

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

I. هدف

a. Cedars-Sinai's پزشکیان، Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital، Cedars-Sinai Medical Center Emergency Department که وابسته به Community Urgent Care Medical Group, Inc هستند، همچنین پزشکیان عضو هیئت علمی Cedars-Sinai در جایگاه هیئت علمی، یا پزشکیان استخدامی توسط Cedars-Sinai Medical Care Foundation («CSMCF») یا گروه‌های پزشکی که توافق‌نامه انحصاری خدمات تخصصی با CSMCF (در مجموع «سازمان») دارند، متعهد می‌شوند بر اساس اصول زیر به همه نیازهای درمانی بیماران انجمن رسیدگی کنند:

- i. برخورد برابر و عادلانه، با حفظ شأن افراد، همراه با احترام و دلسوزی؛
- ii. برطرف کردن نیازهای سلامت اورژانسی بدون توجه به توانایی بیمار در پرداخت هزینه؛ و
- iii. کمک به بیمارانی که نمی‌توانند کل یا بخشی از هزینه درمان دریافتی‌شان را پرداخت کنند.

b. این بیمه‌نامه نشان می‌دهد سازمان با کمک به تأمین نیازهای بیماران کم‌درآمد و بدون بیمه و بیمارانی که بیمه مناسبی ندارند، به هدف کاری، دیدگاه، و اصول کاری ما متعهد است. بخشی از پایبندی به این تعهد توسط سازمان، ارائه خدمات پزشکی ضروری به صورت رایگان یا با هزینه کم به بیمارانی است که طبق الزامات این بیمه‌نامه، از شرایط لازم برخوردار باشند.

c. دستورالعمل‌هایی در این بیمه‌نامه ارائه شده است تا بیمارانی که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند شناسایی شوند، و معیارهایی برای بررسی صلاحیت بیماران برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته شده است.

II. سیاست

a. **تعریف واژه‌ها:** برای مشاهده توضیح واژه‌های به کار رفته در این سیاست، به بخش «تعریف واژه‌ها» در پایان این بیمه‌نامه، یا در اولین باری که از این سند استفاده می‌کنید مراجعه کنید.

b. **موارد تحت پوشش این سیاست.** فقط خدماتی که مستقیماً توسط سازمان ارائه می‌شوند تحت پوشش این سیاست قرار خواهند گرفت.

c. **مراکز درمانی، پزشکیان، و سایر ارائه‌دهندگانی که تحت پوشش این سیاست نیستند ممکن است سیاست کمک مالی جداگانه‌ای داشته باشند.** اعضای انجمن که جزء پرسنل پزشکی سازمان هستند (یعنی ارائه‌کنندگانی که بخشی از سازمان نیستند) نیز ممکن است بتوانند کمک مالی را در دسترس بیمارانشان قرار دهند. سازمان در وبسایت خود، لیستی از اطلاعات خود درباره این پزشکیان را در دسترس قرار داده است که آیا پزشکیان (یا گروه پزشکی آنها) این خدمات را ارائه می‌کنند یا نه: (i) ارائه تخفیف‌های معادل نرخ‌های حرفه‌ای پزشکیان برای بیماران کم‌درآمد فاقد بیمه بر اساس معیارهای مقرر در این سیاست؛ (ii) پذیرفتن تصمیم سازمان نسبت به واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی (iii) پیروی از تمام قوانین و مقررات و احکام قابل اجرای فدرال، ایالتی و محلی مربوط به وصول حساب‌های بدهکار مشتریان. سازمان در قبال اجرای برنامه‌های کمک مالی توسط این پزشکیان یا اقدامات آنها در صدور صورت‌حساب مسئولیتی نخواهد داشت.

d. معیارهای واجد شرایط بودن

iv. **کمک مالی.** کمک مالی کامل به بیمارانی ارائه می‌شود که درآمد و دارایی خانواده آنها برابر یا کمتر از 400 درصد خط فقر فدرال در سال جاری باشد. بیمارانی که درآمد آنها بین 401 تا 600 از خط فقر فدرال است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. هرچند که دارایی‌ها در فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») عنوان شده است، اما در تعیین شرایط لازم برای دریافت تخفیف لحاظ نخواهند شد. پیوست B همان فرم درخواست است و در پیوست C انواع کمک‌های مالی از طرف سازمان عنوان شده است.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

- v. **ارائه خدمات به بیماران قبل از ارائه خدمات (خدمات درمانی اختیاری/غیراورژانسی).** بیمارانی که قرار است به صورت اختیاری بستری شوند یا به صورت سرپایی و غیراورژانسی پذیرش شوند برای دریافت کمک مالی باید ابتدا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند تأیید می‌شوند. کمک مالی برای خدمات پزشکی اختیاری و خدمات درمانی فالوآپ (پیگیری) پس از ترخیص صرفاً برای بیمارانی است که در محدوده خدماتی سازمان زندگی کنند، یا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. سازمان از این حق برخوردار است که با توجه به نیاز سازمان به تخصیص منطقی منابع مالی و بالینی در آینده در رابطه با مراقبت‌های غیر اورژانسی پیشنهادی بیمار و سایر مراقبت‌های پزشکی اما ضروری، کمک مالی ارائه نکند.
- vi. **سایر منابع مالی و همکاری‌های لازم از طرف بیمار.** بیمارانی که بر اساس این سیاست برای دریافت کمک مالی تأیید شده‌اند موافقت می‌کنند که همواره برای دریافت بازپرداخت از منابع شخص ثالث در قبال هزینه خدمات سازمان همکاری لازم را داشته باشند. نمونه‌ای از این منابع عبارتند از صندوق‌های کمک به قربانیان جرائم کالیفرنیا (California Victims of Crime fund)، برنامه County Trauma، برنامه Medi-Cal و طرح‌های سلامت که از طریق طرح «تبادل مزایای سلامت کالیفرنیا» (California Health Benefit Exchange) پوشش بیمه ارائه می‌کنند. درخواست بیمار برای دریافت پوشش بیمه از اشخاص ثالث برای تأمین هزینه‌های پزشکی مانع تعیین صلاحیت بیمار برای دریافت کمک مالی طبق این سیاست نمی‌شود. به‌عنوان یکی از شرایط برخوردارگی از کمک مالی، بیمار موظف است بنا به اقتضا و در موارد مناسب، برای دریافت پوشش از برنامه‌های Healthy Families، Medi-Cal و County Trauma از طریق طرح تبادل (Exchange) درخواست دهد. شرط بالا همچنین برای بیمارانی که خارج از ایالت ساکن هستند و فرم درخواست آنها برای Medicaid در ایالت خودشان ارائه شده است اعمال خواهد شد.
- سازمان افراد را به نهادهای محلی شهرستان از جمله Covered California، Healthy Families، Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها به نحو مناسب ارجاع می‌دهد تا واجد شرایط بودن احتمالی آنها تعیین شود.
- سازمان حق دارد برای بیمه‌گذاران ثالثی که برای بیمار پوشش بیمه فراهم می‌کنند، از جمله هر طرف ثالث دارای مسئولیت، صورت حساب صادر کند حتی اگر سازمان طبق این بیمه‌نامه، از کل مبلغ صورت حساب بیمار یا بخشی از آن صرف نظر کرده باشد، بیمه‌گذاران سلامت و طرح‌های سلامت مجاز نیستند بازپرداخت خود را درباره مطالبه‌ای که نزد سازمان مطرح شده است کاهش دهند.
- vii. **بیماران آزاد (افرادی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند).** سازمان بر اساس تجربه‌های قبلی و شرایط فعلی بیمه این‌طور در نظر می‌گیرد که بیماران فاقد بیمه قادر به پرداخت هزینه بیمه نیستند. سازمان این‌طور در نظر می‌گیرد که این بیماران واجد شرایط برنامه‌های کمک مالی هستند و کمک‌های زیر را در دسترس این بیماران قرار می‌دهد، مگر اینکه بیمار برای خدمات ارائه شده توسط سازمان اقدامات دیگری انجام دهد: این مبلغ تخفیف که در صورت حساب بیمار آورده نشده به نوعی خدمات خیریه بلاعوض است که توسط سازمان گزارش خواهد شد و این کار در چارچوب دستورالعمل‌های مقرر در فصل 2-15 بخش 4012 از «راهنمای بازپرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز Medicare و Medicaid» صورت خواهد گرفت.
1. برای بیمارانی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند به‌طور خودکار صورت حساب صادر می‌شود و تخفیف به این صورت لحاظ می‌شود: کل هزینه‌ها ضربدر درصد AGB (مبالغ کلی صورت حساب) سازمان برای خدمات بیماران بستری، خدمات بخش اورژانس یا خدمات سرپایی غیر اورژانسی.
 2. بیماران آزاد بدون ارائه فرم درخواست، از این تخفیف‌ها برخوردار می‌شوند. اقدامات پزشکی اختیاری شامل این کمک مالی نمی‌شوند، مگر اینکه توافق خاصی بین سازمان و بیمار صورت گیرد.
- viii. **بیماران نیازمند از لحاظ پزشکی (که در غیر این صورت واجد شرایط نباشند).** بیمارانی که از لحاظ پزشکی نیازمند هستند؛ ولی طبق این بیمه‌نامه واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند، همچنان می‌توانند طبق روال مطرح شده در این بیمه‌نامه، تقاضای کمک مالی دهند. تقاضا برای کمک مالی به‌خاطر «نیازمند بودن از نظر پزشکی» باید به صلاحدید معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد و از طرف آنها تأیید شود.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

e. مدیریت کمک مالی. سازمان از یک فرم درخواست تک‌منظوره برای هر بیمار برای درخواست کمک مالی استفاده می‌کند. در این روال به هر بیمار فرصت داده می‌شود حداکثر کمک مالی را که واجد شرایطش باشد دریافت کند. هر بیماری که برای دریافت کمک مالی درخواست کند باید یک فرم درخواست ارائه کند.

i. شروع روند درخواست کمک مالی. بیمار یا هر کدام از پرسنل سازمان می‌تواند از طریق شماره 310-423-5071 یا ارسال ایمیل به آدرس patient.billing@cshs.org با مشاورین مالی بیمار تماس بگیرد و روند درخواست را شروع کند. این روند شامل مراحل زیر است:

1. فرم درخواست به همراه فرم درخواست Medi-Cal و اطلاعاتی درباره مشاوره مالی در اختیار بیمار قرار داده می‌شود.
2. افراد متقاضی می‌توانند به آدرس Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room 1740 مراجعه کنند تا مشاورین مالی بیمار در تکمیل فرم‌ها به آن‌ها کمک کنند.
3. فرم درخواست را می‌توانید شفاهی با کمک پرسنل سازمان تکمیل کنید، اما بیمار یا نماینده او باید فرم درخواست را امضا کند.

ii. بررسی فرم درخواست

1. تعیین واجد شرایط بودن. دستورالعمل‌های تعیین واجد شرایط بودن با استفاده از خط فقر کنونی فدرال به عنوان مقیاس سنجش واجد شرایط بودن محاسبه می‌شود.
2. تعیین واجد شرایط بودن توسط شرکت‌های وابسته و شرکای محلی مورد تأیید. بیمارانی که فرم درخواست کمک مالی آن‌ها اخیراً توسط بعضی شرکت‌های وابسته یا شرکای محلی سازمان تأیید شده است، ممکن است به صلاحدید سازمان و به صورت فوری تأیید شوند. اگر امکان این نوع تأیید سریع وجود داشته باشد، سازمان به بیمارانش راهنمایی می‌کند تا برای چنین کمک‌های مالی درخواست دهند.
3. دارایی‌ها. لحاظ کردن دارایی‌ها در تصمیم‌گیری نسبت به واجد شرایط بودن بیمار محدود به مواردی است که در این سیاست تعریف شده باشند.
4. درآمد. درآمد دوره‌های جزئی (ناکامل) باید با استفاده از داده‌های سالیانه در فرم‌های مربوطه وارد شود.
5. مبالغ کسر شده. سایر تعهدات مالی از جمله مخارج زندگی و سایر اقلام منطقی و لازم در نظر گرفته خواهند شد.
6. حداکثر هزینه‌ای که بیمار شخصاً پرداخت می‌کند. هرگونه مبلغ پرداختی توسط بیمار برای خدمات تحت پوشش این بیمه‌نامه باید کمتر از مبالغ کلی صورت حساب باشد.
7. ارزیابی مجدد. در شرایط زیر، واجد شرایط بودن ممکن است مجدداً توسط سازمان ارزیابی شود:

a. تغییر درآمد بیمار.

b. تغییر تعداد نفرات خانواده بیمار.

c. اگر مشخص شود هر بخشی از فرم درخواست کمک مالی نادرست یا گمراه‌کننده بوده است، کمک مالی اولیه ممکن است باتوجهبه این مسئله به صورت عطف به ماسبق لغو شود.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

iii.

ارسال اسناد لازم. سازمان اسناد مختلفی را از بیمارانی که برای کمک مالی اقدام می کند درخواست می کند تا بررسی کند و اجد شرایط هستند یا خیر. این مدارک ممکن است شامل موارد زیر باشند؛ ولی محدود به آنها نمی شود:

1. فرم درخواست تکمیل شده.

2. مدارک مربوط به درآمد می تواند شامل موارد زیر باشد:

- a. فیش حقوقی دوره جاری،
- b. اظهارنامه مالیات بر درآمد سال قبل، یا
- c. توضیح کتبی.

3. مدارک مربوط به دارایی ها می تواند شامل موارد زیر باشد:

- a. کپی صورت حساب بانکی ماه قبل (تمام صفحات)،
- b. صورت حساب های بازار مالی،
- c. سهام،
- d. اوراق قرضه،
- e. گواهی های سپرده،
- f. حساب های معاملاتی (به جز مدارک مربوط به طرح های بازنشستگی، طرح های غرامت معوقه (هم مواردی که طبق مقررات IRS واجد شرایط هستند و هم مواردی که فاقد شرایط هستند))، و
- g. فیش حقوق بیکاری، مزایای سوشال سکیوریتی، یا از کار افتادگی.

iv.

ارسال فرم درخواست تکمیل شده. اگر بیمار در طول دوره درخواست فرم تکمیل شده درخواست را ارسال کند، سازمان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

1. بلافاصله کلیه اقدامات منطقی ممکن را برای لغو یا به تعویق انداختن اقدامات فوق العاده در وصول بدهی های بیمار برای دریافت هزینه خدمات مراقبتی مربوطه انجام می دهد. بعضی از این اقدامات منطقی به طور کلی عبارتند از درخواست از شرکت های دریافت بدهی برای توقف اقداماتشان برای دریافت بدهی از بیمار، اقداماتی برای رفع هرگونه اتهام از بیمار، برداشتن مالیات یا وثیقه از املاک بیمار و حذف کردن اطلاعات سوء از گزارش سابقه اعتباری بیمار که به سازمان های گزارش سو پیشینه مشتریان یا دفتر اعتبارسنجی گزارش شده است، ولی به اینها محدود نمی شوند.

2. تعیین واجد شرایط بودن فرد، یا بررسی درخواست های ناقص و اطلاع رسانی در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در زمان منطقی.

3. در صورتی که بیمار واجد شرایط باشد فوراً به صورت کتبی به او اطلاع می دهد، همچنین در صورت امکان درباره دلایل واجد شرایط بودن و اینکه تصمیم گیری بر چه اساسی انجام شده است اطلاع رسانی می شود.

4. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، سازمان باید به صورت کتبی به او اطلاع دهد، همچنین درباره کمک مالی موجود، دلایل تصمیم گیری، و تاریخ ارائه خدمات اطلاع رسانی شود.

- a. اگر مسئولیتی شامل حال بیمار نشود، نیاز به انجام هیچ کاری نیست به جز اینکه مبالغ پرداختی طبق توضیحات بخش «بازپرداخت ها» در این بیمه نامه بازپرداخت شوند. اگر مبلغی به عنوان بدهی باقی مانده باشد، سازمان باید به صورت کتبی درباره بدهی مربوط به هزینه خدمات و اینکه چطور می تواند اطلاعات بیشتری درباره حساب دریافت کند به بیمار اطلاع دهد.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

b. بعد از تأیید کمک مالی و در طول دوره تأیید، برای هزینه خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی ضروری پزشکی، مبلغی بیش از مبلغ کلی صورت حساب (AGB) از بیمار دریافت نخواهد شد.

c. تأیید واجد شرایط بودن بیمار فقط توسط افرادی انجام می‌شود که به‌طور ویژه از طرف سازمان مجاز باشند. این فرد در حال حاضر معاونت، مسئول امور مالی و مسئول چرخه درآمد اصلی، یا نمایندگان این افراد است.

v. **بیمارانی که اطلاعاتشان برای تکمیل فرم درخواست محدود است.** اگر اطلاعات مالی بیمار در اختیار سازمان قرار نگیرد، این امر مانع از واجد شرایط بودن او برای دریافت کمک مالی نمی‌شود. در ارزیابی تمام عوامل مربوط به شرایط بالینی، شخصی و آماری بیمار و مدارک دیگر (از جمله اطلاعاتی که ممکن است توسط سایر سازمان‌های خیریه ارائه شود)، سازمان ممکن است باتوجه به فرضیات منطقی در خصوص درآمد بیمار، او را واجد شرایط کمک مالی کامل یا جزئی تعیین کند.

vi. **فرم درخواست ناقص.** اگر بیمار فرم درخواست را ناقص ارسال کند، سازمان باید فوراً اعلامیه کتبی برای بیمار ارسال کند و توضیح دهد که اطلاعات بیشتر و یا مدارک خاصی برای درخواست لازم است، و همچنین اطلاعات تماس و روند ارائه درخواست را توضیح دهد. اگر بیمار فرم درخواست را با اطلاعات مورد نیاز در طول دوره ارائه درخواست تکمیل کند (یا در مدتی طولانی‌تر که توسط سازمان تعیین شده است)، این درخواست کامل محسوب می‌شود.

vii. **فرم درخواست ناقص پر شده است.** اگر بیماری که فرم درخواست را در طول دوره ارائه درخواست به‌صورت ناقص ارسال کرده است در مدت زمان تعیین شده برای پاسخ‌دهی به درخواست ارائه اطلاعات و/یا اسناد بیشتر نسبت به ارسال فرم درخواست تکمیل شده اقدام کند، در این صورت چنین در نظر گرفته می‌شود که فرم تکمیل شده را ارسال کرده است و سازمان تلاش‌های معقول را انجام خواهد داد تا واجد شرایط بودن بیمار را تعیین کند، البته تنها در صورتی که طبق این بیمه‌نامه و در رابطه با درخواست‌های تکمیل شده مراحل دیگر را اجرا کند.

viii. **قانون مقابله با سوءاستفاده برای درخواست‌هایی که حاوی اطلاعات متناقض هستند.** سازمان بر اساس اطلاعاتی که معتقد است غیر قابل اتکا یا نادرست هستند یا اطلاعاتی که با مجبور کردن بیمار یا با به‌کار بردن روش‌های زورگویانه دریافت شده‌اند، تعیین نخواهد کرد که یک بیمار برای کمک مالی واجد شرایط نیست. یک روش زورگویانه، عبارت است از امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی اورژانسی به بیمار یا تأخیر در ارائه چنین مراقبت‌هایی، تا زمانی که بیمار اطلاعات مورد نیاز برای تعیین صلاحیت برخورداری از کمک مالی مختص مراقبت‌های مذکور را ارائه کند.

ix. **رسیدگی به فرم درخواست‌های تکمیل نشده.** اگر بیمار اسناد منطقی و ضروری را ارائه نکند، ممکن است سازمان در تصمیم‌گیری برای تعیین واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی این مسئله را لحاظ کند. اما در هر صورت سازمان با کمک اطلاعات موجود، بهترین تصمیم‌گیری را به‌صورت منطقی انجام خواهد داد.

x. **واجد شرایط بودن احتمالی.** سازمان ممکن است بر اساس اطلاعات بدست‌آمده و ارزیابی شده تعیین کند که بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی برای خدمات فعلی است، بدون اینکه انتظار داشته باشد بیمار کلیه اطلاعاتی را که در روند معمول درخواست نیاز است ارائه کند، یا اینکه نداشتن بیمه سلامت را در نظر بگیرد. تصمیم‌گیری سازمان ممکن است مبتنی بر تصمیم قبلی سازمان، اطلاعات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده دیگر بیمار، یا ارزیابی کلی از اطلاعات در دسترس پرسنل سازمان باشد. در این موارد سازمان باید این اقدامات را انجام دهد: (c) مبنای تعیین واجد شرایط بودن احتمالی و روشی که بیمار می‌تواند کمک مالی بیشتری را طبق این بیمه‌نامه درخواست کند به بیمار اطلاع دهد؛ (b) صد و بیست (120) روز به بیمار فرصت دهد که تقاضای کمک بیشتر کند؛ و اگر بیمار فرم درخواست تکمیل شده ارائه دهد و درخواست کمک بیشتر داشته باشد، تعیین کند که آیا بیمار واجد شرایط تخفیف بیشتر است یا خیر، و ضمناً طبق این بیمه‌نامه، سایر اقدامات لازم را در خصوص فرم درخواست‌های تکمیل شده انجام دهد. بیمار ان آزاد که تخفیف‌های مشروح در این بیمه‌نامه را دریافت می‌کنند، چنین اطلاعاتی را در قالب «خلاصه به زبان ساده» (به پیوست A مراجعه کنید) با چاپ روی صورت حسابشان دریافت خواهند کرد.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

- x.i. انصراف بیمار باعث لغو تعهدات سازمان در انجام اقدامات منطقی برای تعیین صلاحیت نمی‌شود. دریافت انصراف شفاهی یا کتبی از بیمار از جمله بیانیه‌ای امضا شده که نشان دهد بیمار تمایلی به تقاضا برای دریافت کمک مالی تحت این بیمه‌نامه یا دریافت اطلاعات طبق این بیمه‌نامه ندارد به‌تنهایی دلیلی برای رد صلاحیت بیمار نیست. همچنین چنین انصراف‌هایی لزوم انجام اقدامات منطقی در تعیین واجد شرایط بودن بیمار را قبل از روی آوردن به اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) از بین نخواهد برد.
- x.ii. طرح‌های پرداخت. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شود و بدهی داشته باشد، می‌تواند بدهی را از طریق طرح پرداخت زمانبندی شده دوره‌ای پرداخت کند. سازمان درباره گزینه‌های طرح به بیمار اطلاع می‌دهد و طرح پرداخت دوره‌ای را تعیین می‌کند که به‌طور کلی بیشتر از دوازده (12) ماه نیستند و سود به آنها تعلق نمی‌گیرد.
- x.iii. حل و فصل کردن اختلاف. در صورت بروز اختلافی درباره تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی، بیمار می‌تواند درخواست تجدید نظری را به‌صورت کتبی برای بررسی مجدد توسط سازمان ارسال کند. در درخواست کتبی باید درباره دلیل منطقی اختلاف‌نظر توضیح داده شود و هرگونه سند تأییدکننده نیز ارائه شود. مدیر اقدامات و خدمات مشتریان در سازمان سریعاً درخواست تجدیدنظر را بررسی می‌کند و تصمیم کتبی را به بیمار اطلاع خواهد داد. اگر بیمار معتقد باشد که بعد از تجدید نظر اول همچنان اختلاف برطرف نشده است، می‌تواند به‌صورت کتبی درخواست بررسی توسط معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی سازمان، یا نمایندگان این افراد را ارائه کند، که این افراد نیز بعد از بررسی، تصمیم نهایی را به‌صورت کتبی ارائه خواهند کرد.
- x.iv. محرمانه بودن اطلاعات فرم درخواست. سازمان باید تمام اطلاعات دریافتی از بیمارانی را که متقاضی تعیین صلاحیتشان طبق سیاست جاری هستند، در قالب اطلاعات محرمانه حفظ کند. اطلاعات مربوط به دارایی‌ها که به عنوان بخشی از روند درخواست و تأیید بدهست می‌آید باید در پرونده‌ای جدا از اطلاعاتی نگهداری شود که ممکن است در وصول مبالغ بستانکاری از آنها استفاده شود.
- x.v. دوره تکمیل درخواست («دوره ارائه درخواست»). بیمارانی برای تکمیل درخواستشان دویست و چهل (240) روز فرصت دارند. دوره ارائه درخواست از تاریخ ارائه خدمات مشمول درخواست برای اولین بار شروع می‌شود (اگر چند تاریخ ارائه خدمات دارید، از تاریخ شروع آخرین دوره درمان استفاده کنید).

d. مدت‌زمان/دوره

- a. کمک مالی اولیه برای بیمارانی واجد شرایط از لحاظ مالی برای یک دوره شش (6) ماهه از تاریخ تکمیل درخواست معتبر است. ارزیابی مجدد وضعیت صلاحیت بیمار پس از پایان دوره تأیید اولیه ممکن است به درخواست خود بیمار انجام شود. با انتخاب سازمان، یک دوره تأیید شش (6) ماهه جدید ممکن است بدون نیاز به ارائه فرم درخواست جدید تأیید شود. پس از دوازده (12) ماه، یک فرم درخواست جدید باید توسط بیمار تکمیل شود. از تاریخ تأیید درخواست نهایی، حساب‌های باز و واجد شرایط بر اساس سطح کمک اعطا شده به کمک مالی حذف می‌شوند. بر اساس یک مبنای روبه‌جلو، حساب‌های واجد شرایط طی شش (6) ماه بعدی نیز مشمول تسویه با تخصیص کمک مالی خواهند بود.

e. اعلامیه‌ها، مکاتبات و اطلاعیه‌های کتبی

- a. سازمان اعلامیه‌ها و اطلاعات زیر را درباره کمک مالی ارائه می‌کند:

a. این خط‌مشی.

- b. خلاصه بیمه‌نامه به زبان ساده. خلاصه به زبان ساده، سندی واضح، مختصر و قابل‌فهم است و به بیمارانی و سایر افراد اطلاع می‌دهد که سازمان طبق این بیمه‌نامه، کمک مالی ارائه می‌کند. «خلاصه به زبان ساده» به‌شکلی تهیه خواهد شد که حاوی اطلاعات مرتبط باشد، از جمله اطلاعات لازم به‌موجب قوانین ایالتی یا فدرال، مثل شرایط لازم برای کسب صلاحیت و کمکی که طبق این سیاست ارائه می‌شود، مختصری از نحوه ارائه درخواست برای

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

کسب کمک مالی طبق این سیاست، و اطلاعاتی درباره دریافت اطلاعات و راهنمایی بیشتر، از جمله نسخه‌هایی به زبان‌های دیگر.

c. فهرست ارائه‌دهندگانی که می‌توانند کمک مالی در اختیار بیماران سازمان قرار دهند.

d. فرم درخواست.

e. بیمه‌نامه سازمان برای وصول بدهی.

ii. این مطالب به روش‌های مختلف در دسترس قرار می‌گیرند، از جمله:

a. وبسایت. بیمه‌نامه کمک مالی، درخواست کمک مالی، و خلاصه بیمه‌نامه کمک مالی به زبان ساده در وبسایت این سازمان موجود است. لینک‌های این مطالب در وبسایت قرار دارد.

b. ایمیل یا نسخه کاغذی. برای درخواست کپی همه مطالبی که در این سیاست به آنها اشاره شده است می‌توانید از طریق شماره 323-866-8600 با خدمات مشتری تماس بگیرید، به آدرس patient.billing@cshe.org ایمیل بزنید یا به این وبسایت مراجعه کنید:
<https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html>

c. اعلامیه نصب‌شده. خلاصه به زبان ساده در مکان‌های زیر نصب می‌شود: بخش اورژانس، بخش پذیرش، بخش صدور صورت‌حساب، واحدهای پذیرش متمرکز و غیرمتمرکز و سایر بخش‌های بیماران سرپایی از جمله بخش بیماران تحت نظارت.

iii. اعلامیه‌های مربوط به ثبت‌نام و صورت‌حساب. اطلاعات و اعلامیه‌های مختلفی درباره ثبت‌نام و صدور صورت‌حساب در اختیار بیمار قرار می‌گیرد. مثلاً می‌توانید به «سیاست سازمان برای وصول بدهی» مراجعه کنید.

iv. اطلاع‌رسانی به اعضای سازمان. سازمان با انجام اقدامات مختلف تلاش می‌کند درباره برنامه‌های کمک مالی خود به طور گسترده اطلاع‌رسانی کند، از جمله انتشار اطلاعات در سازمان‌های محلی موردنظر یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی محلی درباره امکان دسترسی به برنامه‌های کمک مالی سازمان.

f. ترجمه‌ها. ارتباط با بیماران مستلزم رعایت الزامات سازمان است بدون ایجاد هرگونه محدودیتی برای مواردی که قبلاً ذکر شده است، بر اساس این بیمه‌نامه، اطلاعیه‌ها، مکاتبات رسمی و تابلوها باید به انگلیسی و به زبان‌های دیگری که طبق قوانین ایالتی و فدرال لازم هستند باشند. سایر زبان‌ها عبارتند از فارسی، روسی، اسپانیایی، کره‌ای، ارمنی، و چینی.

g. ضرورت پزشکی/تصمیم‌گیری‌های بالینی. ارزیابی ضرورت درمان پزشکی بیماران بر اساس قضاوت بالینی صورت می‌گیرد و به پوشش بیمه یا وضعیت مالی بیمار بستگی ندارد. در شرایط پزشکی اورژانسی، هرگونه ارزیابی از تمهیدات مالی صرفاً پس از انجام بررسی‌های پزشکی مناسب و ارائه خدمات ضروری جهت تثبیت وضعیت بیمار مطابق با تمام قوانین و مقررات قابل اجرای ایالتی و فدرال انجام خواهد شد.

h. بازپرداخت‌ها. همان‌طور که در بالا آمده است، سازمان مبالغی را که بیماران به میزانی مازاد بر مبلغ مقرر در این بیمه‌نامه پرداخت کرده باشند، بعلاوه سود پرداخت‌شده و با نرخ سود سالانه (10%)، بازپرداخت خواهد کرد. اگر مبلغ قابل پرداخت به بیمار کمتر از \$5,000 باشد (یا چنین مبلغی توسط سازمان خدمات درآمد داخلی تعیین شده باشد)، سازمان ملزم به بازپرداخت آن مبلغ یا پرداخت سود نمی‌باشد. سازمان باید در مدت‌زمان 30 روز مبلغ بازپرداخت را به بیمار منتقل کند.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

- i. **وصول مبالغ/بدهی.** برای اطلاعات بیشتر درباره وصول مبالغ/بدهی، به «بیمه‌نامه سازمان برای وصول بدهی» مراجعه کنید.
 - ii. **گزارش‌نویسی.** سازمان هر سال 1 جولای یا تا قبل از این تاریخ، یا در مدت‌زمان سی (30) روز از تاریخ ایجاد هرگونه به‌روزرسانی در این سیاست، این سیاست را برای سازمان دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت (HCAI، Department of Health Care Access & Information) ارسال می‌کند. اگر از آخرین تاریخ ارسال بیمه‌نامه هیچ تغییری ایجاد نشده باشد، سازمان باید در مدت‌زمان سی (30) روز تا قبل از 1 جولای و تاریخ بعدی گزارش دوسالانه سازمان به HCAI اطلاع دهد.
 - iii. **تأیید توسط هیئت مدیران و ادامه بررسی.** این سیاست، سیاست وصول بدهی، و همه مطالب تغییر یافته در این سیاست‌ها باید توسط هیئت مدیران سازمان تأیید شود. سازمان باید مرتباً این سیاست را به‌همراه سیاست جمع‌آوری بدهی و وضعیت تلاش‌های صورت‌گرفته برای وصول بدهی بررسی کند و مطمئن شود که به بهترین شکل در خدمت بیماران و جامعه باشند.
- IV. تعریف‌ها:**
- a. **مبالغ کلی صورت‌حساب (AGB)** یعنی مبالغ کلی صورت‌حساب مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی که به بیماران دارای بیمه با پوشش آن خدمات ارائه شده است، و مطابق با 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b) تعیین می‌شود. اطلاعات بیشتر درباره نحوه محاسبه AGB توسط سازمان و به‌روزرسانی‌های سالیانه درباره درصد AGB در پیوست D این سیاست ارائه شده است و در وبسایت سازمان دسترسی به مراقبت از سلامت و اطلاعات ایالت کالیفرنیا (State of California's Department of Health Care Access and Information) به‌آدرس <https://syfphr.hcai.ca.gov/> نیز برای عموم قابل دسترسی است.
 - b. **درخواست/فرم درخواست** به معنی درخواست از سازمان برای کمک مالی است.
 - c. **دارایی‌ها** صرفاً به معنای «دارایی‌های پولی» است. شامل دارایی‌هایی است که به‌آسانی قابلیت نقدشدن دارند؛ مانند موجودی حساب بانکی و سهام عام. طرح‌های بازنشستگی، طرح‌های معوق پرداخت غرامت (هم واجد شرایط و هم فاقد شرایط طبق قانون IRS) لحاظ نخواهند شد. موارد زیر شامل دارایی نمی‌شود: ده‌هزار \$ (10,000\$) اول از دارایی نقدی بیمار و پنجاهدرصد (50%) از دارایی نقدی بیمار بعد از کنارگذاشتن ده هزار \$ (10,000\$) اول.
 - d. **شرکای انجمن** به معنای ارتباط حمایتی با سایر سازمان‌های انجمن مانند Planned Parenthood و Saban Community Clinic است.
 - e. **هزینه‌های ضروری زندگی** عبارت است از این موارد: اجاره یا کرایه‌خانه و هزینه تعمیرات آن، مواد غذایی و لوازم مصرفی خانواده، قبوض خدمات شهری و تلفن، پوشاک، هزینه‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، بیمه، مدرسه و مراقبت از فرزند، نفقه (کمک مالی) فرزند و همسر، حمل و نقل و هزینه‌های خودرو، از جمله بیمه، سوخت و تعمیرات، پرداخت اقساط، شستشوی لباس و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.
 - f. **اقدامات فوق‌العاده در وصول مطالبات، «ECAs»** به اموری در رابطه با وصول بدهی‌ها اشاره دارد که سازمان قبل از انجام آنها ابتدا با تلاش‌هایی در حد معقول، واجد شرایط بودن بیمار را برای برخورداری از کمک مالی طبق این بیمه‌نامه تعیین می‌کند. اقدامات ECAs به‌طور ویژه در قسمت «بیمه‌نامه جمع‌آوری بدهی» توضیح داده شده‌اند.
 - g. **خانواده** موارد زیر را شامل می‌شود: (1) برای افراد 18 سال به بالا، همسر یا شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند و چه بیرون، (2) برای افراد زیر 18 سال، ولی، خویشاوندان فرد قیم و سایر فرزندان زیر 21 سال آن ولی یا خویشاوند قیم.
 - h. **خط فقر فدرال، «FPL»** عبارت است از معیاری که برای تعیین فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود و «اداره خدمات انسانی و سلامت» (DHHS) هر سال آن را در وبسایت خود به آدرس <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines> منتشر می‌کند.

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

- i. بیمار واجد شرایط از لحاظ مالی به بیماری گفته می‌شود که درخواست کمک مالی از سازمان دارد و فرم درخواستش را تکمیل و ارسال کرده است. بررسی درخواست این بیمار نشان می‌دهد که برای کمک مالی واجد شرایط است و درخواست او براساس این سیاست تأیید شده است، یا اینکه سازمان اینطور در نظر گرفته است که او به‌طور احتمالی برای دریافت کمک مالی مطابق با سیاست جاری واجد شرایط است.
- j. کمک مالی عبارت است از اقداماتی که طبق این بیمه‌نامه صورت می‌گیرد تا خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت رایگان یا با هزینه کمتر به بیمار ارائه شود. هزینه کمتر به‌طور کلی بر اساس یک طرح پرداخت است، یا به معنی تخفیف خودکار برای بیمارانی است که شخصاً هزینه‌شان را خودشان پرداخت می‌کنند.
- k. هزینه‌های پزشکی زیاد مرتبط با هزینه‌های شخصی سالیانه بیماری است که درآمد خانواده‌اش بیشتر از آستانه سازمان برای دریافت کمک مالی است. در شرایط زیر هزینه‌ها لحاظ می‌شوند: (i) در بیمارستان سازمان برای بیمار ایجاد شده باشد و بیشتر از کمترین حد درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد خانواده در دوازده (12) ماه قبل باشد، یا (ii) هزینه‌های پزشکی پرداخت شخصی که بیشتر از ده درصد (10%) درآمد خانواده بیمار باشد، در صورتی که بیمار اسناد مربوط به هزینه‌های پزشکی را که توسط خودش یا خانواده‌اش در دوازده (12) ماه گذشته پرداخت شده است ارائه کند.
- l. نیازمند بودن از نظر پزشکی به بیماری اشاره دارد که به دلیل خدمات مراقبتی پر هزینه و غیرمنتظره قادر نیست هزینه خدمات را بپردازد، اما برای کمک مالی تحت این بیمه‌نامه واجد شرایط نیست.
- m. طرح پرداخت، قراردادی کتبی بین سازمان و بیمار است که توسط سازمان ارائه شده و بیمار آن را پذیرفته است، و در نتیجه آن بیمار می‌تواند بدهی‌اش را به‌صورت ماهیانه پرداخت کند، اما مبالغ اقساط نباید از 10% درآمد ماهیانه خانواده بیمار، بدون احتساب کسورات مربوط به هزینه‌های ضروری زندگی بیشتر باشد.
- v. مرجع‌ها: قوانین فدرال و ایالتی که در نگارش این بیمه‌نامه به آنها اشاره شده است شامل موارد زیر است؛ ولی محدود به آنها نمی‌شود:
- a. قانون درآمد داخلی بخش (3)(r) 501.
- b. قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400-127462 (بیمه‌نامه‌های تعیین نرخ عادلانه در بیمارستان و بیمه‌نامه‌های تعیین قیمت عادلانه برای پزشکان بخش اورژانس).
- c. لایحه مجلس کالیفرنیا 1020: صدور عادلانه صورت‌حساب و جمع‌آوری بدهی بخش مراقبت از سلامت، شروع اعمال از 1 ژانویه 2022.
- d. لایحه مجلس کالیفرنیا 532: قوانین صورت‌حساب منصفانه، لازم‌الاجرا از تاریخ 1 ژانویه 2022.
- e. «دستورالعمل اداره کل، اداره خدمات انسانی و سلامت» Office of General, Department of Health and Human Services («OIG») درباره کمک مالی به بیماران بدون بیمه و بیمارانی که بیمه مناسبی ندارند، و قوانین IRS.
- f. هرگونه اعمال قوانین و دستورالعمل سازمانی درباره هرکدام از موارد عنوان‌شده در بالا.

vi. لیست پیوست‌ها

A. خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده

B. درخواست کمک مالی

تاریخ اعمال از: 04/06/2023



سیاست

عنوان: Financial Assistance Policy (سیاست کمک مالی)

اداره اصلی: Patient Financial Services (خدمات مالی بیمار)

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

C. تخفیف کمک مالی

D. مبالغ کلی صورت حساب

سابقه:

نسخه اولیه: 05/01/03

تاریخ اجرای این نسخه از سیاست: 04/15/23

تاریخ آخرین بازبینی‌ها: 12/28/09، 09/01/10، 02/14/11، 12/30/14، 05/23/16، 11/16/19، 11/20/20، 10/13/22، 08/29/05، 11/10/05، 01/11/06، 06/21/06، 12/12/06، 12/01/07، 09/30/09

Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary
(خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده)

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**
**(خلاصه کمک مالی و اقدامات حفاظتی در پوشش دادن
صورتحساب‌های غیرمنتظره)**

به عنوان بخشی از مأموریت ما، Cedars-Sinai Medical Center، Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital و Cedars-Sinai Medical Care Foundation (مجموعاً «سازمان») متعهد هستند ضمن ارائه خدمات بهداشتی درمانی باکیفیت به جامعه، با کلیه بیماران رفتاری توأم با عزت، احترام و دلسوزی داشته باشند. این مورد شامل فراهم کردن خدمات بدون هزینه یا با تخفیف قابل توجه به بیماران واجد شرایطی می‌شود که توان مالی پرداخت هزینه خدمات مراقبتی را طبق سیاست کمک مالی ما («سیاست») ندارند. ما همچنین طرح‌های پرداخت اقساطی و روش‌های پرداخت گوناگونی را در اختیار بیماران قرار می‌دهیم، حتی اگر مشمول دریافت کمک هزینه نشوند. این سند خلاصه بیمه‌نامه ما به زبان ساده («خلاصه») است.

صلاحیت – تخفیف‌های کامل و مبالغ کاهش‌یافته

کمک مالی برای بیمارانی که اقدامات پزشکی ضروری دریافت می‌کنند و کسانی که درآمد و دارایی نقدی (در کل «درآمد») آنها برابر با 400 خط فقر فدرال (FPL) یا کمتر از آن در سال جاری است قابل‌دسترسی است. بیمارانی که درآمد آنها بین 401% تا 600% از FPL است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. تخفیف‌های موجود برای بیماران باتوجه‌به تعداد نفرات خانواده، سطح درآمد و وضعیت بیمه، بر اساس یک مقیاس متغیر خواهد بود بیمارانی که برای هماهنگ‌سازی خدمات انتخابی کمک مالی می‌خواهند باید از معاون خدمات مالی بیماران یا منتصب او تأییدیه قبلی داشته باشند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند تأیید می‌شوند. کمک مالی برای خدمات پزشکی منتخب و خدمات درمانی فالوآپ (پیگیری) پس از ترخیص صرفاً به بیمارانی اختصاص می‌یابد که در محدوده خدماتی سازمان ساکن می‌باشند. اگر بیمار برای خدمات کاملاً رایگان واجد شرایط نباشد، ولی طبق بیمه‌نامه مذکور مشمول تخفیف شود، در قبال خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی سازمان، مبلغی بیش از «مبالغ کلی صورتحساب» از آن بیمار گرفته نخواهد شد.

پزشک‌ها و خدمات

این خطمشی فقط برای خدماتی اعمال می‌شود که توسط سازمان ارائه می‌شوند و در صورتی شامل خدمات پزشک می‌شود که توسط پزشکان بخش اورژانس Cedars-Sinai وابسته به Community Urgent Care Medical Group, Inc. یا پزشکان عضو هیئت علمی Cedars-Sinai در جایگاه هیئت علمی یا پزشکان استخدامی توسط Cedars-Sinai Medical Care Foundation یا Cedars-Sinai Medical Care Foundation در قبال خدمات اورژانسی یا گروه‌های پزشکی که توافق‌نامه انحصاری خدمات تخصصی با Cedars-Sinai Medical Care Foundation دارند، ارائه می‌شوند.

درخواست برای کمک مالی

بیماران متقاضی خدمات درمانی رایگان یا مشمول تخفیف طبق این بیمه‌نامه باید یک فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») تکمیل کنند و مدارک لازم را تحویل دهند. تقاضانامه و مدارک یک روند بازبینی را از طرف سازمان طی خواهند کرد.

اطلاعات تماس برای دریافت تقاضانامه، خطمشی یا اطلاعات تکمیلی

نسخه‌های رایگان این خلاصه، خطمشی یا تقاضانامه به زبان‌های انگلیسی، فارسی، روسی یا اسپانیایی قابل دسترس است. برای درخواست نسخه‌ها یا دریافت اطلاعات تکمیلی، از جمله سوالات مربوط به روند کمک مالی، می‌توانید:

- از نماینده‌های حاضر در محل ثبت‌نام یا پذیرش سؤال کنید.
- با خدمات مالی بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.
- به وبسایت سازمان به نشانی cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html مراجعه کنید

ادامه



SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS
(خلاصه کمک مالی و اقدامات حفاظتی در پوشش دادن
صورتحساب‌های غیرمنتظره)

هماهنگی برای پرداخت توسط خودتان

بیمارانی که طبق خطمشی جاری و اجد شرایط خدمات درمانی رایگان یا مشمول تخفیف نیستند ممکن است سایر برنامه‌های سازمان برایشان مفید واقع شود. بیماران فاقد بیمه می‌توانند از تخفیف‌های بزرگی برخوردار شوند، مشابه با تخفیف‌هایی که ما در طرح‌های بیمه مراقبت‌های هماهنگ ارائه می‌کنیم. خدمات مشمول این تخفیف‌ها عبارت‌اند از خدمات سرپایی، خدمات اورژانس و خدمات بستری.

اطلاعیه سازمان نظارتی برای جمع‌آوری بدهی (وصول مطالبات)

ما قطعاً بعضی از حساب‌های معوق را به شرکت‌های شخص ثالث جمع‌آوری بدهی واگذار می‌کنیم. این شرکت‌ها باید از تمام قوانین کالیفرنیا و فدرال و نیز از بیمه‌نامه‌ها و رویه‌های سازمان تبعیت کنند. برای اطلاعات بیشتر در رابطه با اقدامات وصول مطالبات، می‌توانید با کمیسیون تجارت فدرال به شماره 877-FTC-HELP (877-382-4357) تماس بگیرید. در مواقعی که حساب شما به یک شرکت جمع‌آوری بدهی ارجاع داده می‌شود، اگر با مشکلاتی روبرو شدید برای کمک گرفتن با خدمات مالی بیماران ما به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.

اقدامات حفاظتی برای صورتحساب‌های پزشکی غیرمنتظره.

اقدامات حفاظتی در پوشش‌دادن صورتحساب‌های پزشکی غیرمنتظره برای کلیه بیماران ارائه می‌شود. لطفاً به بخش «اطلاعیه به بیماران - حقوق و محافظت‌های شما در قبال صورتحساب‌های پزشکی غیرمنتظره» در وبسایت ما به نشانی cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html مراجعه کنید یا یک نسخه از آن را درخواست کنید.

سایر منابع و اطلاعات در خصوص صدور صورتحساب، نرخ‌ها و شفافیت قیمت:

- بیماران ممکن است برای برنامه‌های کمک دولتی نظیر Medi-Cal و اجد شرایط باشند یا همچنین ممکن است اجد شرایط پوشش‌دهی بارانه‌ای از طریق California Health Benefit Exchange (Covered California) قرار گیرند. اگر سؤالی درباره این برنامه‌ها، پوشش‌دهی و سایر سازمان‌هایی که می‌توانند کمک کنند دارید، لطفاً با دفتر حامیان مالی بیماران به شماره 310-423-5071 تماس بگیرید.
- برای سؤالات پیرامون بیمه درمانی تجاری با شماره 800-233-2771 تماس بگیرید.
- برای اطلاع از نرخ‌گذاری سازمان و ابزار خدمات قابل خرید به cedars-sinai.org/billing-insurance.html مراجعه کنید
- اتحادیه مصرف‌کنندگان خدمات سلامت (HCA) کمک مالی رایگان به بیماران نیازمند دریافت یا برقراری پوشش‌دهی درمانی ارائه می‌دهد و مشکلات مربوط به طرح‌های درمانی را برطرف می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر به healthconsumer.org مراجعه کنید.

پیوست B**درخواست کمک مالی****درخواست کمک مالی**

فرم درخواست تکمیل شده و اسناد مالی تأییدکننده درخواستان را به این آدرس ارسال کنید:

ساعات کاری: روزهای هفته 8 صبح تا 4.30 عصر
شماره تلفن: 323-866-8600
دسترسی 24 ساعته با فکس: 323-866-3077
ایمیل: Patient.Billing@cshs.org

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
File 1688
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

برای دریافت کمک مالی باید اسناد مالی تأییدکننده درخواستان را ارائه کنید

اسناد مالی درخواستی در زیر را ارائه کنید. اگر سندی موجود نباشد یا پیوست نشده باشد، رسیدگی به درخواستان به تأخیر می افتد یا درخواستان رد می شود. اگر نمی توانید بعضی اسناد خاص را ارائه کنید، نامه ای حاوی توضیحاتتان را ارسال کنید.

اسناد اولیه:

- اسناد تأیید درآمد، و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی (همانطور که در بالا توصیف شده است)
 - چک یا فیش حقوقی دو ماه قبلی از طرف کارفرما
 - فیش حقوق بیکاری، سوشال سکيوریتی یا از کارافتادگی در دو ماه گذشته.
- برگشت مالیات فدرال
 - اگر اظهارنامه مالیاتی فدرال را پر نکرده اید، آخرین W2 یا 1099 را ارائه کنید.
 - اگر به دلیل تأخیر در پر کردن فرم مالیاتی، ناتوانی (از کار افتادگی) موقتی، یا بیکاری (عدم اشتغال) نمی توانید اطلاعات مربوط به برگشت مالیات را ارائه کنید، فرم مالیاتی پرنشده را ارائه کنید. برای دریافت یک نسخه از این فرم می توانید با شماره 1-800-908-9946 تماس بگیرید یا به سایت www.irs.gov/individuals/get-transcript مراجعه کنید (از فرم T-4506 یا T-EZ4506 استفاده کنید)
- صورت حساب بانکی دو ماه گذشته برای همه حساب های جاری، پس انداز، و حساب های اتحادیه اعتباری (لطفاً همه صفحه ها را اضافه کنید)
- تأییدیه کرایه یا رهن

اسناد تکمیلی / سایر اسناد:

- اسناد تأیید درآمد و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی:
 - صورت حساب درآمد حاصل از نفقه (کمک مالی)
 - صورت حساب درآمد تجاری
 - صورت حساب درآمد حاصل از کمک مالی به کودکان
- در صورت ازدواج یا داشتن پیوند مدنی (Civil Union): اسناد زیر را درباره همسر/شریک زندگی تان ارائه کنید
 - اسناد تأیید درآمد و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی (همانطور که در بالا توصیف شده است)
 - برگشت مالیات فدرال
 - اگر اظهارنامه مالیاتی فدرال را پر نکرده اید، آخرین W2 یا 1099 را ارائه کنید.
 - اگر به دلیل تأخیر در پر کردن فرم مالیاتی، ناتوانی (از کار افتادگی) موقتی، یا بیکاری (عدم اشتغال) نمی توانید اطلاعات مربوط به برگشت مالیات را ارائه کنید، فرم مالیاتی پرنشده را ارائه کنید. برای دریافت یک نسخه از این فرم می توانید با شماره 1-800-908-9946 تماس بگیرید یا به سایت www.irs.gov/individuals/get-transcript مراجعه کنید (از فرم T-4506 یا T-EZ4506 استفاده کنید)
 - جدیدترین صورت حساب دو ماه گذشته برای همه حساب های جاری، پس انداز، و حساب های اتحادیه اعتباری.

فرم درخواست تکمیل شده:

- فرم درخواست تکمیل شده با تاریخ و امضا

بیوست B (ادامه)
درخواست کمک مالی

برای آنکه مشمول برنامه کمک کامل یا جزئی ما شوید، لطفاً این درخواست را تکمیل کنید تا به Cedars-Sinai Medical Center کمک کنید تا تعیین کنند آیا شما واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف هستید یا خیر. ما نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط هستید، حتی اگر درخواست داده باشید. پس از دریافت درخواست تکمیل شده و مدارک شما، یک پاسخ کتبی به همه بیمارانی که از درخواستشان تأیید/رد گردیده است، ارائه می‌شود. این برنامه‌ها می‌تواند برای خدمات پزشکی نیز اعمال شود، به شرطی که آن خدمات از سوی پزشکان، پرستاران، پزشکان بخش اورژانس، پزشکان هیئت علمی یا پزشکان وابسته به Cedars-Sinai Medical Care Foundation ارائه شده باشد. خدمات آرایشی انتخالی و سایر ارائه‌دهندگان خدمات که در خارج از مناطق ذکر شده در فوق می‌باشند، شامل این بخش نیستند. می‌توانید درخواست تکمیل شده را از طریق پست، پست الکترونیک یا فکس ارسال کنید. عدم ارائه تمام اطلاعات موردنیاز منجر به رد درخواست خواهد شد.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر بیمه نیستید و معیارهای واجد شرایط بودن احتمالی MEDI-CAL را دارید، نیازی به تکمیل این درخواست نخواهید داشت.

لطفاً بررسی کنید که آیا در یکی از برنامه‌های زیر ثبت‌نام کرده‌اید:

- برنامه تغذیه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
- ناتوانی ذهنی بدون اینکه کسی از جانب بیمار عمل کند
- برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)
- واجد شرایط برای Medi-Cal، ولی خارج از تاریخ خدمات‌دهی
- بی‌خانمان
- متوفی بدون دارایی

اطلاعات بیمار

نام بیمار		شماره سوشال سکيوریتی		تاریخ تولد	
آدرس منزل		شهر		ایالت	کد پستی
شماره متلفن منزل		شماره متلفن همراه		آدرس پست الکترونیکی	
روش تماس موردنظر		درآمد سالانه خانواده: \$ _____			
<input type="checkbox"/> پست ایالات متحده (US Mail) <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه					
وضعیت تأهل:		تعداد اعضای خانواده (بر اساس اطلاعات فرم مالیاتی):			
<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته		<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا شده			
وضعیت شغلی					
<input type="checkbox"/> شاعر <input type="checkbox"/> خویش‌فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان					
<input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال: _____					
نام کارفرما		شماره تلفن			
آدرس کارفرما		شهر		ایالت	کد پستی

بیوست B (ادامه)
درخواست کمک مالی
اطلاعات همسر/شریک زندگی/والدین/ضامن

ارتباط همسر <input type="checkbox"/>		شریک زندگی <input type="checkbox"/>		والدین <input type="checkbox"/>		ضامن <input type="checkbox"/>		سایر موارد: <input type="checkbox"/>	
نام			شماره سوشال سکيوریتی			تاریخ تولد			
وضعیت شغلی		خویش فرما <input type="checkbox"/>		بازنشسته <input type="checkbox"/>		ناتوان <input type="checkbox"/>			
شاغل <input type="checkbox"/>		بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال: _____							
نام کارفرما					شماره تلفن				
آدرس کارفرما			شهر		ایالت		کد پستی		
نامه شرکت بیمه (ارائه شده از طرف کارفرما، از جمله COBRA) <input type="checkbox"/> بیمه سلامت ارائه نشده است <input type="checkbox"/>									

پوشش بیمه

1. واجد شرایط هر کدام از بیمه‌های سلامت زیر هستید؟									
بیمه سلامت <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>					
Medicare <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>					
Medi-Cal <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>					
سازمان کهنه سربازان آمریکا <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>					
بیمه نامه خارجی <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>					
اگر پاسختان «بله» است لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید.									
دارنده بیمه			بیمه‌گذار			شماره بیمه			
دارنده بیمه			بیمه‌گذار			شماره سیاست			

بیوست B (ادامه)
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION (درخواست کمک مالی)

مجموع	همسر	بیمار	هزینه‌های ضروری زندگی
\$	\$	\$	نفقه، پرداخت‌های حمایتی
\$	\$	\$	وام خودرو/مبلغ اجاره
\$	\$	\$	تحصیل
\$	\$	\$	مدرسه/مراقبت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)
\$	\$	\$	غذا
\$	\$	\$	بیمه
\$	\$	\$	سایر هزینه‌ها
\$	\$	\$	مجموع مخارج ماهانه
مجموع	همسر	بیمار	بدهی پزشکی فعلی
\$	\$	\$	بدهی پزشکی معوقه (Cedars-Sinai)
\$	\$	\$	سایر بدهی‌های پزشکی
مجموع	همسر	بیمار	دارایی‌ها (بجز حساب‌های بازنشستگی)
\$	\$	\$	حساب جاری/پس‌انداز/اتحادیه اعتباری
\$	\$	\$	سهام و اوراق بهادار
\$	\$	\$	بازار پول/حساب‌های کارگزاری
\$	\$	\$	گواهی‌های سپرده
\$	\$	\$	کل دارایی‌ها

من گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست تا جایی که اطلاع دارم صحیح و واقعی هستند. من موافق هستم که برای کمک مالی محلی، ایالتی، و فدرال که واجد شرایطش هستم درخواست کنم تا هزینه بیمارستان و صورت‌حساب‌ها کاهش یابد. من می‌دانم که صحت اطلاعات ارائه شده ممکن است توسط Cedars-Sinai، Medical Center، Marina Del Rey Hospital و Huntington Hospital تأیید شود، و من به CSMC/MDRH/HH اجازه می‌دهم برای تأیید صحت اطلاعاتی که در این فرم درخواست وارد کرده‌ام با اشخاص ثالث تماس بگیرد. من می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات اشتباه وارد کنم، یا در فرم درخواستم موردی اشتباه باشد یا از قلم‌افتاده باشد، دیگر برای دریافت کمک مالی واجد شرایط نیستم. اگر قبلاً به من کمک مالی شده باشد، این مبلغ در این زمان برگردانده می‌شود و من مسئول بدهی‌های معوقه هستم.

امضای فردی که برای کمک مالی اقدام کرده است

تاریخ

امضای همسر/شریک زندگی/ضامن (در صورت امکان)

تاریخ

بیوست C

تخفیف کمک مالی

دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال

%85 %85 %90 %95 %100 **Uninsured Discount (تخفیف فرد فاقد بیمه)**
 %60 %70 %80 %90 %100 **تخفیف فرد دارای بیمه نامناسب**

					حقوق سالانه طبق خط فقر فدرال	تعداد نفرات خانواده
87,480\$	80,190\$	72,900\$	65,610\$	58,320\$	14,580\$	1
118,320\$	108,460\$	98,600\$	88,740\$	78,880\$	19,720\$	2
149,160\$	136,730\$	124,300\$	111,870\$	99,440\$	24,860\$	3
180,000\$	165,000\$	150,000\$	135,000\$	120,000\$	30,000\$	4
210,840\$	193,270\$	175,700\$	158,130\$	140,560\$	35,140\$	5
241,680\$	221,540\$	201,400\$	181,260\$	161,120\$	40,280\$	6
272,520\$	249,810\$	227,100\$	204,390\$	181,680\$	45,420\$	7
303,360\$	278,080\$	252,800\$	227,520\$	202,240\$	50,560\$	8
					5,140\$	به‌ازای هر یک نفر بیشتر، این مبلغ را اضافه کنید
%600	%550	%500	%450	%400		

توجه: زمان‌بندی آخرین بازبینی 1/16/23

پیوست D

مبالغ کلی صورت حساب

مبالغ کلی صورت حساب (AGB) یعنی مبالغ کلی صورت حساب مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی که به بیماران دارای بیمه‌ای با پوشش آن خدمات ارائه شده است، و مطابق با 26 (b)-5 (r) 1.501 C.F.R. تعیین می‌شود.

سازمان برای تعیین مبلغ صورت حساب هر بیمار بستری واجد شرایط از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری (به پیوست D مراجعه کنید) به بیماران بستری و Medicare استفاده می‌کند. سازمان برای افزایش مزایای بیماران واجد شرایط، از AGB کمتر یا مقدار بازپرداخت Medicare MS-DRG برای این بخش از خدمات مراقبت استفاده می‌کند تا صلاحیت بیمار را تعیین کند.

سازمان برای تعیین حداکثر مبلغ صورت حساب هر بیمار سرپایی واجد شرایط از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری به بیماران سرپایی و Medicare استفاده می‌کند.

سازمان برای تعیین حداکثر مبلغ صورت حساب هر بیمار واجد شرایط در بخش اورژانس از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری به بیماران بخش اورژانس و Medicare استفاده می‌کند. نرخ‌های بازپرداخت برای بیماران بستری، سرپایی، و بخش اورژانس حداقل هر سال با استفاده از جدیدترین حساب‌های تسویه شده Medicare مربوط به 12 ماه گذشته محاسبه می‌شود.

بازپرداخت AGB %	تخفیف برای افراد خویش فرما بدون بیمه مناسب ⁽¹⁾	
		Cedars-Sinai Medical Center
18%	82%	بخش اورژانس
15%	85%	بیمار بستری
16%	84%	بیمار سرپایی
		Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital
23%	77%	بخش اورژانس
18%	82%	بیمار بستری
18%	82%	بیمار سرپایی

توجه: تاریخ اعمال از 2023/01/01