سیاست

تاریخ اجرا:
01/01/2025

عنوان: Financial Assistance Policy
خطمشی کمک مالی

اداره اصلی: Patient Services

اطلاعیه 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. در راستای اجرای بخشی از رسالت خود، Cedars-Sinai Medical Center، Cedars-Sinai Marina Hospital، Cedars-Sinai Medical Care Foundation («CSMCF»)، Huntington Hospital و Huntington Health Physicians (هر یک به‌طور مجزا «سازمان» گفته می‌شود) متعهد به رفع نیازهای مراقبت‌های بهداشتی تمام بیماران در جامعه هستند و از اصول زیر پیروی می‌کنند:

i. برخورد برابر و عادلانه، با حفظ شأن افراد، همراه با احترام و دلسوزی؛
ii. برطرف‌کردن 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 «سیاست کمک‌مالی» («سیاست») نشان می‌دهد سازمان با کمک به تأمین نیازهای بیماران کم‌درآمد و بدون بیمه و بیماران دارای بیمه ناقص، به هدف کاری، دیدگاه و اصول کاری ما متعهد است. بخشی از پایبندی به این تعهد توسط سازمان، ارائه خدمات پزشکی ضروری به‌صورت رایگان یا با هزینه کم به بیمارانی است که طبق الزامات این سیاست، از شرایط لازم برخوردار باشند.

c. دستورالعمل‌هایی در این «سیاست» ارائه شده است تا بیمارانی که واجد شرایط دریافت کمک‌مالی هستند شناسایی شوند، و معیارهایی جهت بررسی صلاحیت بیماران برای دریافت کمک‌مالی در نظر گرفته شده است.

II. سیاست

a. **تعاریف.** اصطلاحات به‌کاررفته در این سیاست، در بخش «تعاریف» در پایان این «سیاست»، یا در اولین باری که در این سند استفاده می‌شوند تعریف می‌شوند.

b. **موارد تحت پوشش این سیاست.** این «خطمشی» فقط مختص خدماتی است که توسط سازمان و افراد زیر ارائه می‌شود: پزشک‌های عضو هیئت علمی در جایگاه هیئت علمی، پزشک‌های CSMCF و Huntington Health ازجمله پزشک‌هایی که گروه‌های پزشکی استخدام کرده و توافق‌نامه خدمات تخصصی با آنها و پزشکان اورژانس Cedars-Sinai دارند. پزشکان اورژانس در بیمارستان‌های «سازمان» به‌جز Cedars-Sinai که خدمات پزشکی اورژانسی ارائه می‌دهند بنابر قانون ملزم به ارائه تخفیف به بیماران بدون بیمه یا بیمارانی هستند که هزینه‌های پزشکی بالایی دارند و درآمد آنها کمتر از 400 درصد «سطح فقر فدرال» (FPL) یا معادل آن است.

c. **مراکز درمانی، پزشکان، 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 ارائه کنندگانی 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 پزشکان را در دسترس قرار داده است که آیا پزشکان (یا گروه پزشکی آنها) این خدمات را ارائه می‌کنند یا نه: (i) ارائه تخفیف‌های معادل نرخ‌های حرفه‌ای پزشکان 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 پزشکان یا اقدامات آنها در صدور صورت‌حساب مسئولیتی نخواهد داشت.

d. **کمک در پرداخت صورت‌حساب - معیارهای صلاحیت**

i. **کمک‌مالی.** «مراقبت خیریه» به بیمارانی ارائه می‌شود که درآمد خانواده آنها کمتر از 400 درصد «خط فقر فدرال» در سال جاری یا معادل آن باشد. بیمارانی که درآمد آنها بین 401 تا 600 درصد از «خط فقر فدرال» سال جاری است نیز واجد شرایط «پرداخت با تخفیف» هستند. تقاضانامه کمک‌مالی «تقاضانامه» نیز باید تکمیل شود. در تعیین واجد شرایط بودن برای تخفیف، دارایی‌ها لحاظ نمی‌شود. در پیوست B، انواع روش‌های کمک‌های مالی در دسترس از طرف سازمان عنوان شده است.

ii. **ارائه خدمات به بیماران قبل از ارائه خدمات (خدمات درمانی اختیاری/غیراورژانسی).** بیمارانی که قرار است به‌صورت اختیاری بستری یا به‌صورت غیراورژانسی سرپایی درمان شوند و به‌منظور مراقبت پیگیری پس از ترخیص باید برای کمک‌مالی ابتدا از طرف Vice President، Finance and Chief Revenue Cycle Officer یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند مشمول تأییدیه می‌شوند. «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 غیراورژانسی پیشنهادی بیمار و سایر مراقبت‌های پزشکی غیرضروری، کمک‌مالی ارائه نکند.

iii. **سایر منابع مالی و همکاری‌های لازم از طرف بیمار.** بیمارانی که بر اساس این سیاست برای دریافت کمک‌مالی 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 عبارت‌اند 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 California Health Benefit Exchange پوشش بیمه ارائه می‌کنند. طبق این «سیاست»، درخواست بیمار جهت دریافت پوشش بیمه از اشخاص ثالث برای تأمین هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، مانع تعیین صلاحیت بیمار برای دریافت کمک‌مالی نمی‌شود. به‌عنوان یکی از شرایط برخورداری از «مراقبت خیریه»، بیمار موظف است بنا به اقتضا و در موارد مناسب، برای دریافت پوشش از برنامه‌های Medi-Cal، Healthy Families 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. قبل از دریافت «پرداخت با تخفیف»، سازمان می‌تواند درخواست کند که بیمار برای واجد شرایط بودن در Medi-Cal غربالگری شود تا بیمار اطلاعاتی درخصوص مزایای Medi-Cal دریافت کند. با این حال، ثبت‌نام Medi-Cal برای دریافت «پرداخت با تخفیف» مورد نیاز نخواهد بود.

«سازمان» افراد را به نهادهای محلی شهرستان ازجمله Healthy Families، Covered California، Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها به نحو مناسب ارجاع می‌دهد تا صلاحیت احتمالی برای آن برنامه‌ها تعیین شود.

سازمان حق دارد برای بیمه‌گذاران ثالثی که برای بیمار پوشش بیمه فراهم می‌کنند، ازجمله هر طرف ثالث دارای مسئولیت، صورت‌حساب صادر کند. حتی اگر سازمان طبق این سیاست، از کل مبلغ صورت‌حساب بیمار یا بخشی از آن

صرف‌نظر کرده باشد، بیمه‌گذاران سلامت و طرح‌های سلامت مجاز نیستند بازپرداخت خود را درباره مطالبه‌ای که نزد سازمان مطرح شده است کاهش دهند.

iv. **بیماران آزاد (افرادی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند).** سازمان بر اساس تجربه‌های قبلی و شرایط فعلی بیمه این طور 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 همه این بیماران قرار می‌دهد، مگر اینکه بیمار برای دریافت خدمات ارائه‌شده توسط سازمان اقدامات دیگری انجام دهد. این مبلغ تخفیف که در صورت‌حساب بیمار آورده نشده است به نوعی خدمات خیریه بلاعوض است که توسط سازمان گزارش خواهد شد و این کار در چارچوب دستورالعمل‌های مقرر در فصل 15-2 بخش 4012 از Centers for Medicate & Medicaid Services صورت خواهد گرفت.

1. برای بیمارانی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند به‌طور خودکار صورت‌حساب صادر می‌شود و تخفیف به‌این صورت لحاظ می‌شود: کل هزینه‌ها ضربدر درصد AGB (مبالغ کلی صورت‌حساب) سازمان برای خدمات بیماران بستری، خدمات بخش اورژانس یا خدمات سرپایی غیراورژانسی.

2. بیماران آزاد بدون ارائه فرم درخواست، از این تخفیف‌ها برخوردار می‌شوند. اقدامات پزشکی اختیاری شامل این کمک‌مالی نمی‌شوند، مگر اینکه توافق خاصی بین سازمان و بیمار صورت گیرد.

v. **بیماران نیازمند از لحاظ پزشکی (که در غیر این صورت واجد شرایط نباشند).** بیمارانی که از لحاظ پزشکی نیازمند هستند، ولی طبق این «سیاست» واجد شرایط دریافت کمک‌مالی نیستند، همچنان می‌توانند طبق روال مطرح‌شده در این «سیاست»، تقاضای کمک‌مالی کنند. تقاضا برای کمک مالی به‌خاطر «نیازمند بودن از نظر پزشکی» باید به صلاحدید Vice President، Finance and Chief Revenue Cycle Officer یا نمایندگان این افراد و از طرف آنها تأیید شود.

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

i. **نحوه درخواست.** 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 نشانی 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 کارکنان «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 به‌صورت فوری تأیید شوند. اگر امکان این نوع تأیید سریع وجود داشته باشد، سازمان به بیماران راهنمایی می‌کند تا برای چنین کمک‌های مالی درخواست دهند.

3. **دارایی‌ها.** در تعیین واجد شرایط بودن برای «مراقبت خیریه» یا «پرداخت با تخفیف»، دارایی‌ها لحاظ نمی‌شود.

درآمد. به‌منظور تعیین صلاحیت برای «مراقبت خیریه» یا «پرداخت با تخفیف»، مدرک درآمد باید محدود به فیش‌های حقوقی یا اظهارنامه‌های مالیات بر درآمد بیمار باشد و برحسب لزوم این مدارک برای خانواده بیمار نیز ارائه شود. سازمان می‌تواند انواع دیگری از درآمد بپذیرد، اما نباید آنها را الزامی بدارد.

4. **مبالغ کسرشده.** سایر تعهدات مالی از جمله مخارج زندگی ضروری و سایر اقلام منطقی و لازم در نظر گرفته خواهند شد.

5. **حداکثر هزینه‌ای که بیمار شخصاً پرداخت می‌کند.** هرگونه مبلغ پرداختی توسط بیمار برای خدمات تحت پوشش این «سیاست» باید کمتر از مبالغ کلی صورت‌حساب باشد.

6. **ارزیابی مجدد.** در شرایط زیر، واجد شرایط بودن ممکن است مجدداً توسط سازمان ارزیابی شود:

   a. تغییرات درآمد بیمار.

   b. تغییرات 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 با توجه به این مسئله به‌صورت عطف‌به‌ماسبق لغو شود.

iii. **ارسال اسناد لازم.** سازمان از بیمارانی که برای دریافت کمک مالی اقدام می‌کنند اسناد مختلفی را درخواست می‌کند تا بتواند شرایط آن‌ها را بررسی کند. این مدارک ممکن است شامل موارد زیر باشند؛ ولی محدود به آنها نمی‌شود:

1. فرم درخواست تکمیل‌شده. بیماران می‌توانند هر زمان برای «مراقبت خیریه» یا «پرداخت با تخفیف» درخواست دهند.

2. مدارک درآمد می‌تواند شامل فیش‌های حقوقی یا اظهارنامه مالیات بر درآمد باشد.

3. مدارک دیگر می‌تواند شامل موارد زیر باشد:
   a. اظهارنامه «حساب پس‌انداز سلامت» که موجودی قابل دسترس برای طرح امسال را نشان دهد.
   b. «سازمان» می‌تواند درخواست کند که بیمار برای واجد شرایط بودن در Medi-Cal غربالگری شود تا بیمار اطلاعاتی درخصوص مزایای پوشش‌دهی Medi-Cal دریافت کند.
   c. قبل از غربالگری یا ارائه پرداخت با تخفیف، سازمان نباید بیمار را ملزم به درخواست برای Medicare، Medi-Cal یا پوشش‌دهی دیگری کند. هنگام غربالگری برای «پرداخت با تخفیف»، سازمان ممکن است بیمار را ملزم بدارد که برای غربالگری صلاحیت در Medi-Cal مشارکت کند.

iv. **ارسال درخواست تکمیل‌شده.** اگر بیمار فرم تکمیل‌شده درخواست را ثبت کند، سازمان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

1. بلافاصله کلیه اقدامات منطقی ممکن را برای لغو یا به تعویق‌انداختن اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) برای دریافت هزینه خدمات مراقبتی مربوطه انجام می‌دهد. بعضی از این اقدامات منطقی به طورکلی عبارت‌اند از درخواست از شرکت‌های 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 حذف‌کردن اطلاعات سوء از گزارش سابقه اعتباری بیمار که به سازمان‌های گزارش سوءپیشینه مشتریان یا دفتر اعتبارسنجی گزارش شده است، ولی به اینها محدود نمی‌شوند.

2. تعیین واجد شرایط بودن فرد، یا بررسی درخواست‌های ناقص و اطلاع‌رسانی در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در زمان منطقی.

3. درصورتی‌که بیمار واجد شرایط باشد فوراً به‌صورت کتبی به او اطلاع می‌دهد، همچنین در صورت امکان درباره دلایل واجد شرایط بودن و اینکه تصمیم‌گیری برچه اساسی انجام شده است اطلاع‌رسانی می‌شود.

4. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، سازمان باید به‌صورت کتبی به او اطلاع دهد، همچنین درباره کمک مالی موجود، دلایل تصمیم‌گیری، و تاریخ ارائه خدمات اطلاع‌رسانی شود.

   a. اگر مسئولیتی شامل حال بیمار نشود، نیاز به انجام هیچ کاری نیست به‌جز اینکه مبالغ پرداختی طبق توضیحات بخش «بازپرداخت‌ها» در این بیمه نامه بازپرداخت شوند. اگر مبلغی به‌عنوان بدهی باقی

مانده باشد، سازمان باید به‌صورت کتبی درباره بدهی مربوط به هزینه خدمات و اینکه چطور می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره حساب دریافت کند به بیمار اطلاع دهد.

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 صورت‌حساب (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 Vice President، Finance and Chief Revenue Cycle Officer، یا نماینده این افراد است.

v. **نامه تصمیم‌گیری.** پس از اینکه بیمار درخواست تکمیل‌شده و مستندات ضروری را ارسال می‌کند، سازمان نامه‌ای ارسال می‌کند تا تصمیم‌گیری مربوط به واجد شرایط بودن یا فاقد شرایط بودن را اطلاع دهد. این نامه شامل موارد زیر است:

1. بیانیه‌ای واضح از تصمیم واجد شرایط بودن بیمار برای کمک مالی.

2. اگر بیمار واجد شرایط کمک مالی نباشد، بیانیه‌ای واضح که دلیل رد آن را توضیح دهد.

3. اگر بیمار به‌دلیل خدمتی که از نظر پزشکی ضروری نیست، فاقد شرایط شناخته شود، پزشک معالج آن خدمت، پیش از رد درخواست، نسبت به این موضوع شهادت خواهد داد.

4. اگر «پرداخت با تخفیف» برای بیمار تأیید شود، توضیحی واضح از صورت‌حساب کاهش‌یافته، و دستورالعملی ارائه می‌دهد که بیمار چگونه می‌تواند اطلاعات بیشتری درزمینهٔ طرح پرداخت معقول، در صورت وجود، به‌دست آورد.

5. اطلاعات تماس «سازمان»، از جمله بخش، نام مخاطب و مکانی که بیمار می‌تواند در رابطه با تصمیم سازمان درخواست تجدید نظر دهد.

6. اطلاعات مربوط به برنامه «شکایت نسبت به صورت‌حساب بیمارستان» سازمان دسترسی به مراقبت از سلامت و اطلاعات Department of Health Care Access and Information (HCAI).

7. اطلاعات مربوط به «اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت» Health Consumer Alliance.

vi. **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 (ازجمله اطلاعاتی که ممکن است توسط سایر سازمان‌های خیریه ارائه شود)، سازمان ممکن است با توجه به فرضیات منطقی در خصوص درآمد بیمار، او را واجد شرایط کمک مالی کامل یا جزئی تعیین کند.

vii. **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 متعاقباً درخواست را تکمیل کند، آنگاه درخواست تکمیل‌شده لحاظ خواهد شد.

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

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

x. **صلاحیت مفروض.** سازمان ممکن است بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده و ارزیابی‌شده 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: (a) مبنای تعیین واجد شرایط بودن احتمالی و روشی که بیمار می‌تواند کمک‌مالی بیشتری را طبق این سیاست درخواست کند به بیمار اطلاع دهد (b) به بیمار اطلاع دهد که او می‌تواند هر زمان درخواستی را ارائه دهد تا صلاحیت او برای کمک سخاوتمندانه‌تر برای این خدمات بررسی شود؛ و اگر بیمار فرم درخواست تکمیل‌شده ارائه دهد و درخواست کمک بیشتر داشته باشد، تعیین کند که آیا بیمار واجد شرایط تخفیف بیشتر است یا خیر، و ضمناً طبق این سیاست، سایر اقدامات لازم را در خصوص فرم درخواست‌های تکمیل‌شده انجام دهد. بیماران آزاد که تخفیف‌های مشروح در این سیاست را دریافت می‌کنند، چنین اطلاعیه‌هایی را در قالب «خلاصه به زبان ساده» (به پیوست A مراجعه کنید) با چاپ روی صورت‌حسابشان دریافت خواهند کرد.

xi. **Patient Waivers Do Not Relieve the Organization of Reasonable Efforts Obligations (انصراف بیمار باعث لغو تعهدات سازمان در انجام اقدامات منطقی برای تعیین صلاحیت نمی‌شود).** دریافت انصراف شفاهی یا کتبی از بیمار ازجمله بیانیه‌ای امضاشده که نشان دهد بیمار تمایلی به تقاضا برای دریافت کمک‌مالی تحت این «سیاست» یا دریافت اطلاعات طبق این «سیاست» ندارد به‌تنهایی دلیلی برای رد صلاحیت بیمار نیست. همچنین چنین انصراف‌هایی لزوم انجام دادن 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.

xii. **Payment Plans (طرح‌های پرداخت).** اگر بیمار واجد شرایط پرداخت با تخفیف برای دریافت کمک‌مالی شناخته شود و بدهی داشته باشد، می‌تواند بدهی را از طریق طرح پرداخت زمان‌بندی‌شده دوره‌ای پرداخت کند. «سازمان» درمورد گزینه‌های طرح با بیمار صحبت خواهد کرد و طرح‌های پرداخت زمان‌بندی‌شده ایجاد خواهد کرد. طرح‌های پرداخت بدون

بهره می‌باشند. «سازمان» ممکن است هنگام ایجاد زمان‌بندی‌های طرح پرداخت، «حساب‌های پس‌انداز سلامت» را درنظر بگیرد. برای اطلاع از جزئیات، به خطمشی وصول بدهی سازمان مراجعه کنید.

xiii. **حل و فصل کردن اختلاف.** در صورت بروز اختلاف درباره تعیین صلاحیت دریافت کمک‌مالی، بیمار می‌تواند درخواست تجدیدنظری را به‌صورت کتبی برای بررسی مجدد به سازمان ارسال کند. در درخواست کتبی، باید درباره دلیل منطقی اختلاف‌نظر توضیح داده شود و هرگونه سند کمکی ارائه شود. Manager of Customer Service and Operations 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 Vice President، Finance and Chief Revenue Cycle Officer، یا نمایندگان این افراد را ارائه کند، که این افراد نیز بعد از بررسی، تصمیم نهایی را به‌صورت کتبی ارائه خواهند کرد.

xiv. **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 درآمد که به‌عنوان بخشی از روند درخواست و تأیید به‌دست می‌آید باید در پرونده‌ای جدا از اطلاعاتی نگهداری شود که ممکن است در وصول مبالغ بستانکاری از آنها استفاده شود.

d. **مدت‌زمان/دوره**

i. کمک مالی اولیه برای بیماران 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 کمک‌مالی خواهند بود.

e. **اعلامیه‌ها، مکاتبات و اطلاعیه‌های کتبی**

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

a. این خطمشی.

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

نحوه ارائه درخواست برای کسب کمک‌مالی طبق این بیمه‌نامه و اطلاعاتی درباره دریافت اطلاعات و راهنمایی بیشتر، ازجمله نسخه‌هایی به زبان‌های دیگر.

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

d. فرم درخواست.

e. سیاست سازمان وصول‌کننده بدهی.

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

a. **وب‌سایت.** سیاست کمک مالی، درخواست کمک مالی، و خلاصه سیاست کمک مالی به زبان ساده در وب‌سایت این سازمان موجود است: cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html

b. **ایمیل یا نسخه کاغذی.** برای دریافت کپی‌های همه مطالبی که در این سیاست به آن‌ها اشاره شده است، می‌توانید از طریق شماره 323-866-8600 یا ایمیل patient.billing@cshs.org با Patient Services تماس بگیرید.

c. **اعلامیه نصب‌شده.** خلاصه به زبان ساده در مکان‌های زیر نصب می‌شود: Emergency Department، Admitting Department، هر Billing Department، واحدهای پذیرش متمرکز و غیرمتمرکز و سایر بخش‌های بیماران سرپایی ازجمله بخش بیماران تحت نظارت.

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

iv. **اطلاع‌رسانی به اعضای سازمان.** سازمان با انجام دادن اقدامات مختلف تلاش می‌کند درباره برنامه‌های کمک مالی خود به‌طور گسترده اطلاع‌رسانی کند، ازجمله انتشار اطلاعات در سازمان‌های محلی موردنظر یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی محلی درباره امکان دسترسی به برنامه‌های کمک‌مالی سازمان.

f. **خدمات ترجمه کتبی و شفاهی.** ارتباط با بیماران مستلزم رعایت الزامات سازمان است. بدون ایجاد هرگونه محدودیت برای مواردی که قبلاً ذکر شده است، بر اساس این سیاست، اطلاعیه‌ها، مکاتبات رسمی و تابلوها باید به انگلیسی و به زبان‌های دیگری که طبق قوانین ایالتی و فدرال لازم هستند باشند. آن زبان‌های دیگر اسپانیایی، فارسی، روسی، ارمنی، چینی، کره‌ای، ویتنامی، عربی و چک هستند. علاوه‌براین، بیماران برای دریافت خدمات مترجم شفاهی جهت ارتباط و ترجمه اسناد مرتبط با سیاست به زبان‌های خارجی و زبان اشاره آمریکایی (ASL) می‌توانند با «سازمان» تماس بگیرند. همچنین، نسخه‌هایی از این اسناد می‌تواند در صورت درخواست از بخش خدمات بیمار، در چاپ بزرگ و قالب صوتی ارائه شود.

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 دادن بررسی‌های پزشکی مناسب و ارائه خدمات ضروری جهت تثبیت وضعیت بیمار مطابق با تمام قوانین و مقررات قابل‌اجرای ایالتی و فدرال انجام خواهد شد.

h. **بازپرداخت‌ها.** سازمان مبالغی را که بیماران به میزانی مازاد بر مبلغ مقرر در این سیاست پرداخت کرده باشند، بعلاوه سود پرداخت‌شده و با نرخ سود سالانه‌ده درصد (10%)، بازپرداخت خواهد کرد. اگر مبلغ قابل پرداخت به بیمار کمتر از 5.00 $ 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 مدت زمان 30 روز مبلغ بازپرداخت را به بیمار منتقل کند.

i. **وصول مبالغ/بدهی.** برای کسب اطلاعات بیشتر درباره وصول مبالغ/بدهی، به «سیاست سازمان وصول‌کننده بدهی» مراجعه کنید.

j. **گزارش‌نویسی.** «سازمان» هر سال 1 ژانویه یا قبل از این تاریخ، یا ظرف سی (30) روز از تاریخ ایجاد هرگونه به‌روزرسانی در این سیاست، این سیاست را برای HCAI ارسال می‌کند. اگر از آخرین تاریخ ارسال سیاست هیچ تغییر قابل‌توجهی ایجاد نشده باشد، سازمان باید ظرف سی (30) روز از 1 ژانویه، تاریخ بعدی گزارش دوسالانه سازمان را به HCAI اطلاع دهد. تغییرات قابل‌توجه شامل هرگونه تغییری است که می‌تواند روی دسترسی بیمار به واجد شرایط بودن برای پرداخت مشمول تخفیف تأثیر بگذارد یا شامل هرگونه محافظت دیگری است که توسط الزامات فدرال و ایالتی مشخص شده است. هر ارسال سیاست به HCAI باید شامل اظهاریه گواهی (پیوست D مشاهده شود) تحت مجازات یا شهادت کذب باشد که شامل موارد زیر می‌شود: (i) گواهی مبنی بر اینکه فرد ارسال‌کننده دارای اجازه مقتضی برای ارسال سیاست‌هاست. (ii) سیاست‌های ارسال‌شده، کپی‌های صحیح و واقعی از سیاست‌های سازمان است.

III. برنامه شکایت از صورت‌حساب بیمارستان. بیمارانی که باور دارند درخواست کمک‌مالی آن‌ها به‌اشتباه رد شده است، می‌توانند شکایتی نزد «برنامه شکایت از صدور صورت‌حساب بیمارستان‌ها» ایالت کالیفرنیا ثبت کنند. جهت کسب اطلاعات بیشتر یا ثبت شکایت، به وب‌سایت HCAI یا HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov مراجعه کنید.

IV. کمک بیشتر. دررابطه‌با بیمارانی که در پرداخت صورت‌حساب خود به کمک نیاز دارند، سازمان‌های حامی مصرف‌کنندگان رایگانی وجود دارد که در درک فرایند صدور صورت‌حساب و پرداخت به بیماران کمک خواهد کرد. بیماران جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند با Health Consumer Alliance به شمارهٔ 888-804-3536 تماس بگیرند یا به healthconsumer.org مراجعه کنند.

V. نگهداری سوابق. «سازمان» تمام سوابق مربوط به پول بیمار یا ضامن را به‌مدت 5 سال نگهداری می‌کند، این سوابق عبارت‌اند از: (a) اسناد مرتبط با واسطه‌گری ثبت‌شده توسط سازمان، (b) قرارداد یا سوابق مهمی که سازمان بدهی را به شخص ثالث واگذار می‌کند، (c) فهرستی شامل نام شخص و اطلاعات تماس که حداقل سالانه و برای هر شخص به‌روز می‌شود که شامل یکی از موارد زیر است: (i) یک وصول‌کننده بدهی یا شخصی که سازمان بدهی پزشکی را به او محول کرده است یا (ii) توسط سازمانی نگه داشته می‌شود که واسطه‌گری بدهی بیماران را از طرف سازمان پیگیری می‌کند.

VI. تأیید توسط هیئت مدیران و ادامه بررسی. این سیاست، سیاست وصول بدهی، و همه مطالب تغییریافته در این سیاست‌ها باید توسط هیئت مدیران سازمان تأیید شود. «سازمان» باید مرتباً این «سیاست» را به همراه سیاست جمع‌آوری بدهی و وضعیت اقدامات صورت‌گرفته

برای وصول بدهی بررسی کند و مطمئن شود که به بهترین شکل در خدمت بیماران و جامعه باشند. با وجود این، ممکن است مدیریت تغییرات اجرایی در پیوست‌های ذکرشده در بخش VII این سیاست اعمال کند؛ این تغییرات می‌تواند تا جایی که با این سیاست تناقض نداشته باشد، بدون تأیید هیئت مدیران اعمال شود (مثلاً، شفاف‌سازی‌های زبانی، تغییرات برای انعکاس فرایند عملیاتی که سیاست را اجرا می‌کند، به‌روزرسانی‌هایی جهت انطباق با تغییرات در قوانین یا مقررات ذی‌ربط یا راهنمای IRS، یا به‌روزرسانی‌هایی جهت اعمال جدیدترین دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال).

VII. 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. بخش 501(r)-5(b). تعیین می‌شود. اطلاعات بیشتر درباره نحوه محاسبه AGB توسط سازمان درباره AGB در پیوست C این سیاست ارائه شده است و در وب‌سایت Department of Health Care Access and Information کالیفرنیا به نشانی syfphr.hcai.ca.gov/ نیز برای عموم قابل‌دسترس است.

b. **درخواست** به معنای درخواست سازمان برای کمک‌مالی می‌باشد.

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.

d. **مراقبت خیریه** یعنی مراقبت رایگان.

e. **شرکای انجمن** به معنای ارتباط حمایتی با سایر سازمان‌های انجمن مانند Planned Parenthood و Saban Community Clinic است.

f. **تخفیف پرداخت** یا **تخفیف با پرداخت** یعنی هزینه‌های مراقبتی که کاهش یافته اما رایگان نیست.

g. **هزینه‌های ضروری زندگی** شامل این موارد است: اجاره یا کرایه‌خانه و هزینه تعمیرات آن، مواد غذایی و لوازم مصرفی خانواده، قبوض آب، برق و گاز و تلفن، پوشاک، هزینه‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، بیمه، مدرسه یا مراقبت از فرزند، نفقه (کمک‌مالی) فرزند و همسر، حمل‌ونقل و هزینه‌های خودرو، از جمله بیمه، سوخت و تعمیرات، پرداخت اقساط، شستشوی لباس و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.

h. **اقدامات فوق‌العاده در وصول مطالبات، («ECAs»)** یعنی اموری در رابطه‌با وصول بدهی‌ها که سازمان قبل از انجام آنها ابتدا با تلاش‌هایی در حد معقول، واجد شرایط بودن بیمار را برای برخورداری از کمک مالی طبق این سیاست تعیین می‌کند. اقدامات ECAs به‌طور ویژه در قسمت «سیاست وصول بدهی» توضیح داده شده‌اند.

i. **خط فقر فدرال، «FPL»** عبارت است از معیاری که برای تعیین فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود و «اداره خدمات انسانی و سلامت» Department of Health and Human Services («DHHS») هر سال آن را در وب‌سایت خود به نشانی aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines منتشر می‌کند.

j. **بیمار واجد شرایط از لحاظ مالی** یعنی بیماری که درخواست کمک‌مالی 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.

k. **کمک‌مالی** عبارت است از اقداماتی که طبق این سیاست صورت می‌گیرد تا خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت رایگان یا با هزینه کمتر به بیمار ارائه شود. هزینه کمتر به‌طورکلی بر اساس یک طرح پرداخت است، یا به معنی تخفیف خودکار برای بیمارانی است که شخصاً هزینه‌شان را خودشان پرداخت می‌کنند.

l. **حساب پس‌انداز سلامت** حسابی است که توسط بیمار یا عضوی از خانواده او بر مبنای پیش از مالیات ایجاد شده است و برای پرداخت برخی از مخارج پزشکی بیمار و غیره قابل دسترس است.

m. **هزینه‌های پزشکی زیاد** مرتبط با هزینه‌های شخصی سالیانه بیماری است که درآمد خانواده‌اش بیشتر از آستانه سازمان برای دریافت کمک مالی است. این هزینه‌های عبارت‌اند از: (1) هزینه‌های سالانه‌ای که بیمار شخصاً در بیمارستان سازمان پرداخت می‌کند و از پایین‌ترین 10 درصد درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد خانواده در 12 ماه قبل فراتر می‌رود؛ (2) هزینه‌های سالانه که بیمار شخصاً پرداخت می‌کند و فراتر از 10 درصد درآمد خانواده بیمار باشد درصورتی‌که بیمار مدرک مخارج پزشکی بیمار یا خانواده‌اش را که در 12 ماه قبل پرداخت کرده است ارائه دهد؛ یا (3) سطح پایین‌تر که ممکن است گاهاً در این سیاست مطرح شود.

n. **نیازمند بودن ازنظر پزشکی** یعنی بیماری که به‌دلیل خدمات مراقبتی پرهزینه و غیرمنتظره قادر نیست هزینه خدمات را بپردازد، اما برای کمک مالی تحت این سیاست واجد شرایط نیست.

o. **دارای ضرورت پزشکی** به‌معنای خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی اجراشده است که برای ارزیابی، تشخیص یا درمان بیمار مطابق با استانداردهای عمومی رویه پزشکی ضروری و از نظر بالینی مناسب است و هدف اولیه آن، راحتی بیمار یا ارائه‌دهنده نیست.

p. **هزینه‌های که بیمار شخصاً می‌پردازد** یعنی هر هزینه‌ای برای مراقبت پزشکی که بیمه یا برنامه پوشش‌دهی سلامت بازپرداخت نمی‌کند ازجمله «حساب پس‌انداز سلامت». این هزینه‌ها شامل پرداخت‌های مشترک Medicare یا اشتراک هزینه Medi-Cal می‌شود.

q. **خانواده بیمار** یعنی: برای اشخاص 18 سال به بالا، همسر، شریک زندگی و کودکان تحت تکفل زیر 21 سال یا هر سن درصورتی‌که معلول است و در خانه زندگی کند یا نکند و برای اشخاص زیر 18 سال یا برای کودک تحت تکفل 18 تا خود 20

سال، والدین، خویشاوندان مراقب و سایر کودکان تحت تکفل ولی یا خویشاوندان مراقب زیر 21 سال یا هر سنی درصورتی که معلول باشد.

r. **طرح پرداخت** قراردادی بین سازمان و بیمار است که توسط سازمان ارائه شده و بیمار آن را پذیرفته است، و در نتیجه آن بیمار می تواند 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.

s. **بدون بیمه مناسب** یعنی بیمارانی که بیمه سلامت دارند، اما قادر نیستند سهم هزینه‌های خود را به‌دلیل بالا بودن حق بیمه یا هزینه‌هایی که بیمار شخصاً می‌پردازد بپردازند.

t. **بدون بیمه** یعنی بیمارانی که پوشش بیمه سلامت ازطریق کارگزار بیمه سلامت خصوصی، Medicare، Medicaid یا طرح دیگری تحت حمایت دولت ندارد.

VII. مرجع‌ها. قوانین فدرال و ایالتی که در نگارش این سیاست به آنها اشاره شده است شامل موارد زیر است؛ ولی محدود به آنها نمی‌شود:

a. قانون درآمد داخلی بخش 501(r)(3).

b. قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400-127462 (سیاست‌های تعیین نرخ عادلانه در بیمارستان و سیاست‌های تعیین قیمت عادلانه برای پزشکان بخش اورژانس).

c. لایحه مجلس کالیفرنیا 1020: صدور عادلانه صورت‌حساب و جمع‌آوری بدهی بخش مراقبت سلامت.

d. لایحه مجلس کالیفرنیا 532: سیاست‌های صدور صورت‌حساب عادلانه.

e. «دستورالعمل اداره کل» (Department of Health and Human Services (Office of General, "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.

VIII. فهرست پیوست‌ها

A. خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده

B. کمک مالی برای مراقبت خیریه یا پرداخت با تخفیف تحت دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال

C. مبالغ کلی صورت‌حساب

D. بیانیه شفاف‌سازی

سابقه:

نسخه اولیه: 05/01/03

تاریخ اجرای این نسخه از سیاست: 01/01/25

تاریخ آخرین بازبینی: 01/01/24

Cedars Sinai

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

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
- Huntington Health: 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 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 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/

Attachment A (Continued)

Financial Assistance Tagline Sheet
English: 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.
Spanish: 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.
Chinese-Simplified: 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。
Vietnamese: 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.
Tagalog: 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 serbisyong ito ay walang bayad.
Korean: 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.
Armenian: 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 նաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված նյութեր: Այս ծառայություններն անվճար են:
Farsi: 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.
Russian: 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.

Attachment A (Continued)

Japanese: 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。
Arabic: تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 323-866-8600 أو تفضّل بزيارة 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.
Punjabi: 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। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।
Mon-Khmer Cambodian: យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 323-866-8600 ឬទៅការិយាល័យទីប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារ។ (PFA) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 នាទីរសៀល ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៏មាន ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីយ៉ូជាដើម។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
Hmong: DAIM NTAWV CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw haujlwm PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnub Monday txog hnub Friday, ntawm 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 qhab, 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.
Hindi: 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 मुफ़्त हैं।
Thai: ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรดโทร 323-866-8600 หรือไปที่สำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็มีให้เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

پیوست B
کمک‌مالی برای مراقبت خیریه یا پرداخت با تخفیف تحت
دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال

برای یافتن درصد «سطح فقر خط فدرال» («FPL%») مربوط به خود و برای مبالغ به‌روزشده حقوق سالانه با محدوده‌های تعداد اعضای خانوار، به وب‌سایت سازمان در https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html مراجعه کنید

سازمان از «سطح خط فقر فدرال» («FPL») و رهنمودهای بیمه در زیر برای تعیین تخفیف استفاده می‌کند:

	مراقبت خیریه	پرداخت با تخفیف			
FPL %	**400%**	**450%**	**500%**	**550%**	**600%**
بدون بیمه	100%	95%	90%	85%	85%
بدون بیمه مناسب	100%	90%	80%	70%	60%

مثال تصویری:
اگر تعداد اعضای خانواده شما 3 نفر است و حقوق سالانه معادل یا کمتر از 500% از FPL دارید، آنگاه واجد شرایط یکی از موارد زیر هستید:

- تخفیف بدون بیمه در 90% - برای بیماران بدون طرح بیمه
- تخفیف بدون بیمه مناسب در 80% - برای بیمارانی که بیمه سلامت دارند، اما نمی‌توانند سهم هزینه‌های خود را به دلیل بالا بودن حق بیمه بپردازند.

می‌توانید دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال را در وب‌سایت aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines مشاهده کنید.

پیوست C
مبالغ کلی صورت‌حساب

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.

سازمان از روش بازنگری (Look-Back) برای تعیین حداکثر مبلغ که صورت‌حساب می‌شود استفاده خواهد کرد:

- بیمار بستری واجد شرایطی که از Medicare میانی استفاده می‌کند و نرخ بازپرداخت تجاری بیمار بستری. 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.
- بیمار سرپایی واجد شرایطی که از Medicare میانی استفاده می‌کند و نرخ بازپرداخت تجاری بیمار سرپایی.
- بیمار اورژانسی واجد شرایطی که از Medicare میانی استفاده می‌کند و نرخ بازپرداخت تجاری اورژانس.

نرخ‌های بازپرداخت برای بیماران بستری، سرپایی، و بخش اورژانس حداقل هر سال با استفاده از جدیدترین حساب‌های تسویه‌شده Medicare مربوط به 12 ماه گذشته محاسبه می‌شود.
برای یافتن درصدهای AGB که سالانه به‌روزرسانی می‌شود، به وب‌سایت سازمان به نشانی cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html مراجعه کنید.

پیوست D
بیانیه شفاف‌سازی

این سیاست و پیوست‌های آن به سازمان Department of Health Care Access and Information (HCAI) ارسال خواهد شد. در وب‌سایت «سازمان» نیز در دسترس قرار می‌گیرد.

سازمان باتوجه‌به مجازات ناشی از شهادت کذب، این موارد را تأیید می‌کند:

1. فرد ارائه کننده این سیاست به طور کامل برای ارائه سیاست‌ها از طرف سازمان اختیارات قانونی دارد.

2. سیاست ارسال‌شده، نسخه صحیح و واقعی است که این تأییدیه برای آن پیوست شده است.

DocuSigned by:
Lisa Maqueira
56A5E2AB375D487...

11/6/2024

Lisa Maqueira
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

Date