

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

## I. Цель

- a. Задача Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, врачей отделения неотложной помощи (Emergency Department) Cedars-Sinai при Community Urgent Care Medical Group, Inc., врачей, преподающих в Cedars-Sinai, выступающих в этом качестве, врачей, которые работают по найму в Cedars-Sinai Medical Care Foundation (далее — CSMCF) и медицинских групп, заключивших эксклюзивный договор о предоставлении профессиональных услуг с CSMCF (совместно далее — «Организация»), — оказывать всем пациентам надлежащий медицинский уход в соответствии со следующими принципами.
- i. Следует относиться ко всем людям справедливо, с достоинством, уважением и состраданием.
  - ii. Необходимо оказывать неотложную медицинскую помощь всем пациентам, независимо от того, могут ли они ее оплатить.
  - iii. Нужно помогать пациентам, которые не могут оплатить лечение частично или полностью.
- b. Данная Политика демонстрирует приверженность Организации миссии, видению и принципам, которые предполагают удовлетворение потребностей незастрахованных пациентов с низким уровнем дохода и пациентов с недостаточным уровнем страхования. В рамках этой задачи Организация предоставляет необходимые по медицинским показаниям услуги бесплатно или по сниженной цене пациентам, которые соответствуют требованиям настоящей Политики.
- c. Настоящая Политика содержит рекомендации по выявлению пациентов, которые могут претендовать на финансовую помощь, и устанавливает критерии проверки платежеспособности для получения такой помощи.

## II. Политика

- a. **Определения.** Определения терминов, используемых в настоящей Политике с заглавной буквы, приведены в разделе «Определения» в конце данной Политики или при первом употреблении.
- b. **Что подпадает под действие данной Политики.** Данная Политика распространяется только на услуги, которые предоставляет непосредственно Организация.

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

- c. **Для учреждений, врачей и других поставщиков услуг, подпадающих под действие настоящей Политики, могут действовать отдельные политики финансовой помощи.** Медицинские специалисты местных партнеров Организации (т. е. поставщики медицинского обслуживания, не входящие в состав Организации), также могут предоставлять финансовую помощь своим пациентам. На веб-сайте Организации будет приведен список таких врачей или медицинских групп с информацией о том: (i) будут ли они предоставлять пациентам с низким уровнем дохода, не имеющим страхования, такие же скидки на оплату своих услуг, как и Организация, на основании критериев, установленных в Политике; (ii) примут ли они условия Организации, по которым определяется наличие у пациентов права на финансовую помощь; (iii) будут ли они соблюдать все применимые законы штата, федеральные и местные законы, нормативные акты, постановления, а также распоряжения в отношении взыскания задолженностей по потребительским счетам. Организация не несет ответственности за администрирование программ финансовой помощи таких врачей или за их методы выставления счетов.
- d. **Критерии соответствия для получения помощи в оплате счетов**
- i. **Финансовая помощь.** Финансовая помощь будет предоставляться пациентам, чьи семейный доход и активы не превышают 400 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) за текущий год. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Даже если доход включен в заявление о предоставлении финансовой помощи (далее — «Заявление»), он не будет учитываться при определении права на скидки. В приложении В указан диапазон финансовой помощи, которая может быть предоставлена Организацией.
  - ii. **Предварительно записанные пациенты (плановая и (или) неэкстренная медицинская помощь).** Пациенты, которым назначены плановые стационарные или неэкстренные амбулаторные медицинские услуги, должны предварительно получить утверждение финансовой помощи от вице-президента, директора по вопросам финансов и финансовых данных пациентов (Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer) или уполномоченного лица. Подтверждение предоставляется только для процедур, необходимых по медицинским показаниям. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур и последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в районе,

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

обслуживаемом Организацией, или по согласованию с вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или уполномоченным лицом. Организация оставляет за собой право в будущем не предоставлять финансовую помощь для оплаты предложенного пациенту неэкстренного и другого необязательного с медицинской точки зрения лечения, руководствуясь необходимостью разумно распределять финансовые и клинические ресурсы Организации.

- iii. **Дополнительные финансовые ресурсы и требуемое от пациентов содействие.** Пациенты, для которых одобрено выделение помощи в соответствии с этой Политикой, дают согласие на оказание постоянного содействия в процессе получения возмещения за услуги Организации от третьих сторон, таких как California Victims of Crime (Калифорнийский фонд жертв преступлений), County Trauma Program (Программа округа для помощи пациентам с травмами), программа Medi-Cal и планы медицинского страхования, которые предлагают покрытие через California Health Benefit Exchange (Биржа медицинского страхования штата Калифорния) (далее — «Биржа»). Заявление пациента об оплате затрат на медицинское обслуживание пациента третьей стороной не исключает его права на помощь в соответствии с этой Политикой. Одним из условий получения финансовой помощи является подача пациентом заявления о покрытии затрат на медицинское обслуживание по программам Medi-Cal, Healthy Families или County Trauma Program в зависимости от обстоятельств и, если применимо, через Биржу. Вышеизложенное применимо также к пациентам, которые живут за пределами штата и подают заявление на покрытие Medicaid в своих штатах.

Организация направляет пациентов в соответствующие местные окружные учреждения, включая Healthy Families, Covered California, Medi-Cal и другие программы, для установления их соответствия критериям участия в таких программах.

Организация имеет право выставить счет любой сторонней страховой компании, в которой застрахован пациент. Медицинским страховым компаниям и планам медицинского страхования запрещено уменьшать размер возмещения Организации по страховым требованиям, даже если Организация отказывается взыскивать плату по счету пациента (полностью или частично) согласно данной Политике.

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

**iv. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами.**

Основываясь на предыдущем опыте и текущих тенденциях в страховании, Организация предполагает, что пациенты, у которых нет страховки, не могут себе ее позволить. Организация изначально полагает, что эти пациенты соответствуют критериям программ финансовой помощи, и готова предоставить помощь всем таким пациентам, если только данные лица не дадут других распоряжений относительно услуг, оказываемых им в Организации. Сумма скидки, не включенная в счет пациента, — это стоимость неоплаченных услуг, которая будет отражаться Организацией в отчетности в соответствии с рекомендациями руководства Centers for Medicare & Medicaid Services по предоставлению компенсации поставщикам услуг (глава 15-2, раздел 4012).

1. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами, автоматически получают скидки, размер которых определяется полной суммой затрат, умноженной на коэффициент сумм, на которые обычно выставляются счета (Amounts Generally Billed, AGB) за соответствующие стационарные услуги, услуги отделения неотложной помощи или амбулаторные неэкстренные услуги Организации.
2. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами, имеют право на эти скидки без подачи заявления. Данная финансовая помощь не распространяется на плановые процедуры, кроме случаев, когда достигнута отдельная договоренность между Организацией и пациентом.

- v. **Неплатежеспособные пациенты (не соответствующие прочим критериям для получения скидки).** Неплатежеспособные пациенты, не соответствующие критериям предоставления финансовой помощи согласно этой Политике, также могут запросить финансовую помощь в порядке, описанном в данной Политике. Запрос о предоставлении финансовой помощи в связи с медицинской неплатежеспособностью должен быть одобрен вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или уполномоченным лицом на их усмотрение.

- e. **Процесс предоставления финансовой помощи.** Финансовая помощь Организации предоставляется на основании стандартного заявления, которое подается один раз. Процесс разработан таким образом, чтобы дать каждому заявителю возможность получать максимально допустимую финансовую

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

помощь. Пациенту, обратившемуся за финансовой помощью, предлагается заполнить Заявление.

- i. **Как подать заявление.** Процесс подачи Заявления может быть инициирован пациентом или любым сотрудником Организации. Для этого следует обратиться в отдел защиты финансовых интересов пациентов (Patient Financial Advocates) по номеру 310-423-5071 или по электронной почте [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org). Этот процесс включает перечисленные ниже шаги.
  1. Пациенту предоставляется формуляр Заявления, включая заявление Medi-Cal и информацию о консультациях по кредитованию.
  2. Заявителям предлагается содействие в заполнении форм в отделе защиты финансовых интересов пациентов по адресу Cedars-Sinai South Tower, Room 1740.
  3. Заявление может быть заполнено устно при помощи сотрудников Организации, но при этом пациент или его представитель должны поставить свои подписи.
- ii. **Рассмотрение Заявления**
  1. **Окончательное решение.** При расчетах в качестве критерия соответствия требованиям используется текущий уровень FPL.
  2. **Решения, вынесенные аффилированными лицами и одобренными партнерами сообщества.** Пациенты, заявления на получение финансовой помощи которых недавно были одобрены определенными аффилированными лицами или партнерами Организации, могут быть одобрены Организацией в ускоренном порядке по ее усмотрению. Организация сообщит пациентам, подающим Заявление о предоставлении финансовой помощи, о возможности такой ускоренной обработки запроса.
  3. **Активы.** Учет активов при установлении соответствия критериям ограничен определением, приведенным в данной Политике.
  4. **Доход.** Доход за неполные периоды должен быть включен в учетную ведомость в пересчете на год.

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

5. **Вычеты.** Будут учтены финансовые обязательства, в том числе расходы на проживание и другие обоснованные и необходимые затраты.
6. **Максимальные расходы, оплаченные собственными средствами пациента.** Все платежи пациента за услуги, на которые распространяется эта Политика, не могут превышать сумму AGB.
7. **Повторная оценка.** Организация может оценивать соответствие критериям повторно, если произойдет одно из нижеуказанных событий.
  - a. Изменится доход пациента.
  - b. Изменится размер семьи пациента.
  - c. Если будет обнаружено, что какая-либо часть Заявления о предоставлении финансовой помощи содержит неправдивые сведения или искажает факты, первоначальное решение о предоставлении финансовой помощи может быть отменено с обратной силой.
- iii. **Предоставление необходимых документов.** Организация требует, чтобы пациенты, подавшие Заявление о предоставлении финансовой помощи, представили различные документы для подтверждения их соответствия критериям. К этим документам относятся, помимо прочего, указанные далее.
  1. Заполненная форма заявления.
  2. Документы о доходе, в частности указанные далее.
    - a. Квитанции о начислении зарплаты за текущий период.
    - b. Декларация о доходах за предыдущий отчетный год.
    - c. Письменное объяснение.
  3. Документы об активах, в частности указанные далее.
    - a. Копии выписок о состоянии банковского счета за прошлый месяц (все страницы).
    - b. Выписки с депозитных счетов денежного рынка.
    - c. Акции.
    - d. Облигации.
    - e. Депозитные сертификаты.
    - f. Брокерские счета (не запрашиваются документы, касающиеся планов пенсионного страхования и планов



**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям, изложенным в кодексе Налогового управления США (Internal Revenue Service, IRS))).

- g. Квитанции о начислении пособий по безработице, социальному обеспечению или инвалидности.

iv. **Подача заполненного заявления.** Если пациент подаст заполненное Заявление в течение Периода подачи заявления, Организация будет действовать нижеописанным образом.

1. Незамедлительно предпримет все возможные рациональные действия для приостановления или отмены каких-либо чрезвычайных мер по взысканию задолженности (ЕСА), принятых против пациента с целью получения платы за медицинское обслуживание. Такие возможные рациональные действия обычно включают, среди прочего, рекомендации коллекторским агентствам прекратить взыскание долгов, меры по аннулированию судебного решения против пациента, по отмене любых взысканий или залогов на имущество пациента и по удалению из кредитной истории пациента всей негативной информации, которая была сообщена агентству по сбору данных о кредитоспособности потребителей или кредитному бюро.
2. В приемлемый срок вынесет решение о соответствии критериям или определит, что Заявление является неполным или требует дополнительной информации.
3. Незамедлительно уведомит пациента в письменном виде о решении относительно соответствия критериям (включая, если применимо, сведения о помощи, на которую имеет право пациент) и основаниях для такого решения.
4. Если пациент соответствует критериям получения финансовой помощи, Организация письменно уведомит пациента об этом, а также о доступной помощи, основании для вынесенного решения и даты обслуживания.
  - a. В противном случае никакие дальнейшие шаги не требуются, кроме компенсации выплаченных сумм, как указано в разделе «Возврат средств» настоящей Политики. Если на счету остались средства, Организация уведомит пациента в письменном виде

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

о сумме, которую необходимо заплатить за обслуживание, и о том, каким образом пациент может получить дополнительную информацию о счете.

- b. После одобрения предоставления пациенту финансовой помощи с пациента не будет взиматься плата за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь, превышающая сумму AGB.
- c. Утверждение соответствия критериям на получение финансовой помощи может производиться только лицами, специально уполномоченными Организацией, на данный момент это вице-президент, директор по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другое уполномоченное лицо.

- v. **Письмо-заключение.** После того как пациент подаст заполненное заявление и представит необходимые документы, Организация направит ему письмо, в котором сообщит о своем решении одобрить предоставление помощи или отказать в этом пациенту. В данном письме должна быть указана следующая информация.
  - 1. Четко изложенное обоснование того, имеет ли пациент право на финансовую помощь.
  - 2. Если пациент не имеет права на финансовую помощь — аргументированное обоснование такого отказа.
  - 3. Если пациент не имеет права на участие в программе из-за того, что предоставленная ему услуга не была необходима по медицинским показаниям — подтверждение этого факта от лечащего врача, который оказывает ее, еще до вынесения решения об отказе в предоставлении помощи.
  - 4. Если было принято решение о предоставлении пациенту финансовой помощи — конкретные сведения о снижении суммы обязательств, а также инструкции о том, где пациент может получить дополнительную информацию о составлении разумного плана оплаты, если это применимо в его случае.



**Title: Financial Assistance Policy**

**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

5. Контактная информация Организации, включая отдел и имя контактного лица, а также сведения о том, где пациент может обжаловать решение больницы.
  6. Информация о Программе подачи жалоб на счета за услуги больницы (Hospital Bill Complaint Program) Департамента информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения (Health Care Access and Information, HCAI).
  7. Информация об Альянсе потребителей медицинских услуг (Health Consumer Alliance).
- vi. **Пациенты, доступная информация о которых ограничена.** Отсутствие у Организации информации о финансовом положении пациента не исключает его права на финансовую помощь. При оценке всех факторов, которые касаются клинической, личной и демографической ситуации пациента, и прочих документов (включая сведения, предоставленные другими благотворительными организациями) Организация может установить, что пациент имеет право на получение финансовой помощи, сделав разумные предположения относительно доходов такого пациента.
- vii. **Неполное Заявление.** В случае подачи неполного заявления Организация незамедлительно направляет пациенту письменное уведомление, в котором приводится дополнительная информация и (или) перечень документов, необходимые для Заявления, а также контактные данные лица, уполномоченного рассматривать запрос. Если пациент впоследствии внесет в Заявление необходимые данные в течение Периода подачи заявления (или более длительного периода времени по усмотрению Организации), Заявление будет считаться заполненным.
- viii. **Завершение внесения данных в неполное Заявление.** Если пациент, который подал неполное Заявление в Период подачи заявления, впоследствии до конца заполнит его в разумные сроки, данные ему для ответа на запрос дополнительной информации и (или) документов, считается, что пациент заполнил Заявление до конца и Организация прилагает разумные усилия для установления того, соответствует ли пациент критериям, и принимает иные меры, которые требуются согласно этой Политике в отношении до конца заполненных Заявлений.

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

- ix. **Правило противодействия злоупотреблениям для Заявлений с сомнительной информацией.** Организация не выносит решения о соответствии пациента критериям предоставления финансовой помощи на основании информации, относительно которой есть причина полагать, что она ненадежна, неправильна либо получена от пациента под давлением или с помощью принудительных методов. Принудительные методы включают отсрочку или отказ в неотложной медицинской помощи пациенту, пока он не предоставит информацию, запрошенную, чтобы определить, имеет ли пациент право на финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания, которое задерживается или в котором отказано.
- x. **Обработка не до конца заполненных Заявлений.** Организация может учитывать факт непредоставления пациентом обоснованной и необходимой документации при принятии решения о предоставлении финансовой помощи. Однако Организация будет действовать разумно и вынесет оптимальное решение по мере возможности с учетом имеющейся информации.
- xi. **Предположительное соответствие критериям.** Организация может установить, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи для оплаты текущих услуг на основании информации, полученной или оцененной без предоставления пациентом всех данных, необходимых в обычном процессе рассмотрения Заявления, или ввиду того, что пациент не имеет медицинской страховки. При этом могут учитываться прежние решения Организации относительно соответствия критериям, сведения, полученные от другой организации, предоставляющей услуги пациенту, или общая оценка информации, имеющейся у персонала Организации. В таких случаях Организация обязуется: а) уведомить пациента об основаниях для предоставления предварительного права на помощь и о том, каким образом можно подать заявление о предоставлении более обширной помощи в соответствии с этой Политикой; б) дать пациенту 120 (сто двадцать) дней на то, чтобы он подал Заявление о предоставлении более обширной помощи. Если пациент подаст заполненное Заявление о предоставлении более обширной помощи, Организация определит, имеет ли пациент право на нее, и примет другие меры в отношении заполненных Заявлений, необходимые согласно этой Политике. Пациентам, которые оплачивают медицинские услуги собственными средствами и получают скидки, описанные в этой Политике, такое уведомление отправляется в виде

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

Краткого изложения простым языком (см. приложение А), напечатанного на их платежных документах.

- xii. **Отказ пациента не освобождает Организацию от обязательств предпринимать разумные усилия для определения соответствия пациента критериям.** Получение от пациента письменного или устного отказа, например, подписанного заявления о том, что пациент не желает подавать Заявление о предоставлении финансовой помощи в соответствии с Политикой или получать информацию, которая должна предоставляться пациентам согласно этой Политике, не является само по себе признанием несоответствия пациента критериям и не отменяет требования о приложении разумных усилий для определения того, отвечает ли пациент критериям, прежде чем принимать в отношении него ЕСА.
- xiii. **Планы оплаты.** Если установлено, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи и на его счету остались средства, то у него есть возможность произвести оплату по плану с запланированным сроком. Организация обсудит с пациентом возможные варианты и разработает планы платежей, которые рассчитаны на период, не превышающий 12 (двенадцать) месяцев, и являются беспроцентными. Больше информации см. в Политике Организации относительно взыскания долгов (Debt Collection Policy).
- xiv. **Разрешение споров.** В случае возникновения спора относительно соответствия критериям получения финансовой помощи пациент может подать в Организацию письменную апелляцию с запросом пересмотра решения. В письменной апелляции следует объяснить причину спора и приложить подтверждающие документы. Руководитель по работе и операциям с клиентами Организации или другое уполномоченное лицо незамедлительно рассмотрит апелляцию и предоставит пациенту письменное решение. Если пациент считает, что после первой апелляции спор не был разрешен, он может в письменном виде запросить пересмотр дела вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другим уполномоченным лицом, которое рассмотрит его и вынесет окончательное письменное решение.
- xv. **Конфиденциальность информации, содержащейся в Заявлении.** Организация будет обращаться со всеми данными, полученными от пациентов для определения их права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, как с конфиденциальной информацией. Информация,

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

которая касается дохода и активов, полученная в процессе подачи, а также проверки заявления, будет храниться в файле отдельно от данных, которые могут использоваться для взыскания задолженности пациента.

- xvi. **Срок заполнения заявления (далее — «Период подачи Заявления»).** Пациентам дается двести сорок (240) дней на заполнение Заявления. Период подачи заявления начинается с даты первого предоставления медицинской помощи, являющейся предметом Заявления (с начала последнего курса лечения, если применимо несколько дат предоставления услуг).

**d. Срок действия.**

- i. Первоначальное решение о предоставлении помощи пациентам, которые соответствуют финансовым критериям, действует в течение 6 (шести) месяцев с даты подачи Заявления. По запросу пациента может быть проведена повторная оценка его соответствия критериям по истечении периода действия первоначального решения. На усмотрение Организации очередной период продолжительностью 6 (шесть) месяцев может быть утвержден без подачи нового Заявления. Через 12 (двенадцать) месяцев пациент должен подать новое Заявление. Начиная с даты утверждения последнего Заявления задолженность по соответствующим требованиям открытым счетам будет списана за счет финансовой помощи. Сумма списания будет зависеть от уровня оказываемой помощи. В дальнейшем задолженность по соответствующим требованиям счетам за будущие 6 (шесть) месяцев будет списываться в рамках финансовой помощи.

**e. Уведомления, письменные сообщения и заявления.**

- i. Организация предоставляет нижеуказанные уведомления и информацию о финансовой помощи.
- a. Данная Политика.
  - b. Краткое изложение Политики простым языком. Краткое изложение простым языком — это ясный, сжатый и простой для понимания документ, который информирует пациентов и других лиц о том, что Организация предлагает финансовую помощь в соответствии с этой Политикой. Краткое изложение Политики простым языком должно быть написано так, чтобы

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

представить важную информацию, в частности требуемую законами штата и федеральными законами, например, критерии, по которым определяется наличие права на получение помощи, виды предлагаемой помощи в соответствии с этой Политикой, краткое описание процедуры подачи заявления для получения помощи в соответствии с этой Политикой и информацию о том, как получить дополнительные сведения и содействие, включая материалы на других языках.

- c. Список поставщиков, которые могут предоставлять финансовую помощь пациентам Организации.
  - d. Заявление.
  - e. Политика Организации относительно взыскания долгов.
- ii. Данные материалы должны предоставляться различным образом, в том числе нижеперечисленными способами.
- a. **Веб-сайт.** Политика финансовой помощи (Financial Assistance Policy), Заявление о предоставлении финансовой помощи (Financial Assistance Application) и Краткое изложение Политики финансовой помощи простым языком (Plain Language Summary of the Financial Assistance Policy) доступны на веб-сайте Организации: [cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html)
  - b. **Электронные (отправляются на эл. почту) и бумажные экземпляры.** Копии всех упомянутых в настоящей Политике материалов можно получить, обратившись в отдел обслуживания пациентов (Patient Services) по номеру 323-866-8600 или по электронному адресу [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org)
  - c. **Объявления на территории учреждения.** Краткое изложение Политики будет размещено в отделении неотложной помощи, приемном отделении, финансовом отделе, центральных и децентрализованных зонах регистрации и в других амбулаторных отделениях, включая палаты наблюдения.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

- iii. **Уведомления о регистрации и выставлении счетов.** Пациенты будут получать различную информацию и уведомления в сообщениях о регистрации и выставлении счетов. Примеры приведены в Политике Организации относительно взыскания долгов.
  - iv. **Уведомления для местного населения.** Организация обязуется принимать различные меры для широкого освещения своих программ финансовой помощи, например распространять информацию в целевых общественных организациях, а также принимать другие меры по оповещению пациентов Организации о наличии программ финансовой помощи.
- f. **Услуги письменного и устного перевода.** Сообщения для пациентов должны отвечать требованиям Организации. Не ограничивая вышеизложенное, уведомления, формальные сообщения и объявления, предусмотренные этой Политикой, должны предлагаться на английском и дополнительно на других языках в соответствии с законами штата и федеральными законами. Такими дополнительными языками являются фарси, русский, испанский, корейский, армянский и китайский. Кроме того, пациенты могут попросить Организацию о предоставлении услуг переводчика в процессе коммуникации или для перевода документов, связанных с данной Политикой, на другие иностранные языки, а также на американский жестовый язык (American Sign Language, ASL). Кроме того, копии этих документов могут быть предоставлены в крупном шрифте или в формате аудиозаписи. Для этого необходимо подать соответствующий запрос в отдел обслуживания пациентов (Patient Services Department).
- g. **Решения, основанные на необходимости обслуживания по медицинским показаниям и клиническим заключениям.** Оценка необходимости медицинского обслуживания пациента будет основываться на клиническом суждении, независимо от его страхового или финансового состояния. Если состояние пациента требует неотложной медицинской помощи, любая оценка финансовых условий будет осуществляться только после соответствующего медицинского скринингового обследования и принятия необходимых мер по стабилизации пациента согласно всем применимым законам штата и федеральным законам.
- h. **Возврат средств.** Организация возместит пациентам уплаченные ими суммы, которые превышают причитающиеся согласно этой Политике платежи, включая все выплаченные проценты, по ставке 10 % (десять процентов) годовых. Если сумма, подлежащая возврату пациенту, менее 5,00 долл. США (или другой суммы,



# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

установленной Налоговым управлением США (Internal Revenue Service)), Организация не обязуется возмещать пациенту эту сумму или выплачивать проценты. Организация возвратит средства пациенту в течение 30 дней.

- i. **Взыскание задолженностей.** С дополнительной информацией о мерах по взысканию задолженностей можно ознакомиться в Политике относительно взыскания долгов.
- j. **Отчетность.** Организация будет представлять эту политику на рассмотрение HCAI раз в два года до 1 января включительно или в течение 30 (тридцати) дней после внесения в нее изменений. Если с момента представления предыдущей версии Политики существенных изменений в нее внесено не было, Организация должна уведомить об этом HCAI в течение 30 (тридцати) дней до 1 января следующего двухгодичного отчетного периода Организации. Под существенными изменениями подразумеваются любые изменения, которые могут повлиять на предоставление пациентам права на льготы при оплате услуг или на их доступ к любым другим мерам защиты, предусмотренным федеральным и государственным законодательством. Политики, представляемые на рассмотрение HCAI, должны содержать «Заверение» (Statement of Certification) (см. приложение D), составленное под страхом наказания за лжесвидетельство, которое включает следующее: (i) подтверждение того, что лицо, подающее политику, должным образом уполномочено на это; (ii) представленные политики являются точными и верными копиями политик Организации.

**III. Программа подачи жалоб на счета за услуги больницы.** Пациенты, которые считают, что им было несправедливо отказано в предоставлении финансовой помощи, могут подать жалобу в администрацию Программы штата Калифорния по подаче жалоб на счета за услуги больницы. Чтобы получить дополнительную информацию или подать жалобу, зайдите на сайт HCAI или перейдите по ссылке [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).

**IV. Дополнительная помощь.** Пациенты, которым нужна помощь в оплате счета, могут бесплатно воспользоваться услугами организаций по защите прав потребителей, которые помогают разобраться в процессе выставления счетов и их оплаты. Чтобы получить дополнительную информацию, вы можете обратиться в Альянс потребителей медицинских услуг по номеру 888-804-3536 или перейти на веб-сайт [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

**V. Утверждение политик Советом директоров и их постоянные проверки.** Настоящая Политика, Политика взыскания долгов и все существенные изменения в них должны быть утверждены советом директоров Организации. Организации следует регулярно

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

пересматривать настоящую Политику вместе с Политикой взыскания долгов, а также меры по взысканию долгов, чтобы убедиться, что они наилучшим образом отвечают потребностям пациентов и местного сообщества. Однако административные изменения могут вноситься руководством в приложения, указанные в разделе VII настоящей Политики, без одобрения Совета директоров, если только эти изменения не противоречат настоящей Политике (например, представляют собой уточнения формулировок, отражают операционные процессы, направленные на реализацию данной Политики, а также обновления в соответствии с изменениями в применимых законах, правилах или руководствах IRS либо в соответствии с актуальным показателем федерального уровня бедности).

## VI. Определения

- a. **Суммы, на которые обычно выставляются счета (AGB)** — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению, приведенному в Своде федеральных нормативных актов США (Code of Federal Regulations, C.F.R.) № 26, § 1.501 (r)-5(b). Ежегодно обновляемые значения AGB и дополнительная информация о том, как Организация рассчитывает их, приведены в приложении С к этой Политике и публикуются среди общедоступных документов на веб-сайте Департамента информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения штата Калифорния: <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Заявление** — это Заявление о предоставлении финансовой помощи, подаваемое в Организацию.
- c. **Активы** — только денежные активы, которые легко переводятся в наличные, например банковские счета и котирующиеся на бирже акции. К активам не относятся планы пенсионного страхования и планы отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям IRS). Активами не считаются первые 10,000 долл. США (десять тысяч долларов) денежных активов пациента и 50 % (пятьдесят процентов) денежных активов пациента свыше первых 10,000 долл. США (десяти тысяч долларов).
- d. **Партнеры сообщества** — это партнеры, поддерживающие отношения с другими организациями сообщества, например Planned Parenthood или Saban Community Clinic.

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

- e. **Основные расходы на проживание** — это расходы на арендную плату или оплату и обслуживание жилья, питание и хозяйственные товары, коммунальные услуги и телефон, одежду, медицинские и стоматологические услуги, страховку, оплату обучения или ухода за детьми, алименты на содержание ребенка или супруга (-и), а также затраты на транспорт и собственный автомобиль (включая страхование, топливо и ремонт), платежи в рассрочку, затраты на услуги прачечной и уборки и другие непредвиденные расходы.
- f. **Чрезвычайные меры по взысканию задолженности (ЕСА)** — коллекторская деятельность, которую Организация будет проводить только после того, как предпримет все разумные усилия для определения соответствия пациента критериям получения финансовой помощи в соответствии с этой Политикой. ЕСА отдельно описаны в Политике взыскания долгов.
- g. **Семья** означает следующее: 1) для лиц, которым исполнилось 18 лет — супруг (-а), сожитель (-ница) и дети-иждивенцы младше 21 года, проживающие или не проживающие с ними; 2) для лиц младше 18 лет — родители, родственники-опекуны и другие дети родителей или родственников-опекунов младше 21 года.
- h. **Federal Poverty Level (Федеральный прожиточный минимум, FPL)** — показатель, используемый для определения уровня бедности в США, который ежегодно публикует Департамент здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, DHHS) на своей веб-странице <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- i. **Пациент, соответствующий финансовым критериям**, — это пациент, который запросил финансовую помощь от Cedars-Sinai, заполнил и подал Заявление, по результатам проверки которого было установлено, что пациент имеет право на полную или частичную финансовую помощь, и Заявление которого было утверждено в соответствии с этой Политикой, а также пациент, признанный Организацией предварительно соответствующим критериям получения финансовой помощи согласно данной Политике.
- j. **Финансовая помощь** — условия для предоставления пациентам медицинских услуг бесплатно или по сниженной цене в соответствии с этой Политикой. Услуги обычно предоставляются пациенту по сниженной цене на основании плана оплаты или автоматической скидки для пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами.

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy

Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

- k. **Высокие медицинские затраты** — это расходы, оплачиваемые за год пациентом из собственных средств, если доход его семьи превышает установленные Организацией пороговые значения для оказания финансовой помощи. Эти затраты рассматриваются, если они: (i) понесены пациентом в больнице Организации и превышают меньшую из двух величин — текущий доход семьи пациента или доход семьи за предыдущие 12 (двенадцать) месяцев — или (ii) являются медицинскими расходами, оплачиваемыми из собственных средств, которые превышают 10 % (десять процентов) от дохода семьи пациента, если пациент предоставляет документальное подтверждение своих медицинских расходов, оплаченных пациентом или его семьей за предыдущие 12 (двенадцать) месяцев.
- l. **Медицинская неплатежеспособность** — неспособность пациента, который не имеет права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, оплатить услуги вследствие непредвиденно высокой стоимости обслуживания.
- m. **Необходимыми по медицинским показателям** считают медицинские услуги, которые являются необходимыми и клинически целесообразными для оценки состояния, диагностики заболевания или лечения пациента в соответствии с общепринятыми стандартами медицинской практики и основным мотивом оказания которых не является удобство пациента или поставщика услуг.
- n. **План оплаты** — это письменное соглашение между Организацией и пациентом, в котором Организация предлагает, а пациент принимает возможность оплаты своих обязательств посредством внесения ежемесячных платежей, не превышающих 10 % месячного дохода семьи пациента за вычетом основных расходов на проживание.
- VII. Источники.** Государственные и федеральные законы, к которым обращались при разработке настоящей Политики, включают указанные далее.
- a. U.S. Internal Revenue Code (Закон США о налогообложении), раздел 501(r)(3).
- b. Раздел 127400-127462 (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies) (Политики справедливого ценообразования за услуги больниц и врачей отделения неотложной помощи) California Health and Safety Code (Кодекс законов о здравоохранении и безопасности штата Калифорния).
- c. California Assembly Bill 1020: долги за оказанные медицинские услуги и справедливые практики выставления счетов.

# POLICY ПОЛИТИКА



Дата вступления в силу:  
01.01.2024

Title: Financial Assistance Policy  
Название: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

Исполнительный отдел: отдел обслуживания пациентов

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

- d. California Assembly Bill 532: Политика справедливой практики выставления счетов (Fair Billing Policies).
- e. Распоряжения Отдела генерального инспектора Департамента здравоохранения и социальных служб (Office of General Inspector, Department of Health and Human Servicesm OIG) относительно пациентов с недостаточным страхованием или без него, а также нормы, установленные IRS.
- f. Любые нормативные акты и рекомендации учреждений, касающиеся вышеперечисленных положений.

## VIII. Перечень приложений

- A. Summary of Financial Assistance Policy — Plain Language Summary (Политика финансовой помощи — краткое изложение простым языком)
- B. Financial Assistance Discount (Скидка в рамках предоставления финансовой помощи)
- C. Amounts Generally Billed (Суммы, на которые обычно выставляются счета)
- D. Statement of Certification (Заверение)

## ИСТОРИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

**ПЕРВОЕ ИЗДАНИЕ: 01.05.2003**

**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ТЕКУЩЕЙ ВЕРСИИ ПОЛИТИКИ: 01.01.2024**

**ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ РЕДАКЦИИ: 15.04.2023**

## Приложение А

### **Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary (Политика финансовой помощи — краткое изложение простым языком)**

В рамках своей миссии Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital и Cedars-Sinai Medical Care Foundation (далее — Организация) обязуются обеспечить местному населению доступ к высококачественным медицинским услугам и относиться ко всем пациентам с уважением их достоинства и состраданием. В соответствии с нашей политикой финансовой помощи (далее — Политика) мы предоставляем услуги бесплатно или по значительно сниженным ценам пациентам, которые не могут позволить себе оплатить лечение. Кроме того, мы предлагаем нашим пациентам различные варианты оплаты, соответствующие их финансовому положению, даже если на них не распространяется действие Политики. В этом документе представлено краткое изложение Политики (далее — Краткое изложение) простым языком.

#### **Помощь с оплатой счетов**

Финансовая помощь будет предоставляться пациентам, которым назначены процедуры по медицинским показаниям и чьи доходы и денежные активы (далее в совокупности — Доход) не превышают 400 % от федерального прожиточного минимума (FPL) за текущий год. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Предоставляемые пациентам скидки определяются по скользящей шкале на основании размера семьи, уровня доходов и статуса страховки. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур, необходимых немедицинских услуг или последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в районе, обслуживаемом Организацией, и имеют предварительное одобрение со стороны вице-президента, директора по вопросам финансов и финансовых данных пациентов либо уполномоченного лица. Если пациент не соответствует критериям бесплатного оказания всех услуг, но имеет право на скидку согласно Политике, оплачиваемая им сумма не должна превышать сумму, на которую Организация обычно выставляет счет за оказание неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи.

#### **Врачебные и другие услуги**

Политика применяется только к услугам, оказанным в Организации, а также:

- врачами, преподающими в Cedars-Sinai, выступающими в этом качестве;
- врачами, являющимися сотрудниками Cedars-Sinai Medical Care Foundation (CSMCF) или медицинских групп, заключивших эксклюзивный договор о предоставлении профессиональных услуг с CSMCF;
- врачами отделения неотложной помощи Cedars-Sinai при Community Urgent Care Medical Group, Inc.

#### **Как подать заявление**

Пациенты, которые хотят получить бесплатное медицинское обслуживание или скидку на него согласно данной Политике, должны заполнить форму заявления о предоставлении финансовой помощи (далее — Заявление) и подать все необходимые документы. Сотрудники Организации рассмотрят Заявление и документы.

Бесплатные экземпляры данного Краткого изложения, условий Политики или формы Заявления доступны на английском, русском, армянском, китайском, корейском и испанском языках, а также на фарси. Чтобы запросить экземпляры вышеназванных документов или получить дополнительные сведения, в том числе ответы на вопросы о процессе предоставления финансовой помощи, можно выполнить указанное далее.



- Обратиться к сотрудникам за стойкой регистрации и приема.
- Позвонить в отдел обслуживания пациентов (Patient Services) по номеру 323-866-8600.
- Посетить веб-сайт Организации по адресу [cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html).

Если у вас есть инвалидность и вам нужен альтернативный формат вышеуказанных материалов или вы говорите на другом языке, который не перечислен, обратитесь в отдел обслуживания пациентов. Сотрудники отдела предложат альтернативный формат или помогут связаться с отделом услуг переводчиков (Interpreter Services Department).

### **Порядок оплаты медицинских услуг за счет собственных средств**

Пациенты, которые не имеют права на бесплатное медицинское обслуживание или скидки в соответствии с условиями Политики, могут воспользоваться другими программами Организации. Пациенты, у которых нет страховки, могут получить значительные скидки, подобные тем, которые мы предоставляем по планам страхования регулируемого медицинского обслуживания для определенных услуг.

### **Информация о соответствии коллекторской деятельности нормативным требованиям**

Мы передаем данные по некоторым просроченным счетам в сторонние коллекторские агентства. Эти агентства должны соблюдать все законы штата Калифорния и федеральные законы, а также условия политик и процедуры Организации. Более подробно о деятельности по взысканию долгов вы можете узнать, обратившись в Федеральную торговую комиссию (Federal Trade Commission) по номеру 877-FTC-HELP (877-382-4357). Если ваш счет передан в коллекторское агентство и у вас возникли проблемы, обратитесь в отдел обслуживания пациентов по номеру 323-866-8600.

### **Средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги**

Все пациенты могут рассчитывать на защиту от неожиданных счетов за медицинские услуги. См. раздел «Уведомление для пациентов. Ваши права и средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги» (Notice to Patients — Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills) на нашем веб-сайте [cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html](https://cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html) или попросите его печатный экземпляр.

### **Программа подачи жалоб на счета за услуги больницы**

Если вы считаете, что несправедливо получили отказ в финансовой помощи, у вас есть возможность подать жалобу в администрацию программы штата Калифорния по рассмотрению жалоб касательно счетов за услуги больницы. Чтобы получить более подробную информацию или подать жалобу, перейдите на веб-страницу [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).

### **Дополнительная помощь**

Помощь с оплатой счетов. Существуют организации по защите прав потребителей, которые предоставляют бесплатные услуги и могут помочь разобраться в процессе выставления счетов, а также их оплаты. Кроме того, вы можете обратиться в Альянс потребителей медицинских услуг по номеру 888-804-3536 или перейти на веб-сайт [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org), чтобы получить дополнительную информацию.

### **Дополнительные источники информации**

- Пациенты могут иметь право на участие в государственных программах помощи, таких как Medi-Cal, или на субсидированное покрытие через биржу Covered California. Сотрудники отдела защиты финансовых интересов пациентов (Patient Financial Advocate, PFA) могут ответить на вопросы пациентов и помочь с подачей заявления на участие в этих программах. С ними можно связаться по

номеру 310-423-5071 или по почтовому адресу 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048.

- По вопросам, связанным с коммерческим медицинским страхованием, звоните по номеру 1-800-CEDARS1 или 800-233-2771.
- Чтобы получить информацию о политике Организации в отношении ценообразования и об инструменте для выбора услуг, перейдите по ссылке [cedars-sinai.org/billing-insurance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance.html).

## Приложение А (продолжение)

### Поддержка при получении финансовой помощи

**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 serbisyonang 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:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, գանգահարեք 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 կտրվածք: 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.

**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 تفضل 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 សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 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 ឬអូឌីយ៉ូផងដែរ។ 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 hauj lwm PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnuv Monday txog hnuv 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 मुफ्त 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 บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็ม็ให้อ่านกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย



### Приложение В

#### Предоставление скидки в рамках финансовой помощи Инструкции по федеральному прожиточному минимуму для расчета финансовой помощи

<b>Скидка для незастрахова нных пациентов</b>	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
<b>Скидка для лиц с недостаточным страховым покрытием</b>	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Размер семьи	Годовая зарплата в сравнении с федеральны м прожиточным минимумом					
1	14 580 долл.	58 320 дол л.	65 610 дол л.	72 900 дол л.	80 190 дол л.	87 480 до лл.
2	19 720 долл.	78 880 дол л.	88 740 дол л.	98 600 дол л.	108 460 до лл.	118 320 д олл.
3	24 860 долл.	99 440 дол л.	111 870 до лл.	124 300 до лл.	136 730 до лл.	149 160 д олл.
4	30 000 долл.	120 000 до лл.	135 000 до лл.	150 000 до лл.	165 000 до лл.	180 000 д олл.
5	35 140 долл.	140 560 до лл.	158 130 до лл.	175 700 до лл.	193 270 до лл.	210 840 д олл.
6	40 280 долл.	161 120 до лл.	181 260 до лл.	201 400 до лл.	221 540 до лл.	241 680 д олл.
7	45 420 долл.	181 680 до лл.	204 390 до лл.	227 100 до лл.	249 810 до лл.	272 520 д олл.
8	50 560 долл.	202 240 до лл.	227 520 до лл.	252 800 до лл.	278 080 до лл.	303 360 д олл.
За каждое дополнитель ное лицо добавить	5140 долл.					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Примечание. Последняя редакция таблицы: 16.01.2023

## Приложение С

### **Amounts Generally Billed (Суммы, на которые обычно выставляются счета)**

Суммы, на которые обычно выставляются счета (AGB) — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению С.F.R. (Свод федеральных нормативных актов США) № 26, § 1.501(r)-5(b).

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям стационарному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке. Чтобы соответствующий требованиям пациент получил дополнительные преимущества, при определении его обязательств Организация будет использовать меньшую из двух величин: AGB или сумму возмещения для клиничко-статистических групп Medicare (Medicare Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG) за данный период лечения.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям амбулаторному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям пациенту отделения неотложной помощи на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке. Ставки возмещения расходов на стационарное, амбулаторное лечение и услуги отделения неотложной помощи рассчитываются не реже одного раза в год на основе закрытых счетов Medicare за последние 12 месяцев.

	<b>Скидки для незастрахованных пациентов, самостоятельно оплачивающих медицинские услуги</b>	<b>Процентная ставка возмещения (AGB)</b>
<b>Cedars-Sinai Medical Center</b>		
Лечение в отделении неотложной помощи	84 %	16 %
Стационарное лечение	86 %	14 %
Амбулаторное лечение	84 %	16 %
<b>Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital</b>		
Лечение в отделении неотложной помощи	78 %	22 %
Стационарное лечение	84 %	16 %
Амбулаторное лечение	83 %	17 %

Примечание 1: вступает в силу 01.01.2024.

Примечание 2: показатели, выраженные в процентах, были округлены для удобства их отображения в таблице.

## Приложение D

### Заверение

Настоящая Политика и приложения к ней будут представлены на рассмотрение Департаменту информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения (HCAI). Также она будет размещена на веб-сайте Организации.

Под страхом наказания за лжесвидетельство Организация подтверждает следующее.

1. Лицо, подающее данную Политику, должным образом уполномочено на это Организацией.
2. Представленная политика является точной и верной копией оригинального документа, к которой и прилагается данное заверение.



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

11/30/23

Date