

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，  
并且可能在文档印刷后进行了修订。

**I. 目的**

- a. 作为我们职责所在，Cedars-Sinai Medical Center、Cedars-Sinai Marina Hospital、Cedars-Sinai Medical Care Foundation (“CSMCF”)、Huntington Hospital 以及 Huntington Health Physicians（各称为“本机构”）致力于满足社区内所有患者的医疗保健需求，并基于以下原则：
- i. 以有尊严的方式公平对待所有人，并给予其同情心和尊重；
  - ii. 满足所有人的紧急医疗保健需求，无论患者的支付能力如何；以及
  - iii. 为无法支付部分或全部护理费用的患者提供援助。
- b. 本财务援助政策（简称本“政策”）致力于满足我们社区内低收入无保险患者和保额不足患者的需求，以展现本机构对我们使命、愿景和原则的郑重承诺。为履行此承诺，本机构向符合本政策资格要求的患者提供免费或优惠的医疗必要服务。
- c. 本政策提供关于确定患者财务援助资格的指南，并拟定了相应的财务筛选标准，以协助确定哪些患者有资格获得财务援助。

**II. 政策**

- a. **定义。** 本政策中使用的大写术语在本政策末尾的“定义”部分或首次使用时进行了定义。
- b. **本政策涵盖的内容。** 本政策仅适用于以下组织及人员所提供的服务：以教职身份提供服务的医师、CSMCF 和 Huntington Health 医师（包括与他们签有专业服务协议的医疗团体所聘用的医师），以及 Cedars-Sinai 的急诊医师。除 Cedars-Sinai 之外的本机构所属医院的急诊医师，在提供急诊医疗服务时，依据法律规定，必须为未参保患者或医疗费用高昂且收入等于或低于联邦贫困线 (Federal Poverty Level, FPL) 400% 的患者提供折扣。
- c. **本政策未涵盖的设施、医师及其他提供者可能适用于单独的财务援助政策。** 本组织医务人员的社区成员（即不属于本组织的提供者）也可以向其患者提供财务援助。本组织将在网站上发布关于此类医师的信息清单，以说明特定医师（或其医疗团队）是否会：(i) 根据本政策规定的标准，向本组织规定的低收入无保险患者提供医师专业费用的同等折扣；(ii) 接受本组织对患者财务援助资格的确定；(iii) 遵守所有适用联邦、州和地方关于消费者欠款账户催收的法律、法规、条例

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

和法令。对于此类医师的财务援助计划管理或其计费做法，本机构概不负责。

**d. 帮助支付您的账单 - 资格标准**

- i. **财务援助。**慈善医疗适用于家庭收入和资产等于或低于当年 FPL 400% 的患者。收入介于当年 FPL 401% 至 600% 的患者也有资格获得折扣付款。必须填写财务援助申请表（简称“申请表”）。确定是否有资格获得折扣时，不考虑资产。附件 B 描述确定本机构可提供的财务援助范围的方法。
- ii. **服务前患者（选择性/非急诊护理）。**被安排为择期住院患者、非急诊门诊患者或出院后接受随访护理的患者，需要事先获得 Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 或其指定人员对于财务援助的批准。只有具医疗必要性的程序才有资格获得批准。根据本机构审慎分配其财务和临床资源的需要，本机构保留未来不提供患者所提议的非紧急及其他非医疗必要护理相关财务援助的权利。
- iii. **额外的财务资源和必要的患者合作。**根据本政策而获准获得援助的患者同意始终配合从第三方来源获得本机构服务相关理赔的相应流程，此类第三方来源示例包括 California Victims of Crime 基金、County Trauma Program、Medi-Cal 计划，以及通过 California Health Benefit Exchange（简称“Exchange”）提供保险的健康计划。患者申请第三方承保其医疗保健费用，并不妨碍其获得本政策所规定援助的资格。如需获得慈善医疗，患者需要申请 Medi-Cal、Healthy Families 和 County Trauma Program 的保险（如适用），并在适当情况下申请 Exchange 的保险。上述规定也适用于居住在州外的患者及其在州内的 Medicaid 申请。收到折扣付款之前，本机构可能会要求对患者进行 Medi-Cal 资格筛查，以确保患者能获取有关 Medi-Cal 福利的信息。不过，获得折扣付款无需投保 Medi-Cal 保险。

本机构会将患者适当转介至当地县级机构，包括 Healthy Families、Covered California、Medi-Cal 或其他计划，以确定以确定患者是否可能有资格参加这些计划。

本机构有权向为患者提供保险的任何第三方保险公司开具账单，包括第三方责任的任何来源。健康保险公司和健康计划不得降低其对本机构的理赔报销，即便本机构已根据本政策放弃全部或部分患者账单亦不例外。

- iv. **自费患者。**本机构根据过往经验和当前保险环境做出假定，即没有保险的患者无法负担保险。本机构假定此类患者符合财务援助计划的资格，并将向所有此类患者提供下列援助，除非患者为本机构提供的服务做出其他安排。根据折扣免除掉不会向患者计费的金額，是本机构将根据 Centers for Medicare & Medicaid Services 《提供者报销手册》

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

(Provider Reimbursement Manual) 第 15-2 章第 4012 节的指南进行报告的无偿护理。

1. 自费患者将自动按折扣金额予以计费，该折扣金额由适用住院服务、急诊室服务或门诊、非急诊服务的总费用乘以本组织的 AGB 百分比进行确定。
  2. 自费患者无需提交申请，即可享受此类折扣。除非本机构与患者之间达成具体协议，否则此类财务援助一律不适用于选择性程序。
- v. **医疗贫困患者（不符合获得折扣的条件）。**如患者属于医疗贫困但不符合本政策所规定的财务援助资格，仍可根据本政策规定的流程提出财务援助申请。因医疗贫困而提出的财务援助申请必须由 Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 或其指定人员自行决定批准。
- e. **财务援助管理。**本机构使用单一、统一的患者财务援助申请表。此流程旨在确保所有申请人都有机会获得其可能有资格享受的最高财务援助福利。申请财务援助的所有患者都需要填写申请表。
- i. **申请方式。**如需启动申请流程，可由患者或本组织任何工作人员致电 310-423-5071 或发送电子邮件至 [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org) 与患者财务支持办公室联系。具体流程如下：
    1. 患者获得申请表、Medi-Cal 申请表和信用咨询信息。
    2. 患者财务支持办公室（地址为 Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room 1740）协助申请人填写表格。
    3. 申请表可以在本机构工作人员的协助下口头完成，但仍然需要患者或其代表在申请表上签名。
  - ii. **审核申请**
    1. **资格确定。**资格指南采用当前 FPL 作为资格衡量标准予以计算。
    2. **由附属机构和核准社区合作伙伴进行资格确定。**如患者的财务援助申请于近期获得本机构特定附属机构或社区合作伙伴的批准，本机构可能会酌情决定加速批准。本机构将告知申请财务援助的患者是否可获得此类加速批准。

标题：Financial Assistance Policy **Financial Assistance Policy**  
财务援助政策

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

3. **资产。** 确定是否有资格获得慈善医疗或折扣付款时，资产不在考虑范围内。

**收入。** 为确定是否有资格获得慈善医疗或折扣付款，收入证明文件应限于患者近期的工资单或所得税申报表，以及本机构要求提供的患者家属的工资单或所得税申报表。本机构可接受其他形式的收入证明文件，但不得要求提供其他形式的收入证明文件。

4. **扣减额。** 包括基本生活开支和其他合理且必要项目在内的其他财务义务均将纳入考量。

5. **患者最高自付费用。** 患者为本政策所涵盖服务而支付的任何费用不得超过 AGB。

6. **重新评估。** 如果发生以下任何情况，本机构可能会重新评估资格：

- a. 患者收入有变。
- b. 患者家庭人数有变。
- c. 财务援助申请的任何部分被确定为虚假或误导性信息，在这种情况下，初始财务援助可能会被追溯性地拒绝。

iii. **提交必要文件。** 本机构要求申请财务援助的患者提供各种文件，以证明其资格。这些文件包括但不限于以下各项：

- 1. 填妥的申请表。患者可随时申请慈善医疗或折扣付款。
- 2. 收入文件可能包括工资单或所得税申报表。
- 3. 其他文件可能包括：
  - a. 显示当前计划年度可用余额的健康储蓄账户报表。
  - b. 本机构可能要求对患者进行 Medi-Cal 资格筛查，以确保患者获得关于 Medi-Cal 承保福利的信息。
  - c. 本机构不得要求患者在接受筛查或提供折扣付款之前申请 Medicare、Medi-Cal 或其他承保。当筛查有无资格获得折扣付款时，本机构可能要求患者参加 Medi-Cal 资格筛查。

iv. **提交填妥的申请表。** 如果患者提交填妥的申请表，本机构应：

标题：Financial Assistance Policy **Financial Assistance Policy**  
财务援助政策

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，  
并且可能在文档印刷后进行了修订。

1. 立即采取一切合理可用措施，以暂停或撤销针对患者的任何护理费用催收相关 ECA。此类合理可用措施通常包括但不限于：建议催收机构停止催收活动；采取措施以撤销对患者的任何评判；取消对患者财产的任何扣押或留置；从患者的信用报告中删除已上报给消费者报告机构或信用局的任何不利信息。
2. 在合理时间内确定资格，或确定申请是否不完整或是否需要额外信息。
3. 及时以书面形式向患者告知资格确定结果，包括（如适用）患者有资格获得的援助和决定的依据。
4. 如果患者有资格获得财务援助，则本机构应以书面形式向患者告知其资格、可获得的援助、确定依据和所涵盖的服务日期。
  - a. 如果患者无支付责任，则除了按本政策“退款”部分所述规定退还已付金额外，无需采取其他在本政策的步骤。如有剩余积欠金额，则本机构还应以书面形式向患者告知其积欠的护理金额，并说明患者如何获得额外的账户信息。
  - b. 一旦患者获得财务援助批准，则患者不会被收取比一般收费金额 (Amounts Generally Billed, AGB) 更高的急诊或其他医疗必要护理费用。
  - c. 资格的批准只能由本机构特别授权的个人进行。Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 或其指定人员。
- v. **资格确定函。**患者提交填妥的申请表并提交必要文件后，本机构将寄送资格确定函，说明患者的申请已获核准或患者不符合资格。本函将包含以下内容：
  1. 关于患者是否符合财务援助资格的明确声明。
  2. 如果患者不符合财务援助资格，则应明确说明不符合资格的原因。
  3. 如果患者是因其所接受的服务不具备医疗必要性而不符合资格，则该服务的主治医生应在申请被拒绝之前证明这一点。
  4. 如果患者获准获得折扣付款，则应明确说明可获得减免的账单，并说明患者如何获得有关合理付款计划的更多信息（如适用）。

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

5. 本机构的联系信息，包括部门、联系人姓名以及患者可在何处对本机构的决定提出上诉。
  6. Department of Health Care Access and Information (HCAI) 医院账单投诉计划 (Hospital Bill Complaint Program) 的相关信息。
  7. Health Consumer Alliance 的相关信息。
- vi. **申请信息有限的患者。**即便本机构缺乏患者的财务数据，亦不妨碍患者获得财务援助的资格。在评估患者临床、个人和人口统计情况以及替代文件（包括其他慈善组织可能提供的信息）相关的所有因素时，本机构可以通过对患者收入做出合理假定来确定患者是否有资格获得财务援助。
- vii. **不完整的申请。**如果患者所提交的申请不完整，则本机构应及时向患者寄送书面通知，说明申请所需的额外信息和/或文件，以及申请处理的联系信息。如果患者随后填写申请表，则该申请表将被视为已填写。
- viii. **针对具可疑信息的申请表的反滥用条款。**本机构不得根据有理由认为不可靠或不正确的信息或者以胁迫方式或强制措施从患者处获得的信息，以确定患者是否有资格获得财务援助。强制措施包括延迟或拒绝向患者提供急诊医疗服务，直到患者提供所要求的信息，以确定患者是否有资格获得遭延迟或拒绝护理相关的财务援助。
- ix. **不完整申请的处理。**如患者未能提供合理且必要的文件，本机构在做出财务援助相关决定时会酌情考虑。但是，本机构将合理行事，并根据现有信息做出最佳决定。
- x. **推定资格。**本机构可能会根据其获得或评估的信息来确定患者是否有资格获得当前服务的财务援助，而无需患者提供常规申请流程所需的全部信息，也不会考虑患者没有健康保险的事实。本机构的决定可能包括依据本机构的先前决定、患者的其他提供者所提供的信息，或者针对本机构工作人员所掌握信息的一般评估。在此类情况下，本机构应：(a) 向患者告知推定资格确定的依据以及患者可根据本政策申请更高援助的方式；(b) 告知患者可随时提交申请表，以审查患者是否有资格申请服务的更高援助；及如果患者提交填妥的申请表以寻求更高援助，则应确定患者是否有资格获得更高折扣，并针对已填妥的申请表

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

采取本政策要求的其他步骤。接受本政策所述折扣的自费患者将通过账单所印简明语言摘要（请参见附件 A）的方式接收此类通知。

- xi. **即便患者弃权，亦不能免除组织采取合理努力来确定资格的义务。**从患者处获得口头或书面弃权书，例如针对患者不希望根据本政策申请财务援助或不希望接收根据本政策向患者提供的信息的签名声明，其本身并不构成对于患者不符合资格的决定，也不满足在对患者采取 ECA 前需做出合理努力以确定患者是否符合资格的要求。
- xii. **付款计划。**一旦确定患者有资格通过财务援助获得折扣付款，且仍存在剩余积欠金额，则患者可以选择通过既定的定期付款计划进行付款。本机构将与患者讨论计划选项，并制定分期付款计划。付款计划可免息。本机构在制定付款计划条款时可考虑健康储蓄账户。更多详情，请参见本机构的欠款催收政策。
- xiii. **争议解决。**如有关于财务援助资格的争议，患者可以向本机构提交书面上诉，要求本机构重新审议。书面上诉应解释争议的理由，并提供相应支持文件。本组织的 Manager of Customer Service and Operations 或其指定人员将及时审查上诉，并向患者提供书面决定。如果患者认为在第一次上诉后争议仍然存在，患者可以通过书面方式要求本组织的 Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 或其指定人员展开审查，并由他们提供最终书面决定。
- xiv. **申请信息的保密性。**根据本政策规定，对于要求确定资格的患者所提供的全部信息，本机构应视为机密信息予以保密。申请和批准流程中所获得的收入相关信息应保存于同一份文件内，与可能用于催收欠款的信息分开。

**d. 有效期**

- i. 对于财务合格患者，批准其初始财务援助的有效期为六 (6) 个月，自申请完成之日起算。初始批准期结束时，应患者要求，可重新评估其资格。处于本机构选择时，无需提出新申请，即可授权新的六 (6) 个月批准期。十二 (12) 个月后，患者必须填写新的申请表。自最终申请获准之日起，未结清的合格账户将根据批准的援助水平减免相应的财务援助金额。针对后续情况，合格账户在未来六 (6) 个月内有资格获得财务援助相应金额减免。

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

**e. 通知、书面通信和声明****i. 本机构提供以下有关财务援助的通知和信息：**

- a. 本政策。
- b. 本政策的简明语言摘要。简明语言摘要应当以清晰、简明且易于理解的方式向患者及其他个人告知本机构可根据本政策提供财务援助。起草简明语言摘要时，应列出各类相关信息，其中包括州和联邦法律要求的信息，例如本政策下的资格要求和提供的援助、关于如何根据本政策申请援助的简要概述，以及关于获取额外信息和帮助的信息，包括索取其他语言的副本。
- c. 可能向本组织患者提供财务援助的提供者名单。
- d. 申请表。
- e. 本机构的欠款催收政策。

**ii. 此类材料应以多种方式提供，其中包括：**

- a. **网站。** 财务援助政策、财务援助申请表和财务援助政策简明语言摘要均发布于本机构的网站：[cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html)
- b. **电子邮件或纸质副本。** 如需获取本政策所提及任何材料的副本，请致电 323-866-8600 向 Patient Services 提出请求或发送电子邮件至 [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org)
- c. **张贴标牌。** 简明语言摘要应张贴于下列位置：Emergency Department、Admitting Department、任何对公众开放的 Billing Department、集中和分散挂号区及其他门诊区域（包括观察室）。

**iii. 登记和账单通知。** 患者可查看其登记和账单通信，以了解各种信息和通知。例如，请参见本机构的欠款催收政策。

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**所涉部门：**Patient Services****重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

- iv. **通知社区。**本机构应采取各种措施，广泛宣传其财务援助计划，例如向目标社区组织分发信息，或以其他方式提醒社区关注本机构提供的财务援助计划。
- f. **翻译和口译服务。**患者通信应符合本机构的要求。除前述内容之外，本政策下的通知、正式通信和标牌应使用英语以及州和联邦法律要求的其他语言。相关其他语言包括西班牙语、波斯语、俄语、亚美尼亚语、中文、韩语、越南语、阿拉伯语和捷克语。此外，患者可以联系本机构获得口译服务，以使用其他外语和美国手语 (American Sign Language, ASL) 交流和翻译政策相关文件。另外，Patient Services Department 可以应要求提供这些文件副本的大字印刷版和音频版。
- g. **医疗必要性/临床判定。**无论患者的保险或财务状况如何，在对其展开医疗必要性评估时，均将基于临床判断。根据所有适用的州和联邦法律，一旦出现紧急医疗状况，必须先行安排适当的健康体检，并提供必要的稳定服务，之后才能对财务安排展开各项评估。
- h. **退款。**对于患者所支付的超出本政策规定的应付金额部分，本机构将予以报销，包括以百分之十 (10%) 的年利率支付利息。如果应付给患者的金额低于 \$5.00 (或美国国税局规定的此类其他金额)，则本机构无需对患者进行报销或支付利息。本机构应在 30 天内向患者退款。
- i. **催收。**有关催收活动的更多信息，请参见欠款催收政策。
- j. **报告。**本机构将在每隔一年的 1 月 1 日当天或之前或者在本政策有任何更新后的三十 (30) 天内将本政策提交给 HCAI。如果本政策自先前提交政策以来并无重大变更，本组织将在其下一个双年度报告日期的 1 月 1 日之前三十 (30) 天内通知 HCAI。重大变更包括可能影响患者获得折扣付款资格或联邦和州规定的其他保护措施的任何变更。提交给 HCAI 的每份政策均应包含一份证明声明 (见附录 D)，否则将受到作伪证的处罚。此声明具体包括以下内容：(i) 证明提交者经正式授权提交政策。(ii) 所提交的政策是本机构政策的真实无误的副本。

**III. 医院账单投诉计划。**如果患者认为其不应被拒绝财务援助，可以向加利福尼亚州的医院账单投诉计划 (Hospital Bill Complaint Program) 提出投诉。如需了解更多信息或提出投诉，请访问 HCAI 网站或 [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov)。

**IV. 更多帮助。**对于需要帮助支付账单的患者，消费者权益组织可提供免费服务，以帮助患者了解账单和付款流程。如需获取更多信息，患者可致电 888-804-3536 联系 Health Consumer Alliance 或访问 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)。

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**所涉部门：**Patient Services****重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，  
并且可能在文档印刷后进行了修订。

**V. 记录保留。** 本机构可将与患者或担保人所欠款项有关的所有记录保存 5 年，包括但不限于：(a) 与本机构提起的诉讼有关的文件；(b) 本机构将债务转让给第三方的合同和重要相关记录；(c) 至少每年更新一次的个人名单，包括该个人的姓名和联系方式，该个人指：(i) 本机构指派收取医疗债务的收债人员或 (ii) 本机构聘用的代表本机构就患者所欠债务提起诉讼的收债人员。

**VI. 董事会批准和持续审查。** 本政策、欠款催收政策以及对此类政策的所有重大变更必须取得本机构董事会的批准。本机构将定期审查本政策和欠款催收政策以及催收工作的状态，以确保为患者和社区提供理想的服务。然而，只要不与本政策相冲突，管理层可对本政策第 VII 部分确定的附件进行行政变更，且无需董事会批准（例如，语言澄清、为反映本政策实施的操作流程的变更、为遵守适用法律、法规或 IRS 指南的变化而进行的变更、以及为反映最新的联邦贫困线指南的变更）。

**VII. 定义**

- a. **一般收费金额（简称“AGB”）**是指 26 C.F.R. 第 1.501(r)-5(b) 节规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取的急诊或其他医疗必要护理费用。有关本机构如何计算 AGB 的其他信息，请参见本政策的附件 C，此类信息同时已纳入公众可访问的相关文件，文件载于加州 Department of Health Care Access and Information 的网站 ([syfphr.hcai.ca.gov/](http://syfphr.hcai.ca.gov/)) 上。
- b. **申请表**是指本机构的财务援助申请表。
- c. **资产**仅指“货币资产”。其中包括易于转换为现金的资产，例如银行账户和公开交易的股票。退休计划、延期支付计划（根据 IRS 代码，包括合格和不合格）将不予考虑。
- d. **慈善医疗**是指免费护理。
- e. **社区合作伙伴**是指与其他社区机构建立的支持关系，例如 Planned Parenthood 或 Saban Community Clinic。
- f. **折扣付款或优惠付款**是指已减少但非免费的任何护理费用。
- g. **基本生活开支**是指以下任何一项的费用：租金或房屋款项和维修、食物和家庭用品、公用事业和电话、服装、医疗和牙科费用、保险、学校或托儿服务、子女抚养费或配偶赡养费、交通和汽车费，包括保险、汽油和维修、分期付款、洗衣和清洁及其他特殊费用。
- h. **特殊催收行动（简称“ECA”）**是指本机构在尽合理努力确定患者是否有资格获得本政策所规定

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**所涉部门：**Patient Services****重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，并且可能在文档印刷后进行了修订。

的财务援助之前不会采取的催收活动。有关 ECA 的详细说明，请参见《欠款催收政策》。

- i. **联邦贫困线**（简称“FPL”）是美国用于确定贫困程度的衡量标准，Department of Health and Human Services (“DHHS”) 定期发布于网站 ([aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)) 上。
- j. **财务合格患者**是指已向本机构申请财务援助并已填写和提交申请表的患者。申请审查结果表明患者有资格获得财务援助，并且申请已依据本政策而获得批准，或者患者经本组织确定为推定有资格根据本政策获得财务援助。
- k. **财务援助**是指根据本政策向患者提供免费或优惠医疗保健服务的安排。优惠费用通常视付款计划而定，自费患者可自动享受折扣。
- l. **健康储蓄账户**是指由患者或患者家属以税前金额为准建立的任何账户，用于支付患者及其他人员的某些医疗费用。
- m. **高额医疗费用**是指家庭收入超过本机构财务援助门槛的患者的每年自付费用。这些费用包括：  
(1) 患者在本机构下属医院产生的每年自付费用超过患者当前家庭收入或过去 12 个月家庭收入的 10%，以较低者为准；或者 (2) 每年自付费用超过患者家庭收入的 10%，前提是患者已提供患者或患者家属过去 12 个月内所支付患者医疗费用的证明文件；或 (3) 本政策不时规定的较低水平的费用。
- n. **医疗贫困**是指患者无力承担意外高成本护理的相关服务费用，但不符合本政策规定的财务援助资格。
- o. **医疗必要**是指根据公认的医疗实践标准，在为患者进行评估、诊断或治疗时提供的必要且临床上适用的医疗服务，且其主要目的不是为了方便患者或医疗服务提供者。
- p. **自付费用**是指保险或健康保险计划（包括健康储蓄账户）无法报销的任何医疗保健费用。此类费用包括 Medicare 共付额或 Medi-Cal 分摊费用。

**标题：Financial Assistance Policy Financial Assistance Policy**  
**财务援助政策**

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，  
并且可能在文档印刷后进行了修订。

- q. **患者家属**是指：对于年满 18 岁的个人，包括配偶、同居伴侣和未满 21 岁的受抚养子女，无论是否住在家里；对于未满 18 岁的个人或 18 至 20 岁的受抚养子女，包括父母、看护亲属及父母或看护亲属的其他未满 21 岁的受抚养子女；或任何年龄的残障人士。
- r. **付款计划**是指本机构与患者之间达成的协议，根据该协议，由本机构向患者提供以月结方式还清欠款的机会，且每月费用不超过患者家庭收入的 10%（基本生活开支的扣减额除外）。
- s. **保额不足**是指患者有健康保险，但由于高额保费或自付费用而无法支付其费用份额。
- t. **未投保**是指患者未通过私人健康保险公司、Medicare、Medicaid 或其他政府资助计划而获得健康保险承保。

**VII. 参考文件。**制定本政策时参考的州和联邦法律包括但不限于：

- a. 美国《国内税收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)(3) 节。
- b. 《加州健康与安全法典》(California Health & Safety Code) 第 127400-127462 节（医院公平定价政策和急诊医师公平定价政策）。
- c. 加州议会第 1020 号法案：医疗保健欠款和公平计费。
- d. 加州议会第 532 号法案：公平账单政策。
- e. Department of Health and Human Services 总办公室（Office of General, 简称“OIG”）关于向无保险和保额不足患者提供财务援助的指南，以及 IRS 法规。
- f. 有关上述任何内容的任何实施条例和机构指南。

标题：Financial Assistance Policy **Financial Assistance Policy**  
财务援助政策

所涉部门：Patient Services

**重要通知：**

本文档的正式版本包含于政策和程序管理器 (Policy and Procedure Manager, PPM) 中，  
并且可能在文档印刷后进行了修订。

**VIII.附件清单**

- A. 财务援助政策摘要 - 简明语言摘要
- B. 慈善医疗的财政援助或联邦贫困指南的折扣付款
- C. 一般收费金额
- D. 认证声明

**历史记录：**

**初始发行：2003 年 5 月 1 日**

**政策版本生效日期：2025 年 1 月 1 日**

**最后审查日期：2024 年 1 月 1 日**

## **Attachment A**

### **Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary**

As part of our mission, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation, Huntington Hospital, and Huntington Health Physicians (each separately, the “Organization”) are committed to providing access to quality healthcare for the community and treating all of our patients with dignity, compassion and respect. This includes providing services without charge, or at significantly discounted prices, to eligible patients who cannot afford to pay for care as provided by our financial assistance policy (the “Policy”). We also offer our patients a variety of options to meet their financial needs, even if they do not qualify for assistance. This document is our plain language summary (the “Summary”) of the Policy.

#### **Help paying your bill**

Charity Care will be made available to patients receiving medically necessary procedures and whose income is at or below 400% of the current year’s federal poverty level (FPL). Patients whose income ranges between 401%–600 % of the FPL also qualify for a Discount Payment, using a sliding scale based on family size, income level and insurance status. Patients scheduled as elective inpatients, scheduled as non-emergent outpatients or for follow-up care following discharge require the prior approval by the vice president, Finance and Chief Revenue Cycle Officer or their designee. If a patient does not qualify for entirely free services but is eligible for a discount under the Policy, the patient will not be charged more than amounts generally billed by the Organization for emergency or other medically necessary care.

#### **Physicians and services**

The Policy only applies to services provided by the Organization and by: faculty physicians in their capacity as faculty, CSMCF and Huntington Health physicians including physicians employed by medical groups that have a professional services agreement with them, and the Cedars-Sinai emergency physicians. Emergency physicians at Organization hospitals other than Cedars-Sinai who provide emergency medical services are required by law to provide discounts to uninsured patients or patients with high medical costs who are at or below 400 percent of the federal poverty level.

#### **How to apply**

Patients seeking free or discounted care under the Policy will need to complete a financial assistance application (the “Application”) and submit any required documentation. The Application and documentation will go through a review process by the Organization.

Free copies of this Summary, the Policy or the Application are available in English, Spanish, Farsi, Russian, Armenian, Chinese, Korean, Vietnamese, Arabic or Czech. To request copies or to get additional information, including questions on the financial assistance process, you may:

- Ask representatives at the registration or admissions desks.



- Call Patient Services at 323-866-8600.
- Visit the Organization's website at [cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html)

If you have a disability and need an accessible alternative format for the above materials or if you speak another language than those listed, please contact Patient Services and they can offer you an alternative format or connect you with our Interpreter Services department for further assistance.

### **Arrangements for self-pay**

Patients who do not qualify for free or discounted care under the Policy may find other programs of the Organization helpful. Patients who lack insurance may receive a substantial discount, similar to the discounts we provide to managed-care insurance plans for eligible services.

### **Regulatory notice for collections**

We do refer some delinquent accounts to third-party collection agencies. These agencies must follow all California and federal laws as well as comply with the Organization's policies and procedures. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by phone at 877-FTC-HELP (877-382-4357). In the event your account is referred to a collection agency and you experience problems, contact our Patient Services for support at 323-866-8600.

### **Protections for surprise medical bills.**

All patients are afforded protections against surprise medical bills. Please see the "Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills" on our website or ask for a copy.

- Cedars-Sinai: [cedars-sinai.org/programs/support-services/patient-rights.html](https://cedars-sinai.org/programs/support-services/patient-rights.html)
- Huntington Health: [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies/](https://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies/)

### **Hospital Bill Complaint Program**

If you believe you were wrongly denied financial assistance, you may file a complaint with the State of California's Hospital Bill Complaint Program. Go to [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) for more information and to file a complaint.

### **More Help**

Help paying your bill – There are free consumer advocacy organizations that will help you understand the billing and payment process. You may call the Health Consumer Alliance at 888-804-3536 or go to [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) for more information.

### **Additional resources and information:**

- Patients may be eligible for government assistance programs, such as Medi-Cal or subsidized coverage through Covered California. The Patient Financial Advocate ("PFA") office has onsite staff to answer patient questions and provide assistance with applying for these programs. The PFA office can be contacted at 310-423-5071.
- For questions regarding commercial health insurance, call 1-800-CEDARS1 or 800-233-2771.



- For information on the Organization's pricing and tool for shoppable services, visit the website [mycslink.cedars-sinai.org/mycslink/GuestEstimates/](https://mycslink.cedars-sinai.org/mycslink/GuestEstimates/)

### Attachment A (Continued)

Financial Assistance Tagline Sheet
<p><b>English:</b> ATTENTION: If you need help in your language, call 323-866-8600 or visit the PFA office, 8 a.m.-4:30 p.m., Monday through Friday, at 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Aids and services for people with disabilities, like documents in large print or audio are also available. These services are free.</p>
<p><b>Spanish:</b> ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 323-866-8600 o visite la oficina de PFA, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m., de lunes a viernes, en 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. También hay ayuda y servicios disponibles para personas con discapacidades, como documentos con letra grande o en audio. Estos servicios son gratuitos.</p>
<p><b>Chinese-Simplified:</b> 注意：如果您需要以您的语言获得帮助，请致电 323-866-8600 或造访 PFA 办公室，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30，地址为 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048。我们还为残障人士提供援助和服务，例如大字体文件或音频。这些服务均为免费。</p>
<p><b>Vietnamese:</b> CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi 323-866-8600 hoặc đến tại văn phòng PFA, 8 sáng – 4:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, tại địa chỉ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Các trợ cụ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu ở dạng chữ in khổ lớn hoặc tệp âm thanh cũng có sẵn. Các dịch vụ này được miễn phí.</p>
<p><b>Tagalog:</b> PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 323-866-8600 o bisitahin ang tanggapan ng PFA, 8 a.m.-4:30 p.m., Lunes hanggang Biyernes, sa 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nakasulat sa malalaking titik o naka-audio. Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.</p>
<p><b>Korean:</b> 참고 사항: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 월요일부터 금요일 오전 8시~오후 4시 30분에 전화 323-866-8600번으로 연락하시거나 PFA 사무실을 방문해 주십시오. 주소는 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048입니다. 큰 활자 또는 오디오 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 해당 서비스는 무료입니다.</p>
<p><b>Armenian:</b> ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, զանգահարեք 323-866-8600 հեռախոսահամարով կամ այցելեք PFA-ի գրասենյակը, 8:00-ից-16:30, երկուշաբթիից ուրբաթ, այս հասցեով՝ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048: Հաշմանդամների համար տրամադրելի են կաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված կոլուրեր: Այս ծառայություններն անվճար են:</p>
<p><b>Farsi:</b> توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خود دارید، با 323-866-8600 تماس بگیرید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 عصر به دفتر PFA به نشانی 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مراجعه کنید. کمک‌ها و خدماتی، مانند اسناد با چاپ درشت یا در قالب صوتی، نیز برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. این خدمات رایگان هستند.</p>
<p><b>Russian:</b> ВНИМАНИЕ: если вам нужна помощь на русском языке, позвоните по номеру 323-866-8600 или посетите отдел помощи пациентам по финансовым вопросам (PFA) по адресу 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. График работы отдела: с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:30. Лицам с ограниченными возможностями бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, например документы, напечатанные крупным шрифтом, или в аудиоформате.</p>

### Attachment A (Continued)

<p><b>Japanese:</b> 注意事項: 言語サポートが必要な場合は、323-866-8600までお電話いただくか、PFA事務所 (8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048) までお越しください。月曜日から金曜日の午前8時から午後4時30分までです。大きな活字の文書や音声など、障害のある人向けの支援やサービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料です。</p>
<p><b>Arabic:</b> تتيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 323-866-8600 أو تقصّل زيارة مكتب المحامي المالي للمرضى (PFA)، من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، في العنوان التالي: 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات لذوي الإعاقة، مثل المستندات المطبوعة بحروف كبيرة أو الملفات الصوتية. هذه الخدمات مجانية.</p>
<p><b>Punjabi:</b> ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 323-866-8600 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 ਵਿਖੇ PFA ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਜਾਓ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।</p>
<p><b>Mon-Khmer Cambodian:</b> យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរឬសំបូក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 323-866-8600 ឬទៅការិយាល័យទីប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ និងត្រួតពិនិត្យ (PFA) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 រាត្រីស្អែក ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៏មាន ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីយ៉ូផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។</p>
<p><b>Hmong:</b> DAIM NTAWV CEEB TOOM: Yog tias koi xay tau kev pab ua koi hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw hauj lwm PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnub Monday txog hnub Friday, ntagwm 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Dhau ntawv lawm kuj tseem muaj kev pab cuam thiab cov cuab yeej pab rau cov neeg uas muaj kev xiam oob ghab. xws li cov ntawv luam ua tus ntawv loj los sis muaj kaw ua suab lus thiab. Cov kev pab cuam no yog pab dawb.</p>
<p><b>Hindi:</b> ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 323-866-8600 पर कॉल करें या PFA कार्यालय, सुबह 8 बजे से शाम 4:30 बजे, सोमवार से शुक्रवार, 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 पर जाएँ। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ या ऑडियो भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।</p>
<p><b>Thai:</b> ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรดโทร 323-866-8600 หรือไปตั้งสำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็มิใช่เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย</p>

**附件 B**  
**慈善医疗的财政援助或**  
**联邦贫困线指南的折扣付款**

如需查找联邦贫困线百分比（简称“FPL %”）以及按家庭规模范围划分的最新年薪金额，请访问本机构的网站 <https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html>

本机构使用以下联邦贫困线（简称“FPL”）和保险指南以确定折扣：

	慈善医疗福利	折扣付款			
FPL %	400%	450%	500%	550%	600%
无保险	100%	95%	90%	85%	85%
保额不足	100%	90%	80%	70%	60%

**说明示例：**

如果您是三口之家，年薪等于或低于 FPL 的 500%，则么您将有资格获得以下任何一项：

- 未投保折扣 90% - 针对无保险计划的患者
- 保额不足折扣 80% - 针对有健康保险，但由于高额保费或自付费用而无法支付其费用份额的患者。

如需查看联邦贫困线指南，请访问 [aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)。

## 附件 C 一般收费金额

一般收费金额（简称“AGB”）是指 26 CFR §1.501(r)-5(b) 规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取急诊或其他医疗必要护理的费用。

本机构将使用回溯法：

- 采用平均 Medicare 和商业住院报销率，以确定向合格住院患者收取的最高金额。为进一步造福合格住院患者，本机构将使用 AGB 或 Medicare MS-DRG 报销金额中的较低者，以确定合格患者的责任。
- 采用平均 Medicare 和商业门诊报销率，以确定向合格门诊患者收取的最高金额。
- 采用平均 Medicare 和商业急诊室报销率，以确定向合格急诊室患者收取的最高金额。

住院部、门诊部和急诊室报销率至少每年采用过去 12 个月内最近关闭的 Medicare 账户计算一次。如需查找每年更新的 AGB 百分比，请访问本机构网站 [cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html)。

**附件 D**  
**证明声明**

本政策及其附件将提交给 Department of Health Care Access and Information (HCAI)。另外，本政策还会在本机构网站上进行公布。

本机构证明以下内容属实，如若不然，甘受伪证罪处罚：

1. 提交政策的个人经正式授权代表本机构提交政策。
2. 所提交的政策为真实无误的副本，并附有本证明。

DocuSigned by:  
*Lisa Maqueira*  
56A5E2AB375D487...

\_\_\_\_\_  
Lisa Maqueira  
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

11/6/2024

\_\_\_\_\_  
Date