



نام بیمار: @PatientName@  
@MRN:@MRN@ / @LPP:310562008:  
@DATE:@CurrentDate

## SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE POLICY AND OTHER PROGRAMS

### خلاصه سیاست کمک مالی و برنامه‌های دیگر

این سند عبارت است از سیاست کمک مالی کامل و جزئی برای بیماران واجد شرایط از نظر مالی ("سیاست") مرکز پزشکی Cedars-Sinai و بنیاد مراقبت‌های پزشکی Cedars-Sinai (در مجموع "Cedars-Sinai") به صورت "خلاصه به زبان ساده". همچنین سایر برنامه‌های کمک مالی که Cedars-Sinai در اختیار بیماران قرار می‌دهد را شرح می‌دهد.

Cedars-Sinai به عنوان بخشی از مأموریت خود به ارائه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت برای جامعه و درمان همه بیماران توأم با عزت، شفقت و احترام متعهد است. این امر شامل ارائه خدمات بدون هزینه یا با تخفیف قابل توجه به بیماران واجد شرایطی است که نمی‌توانند بخشی یا همه هزینه‌های مراقبت از خود را پرداخت کنند چنانکه این سیاست آن را شرح داده است. علاوه بر این، ما به بیماران انواع طرح‌ها و گزینه‌های پرداخت را جهت رفع نیازهای مالی آنها ارائه می‌دهیم، حتی اگر برای دریافت کمک بر اساس این سیاست واجد شرایط نباشند.

### الف. برنامه Cedars-Sinai برای بیماران کم درآمد - سیاست.

همان‌طور که به تفصیل در سیاست ذکر شده است، Cedars-Sinai به ارائه مراقبت رایگان یا با تخفیف به بیمارانی می‌پردازد که درآمد آنها محدود و مطابق با معیارهای این سیاست باشد.

#### 1. الزامات واجد شرایط بودن و کمک بر اساس این سیاست.

کمک مالی کامل (عدم پرداخت هزینه توسط بیمار) در دسترس بیمارانی خواهد بود که درآمد و دارایی‌های پولی آنها (در مجموع "درآمد") معادل 200 درصد خط فقر فدرال در سال جاری یا کمتر از آن باشد. کمک مالی جزئی در دسترس بیمارانی خواهد بود که درآمد آنها در محدوده 201 درصد تا 450 درصد خط فقر فدرال در سال جاری باشد. تخفیف‌های ارائه شده به بیماران به صورت پلکانی و بر اساس تعداد اعضای خانواده و سطح درآمد خواهد بود. مثال‌ها: (الف) بیماری که در یک خانواده چهار نفره بوده، فاقد بیمه است و درآمد سالانه خانواده 71000 دلار است می‌تواند واجد شرایط تخفیف 90 درصدی کل مبلغ صورتحساب باشد و (ب) بیماری که در یک خانواده دو نفره و دارای پوشش بیمه‌ای است که برای پرداخت هزینه خدمات کفایت نمی‌کند و درآمد سالانه خانواده وی 55000 دلار است می‌تواند واجد شرایط تخفیف 70 درصدی کلی مبلغ صورتحساب باشد. بیمارانی که قادر به تأیید وضعیت درآمد خود نیستند نیز ممکن است بر اساس این سیاست واجد شرایط دریافت کمک باشند. از آنجا که خط فقر فدرال است به صورت سالانه به‌روزرسانی می‌شوند، این مثال‌ها هر سال تغییر می‌کنند.

بیمارانی که به دنبال خدمات اختیاری هستند که تحت پوشش ترتیبات سیاست قرار داشته باشد، باید برای دریافت کمک مالی ابتدا توسط معاون خدمات مالی بیمار یا نماینده او مورد تأیید قبلی قرار گیرند. فقط رویه‌های پزشکی ضروری واجد شرایط تأیید هستند. کمک مالی برای رویه‌های اختیاری و مراقبت پیگیری پس از ترخیص محدود به بیمارانی است که در منطقه خدمات Cedars-Sinai زندگی می‌کنند یا در صورتی که به شکل دیگری توسط یکی از مسئولان Cedars-Sinai تأیید شده باشد.

اگر بیماری براساس این سیاست واجد شرایط ارائه خدمات رایگان نبوده، اما واجد شرایط تخفیف باشد، Cedars-Sinai هزینه‌ای بیش از "مبالغ معمول صورت‌حساب" برای مراقبت‌های اضطراری یا سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی از آنها دریافت نخواهد کرد. نحوه محاسبه "مبالغ معمول صورت‌حساب" در سیاست آمده است، اما تقریباً مشابه شرایط بازپرداخت Medicare ما است.

## 2. پزشکان تحت پوشش سیاست.

این سیاست تنها به خدمات ارائه شده توسط Cedars-Sinai مربوط می‌شود. این خدمات شامل خدمات پزشکان در صورت ارائه در Cedars-Sinai توسط پزشکان بخش اورژانس Cedars-Sinai متعلق به گروه مراقبت فوری پزشکی اجتماعی، پزشکان هیئت علمی Cedars-Sinai در هنگام انجام وظیفه به‌عنوان هیئت علمی، یا پزشکان استخدام شده توسط بنیاد مراقبت پزشکی Cedars-Sinai یا توسط گروه‌های پزشکی است که با بنیاد مراقبت‌های پزشکی Cedars-Sinai توافق‌نامه حرفه‌ای انحصاری منعقد کرده‌اند.

## 3. نحوه ارائه درخواست کمک براساس این سیاست

بیمارانی که خواهان مراقبت‌های رایگان یا با تخفیف براساس این سیاست هستند باید درخواستی را تکمیل نمایند که توسط Cedars-Sinai بررسی می‌شود. بیماران برای دریافت فرم درخواست و کمک در انجام فرآیند درخواست، علاوه بر درخواست از نمایندگان حاضر در میزهای ثبت‌نام و پذیرش Cedars-Sinai، می‌توانند از طریق تماس با ما به شرح زیر نیز این موارد را دریافت نمایند.

## 4. چگونگی دریافت نسخه‌های این سیاست و فرم درخواست از جمله ترجمه.

- شما می‌توانید نسخه‌های رایگان این سیاست و درخواست را به شیوه‌های مختلفی تهیه کنید:
- در وبسایت ما: [cedars-sinai.edu](http://cedars-sinai.edu) عبارت "سیاست کمک‌های مالی" را در کادر جستجو تایپ کرده و دستورالعمل‌ها را دنبال کنید. همچنین می‌توانید به وبسایت ایالت [oshpd.ca.gov](http://oshpd.ca.gov) رفته و عبارت "سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه" را در نوار جستجو تایپ کرده و دستورالعمل‌ها را دنبال کنید.
  - در مورد بیمارانی که در حال حاضر در بیمارستان پذیرفته شده‌اند، با وکلای مالی بیمار به شماره 310-423-5071 تماس بگیرید. دفتر آنها در ساختمان بیمارستان در طبقه همکف South Tower، اتاق 1740 است.
  - اگر بیمار بستری نیستید، می‌توانید با خدمات مشتریان و خدمات مالی بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید. آدرس فیزیکی عبارت است از: 6500 Wilshire Blvd, Suite 800, Los Angeles, CA, 90048.
  - با تلفن: 323-866-8600.
  - از طریق پست: 6500 Wilshire Blvd, Suite 800, Los Angeles, CA, 90048.

ترجمه سیاست، فرم درخواست و این خلاصه به زبان ساده از طریق دسترسی به ما توسط هر یک از روش‌های ذکر شده در بالا در دسترس است. ترجمه به زبان‌های فارسی، روسی و اسپانیایی در دسترس می‌باشد.

### ب. چگونه برای طرح پرسش‌ها، کسب اطلاعات بیشتر در مورد سیاست یا دریافت کمک جهت تکمیل و روند درخواست و همچنین بر نامه‌های کمک دیگر با ما تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر از جمله طرح سؤالات در مورد نحوه درخواست کمک مالی یا درخواست یک نسخه از سیاست کمک‌های مالی، می‌توانید با دفتر خدمات مشتریان و خدمات مالی بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید. آدرس آن عبارت است از: 6500 Wilshire Boulevard, Suite 800, Los Angeles, CA 90048.

بیمارانی که در مورد بیمه دولتی (Medi-Cal، قربانیان جرم و جنایت، و غیره) سؤال دارند می‌توانند با دفتر وکلای مالی بیمار به شماره 310-423-5071 تماس بگیرند. آدرس آنها ساختمان بیمارستان، South Tower، اتاق 1740 است.

بیمارانی که در مورد سایر بیمه‌ها سؤال دارند لطفاً با شماره 800-233-2771 یا با ایمیل [insurance@cshs.org](mailto:insurance@cshs.org) تماس بگیرند.

### پ. بر نامه‌های دولتی برای بیماران کم‌آمد و برخی بیماران خاص دیگر.

Cedars-Sinai در چندین برنامه کمک دولتی که بخشی از ترتیبات آن براساس این سیاست نیست، مشارکت دارد. این خدمات عبارتند از Medi-Cal، برنامه خانواده‌های سالم و کالیفرنیا و برنامه جبران خسارت قربانیان جرم و جنایت کالیفرنیا. بیماران ممکن است واجد شرایط پوشش یارانه‌ای از طریق برنامه مبادله مزایای بهداشتی کالیفرنیا (پوشش کالیفرنیا) باشند. برای مشاهده اطلاعات تماس به قسمت بالا مراجعه کنید.

### **ت. ترتیبات با بیمارانی که مستقیماً پرداخت را انجام می‌دهند (پرداخت شخصی).**

بیمارانی که براساس این سیاست واجد شرایط مراقبت رایگان یا با تخفیف نیستند ممکن است سایر برنامه‌های Cedars-Sinai برایشان مناسب باشد. بیمارانی که فاقد بیمه هستند ممکن است تخفیف قابل توجه و مشابه تخفیف‌هایی که به برنامه‌های بیمه مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌کنیم، دریافت نمایند. خدمات واجد شرایط شامل خدمات سرپایی، اورژانس و خدمات بستری است. علاوه بر این، بیمارانی که فاقد بیمه بوده یا مایل به استفاده از بیمه‌های تجاری خود نیستند بنا به درخواست خود واجد شرایط قیمت‌گذاری بسته نقدی برای برخی خدمات هستند. به‌طور کلی بسته‌های نقدی هزینه‌های بیمارستان و متخصص بیهوشی را برای اقدامات سرپایی پوشش می‌دهد.

### **ث. اعلامیه قانونی در خصوص فعالیت‌های وصول.**

ما برخی از حساب‌های تسویه نشده را به سازمان‌های وصول بدهی شخص ثالث ارجاع می‌دهیم. قانون ایالتی و فدرال الزام دارد که وصول‌کنندگان بدهی رفتار منصفانه‌ای با شما داشته باشند و اجازه دادن اطلاعات نادرست یا تهدید به خشونت، استفاده از عبارات زشت یا بی‌حرمتی و برقرار کردن ارتباطات نامناسب با اشخاص ثالث، از جمله کارفرمای شما را ندارند. وصول‌کنندگان بدهی حق ندارند قبل از ساعت 8 صبح یا بعد از ساعت 9 شب با شما تماس بگیرند، مگر در شرایط غیرمعمول. به‌طور کلی وصول‌کننده بدهی اجازه ندارد اطلاعات مربوط به بدهی‌های شما را در اختیار شخص دیگری، بجز وکیل یا همسرتان قرار دهد. وصول‌کننده بدهی اجازه تماس با شخصی دیگر برای تأیید موقعیت مکانی شما یا اجرای حکم را دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فعالیت‌های وصول بدهی می‌توانید با کمیسیون تجارت فدرال و از طریق تلفن (877-382-4357-877) (FTC-HELP) یا به‌طور آنلاین به نشانی [ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtm](https://www.ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtm) تماس بگیرید. علاوه بر این، در صورتی که حساب شما به یک سازمان وصول‌کننده بدهی ارجاع شده و با آن سازمان مشکلاتی دارید، لطفاً بلافاصله با شماره 323-866-8600 با ما تماس بگیرید.

لطفاً دریافت این خلاصه سیاست کمک مالی و برنامه‌های دیگر را با امضا کردن در قسمت زیر تأیید نمایید.

تأیید می‌کنم که خلاصه سیاست کمک مالی و برنامه‌های دیگر Cedars-Sinai را خوانده‌ام.

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: @CurrentDate@

@PatientName@

نام با حروف درشت و خوانا:

@LPP:3105620010:"Confidential"@

(لطفاً با حروف درشت و خوانا بنویسید)

اگر توسط کسی بجز بیمار امضا می‌شود، باید نسبت ذکر گردد:

نام با حروف درشت و خوانا:  
(نماینده قانونی)

اگر امکان گرفتن تأیید فرد وجود ندارد، تلاش‌های صورت گرفته با حسن نیت برای دریافت تأیید فرد و دلایل عدم دریافت این تأیید را شرح دهید:

تاریخ: @CurrentDate@

امضای نماینده Cedars-Sinai:

عنوان نماینده Cedars-Sinai:

تاریخ اعمال 7/01/16