ارائه خدمات درمانی نمی کند. پزشکانی که تحت پوشش این بیمهنامه نیستند و خدماتی به بیماران ارائه می دهند که تحت بیمه نیستند یا به علت هزینه های پزشکی بالا قادر به پرداخت صورت حساب پزشکی خود نیستند می توانند بیمهنامه های ارائه دهنده کمک مالی خود را برای دریافت کمک داشته باشند. این بیمارستان در زمینه مدیریت هیچ برنامه کمک مالی مورد ارائه توسط پزشکان اعضای کادر درمانی غیر استخدامی یا فعالیت های صدور صورت حساب این قبیل از پزشکان، مسئولیتی ندارد.

بیمهنامه های کمک مالی باید نیاز بیمار به کمک مالی در زمینه کمک مالی گسترده تر بیمارستان را تأمین نمایند. کمک مالی از طریق پرداخت تخفیف و برنامه های مراقبت خیریه جایگزینی برای مسئولیت شخصی نیست. این مسئولیت بیمار است که فعالانه در فرایند غربالگری مربوط به کمک مالی شرکت نموده و در هنگام لزوم به پرداخت هزینه های مراقبت خود بر اساس توانایی پرداخت هزینه خود کمک نماید. آژانس های وصول مطالبه خارجی و اقدامات وصول مطالبه داخلی بیمارستان این مأموریت و چشم انداز بیمارستان را منعکس می کنند.

IV. رویه:

1. صلاحیت دریافت کمک مالی

A. بیماران خود پرداخت کننده

لطفاً برای مشاهده خلاصه ای از کمک مالی بیمار به پیوست خلاصه کمک مالی به زبان ساده مراجعه نمایید.

یک بیمار بر اساس شرایط مورد بحث در پیوست «برنامه مراقبت خیریه» واجد شرایط برنامه مراقبت خیریه

است.

یک بیمار بر اساس شرایط مورد بحث در پیوست «برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی» است که صلاحیت لازم برای قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی را می یابد.

B. بیماران بیمه‌شده

بیماری که دارای پوشش شخص سوم است یا آسیب به او آسیبی قابل جبران در قالب اهداف جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو، یا دیگر موارد بیمه‌ای تعیین شده و مستند سازی شده توسط بیمارستان است صلاحیت دریافت مراقبت خیریه را ندارد، اما می‌تواند صلاحیت شرکت در برنامه پرداخت تخفیف را بر اساس شرایط مورد بحث در پیوست «برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی» داشته باشد. مراقبت خیریه و تخفیف‌ها در برنامه پرداخت تخفیف می‌تواند مربوط به مبالغی که بیمار مسئولیت پرداخت آن را دارد از جمله مبالغ بیمه مشترک، پرداخت‌های مشترک و کسورات باشد.

C. دیگر شرایط

بیمارستان می‌تواند از یک آژانس خارجی یا بر اساس تصمیمی از طرف رئیس خدمات مالی بیمار بیمارستان بخش (PFS)، برای تمدید مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت تخفیف به بیماران تحت شرایط مندرج در لیست زیر (صلاحیت فرضی) استفاده نماید. صلاحیت فرضی حقی برای دریافت خدمات آینده ایجاد نمی‌کند. این بیمارستان همچنین نمی‌تواند تعیین صلاحیت فرضی را افشا کند و نیز نمی‌تواند به داده‌های مورد استفاده توسط یک آژانس خارجی دسترسی داشته باشد. شرایط زیر گونه‌هایی از مراقبت خیریه تلقی می‌شوند و همانطور که در قانون تراکنش مورد استفاده برای داوری در زمینه ادعای بیمار انعکاس می‌یابند، قابل مستند سازی هستند، که شامل اما نه محدود به تراکنش‌های مربوط به مراقبت خیریه، تخفیف‌های پرداخت به هزینه خود، خدمات خارج از پوشش و موارد رد شده می‌شود.

(i) این بیمار دارای شرایط دریافت مزایای محدود تحت برنامه Medicaid ایالت است، یعنی مزایای محدود بارداری یا وضعیت اورژانسی، اما مشمول دریافت مزایای دیگر خدمات مورد ارائه بیمارستان نیست. این امر شامل خدمات خارج از پوشش مربوط به موارد زیر است:

- خدمات مورد ارائه به طرفین ذینفع با Medicaid محدود (یعنی بیمارانی که تنها ممکن است مشمول مزایای بارداری یا وضعیت اورژانسی باشند، و در عین حال مراقبت‌های دیگری نیز از بیمارستان دریافت نمایند)؛
- تقاضانامه‌های در حال رسیدگی برای Medicaid که متعاقباً تأیید نمی‌شوند، مشروط بر آنکه این تقاضانامه اشاره به این امر داشته باشد که بیمار حائز شرایط دریافت مراقبت خیریه است؛
- Medicaid یا دیگر موارد کلمه برنامه مراقبت خیریه؛
- هزینه‌های مربوط به روزهای فراتر از طول دوره بستری؛ و
- هر مسئولیت باقی مانده دیگری برای پرداخت‌های هزینه بیمه.

(ii) این بیمار دارای صلاحیت لازم برای دریافت برنامه خدمات خیریه پزشکی در سطح کشوری است، اما هیچ پرداختی توسط بیمارستان دریافت نشده است.

(iii) تلاش‌های منطقی برای یافتن و تماس با بیمار انجام شده است، اما چنین تلاش‌هایی ناکام بوده است، و رئیس PFS بیمارستان دلیلی برای باور به این امر دارد که بیمار دارای شرایط دریافت مراقبت خیریه یا خدمات برنامه پرداخت تخفیف است برای مثال در مواردی که بیمار فوت، ورشکسته، زندانی (و مبلغ توسط برنامه Medicaid ایالتی باز پرداخت نمی‌شود) شده و غیر پاسخگو، بی‌خاتمان یا بی‌میل برای ارائه مستندات است.

(iv) یک آژانس وصول مطالبات شخص سوم تلاش‌هایی برای وصول بدهی معوق انجام داده است و به رئیس PFS بیمارستان توصیه کرده است که مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت تخفیف ارائه داده شود.

(v) به دنبال تلاش‌های وصول مطالبات و مذاکرات پرداخت‌کننده، هر هزینه بازپرداخت نشده‌ای از خدمات کلمه، شامل خدمات پوشش نیافته یا رد شده از طرف هر پرداخت‌کننده، از قبیل هزینه‌های روزهای فراتر از محدودهای به طول روز، مزایای مصرف شده، بدهی حاصل از پوشش محدود، حساب‌های در حال رسیدگی Medicaid، موارد رد پرداخت هزینه‌های شکی از کمک مالی بیمار در مراقبت سلامت اصلی تلقی می‌شود. هزینه‌های مربوط به این تخفیف‌ها که در طی سال مالی درج می‌شود به عنوان مراقبت رایگان گزارش می‌شود.

(vi) بیمار برای برنامه‌هایی دارای صلاحیت است که شامل، اما نه محدود به، موارد زیر است:

- برنامه‌های تجویز با کمک مالی دولتی؛
- شرکت در برنامه‌های زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛
- صلاحیت دریافت کوپن غذا؛
- صلاحیت عضویت در برنامه تحت سوبسید ارائه ناهار مدرسه؛
- صلاحیت برای عضویت در دیگر برنامه‌های کمک ایالتی یا محلی که کمک مالی دریافت نمی‌کنند (برای مثال، قانون کسر از درآمد برای مشمول Medicaid شدن)؛
- درآمد پایین/مسکن تحت یارانه به عنوان آدرسی معتبر ارائه می‌شود؛ و
- اهمیت سابقه عدم پرداخت که توجیهی برای عدم پرداخت هزینه در آینده و عدم توانایی برای پرداخت است.

(vii) دیگر شرایط مراقبت خیریه در سابقه بیمار از طریق نوع تراکنش یا در یادداشت‌های مربوط به بیمار

مستندسازی خواهد شد.

D. تعیین درآمد

با هدف تعیین صلاحیت برای قرار گرفتن تحت مراقبت خیریه و برنامه‌های پرداخت تخفیف مالی، مستند سازی درآمد خانواده بیمار محدود به فیش حقوقی اخیر یا اظهارنامه‌های مالیاتی درآمد خواهد بود. تقاضای کمک مالی مستلزم ارائه اطلاعات بیمار که برای تعیین صلاحیت بیمار تحت بیمه‌نامه مالی مربوطه ضروری است، شامل درآمد بیمار یا خانواده و اندازه خانواده بیمار، است. بیمارستان درخواستی برای دریافت هیچ اطلاعات مضاعفی به جز اطلاعات مورد درخواست در تقاضانامه کمک مالی نخواهد داد. اما بیماری که به دنبال کمک مالی است می‌تواند در صورت تمایل به طور داوطلبانه اطلاعات مضاعفی ارائه دهد. صلاحیت دریافت کمک مالی تنها از طریق توانایی بیمار و/یا نماینده خانواده بیمار برای پرداخت هزینه‌های درمان تعیین خواهد شد. صلاحیت دریافت کمک مالی به هیچ شکلی بر پایه سن، جنسیت، گرایش جنسی، قومیت، خواستگاه ملی، وضعیت سربازان کهنه کار، معلولیت یا دین نخواهد بود. لطفاً پیوست‌های «برنامه مراقبت خیریه» و «برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی» در زمینه جزئیات درآمد مورد استفاده برای تعیین درآمد خانواده بیمار را مشاهده نمایید.

E. سطوح فقر فدرال

معیار سطح فقر فدرال با توجه به روزترین رهنمودهای سلامت و فقر خدمات انسانی برای تعداد افراد در خانواده یا خانوار بیمار وضع خواهد شد. رهنمودهای فقر HHS به طور دوره‌ای در اداره ثبت فدرال توسط اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده با اجازه زیر بخش (2) از بخش 9902 از عنوان 42 قانون ایالات متحده به‌روزرسانی می‌شود، و در آدرس زیر در دسترس هستند: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> یا برای هر درخواست از خدمات مالی بیمار بیمارستان از طریق شماره 818-501-0434 در دسترس هستند.

2. مراقبت خیریه و برنامه پرداخت تخفیف

کمک مالی قابل ارائه در قالب مراقبت خیریه کامل یا مراقبت مشمول تخفیف است، که این امر وابسته به سطح صلاحیت بیمار طبق تعریف مندرج در این بیمه‌نامه است.

هزینه‌های درمانی بیماران برای بیماری که، طبق تعیین بیمارستان، واجد شرایط مراقبت خیریه هستند مشمول پوشش برنامه مراقبت خیریه بیمارستان تلقی شده و به مبلغی برابر با صفر دلار (0\$) با حذف و طبقه بندی بدهی باقی مانده به عنوان مراقبت خیریه تحلیل خواهد یافت. لطفاً برای دریافت اطلاعات مضاعف به پیوست «برنامه مراقبت خیریه» مراجعه کنید.

هزینه‌های درمانی بیمار برای بیماری که واجد شرایط قرار گرفتن تحت برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی هستند دارای شرایط پوشش توسط برنامه پرداخت تخفیف بیمارستان هستند؛ هر تخفیفی در مقابل هزینه‌های ناخالص خدمات مورد ارائه بیمارستان اعمال خواهد شد. لطفاً جهت دریافت اطلاعات بیشتر، به «برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی» مراجعه کنید.

برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی همچنین شامل طرح پرداخت بدون بهره تمدید شده برای ایجاد امکان پرداخت قیمت تخفیف یافته در طی زمان خواهد بود. بیمارستان و بیمار درباره شرایط یک طرح پرداخت تمدید شده مذاکره خواهد کرد، با در نظر گرفتن درآمد خانواده بیمار و هزینه‌های اساسی زندگی.

هنگامی که یک تقاضای کمک مالی کامل دریافت می‌شود، بیمارستان باید تصمیم قطعی گرفته و یک اطلاعیه کتبی در زمینه این تصمیم و پایه و اساس آن ارائه دهد. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک تشخیص داده شود، یک صورت‌حساب جدید ارسال خواهد شد که اشاره دارد به نحوه محاسبه مبلغ مورد تخفیف و مکان دریافت AGB را ذکر می‌نماید. این بیمارستان هر مبلغ وصول شده مضاعف بر هزینه‌های اصلاح شده را مسترد خواهد نمود و هر اقدامات وصول مطالبه فوق‌العاده‌ای را که شروع شده است را معکوس می‌نماید. در صورت دریافت یک تقاضای کمک مالی ناقص، بیمارستان یک اطلاعیه کتبی از اقالام معوق ارائه خواهد داد و قبل از شروع یا ادامه اقدامات وصول مطالبه فوق‌العاده یک دوره منطقی زمانی را صبر خواهد نمود.

3. فراینده تقاضا

از هر بیمار درخواست دهنده کمک مالی تقاضا می‌شود که یک تقاضای کمک مالی را تکمیل نماید. این تقاضا شامل آدرس دفتر و شماره تلفن برای تماس جهت اطلاع یافتن از این امر است که آیا بیمار سؤالی راجع برنامه کمک مالی یا فرایند تقاضا دارد. انتظار می‌رود که بیمار تقاضای کمک مالی را سریعاً پس از دریافت مراقبت ارائه دهد، اما باید حداکثر این کار را تا دوپست و چهل (240) روز پس از تاریخ اولین اظهارنامه پس از ترخیص انجام دهد.

4. حل اختلافات

هر اختلافی درباره صلاحیت بیمار جهت دریافت کمک مالی توسط دفتر مالی رئیس بیمارستان هدایت و حل و فصل خواهد شد.

5. اطلاع رسانی بیمه‌نامه

به منظور اطمینان از اینکه بیماران از وجود این بیمه‌نامه اطلاع دارد، بیمارستان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

- اطلاعیه در دسترس بودن کمک مالی به طور واضح در مکان‌هایی پست خواهد شد که برای بیماران قابل مشاهده هستند، شامل نقاط زیر: (1) اداره اورژانس؛ (2) دفتر صدور صورت‌حساب؛ (3) دفتر پذیرش؛ و (4) دیگر محیط‌های مراقبت از بیمار سرپایی شامل واحدهای مشاهده؛ و (5) نقاطی که عمدتاً در وبسایت اینترنت بیمارستان نشان داده می‌شود، با یک لینک به خود بیمه‌نامه.
- هر بیماری که در بیمارستان معاینه می‌شود، چه پذیرش شده باشد یا خیر، اطلاعیه‌ای ضمیمه شده به این سند به عنوان خلاصه کمک مالی به زبان ساده دریافت خواهد نمود. این اطلاعیه در زمان خدمت، ترخیص یا هنگامی که بیمار مرکز درمانی را ترک می‌کند ارائه خواهد شد. اگر بیمار این مرکز درمانی را بدون دریافت اطلاعیه ترک کند، بیمارستان اطلاعیه را ظرف 72 ساعت از زمان ارائه خدمت پست خواهد نمود. این اطلاعیه به زبان‌های غیر از زبان انگلیسی که توسط تعداد زیادی از بیماران مشمول خدمت بیمارستان صحبت می‌شود ارائه خواهد شد.
- هر صورت‌حساب ارسالی به بیماری که مدرکی دال بر تحت پوشش بیمه شخص سوم بودن را در زمان ارائه مراقبت یا ترخیص ارائه نداده است باید شامل اطلاعیه ضمیمه شده به عنوان «اطلاعیه برای درج در صورت‌حساب‌های پس از ترخیص برای بیمارانی باشد که مدرکی برای اثبات بیمه بودن را ارائه نداده‌اند» باشد. این اطلاعیه به زبان‌های غیر از زبان انگلیسی مورد مکالمه توسط تعداد قابل توجهی از بیماران تحت خدمات بیمارستان ارائه خواهد شد.

6. تلاش‌ها برای به دست آوردن اطلاعات در زمینه پوشش و کاربردهای Medicaid

بیمارستان تمام تلاش‌های منطقی را انجام خواهد داد در جهت به دست آوردن اطلاعات از بیمار یا نماینده او درباره اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی یا دولتی یا تأمین کننده مالی به طور کامل یا ناقص هزینه‌های مراقبت مورد ارائه بیمارستان به

بیمار را شامل بیمه سلامت خصوصی، پوشش مورد ارائه از طریق بازار بیمه سلامت فدرال، Medicaid و/یا دیگر برنامه‌های با کمک مالی دولتی طراحی شده برای ارائه پوشش سلامت پوشش خواهد داد.

اگر یک بیمار به این امر اشاره نکند که دارای پوششی از طرف پرداخت کننده شخص سوم است یا درخواست کمک مالی نماید، کارکنان بیمارستان اطلاعیه‌ای شامل فرم همراه «اطلاعیه که باید در صورت حساب‌های پس از ترخیص برای بیمارانی که مدرک اثبات داشتن بیمه را ارائه نداده‌اند گنجانده شود» و صورت حسابی که شامل موارد زیر است به این بیمار ارائه خواهند داد که شامل موارد زیر است: (a) صورت هزینه‌های خدمات انجام شده توسط بیمارستان، (b) درخواستی که طی آن بیمار به بیمارستان اطلاع می‌دهد که آیا بیمار تحت پوشش بیمه خصوصی یا دولتی یا دیگر پوشش‌های بیمه‌ای است، (c) بیانیه‌ای مبنی بر اینکه در صورتی که بیمار دارای پوشش بیمه سلامت نباشد آنگاه صلاحیت تحت پوشش برنامه Medicaid ایالتی و دیگر برنامه‌های دولتی قرار گرفتن را خواهد داشت؛ (d) بیانیه‌ای مبنی بر نحوه تقاضا برای عضویت در برنامه Medicaid ایالتی یا دیگر برنامه‌های دولتی توسط بیمار (و با توجه به تناسب، بیمارستان چنین تقاضاهایی را به بیمار ارائه می‌دهد)؛ و (e) اطلاعات در زمینه برنامه کمک مالی بیمارستان. بیمارستان همچنین به بیمار یک ارجاع به برنامه کمک حقوقی مصرف‌کننده محلی خدمات را ارائه می‌دهد.

7. فعالیت‌های وصول مطالبه

بیمارستان می‌تواند از خدمات یک یا چند آژانس وصول مطالبات خارجی برای وصول بدهی بیمار استفاده نماید. تا زمانی که رئیس خدمات مالی بیمارستان یا شخص منصوب او حساب را بازبینی نکرده و پیش پرداخت بدهی برای وصول را تأیید نکرده باشد، هیچ بدهی برای وصول پیش پرداخت نخواهد شد. بیمارستان یک قرارداد کتبی با چنین آژانس وصول مطالباتی امضا می‌کند مبنی بر اینکه آژانس از الزامات این بیمه‌نامه و قانون ایالت مربوطه تبعیت خواهد نمود (شامل قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، برای امکانات موجود در کالیفرنیا). در صورت دریافت یک تقاضای کمک مالی ناقص، بیمارستان یک اطلاعیه کتبی از اقلام معوق ارائه خواهد داد و قبل از شروع یا ادامه اقدامات وصول مطالبه فوق‌العاده یک دوره منطقی زمانی را صبر خواهد نمود.

هر آژانس وصول مطالبات که بیمارستان از آن استفاده می‌کند باید از طرح پرداخت بین بیمارستان و بیمار پیروی نماید. در صورتی که بیمار تقاضای کمک مالی نماید، هر اقدامی برای وصول مطالبات تعلیق خواهد شد و به این شکل تصمیم تقاضای کمک مالی بیمار را تعلیق می‌شود. اگر در طی وصول مطالبات، مشخص شود که بیمار به طور کل یا جزء، دارای صلاحیت دریافت مراقبت خیریه یا یک تخفیف به هزینه خود است، فعالیت‌ها در جهت وصول مطالبات متوقف شده و هزینه‌های مربوطه برای مراقبت خیریه به عنوان یک تخفیف پرداخت به هزینه خود منظور خواهد شد. نه بیمارستان و نه هیچ آژانس دیگر تحت استفاده بیمارستان (i) از کسر از حقوق برای پرداخت بدهی یا حق گرو در اقامتگاه اصلی برای وصول صورت حساب‌های درمانی پرداخت نشده استفاده نمی‌کند یا (ii) اطلاعات نامطلوبی را به آژانس گزارش دهنده تأیید اعتبار مصرف‌کننده خدمات گزارش نمی‌دهد و یا دعوی مدنی را علیه یک بیمار به علت عدم پرداخت هزینه در هر زمانی قبل از پایان 180 روز از صدور صورت حساب اولیه آغاز نمی‌کند.

حداقل (30) روز قبل از شروع هر اقدام وصول فوق‌العاده‌ای (ECA)، بیمارستان باید یک اطلاعیه به بیمار ارسال نماید و طی آن موارد زیر را مشخص کند: (i) فعالیت‌های مربوط به وصول مطالبات که بیمارستان یا آژانس وصول مطالبات تحت قرارداد می‌تواند انجام دهد، (ii) تاریخی که پس از آن چنین اقداماتی قابل انجام است، (iii) این کمک مالی برای بیمار در دسترس است، (iv) تاریخ‌های ارائه صورت حساب که به موارد وصول مطالبات تخصیص می‌یابد؛ (v) نام نهادی که صورت حساب به او تخصیص یافته یا فروخته می‌شود؛ (vi) اطلاعات در زمینه اینکه بیمار چگونه می‌تواند یک صورت حساب بر حسب اقلام را از بیمارستان تهیه نماید؛ (vii) نام و نوع طرح پوشش سلامت برای بیمار ثبت شده در بیمارستان در زمان ارائه خدمات، یا بیانیه‌ای مبنی بر اینکه بیمارستان این اطلاعات را در اختیار ندارد؛ (viii) یک تقاضا برای مراقبت خیریه بیمارستان و کمک مالی؛ و (ix) تاریخی اصلی ارسال اطلاعیه تقاضای کمک مالی به بیمار، تاریخ یا تاریخ‌هایی که تقاضانامه کمک مالی به بیمار ارسال شده است، و در صورت نیاز، تاریخ اتخاذ تصمیم. یک قالب برای این اطلاعیه ضمیمه می‌شود.

در صورت دریافت یک تقاضانامه کامل ظرف یک دوره تقاضای دوپست و چهل (240) روزه، هر اقدام وصول فوق‌العاده‌ای در ضمن انجام تعیین صلاحیت تعلیق خواهد شد.

جدول سابقه بازبینی

شماره سند و سطح بازبینی	تأیید نهایی توسط	تاریخ	توضیح مختصر تغییر/بازبینی

خلاصه به زبان ساده از کمک مالی

بیماران واجد شرایطی که دارای درآمد خانواده و خانوار برابر با یا کمتر از 450% از سطح فقر فدرال هستند و واجد الزامات درآمد پایین و متوسط خاصی هستند ممکن است صلاحیت دریافت مراقبت رایگان یا گزینه‌های طرح پرداخت تمدید شده از طرف بیمارستان Sherman Oaks را داشته باشند. از هیچ بیماری هزینه‌ای بیش از مبلغی که در کل برای وضعیت اورژانس یا دیگر مراقبت‌های درمانی ضروری صورت حساب می‌شود مطالبه نخواهد شد. پزشکان بخش اورژانس و دیگر پزشکی که کارکنان بیمارستان نیستند همچنین جداگانه کمک مالی ارائه می‌دهند.

Per Health & Safety Code § 127405 (a)(1)(B)، یک پزشک اورژانس، طبق تعریف بخش 127450، که خدمات درمانی اورژانس را در بیمارستان ارائه‌دهنده مراقبت اورژانس ارائه می‌دهد نیز طبق قانون ملزم به ارائه تخفیف به بیماران فاقد بیمه یا بیماران مواجه با هزینه‌های بالایی است که در سطح یا پایین‌تر از 400 درصد از سطح فقر فدرال قرار دارند.

بیماران می‌توانند رونوشت‌هایی از بیمه‌نامه کمک مالی و فرم‌های تقاضا را از وبسایت بیمارستان www.shermanoakshospital.org تهیه نمایند. جهت کسب اطلاعات بیشتر یا تقاضای کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

بیمارستان Sherman Oaks
4929 Van Nuys Blvd.
Sherman Oaks, CA 91403
818-501-0434

اسناد بیمه‌نامه کمک مالی به زبان‌های غیر زبان انگلیسی که زبان تعداد زیادی از بیماران تحت خدمات بیمارستان است در دسترس می‌باشد.

تقاضانامه‌های تکمیل شده باید به آدرس زیر تحویل شود:

بیمارستان Sherman Oaks
توجه: خدمات مالی بیمار
4929 Van Nuys Blvd.
Sherman Oaks, CA 91403

منابع مضاعف: The Health Consumer Alliance (“HCA”) یک منبع در دسترس بیماران برای کمک به آنها در درک امور صورت حساب و فرایند پرداخت و نیز Covered California and Medi-Cal Presumptive Eligibility است. HCA از طریق تلفن یا به طور حضوری کمک رایگان ارائه می‌دهد. جهت دریافت اطلاعات بیشتر، از وبسایت Health Consumer Alliance در <https://healthconsumer.org> بازدید نمایید.

خدمات قابل خرید: با تبعیت از No Surprise Billing Act (Title 45 section 180.60 of the Code of Federal Regulations)، لطفاً به ابزار Prime خدمات قابل خریداری موجود در آدرس www.shermanoakshospital.org مراجعه نمایید.

برنامه مراقبت خیریه

یک بیمار در صورتی صلاحیت شرکت در برنامه مراقبت خیریه را دارد که حائز شرایط زیر باشد: (1) بیمار دارای پوشش شخص سوم از طرف یک بیمه‌گر، طرح خدمت مراقبت سلامت، طرح اعتماد اتحادیه، Medicare، یا Medi-Cal طبق تعیین و مستند سازی بیمارستان نباشد؛ (2) آسیب به بیمار طبق تعیین و مستند سازی بیمارستان یک آسیب قابل جبران در حوزه جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا دیگر بیمه‌ها نباشد؛ (3) درآمد خانواده بیمار از 400% سطح فقر فدرال فراتر نرود.

رهنمودهای فقر HHS به طور دوره‌ای در اداره ثبت فدرال توسط اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده با اجازه زیر بخش (2) از بخش 9902 از عنوان 42 قانون ایالات متحده به‌روزرسانی می‌شود، و در: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> در دسترس باشد.

هزینه‌های درمانی بیماران برای بیمارانی که، طبق تعیین بیمارستان، واجد شرایط برنامه مراقبت خیریه هستند مشمول پوشش برنامه مراقبت خیریه بیمارستان تلقی شده و به مبلغی برابر با صفر دلار (0\$) با حذف و طبقه‌بندی بدهی باقی مانده به عنوان مراقبت خیریه تحلیل خواهد یافت.

بیماری که طبق تعیین و مستندسازی بیمارستان دارای پوشش شخص سوم است و یا آسیب وارد شده به او آسیبی قابل جبران در حوزه جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا دیگر بیمه‌ها باشد صلاحیت قرار گرفتن در برنامه خیریه را ندارد، اما ممکن است در صورت احراز شرایطی خاص، چنانکه در پیوست «برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی» شرح داده شده، صلاحیت قرار گرفتن تحت برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی را داشته باشد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر یا تقاضای کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

بیمارستان Sherman Oaks
4929 Van Nuys Blvd.
Sherman Oaks, CA 91403
818-501-0434

برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی

بیماران خود پرداخت کننده

در صورتی که درآمد خانواده بیمار از 450% سطح فقر فدرال فراتر رود، یک بیمار خود هزینه کننده دارای صلاحیت قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی خواهد بود. رهنمودهای فقر HHS به طور دوره‌ای در اداره ثبت فدرال توسط اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت با اجازه زیر بخش (2) از بخش 9902 از عنوان 42 قانون ایالات متحده به روزرسانی می‌شود، و در: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> در دسترس است.

بیماران خود هزینه کننده واجد شرایطی که دارای پوشش شخص سوم از طرف بیمه گر سلامت، طرح خدمت بیمه سلامت، طرح اعتماد اتحادیه، Medicare یا Medi-Cal نیستند و یا آسیب وارد شده به آنها آسیبی قابل جبران در حوزه جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا دیگر بیمه‌ها طبق تعیین و مستندسازی توسط بیمارستان نباشد و در آمد خانواده آنها از 450% سطح فقر فدرال فراتر نرود، واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف خواهند بود.

بیماران بیمه شده

بیماری که دارای پوشش شخص سوم است یا آسیب وارده به او یک آسیب قابل جبران در حوزه جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا دیگر بیمه‌ها طبق تعیین و مستندسازی توسط بیمارستان است، صلاحیت قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی را در صورتی دارد که (i) دارای درآمد خانوادگی در سطح یا کمتر از چهار صد و پنجاه درصد (450%) از سطح فقر فدرال باشد؛ و (ii) دارای مخارج درمانی پرداختی از جیب باشد که فراتر از مبلغ پایین‌تر در میان موارد زیر است: (الف) ده درصد (10%) از درآمد خانواده بیمار، در صورتی که بیمار اسناد هزینه‌های درمانی خود را که توسط بیمار یا خانواده بیمار در طول دوازده (12) ماه گذشته پرداخت شده است (چه این هزینه‌ها در داخل یا خارج از بیمارستان تقبل یا پرداخت شده باشند) را ارائه دهد یا (b) هزینه‌های سالیانه پرداخت شده از جیب فرد در بیمارستان که از 10% درآمد فعلی خانواده یا درآمد خانواده در دوازده (12) ماه گذشته فراتر می‌رود.

تعهد بیمار

هزینه‌های بیمار در مورد بیماری که صلاحیت قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی را دارند کاهش خواهد یافت؛ هر تخفیفی در هزینه‌های ناخالص برای خدمات مورد ارائه بیمارستان اعمال خواهد شد. تعهد پرداخت هزینه بیماری که صلاحیت قرار گرفتن در برنامه پرداخت تخفیف را دارد بر حسب پرونده تعیین می‌شود، اما مبلغ این پرداخت از Amounts کلمه فراتر نمی‌رود؛ بیمارستان انتظار دارد که مبلغ بیشتر را برای ارائه خدمات Medicare یا Medicaid دریافت نماید، هر کدام که بیشتر باشد («حداکثر پرداخت تخفیف یافته»). یک بیمار واجد شرایط با بیمه ملزم به پرداخت مبلغی برابر با اختلاف میان آنچه بیمارستان از دارنده بیمه دریافت می‌کند و حداکثر پرداخت تخفیف یافته است. اگر مبلغ پرداختی توسط بیمه از حداکثر پرداخت تخفیف یافته فراتر رود، بیمار هیچ تعهد پرداختی دیگری نخواهد داشت.

برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی همچنین شامل طرح پرداخت بدون بهره تمدید شده برای ایجاد امکان پرداخت قیمت تخفیف یافته در طی زمان خواهد بود. بیمارستان و بیمار درباره شرایط یک طرح پرداخت تمدید شده مذاکره خواهد کرد، با در نظر گرفتن درآمد خانواده بیمار و هزینه‌های اساسی زندگی. اگر بیمار و بیمارستان نتوانند در زمینه طرح پرداخت به توافق برسند، بیمارستان از فرمول مورد تشریح در زیر بخش (i) بخش 127400 از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا برای ایجاد طرح پرداخت معقول استفاده خواهد نمود.

رهنمودهای فقر HHS به طور دوره‌ای در اداره ثبت فدرال توسط اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت با اجازه از زیر بخش (2) از بخش 9902 از عنوان 42 قانون ایالات متحده به روزرسانی می‌شود، و در: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> در دسترس است.

جهت کسب اطلاعات بیشتر یا تقاضای کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

بیمارستان Sherman Oaks
4929 Van Nuys Blvd.
Sherman Oaks, CA 91403
818-501-0434

[اطلاعیهای که باید در تمام بیانیتهای صورت حساب پس از ترخیص گنجانده شود] مراقبت خیریه و برنامه پرداخت تخفیف

بیمارانی که فاقد بیمه هستند یا بیمه کافی ندارند و واجد الزامات معینی در زمینه درآمد پایین یا متوسط هستند ممکن است دارای صلاحیت دریافت پرداختهای تخفیف یافته یا مراقبت خیریه باشند. بیمارانی که به دنبال مراقبت تخفیف یافته یا رایگان هستند باید یک تقاضانامه تهیه کرده و تکمیل نمایند و ارائه دهند که توسط بیمارستان بررسی خواهد شد. مبلغی بیش از مبالغی که عموماً در صورت حساب برای افراد دارای بیمه پوشش دهنده چنین مراقبتی منظور می شود از هیچ بیمار واجد شرایطی در ازای کمک مالی مراقبت ضروری اورژانسی و درمانی مطالبه نخواهد شد. جهت دریافت اطلاعات بیشتر، دریافت رونوشت‌هایی از اسناد، یا کمک در فرایند ارائه تقاضا، لطفاً از طریق شماره 818-501-0434 تماس بگیرید و یا برای کسب اطلاعات بیشتر از سایت www.shermanoakshospital.org بازدید نمایید. رونوشت‌های رایگانی از اسناد کمک مالی نیز می‌تواند از طریق پست برای شما ارسال شود که به زبان‌های غیر زبان انگلیسی که زبان تعداد زیادی از بیماران تحت خدمات بیمارستان است در دسترس می‌باشد. پزشکان بخش اورژانس و دیگر پزشکانی که کارکنان بیمارستان نیستند نیز می‌توانند مراقبت خیریه و برنامه‌های پرداخت تخفیف را ارائه دهند. لطفاً جهت دریافت اطلاعات بیشتر با شماره 818-501-0434 تماس بگیرید.

اطلاعیهای که باید در صورت حسابهای پس از ترخیص برای بیمارانی که مدرک بیمه ارائه نداده‌اند درج شود

سوابقی که در اختیار داریم نشان می‌دهد که شما دارای پوشش بیمه نیستید و یا تحت پوشش Medicare ، Medicaid، برنامه‌های پوشش سلامت با کمک مالی دولتی یا دیگر برنامه‌های مشابه نیستید. اگر شما دارای چنین پوششی هستید، لطفاً در اسرع وقت با دفتر ما به شماره 818-501-0434 تماس بگیرید تا بتوانید اطلاعات مورد نیاز را دریافت کرده و بدین ترتیب صورت حساب برای طرف مربوطه صادر شود.

در صورتی که شما دارای پوشش بیمه سلامت نیستید، ممکن است صلاحیت Medicare ، Medicaid، پوشش مورد ارائه از طریق بازار بیمه سلامت فدرال، پوشش سلامت با کمک مالی ایالت یا بخش، مراقبت خیریه مرکز مراقبت سلامت اصلی یا برنامه پرداخت تخفیف را دارا باشید. جهت دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه تقاضای شرکت در این برنامه‌ها، لطفاً با دفتر ما تماس بگیرید تا ما بتوانیم به سؤالات شما پاسخ داده و تقاضانامه‌هایی برای این برنامه‌ها به شما ارائه دهیم.

اطلاعیه بیمارستان برای ارسال به بیمار قبل از تخصیص یا فروش امتیاز اخذ بدهی به آژانس وصول مطالبات

تقاضای کمک مالی را به همراه این اطلاعیه ارائه دهید

نام: [نام بیمار]

تاریخ خدمت: [تاریخ‌های خدمت]

بیمه سلامت در فایل: [نام و نوع طرح را ارائه دهید، در صورتی که هیچ یک ارائه داده نشود «بیمارستان این اطلاعات را نخواهد داشت.»]

تاریخ اصلی که بیمار در آن اطلاعیه کمک مالی را ارسال نمود: [تاریخ]

تاریخ اصلی که بیمار در آن تقاضای کمک مالی را ارسال نمود: [تاریخ]

تاریخ تصمیم‌گیری درباره تقاضای مالی (در صورت نیاز): [تاریخ یا "N/A"]

سوابق ما به این امر اشاره دارد که شما دارای بدهی معوق بیمار هستید که موعد آنها تاریخ‌های خدمات مذکور بوده است. بیمارانی که در پی دریافت مراقبت مشمول تخفیف یا رایگان هستند باید تقاضای کمک مالی را تکمیل و ارائه دهند، که در این اطلاعیه گنجانده شده است. مبلغی بیش از مبلغی که عموماً در صورت حساب برای افراد دارای بیمه پوشش دهنده چنین مراقبتی منظور می‌شود از هیچ بیمار واجد شرایطی در ازای کمک مالی مراقبت ضروری اورژانسی و درمانی مطالبه نخواهد شد. جهت دریافت اطلاعات بیشتر، برای به دست آوردن صورت حساب بر حسب ارقام برای خدمات مورد ارائه به خود در تاریخ خدمات مذکور، یا برای کمک در زمینه فرایند تقاضا، لطفاً با بیمارستان از طریق شماره 818-501-0434 تماس بگیرید و یا می‌توانید از وبسایت www.shermanoakhospital.org بازدید کنید و یا به آدرس 4929 Van Nuys Blvd, Sherman Oaks CA 91403 مراجعه نمایید.

علیرغم تلاش‌های ما برای تماس با شما، بدهی بیمار همچنان پرداخت نشده است. بیمارستان امتیاز اخذ بدهی معوق خود را به CMRE Financial Services, Inc واگذار کرده یا می‌فروشد.

پیوست: تقاضای کمک مالی