

موضوع:	سیاست کمک مالی بیمار	فرموله:	2024/02
دستی:	خدمات مالی بیمار نه برای بیمارستان های سود	بررسی:	2024/02
	مرکز پزشکی بیمارستان Encino	تایید شده توسط هیئت مدیره:	2024/02

من. سیاست:

هر بیمارستان متعلق به Prime Healthcare Services، Inc. (هر کدام، یک "بیمارستان") یک برنامه کمک مالی برای بیمارانی که آزمایشات واجد شرایط بودن در این سیاست را برآورده می کنند، ارائه می دهد. Prime Healthcare تخفیف های خیریه مراقبت و خود پرداخت را در امکانات غیر انتفاعی مطابق با الزامات قانون ایالتی و همچنین الزامات بخش 501 (r) کد درآمد داخلی فراهم می کند. هدف از این سیاست کمک مالی ("سیاست") برآورده کردن قوانین و مقررات فدرال و ایالتی است. همه مقررات باید بر این اساس تفسیر شود.

هدف قابل توجهی از امکانات غیر انتفاعی Prime Healthcare ارائه مراقبت از بیماران در زمان نیاز است. امکانات غیر انتفاعی Prime Healthcare مراقبت های خیریه و برنامه پرداخت تخفیف را به عنوان یک مزیت برای جوامعی که ما خدمت می کنیم ارائه می دهند. برای این منظور، مراکز مراقبت های بهداشتی Prime متعهد به کمک به بیماران واجد شرایط کم درآمد و / یا بیمه نشده با پرداخت تخفیف مناسب و برنامه های مراقبت خیریه هستند. با همه بیماران منصفانه، با شفقت و احترام رفتار خواهد شد. با وجود هر چیز دیگری در این سیاست، هیچ فردی که مصمم به واجد شرایط بودن برای کمک های مالی برای اورژانس یا سایر مراقبت های پزشکی ضروری بیشتر از موارد مورد نیاز است مبالغ به طور کلی به افرادی که بیمه پوشش چنین مراقبت صورتحساب. همراه با این سیاست ضمیمه های زیر است که از طریق این سیاست به آن اشاره شده است:

- خلاصه ای از کمک های مالی
- برنامه مراقبت خیریه
- برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی
- توجه داشته باشید که در تمام اظهارات صورتحساب پس از تخلیه گنجانده شود
- توجه داشته باشید که در اظهارات صورتحساب پس از ترخیص به بیمارانی که اثبات بیمه ارائه نکرده اند گنجانده شده است
- اطلاعیه بیمارستان برای ارسال به بیمار قبل از اختصاص یا فروش بدهی به اژانس جمع اوری

دوم. تعاریف:

"مبالغ به طور کلی صورتحساب": مبالغ به طور کلی صورتحساب ("AGB") برای اورژانس و یا دیگر خدمات پزشکی لازم به افراد واجد شرایط برای برنامه پرداخت تخفیف. بیمارستان AGB را برای یک بیمار با استفاده از روش آینده نگر همانطور که در مقررات خزانه داری تعریف شده است، محاسبه می کند. تحت روش آینده نگر، AGB با استفاده از فرایند صدور صورت حساب و برنامه نویسی محاسبه می شود که بیمارستان از آن استفاده می کند اگر فرد یک ذینفع هزینه برای خدمات Medicare با استفاده از نرخ های Medicare در حال حاضر قابل اجرا ارائه شده توسط مراکز خدمات Medicare & Medicaid باشد.

"اورژانس و پزشکی ضروری": هر اورژانس بیمارستانی، بستری، سرپایی یا مراقبت های پزشکی اورژانس که به طور کامل برای راحتی و / یا راحتی بیمار نیست.

"EMTALA": بیمارستان مطابق با الزامات قانون درمان اورژانس پزشکی و کار فعال (EMTALA)، بخش 1867 قانون تامین اجتماعی است. هیچ چیز در این سیاست وجود ندارد که مانع چنین انطباقی شود. این یک قانون فدرال است که هر کسی را که به بخش اورژانس می آید، صرف نظر از وضعیت بیمه یا توانایی پرداخت، تثبیت و درمان می کند.

"اقدامات جمع اوری فوق العاده": اقدام جمع اوری فوق العاده به معنای هر اقدام جمع اوری است که شامل فروش خاصی از بدهی به طرف دیگر، گزارش اطلاعات نامطلوب به اژانس های اعتباری یا دفاتر، یا به تعویق انداختن یا انکار، یا نیاز به پرداخت قبل از ارائه، مراقبت های پزشکی ضروری است.

به دلیل عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب برای مراقبت های قبلی تحت پوشش قرار گرفته است سیاست کمک مالی بیمارستان یا هر اقدامی که نیاز به روند قانونی یا قضایی دارد، از جمله قرار دادن حق تصرف، سلب حق اقامه دعوی در اموال واقعی، اتصال یا توقیف حساب های بانکی یا سایر موارد شخصی اموال، شروع یک اقدام مدنی علیه یک فرد، انجام اقداماتی که باعث دستگیری فرد می شود، انجام اقداماتی که باعث می شود یک فرد در معرض وابستگی به بدن قرار گیرد و دستمزد را در هر یک از آنها تزیین کند مورد همانطور که در [بخش \(6\) \(r\) IRS 501](#) شرح داده شده است.

"خانواده": (1) برای افراد 18 ساله و بالاتر، همسر، شریک خانگی و فرزندان وابسته زیر 21 سال، چه در خانه زندگی می کنند یا نه؛ و (2) برای افراد زیر 18 سال، والدین، بستگان سرپرست و سایر کودکان زیر 21 سال والدین یا بستگان سرپرست.

"خلاصه زبان ساده": خلاصه سیاست کمک مالی به عنوان "خلاصه زبان ساده کمک های مالی" گنجانده شده است که در نظر گرفته شده است تا با [بخش \(4\) \(r\) IRS 501](#) مطابقت داشته باشد.

سوم. کاربرد سیاست:

این سیاست در مورد تمام مراقبت های اورژانسی و سایر مراقبت های پزشکی ضروری ارائه شده توسط بیمارستان یا یک نهاد قابل ملاحظه ای مرتبط با کار در بیمارستان اعمال می شود. این سیاست فقط در مورد هزینه های خدمات بیمارستانی اعمال می شود و برای سایر ارائه دهندگان خدمات پزشکی که توسط بیمارستان برای ارائه خدمات پزشکی استخدام یا قرارداد ندارند، از جمله پزشکانی که بیماران بیمارستانی را در شرایط اضطراری، بستری یا سرپایی درمان می کنند، الزام آور نیست. پزشکانی که تحت پوشش این سیاست نیستند و به بیمارانی که بیمه نشده اند یا به دلیل هزینه های بالای پزشکی نمی توانند صورتحساب های پزشکی خود را پرداخت کنند، ممکن است سیاست های کمک مالی خود را برای ارائه کمک داشته باشند. بیمارستان مسئول مدیریت هر گونه برنامه کمک مالی ارائه شده توسط پزشکان کارکنان پزشکی غیر شاغل بیمارستان یا شیوه های صدور صورت گرفته چنین پزشکان نیست.

سیاست های کمک مالی باید نیاز بیمار به کمک مالی را با نظارت مالی گسترده تر بیمارستان متعادل کند. کمک مالی از طریق پرداخت تخفیف و برنامه های مراقبت خیریه جایگزین مسئولیت شخصی نیست. این مسئولیت بیماران است که به طور فعال در فرایند غربالگری کمک های مالی شرکت کنند و در صورت لزوم، به هزینه های مراقبت از خود بر اساس توانایی پرداخت خود کمک کنند. اژانس های جمع اوری بدهی خارجی و شیوه های جمع اوری داخلی بیمارستان، ماموریت و چشم انداز بیمارستان را منعکس می کند.

چهارم. روشن:

1. واجد شرایط بودن برای کمک مالی

أ. بیماران خودپرداخت

لطفا ضمیمه همراه را ببینید خلاصه زبان ساده کمک مالی برای خلاصه ای از کمک های مالی بیمار.

یک بیمار واجد شرایط برای برنامه مراقبت خیریه بر اساس شرایط مورد بحث در ضمیمه "برنامه مراقبت

خیریه" است.

یک بیمار واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی بر اساس شرایط مورد بحث در ضمیمه "برنامه

پرداخت تخفیف کمک مالی" است.

ب. بیماران بیمه شده

یک بیمار که دارای پوشش شخص ثالث است یا آسیب دیدگی او آسیب قابل جبران برای اهداف جبران خسارت

کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه هایی است که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است، واجد شرایط مراقبت های خیریه نیست، اما ممکن است برای برنامه پرداخت تخفیف بر اساس شرایط مورد بحث در ضمیمه ارائه شده "برنامه پرداخت تخفیف

کمک مالی" واجد شرایط باشد... مراقبت های خیریه و تخفیف از برنامه پرداخت تخفیف ممکن است به مبلغ مسئولیت بیمار، از جمله مبلغ بیمه مشترک، پرداخت های مشترک و کسورات اعمال شود.

ت. سایر شرایط

بیمارستان ممکن است از یک اژانس خارجی یا تصمیم مدیر خدمات مالی بیمار بیمارستان (PFS) برای گسترش مراقبت های خیریه یا برنامه پرداخت تخفیف به بیماران تحت شرایطی که در زیر ذکر شده است (واجد شرایط بودن احتمالی) استفاده کند. واجد شرایط بودن احتمالی حق خدمات آینده را منتقل نمی کند. بیمارستان همچنین ممکن است تعیین واجد شرایط بودن احتمالی را افشا نکند و ممکن است به داده های مورد استفاده توسط یک سازمان خارجی دسترسی نداشته باشد. شرایط زیر به عنوان اشکال مراقبت خیریه در نظر گرفته می شود و ممکن است همانطور که در کد معامله مورد استفاده برای قضاوت در مورد ادعای بیمار منعکس شده است، از جمله اما نه محدود به معاملات مربوط به مراقبت های خیریه، تخفیف های خود پرداخت، خدمات غیر تحت پوشش و انکار.

(i) بیمار واجد شرایط مزایای محدود تحت برنامه Medicaid دولت، یعنی مزایای محدود بارداری یا اورژانس است، اما مزایای دیگری برای خدمات ارائه شده در بیمارستان ندارد. این شامل خدمات غیر تحت پوشش مربوط به:

- خدمات ارائه شده به ذینفعان Medicaid با Medicaid محدود (به عنوان مثال، بیمارانی که ممکن است فقط مزایای بارداری یا اورژانس داشته باشند، اما مراقبت های دیگری را از بیمارستان دریافت می کنند)؛
- Medicaid در انتظار برنامه های کاربردی که پس از آن تایید نشده است، به شرطی که برنامه نشان می دهد که بیمار معیارهای مراقبت خیریه را برآورده می کند؛
- Medicaid یا سایر انکار برنامه مراقبت های کم هزینه؛
- هزینه های مربوط به روزهای بیش از حد مجاز اقامت؛ و
- هر گونه مسئولیت باقی مانده برای پرداخت بیمه.

(2) بیمار واجد شرایط برای یک برنامه خدمات پزشکی در سطح شهرستان است، اما هیچ پرداختی توسط بیمارستان دریافت نمی شود.

(iii) تلاش های منطقی برای پیدا کردن و تماس با بیمار انجام شده است، چنین تلاش هایی ناموفق بوده است و مدیر PFS بیمارستان دلایلی دارد که معتقد است بیمار واجد شرایط مراقبت های خیریه یا برنامه پرداخت تخفیف است، به عنوان مثال، بیمار فوت کرده است، ورشکسته شده است، زندانی شده است (و توسط یک برنامه Medicaid دولتی بازپرداخت نمی شود)، غیر پاسخگو، بی خانمان یا مایل به ارائه اسناد نیست.

(iv) یک اژانس جمع اوری شخص ثالث تلاش کرده است تا تعادل برجسته را جمع اوری کند و به مدیر PFS بیمارستان توصیه کرده است که مراقبت های خیریه یا برنامه پرداخت تخفیف ارائه شود.

(v) پس از تلاش های جمع اوری و مذاکرات پرداخت کننده، هر گونه هزینه های بازپرداخت نشده از خدمات غیر زیبایی، از جمله خدمات غیر تحت پوشش یا رد شده از هر پرداخت کننده، مانند هزینه های چند روز فراتر از محدودیت طولانی مدت، مزایای خسته، تعادل از پوشش محدود، حساب های Medicaid در انتظار و انکار پرداخت کننده، نوعی کمک مالی بیمار در Prime Healthcare محسوب می شود. هزینه های مربوط به این تخفیف ها در طول سال مالی به عنوان مراقبت جبران نشده گزارش می شود.

(vi) بیمار واجد شرایط برنامه هایی از جمله، اما نه محدود به:

- برنامه های تجویزی دولتی؛
- مشارکت در برنامه های زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛
- واجد شرایط بودن کوپن غذا؛
- واجد شرایط بودن برنامه ناهار مدرسه یارانه ای؛

- واجد شرایط بودن برای سایر برنامه های کمک ایالتی یا محلی که بدون بودجه هستند (به عنوان مثال، Medicaid صرف)؛
- مسکن کم درآمد / یارانه ای به عنوان یک ادرس معتبر ارائه می شود.
- اهمیت تاریخی عدم پرداخت که توجیه عدم پرداخت آینده و عدم توانایی پرداخت را ایجاد می کند.

(VII) سایر شرایط مراقبت خیریه باید در پرونده بیمار نشان داده شده یا با نوع معامله و یا در یادداشت های بیمار

مستند شده است.

ث. تعیین درآمد

به منظور تعیین واجد شرایط بودن برای مراقبت های خیریه و برنامه های پرداخت تخفیف مالی، مستندات درآمد خانواده بیمار باید محدود به پرداخت های اخیر یا اظهارنامه مالیات بر درآمد باشد. درخواست کمک مالی درخواست اطلاعات بیمار لازم برای تعیین واجد شرایط بودن بیمار تحت سیاست کمک مالی، از جمله درآمد بیمار یا خانواده و اندازه خانواده بیمار است. بیمارستان هیچ اطلاعات اضافی به غیر از اطلاعات درخواست شده در درخواست کمک مالی درخواست نخواهد کرد. با این حال، بیمار به دنبال کمک مالی می تواند به طور داوطلبانه اطلاعات بیشتری را ارائه دهد. صلاحیت برای کمک مالی باید تنها توسط بیمار و / یا بیمار توانایی خانواده نماینده به پرداخت تعیین می شود. صلاحیت دریافت کمک مالی به هیچ وجه بر اساس سن، جنسیت، گرایش جنسی، قومیت، ملیت، وضعیت جانبازان، معلولیت یا مذهب نیست. لطفاً ضمیمه های "برنامه مراقبت خیریه" و "برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی" را برای جزئیات بیشتر در مورد درآمد مورد استفاده برای تعیین درآمد خانواده بیمار ببینید.

ج. سطح فقر فدرال

اندازه گیری سطح فقر فدرال باید با اشاره به دستورالعمل های فقر بهداشت و خدمات انسانی برای تعداد افراد در خانواده یا خانواده بیمار انجام شود. دستورالعمل های فقر HHS به صورت دوره ای در ثبت فدرال توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت مجوز بخش (2) بخش 9902 عنوان 42 کد ایالات متحده به روز می شود و در اینجا در دسترس است: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> یا در هر درخواست از خدمات مالی بیمار بیمارستان در 0434-501-818.

2. مراقبت خیریه و برنامه پرداخت تخفیف

کمک مالی ممکن است در قالب مراقبت کامل خیریه یا مراقبت با تخفیف، بسته به سطح واجد شرایط بودن بیمار همانطور که در این سیاست تعریف شده است، اعطا شود.

بیمار برای بیماری که واجد شرایط هستند، تعادل برقرار می کند خیریه مراقبت، همانطور که توسط بیمارستان تعیین می شود، واجد شرایط بیمارستان هستند برنامه مراقبت خیریه باید به مبلغ برابر با صفر دلار (0 دلار) با تعادل باقی مانده حذف و طبقه بندی شده به عنوان خیریه مراقبت کاهش می یابد. لطفاً ضمیمه "برنامه مراقبت خیریه" را برای اطلاعات بیشتر ببینید.

بیمار برای بیماری که واجد شرایط هستند، تعادل برقرار می کند. کمک مالی برنامه پرداخت تخفیف واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف بیمارستان هستند. هر گونه تخفیف در برابر هزینه های ناخالص برای خدمات بیمارستان ارائه شده اعمال می شود. لطفاً ضمیمه "برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی" را برای اطلاعات بیشتر ببینید.

برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی همچنین باید شامل یک برنامه پرداخت بدون بهره باشد تا امکان پرداخت قیمت تخفیف در طول زمان را داشته باشد. بیمارستان و بیمار باید شرایط یک برنامه پرداخت گسترده را با توجه به درآمد خانواده بیمار و هزینه های ضروری زندگی مذاکره کنند.

هنگامی که یک درخواست کمک مالی کامل دریافت می شود، بیمارستان باید یک

تعیین و ارائه یک اطلاعیه کتبی از تصمیم و اساس تکیه بر. اگر بیمار پیدا شود

واجد شرایط برای کمک، یک بیانیه صورت حساب جدید ارسال خواهد شد که نشان می دهد که چگونه مقدار تخفیف

محاسبه شد و ایالات که در آن برای پیدا کردن AGB. بیمارستان هر مبلغی را که در آن جمع اوری شده است بازپرداخت می کند

بیش از حد از اتهامات تجدید نظر و معکوس هر گونه اقدامات جمع اوری فوق العاده ای که آغاز شده است. اگر درخواست کمک

مالی دریافت شود و ناقص باشد، بیمارستان اطلاع کتبی از موارد برجسته را ارائه می دهد و قبل از شروع یا از سرگیری اقدامات جمع

اوری فوق العاده، یک دوره معقول صبر می کند.

3. فرایند درخواست

از هر بیمار که درخواست کمک مالی کند، خواسته خواهد شد که درخواست کمک مالی را تکمیل کند. درخواست شامل آدرس دفتر و شماره تلفن برای تماس با اگر بیمار هر گونه سوال در مورد برنامه کمک مالی و یا روند درخواست. انتظار می رود بیمار درخواست کمک مالی را به سرعت پس از مراقبت ارائه دهد، اما نه بعد از دویست و چهل (240) روز پس از تاریخ اولین بیانیه پس از ترخیص.

4. حل اختلافات

هر گونه اختلاف در مورد واجد شرایط بودن بیمار برای کمک مالی باید توسط مدیر ارشد مالی بیمارستان هدایت و حل و فصل شود.

5. نشر بالیسی

به منظور اطمینان از اینکه بیماران از وجود این سیاست آگاه هستند، بیمارستان باید اقدامات زیر را انجام دهد:

- اطلاع از در دسترس بودن کمک مالی باید به وضوح و آشکار در مکان هایی که برای بیماران در مناطق زیر قابل مشاهده است، ارسال شود: (1) بخش اورژانس؛ (2) دفتر صورتحساب؛ (3) دفتر پذیرش؛ و (4) سایر تنظیمات سرپایی از جمله واحدهای مشاهده؛ و (5) به طور برجسته در وب سایت اینترنتی بیمارستان نمایش داده می شود، با یک لینک به سیاست خود.
- هر بیمار که در بیمارستان دیده می شود، چه پذیرفته شود یا نه، باید اطلاعیه ای را که در اینجا به عنوان خلاصه زبان ساده کمک مالی ضمیمه شده است، دریافت کند. اطلاعیه باید در زمان خدمت، ترخیص یا زمانی که بیمار مرکز را ترک می کند، ارائه شود. اگر بیمار بدون دریافت اخطار، مرکز را ترک کند، بیمارستان باید ظرف 72 ساعت پس از ارائه خدمات، اطلاعیه را به بیمار ارسال کند. این اطلاعیه باید به زبان های غیر انگلیسی ارائه شود که توسط تعداد قابل توجهی از بیماران که توسط بیمارستان خدمت می کنند صحبت می شود.
- هر لایحه ای که به یک بیمار ارسال می شود که اثبات پوشش توسط شخص ثالث را در زمان مراقبت ارائه نشده یا پس از ترخیص ارائه نکرده است، باید شامل اطلاعیه ای باشد که در اینجا به عنوان "اعلامیه در اظهارات صورتحساب پس از ترخیص به بیماران که اثبات بیمه را ارائه نکرده اند" گنجانده شده است. این اطلاعیه باید به زبان های غیر انگلیسی ارائه شود که توسط تعداد قابل توجهی از بیماران که توسط بیمارستان خدمت می کنند صحبت می شود.

6. تلاش برای به دست آوردن اطلاعات در مورد پوشش و برنامه های کاربردی برای Medicaid

بیمارستان باید تمام تلاش های معقول را برای به دست آوردن اطلاعات از بیمار یا نماینده او در مورد اینکه آیا بیمه درمانی خصوصی یا عمومی یا حمایت مالی ممکن است به طور کامل یا جزئی هزینه های مراقبت های ارائه شده توسط بیمارستان به بیمار از جمله بیمه درمانی خصوصی، پوشش ارائه شده از طریق بازار بیمه درمانی فدرال، مدیکر، Medicaid و / یا سایر برنامه های دولتی طراحی شده برای ارائه پوشش بهداشتی.

اگر بیمار نشان ندهد که او توسط یک پرداخت کننده شخص ثالث پوشش داده شده است یا درخواست کمک مالی می کند، کارکنان بیمارستان باید بیمار را با یک اطلاعیه از جمله فرم همراه "توجه به در اظهارات صورتحساب پس از ترخیص به بیماران که اثبات بیمه را ارائه نکرده اند" و بیانیه صورتحساب که شامل موارد زیر است: (الف) بیانیه ای از هزینه های خدمات ارائه شده توسط بیمارستان، (ب) درخواستی که بیمار در صورت داشتن پوشش بیمه درمانی خصوصی یا عمومی یا سایر پوشش ها به بیمارستان اطلاع دهد، (ج) بیانیه ای مبنی بر اینکه اگر بیمار پوشش بیمه درمانی نداشته باشد، بیمار ممکن است واجد شرایط پوشش تحت برنامه Medicaid دولت یا سایر برنامه های دولتی باشد. (د) بیانیه ای که نشان می دهد چگونه بیمار می تواند برنامه های کاربردی برای برنامه Medicaid دولت یا سایر برنامه های دولتی را به دست آورد (و در صورت لزوم، بیمارستان چنین برنامه هایی را به بیمار ارائه می دهد)؛ و (ه) اطلاعات مربوط به برنامه کمک مالی بیمارستان. بیمارستان همچنین باید بیمار را با ارجاع به یک برنامه کمک حقوقی مصرف کننده محلی ارائه دهد.

بیمارستان ممکن است از خدمات یک یا چند اژانس جمع اوری خارجی برای جمع اوری بدهی بیمار استفاده کند. هیچ بدهی باید برای جمع اوری پیشرفته تا زمانی که مدیر بیمارستان بیمار خدمات مالی و یا / نامزد خود را بررسی کرده است حساب و پیشرفت بدهی به جمع اوری تایید شده است. بیمارستان باید یک توافقنامه کتبی از هر یک از این اژانس های جمع اوری به دست آورد که اژانس با الزامات این سیاست و قانون ایالتی قابل اجرا (از جمله کد بهداشت و ایمنی کالیفرنیا، برای امکانات واقع در کالیفرنیا) مطابقت داشته باشد. اگر درخواست کمک مالی دریافت شود و ناقص باشد، بیمارستان اطلاع کتبی از موارد برجسته را ارائه می دهد و قبل از شروع یا از سرگیری اقدامات جمع اوری فوق العاده، یک دوره معقول صبر می کند.

هر اژانس جمع اوری که توسط بیمارستان مورد استفاده قرار می گیرد باید با هر برنامه پرداختی که بین بیمارستان و بیمار وارد شده است مطابقت داشته باشد. اگر بیمار برای کمک مالی درخواست کند، هر گونه اقدامات جمع اوری تا زمان تصمیم گیری در مورد درخواست کمک مالی بیمار به حالت تعلیق در خواهد آمد. اگر در طول جمع اوری، مشخص شود که بیمار به طور کامل یا بخشی از آن برای مراقبت از خیریه یا تخفیف خود پرداخت می شود، تلاش های جمع اوری متوقف خواهد شد و تعادل مربوطه به Charity Care یا به عنوان تخفیف خود پرداخت می شود. نه بیمارستان و نه هر اژانس جمع اوری شده توسط بیمارستان نباید (i) از ضمانت های دستمزد یا وثیقه در اقامتگاه های اصلی برای جمع اوری صورتحساب های پزشکی پرداخت نشده استفاده کنند یا (2) اطلاعات نامطلوب را به یک اژانس گزارش اعتبار مصرف کننده گزارش دهند یا اقدامات مدنی علیه بیمار برای عدم پرداخت در هر زمان قبل از 180 روز پس از صدور صورت حساب اولیه آغاز شود.

حداقل سی (30) روز قبل از شروع هر گونه اقدامات جمع اوری فوق العاده (ECA)، بیمارستان باید اطلاعیه ای را به بیمار ارسال کند که مشخص می کند: (i) فعالیت های جمع اوری بیمارستان یا اژانس جمع اوری قرارداد ممکن است انجام شود، (ii) تاریخ پس از آن چنین اقداماتی ممکن است انجام شود، (iii) کمک مالی برای بیماران واجد شرایط در دسترس است، (iv) تاریخ خدمات صورتحساب که به مجموعه ها اختصاص داده شده است؛ (v) نام نهادی که صورتحساب به آن اختصاص داده شده یا فروخته می شود؛ (vi) اطلاعات در مورد چگونگی بیمار می تواند یک لایحه مشخص شده از بیمارستان دریافت کند؛ (vii) نام و نوع برنامه پوشش بهداشتی برای بیمار ثبت شده با بیمارستان در زمان خدمات، یا بیانیه ای که بیمارستان این اطلاعات را ندارد؛ (viii) درخواست مراقبت خیریه و کمک مالی بیمارستان؛ و (ix) تاریخی که بیمار در ابتدا یک اطلاعیه درخواست کمک مالی ارسال کرد، تاریخ یا تاریخ درخواست کمک مالی به بیمار ارسال شد و در صورت لزوم، تاریخ تصمیم گیری انجام شد. قالبی برای این اخطار پیوست شده است.

اگر یک درخواست کامل در دوره درخواست دویست و چهل (240) روز دریافت شود، هر گونه اقدامات جمع اوری فوق العاده به حالت تعلیق در خواهد ماند تا زمانی که تعیین واجد شرایط بودن انجام شود.

جدول تاریخ تجدید نظر

شماره سند و سطح بازبینی	تصویب نهایی توسط	تاریخ	شرح مختصری از تغییر / تجدید نظر

کمک مالی خلاصه‌ی زبان ساده

بیماران واجد شرایط که درآمد خانواده خانوار برابر یا کمتر از 450٪ از سطح فقر فدرال هستند و برخی از نیازهای کم درآمد و متوسط را برآورده می‌کنند، ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان یا مراقبت های جزئی با تخفیف و گزینه های برنامه پرداخت گسترده از مرکز پزشکی بیمارستان Encino باشند. هیچ بیمار بیش از مبلغ کلی صورتحساب (AGB) برای اورژانس یا سایر مراقبت های پزشکی ضروری هزینه نخواهد کرد. پزشکان بخش اورژانس و سایر پزشکانی که کارمند بیمارستان نیستند نیز ممکن است به طور جداگانه کمک مالی ارائه دهند.

بر اساس کد بهداشت و ایمنی ماده 127405 (B)(1)(a)، یک پزشک اورژانس، همانطور که در بخش 127450 تعریف شده است، که خدمات پزشکی اورژانس را در بیمارستانی که مراقبت های اورژانسی را فراهم می‌کند، ارائه می‌دهد، طبق قانون ملزم به ارائه تخفیف به بیماران بیمه نشده یا بیماران با هزینه های پزشکی بالا است که در 400 درصد یا کمتر از سطح فقر فدرال هستند.

بیماران می‌توانند نسخه هایی از سیاست کمک مالی و فرم های درخواست [www](http://www.encinomed.org) را دریافت کنند. [encinomed.org](http://www.encinomed.org) در وب سایت بیمارستان برای کسب اطلاعات بیشتر یا درخواست کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

مرکز پزشکی بیمارستان Encino
16237 ونتورا بلوار.
Encino، CA 91436
0434-501-818

اسناد سیاست کمک مالی در دسترس هستند در زبان های غیر انگلیسی صحبت شده توسط تعداد قابل توجهی از بیماران در خدمت توسط بیمارستان.

برنامه های تکمیل شده باید تحویل داده شود به:

مرکز پزشکی بیمارستان Encino
Attn: خدمات مالی بیمار
16237 ونتورا بلوار.
Encino، CA 91436

منابع اضافی: اتحاد مصرف کننده سلامت ("HCA") یک منبع در دسترس برای بیماران برای کمک است آنها فرایند صدور صورت حساب و پرداخت، و همچنین تحت پوشش کالیفرنیا و Medi-Cal را درک می‌کنند واجد شرایط بودن احتمالی. HCA کمک های رایگان را از راه تلفن یا حضوری ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر، به وب سایت Health Consumer Alliance در <https://healthconsumer.org> مراجعه کنید.

خدمات قابل خرید: مطابق با قانون صورتحساب بدون تعجب (بخش 45 عنوان 180.60 کد مقررات فدرال)، لطفاً ابزار Prime را از خدمات قابل خرید در دسترس www.encinomed.org ببینید.

برنامه مراقبت خیریه

بیمار واجد شرایط برنامه **مراقبت های خیریه** است اگر تمام شرایط زیر برآورده شود: (1) بیمار پوشش شخص ثالث از بیمه درمانی، طرح خدمات بهداشتی، طرح اعتماد اتحادیه، Medicare یا Medi-Cal را که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است، ندارد. (2) آسیب بیمار یک آسیب قابل جبران برای اهداف جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه هایی نیست که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است. و (3) درآمد خانواده بیمار از 400٪ سطح فقر فدرال تجاوز نمی کند.

سطح فقر فدرال توسط دستورالعمل های فقر HHS تعیین می شود و به صورت دوره ای در ثبت فدرال توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت نظارت بخش (2) بخش 9902 عنوان 42 کد ایالات متحده به روز می شود و در اینجا در دسترس است: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

تبادل بیمار برای آن دسته از بیمارانی که واجد شرایط برنامه مراقبت خیریه هستند، همانطور که توسط بیمارستان تعیین می شود، باید به مبلغ برابر با صفر دلار (0 دلار) کاهش یابد و تعادل باقی مانده حذف شود و به عنوان مراقبت خیریه طبقه بندی شود.

یک بیمار که دارای پوشش شخص ثالث است یا آسیب دیدگی او آسیب قابل جبران برای اهداف جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه هایی است که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است، واجد شرایط برنامه مراقبت های خیریه نیست، اما ممکن است واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی باشد، اگر شرایط خاصی برآورده شود، همانطور که در ضمیمه "برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی" توصیف شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا درخواست کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

مرکز پزشکی بیمارستان Encino
16237 ونتورا بلوار.
Encino، CA 91436
0434-501-818

برنامه پرداخت تخفیف کمک مال

بیماران خودپرداخت

یک بیمار خود پرداخت واجد شرایط برای برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی است اگر درآمد خانواده بیمار از 450٪ از سطح فقر فدرال تجاوز نکند. دستورالعمل های سطح فقر فدرال به صورت دوره ای در ثبت فدرال توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت مجوز بخش (2) بخش 9902 عنوان 42 کد ایالات متحده به روز می شود و در اینجا در دسترس است: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

بیماران واجد شرایط خود پرداخت پوشش شخص ثالث از بیمه درمانی، طرح خدمات بهداشتی، طرح اعتماد اتحادیه، مدیکر یا Medi-Cal ندارند یا آسیب دیدگی آنها آسیب قابل جبران برای اهداف جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه هایی که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است و درآمد خانواده آنها بیش از 450٪ از سطح فقر فدرال نیست، واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف است.

بیماران بیمه شده

یک بیمار که دارای پوشش شخص ثالث است یا آسیب دیدگی او آسیب قابل جبران برای اهداف جبران خسارت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه هایی است که توسط بیمارستان تعیین و مستند شده است، می تواند واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی باشد، اگر (i) درآمد خانواده در یا کمتر از چهارصد و پنجاه درصد (450٪) از سطح فقر فدرال باشد. و (2) دارای هزینه های پزشکی از جیب است که بیش از کمتر از: (الف) ده درصد (10٪) از درآمد خانواده بیمار، اگر بیمار اسناد و مدارک هزینه های پزشکی بیمار پرداخت شده توسط بیمار یا خانواده بیمار در دوازده (12) ماه گذشته (یا چنین هزینه هایی در داخل یا خارج از بیمارستان پرداخت شده است) یا (ب) هزینه های سالانه از جیب متحمل شده توسط فرد در بیمارستان که بیش از 10٪ از درآمد خانواده فعلی بیمار یا درآمد خانواده در دوازده (12) ماه گذشته.

تعهد بیمار

تعادل بیمار برای آن دسته از بیمارانی که واجد شرایط برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی هستند کاهش می یابد؛ هر گونه تخفیف در برابر هزینه های ناخالص برای خدمات بیمارستانی ارائه می شود. تعهد پرداخت یک بیمار واجد شرایط برای برنامه پرداخت تخفیف به صورت مورد به مورد تعیین می شود اما از مبلغ کلی صورتحساب (AGB) تجاوز نخواهد کرد. بیشتر از مبلغی که بیمارستان انتظار دارد برای ارائه خدمات از Medicare یا Medicaid دریافت کند، هر کدام که بیشتر است ("حداکثر پرداخت تخفیف"). یک بیمار واجد شرایط با بیمه موظف به پرداخت مبلغی برابر با تفاوت بین آنچه که بیمارستان از حامل بیمه دریافت می کند و حداکثر پرداخت تخفیف می شود. اگر مبلغ پرداخت شده توسط بیمه بیش از حداکثر پرداخت تخفیف باشد، بیمار هیچ تعهد پرداخت دیگری نخواهد داشت.

برنامه پرداخت تخفیف کمک مالی همچنین باید شامل یک برنامه پرداخت بدون بهره باشد تا امکان پرداخت قیمت تخفیف در طول زمان را داشته باشد. بیمارستان و بیمار باید شرایط یک برنامه پرداخت گسترده را با توجه به درآمد خانواده بیمار و هزینه های ضروری زندگی مذاکره کنند. اگر بیمار و بیمارستان نتوانند در مورد برنامه پرداخت به توافق برسند، بیمارستان باید از فرمول شرح داده شده در بخش (i) کد بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400 برای ایجاد یک برنامه پرداخت معقول استفاده کند.

سطح فقر فدرال توسط دستورالعمل های فقر HHS تعیین می شود و به صورت دوره ای در ثبت فدرال توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تحت نظارت بخش (2) بخش 9902 عنوان 42 کد ایالات متحده به روز می شود و در اینجا در دسترس است: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا درخواست کمک مالی، لطفاً با ما تماس بگیرید:

مرکز پزشکی بیمارستان Encino
16237 ونتورا بلوار.
Encino، CA 91436
0434-501-818

[توجه داشته باشید که در تمام اظهارات صورتحساب پس از تخلیه گنجانده شود]

برنامه پرداخت مراقبت و تخفیف خیریه

بیمارانی که بیمه ندارند یا بیمه ناکافی دارند و با کمبود و الزامات درآمد متوسط ممکن است واجد شرایط پرداخت های تخفیف یا مراقبت خیریه باشد. بیمارانی که به دنبال مراقبت با تخفیف یا رایگان هستند باید درخواستی را دریافت و ارسال کنند که توسط بیمارستان بررسی شود. هیچ بیمار واجد شرایط برای کمک مالی برای مراقبت های اضطراری یا پزشکی ضروری بیشتر از مبلغی که به طور کلی به افرادی که بیمه ای برای پوشش چنین مراقبت هایی دارند، پرداخت نمی شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، کپی اسناد و یا کمک به روند درخواست، لطفاً با بیمارستان در 818-501-0434 تماس بگیرید یا برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر به www.encinomed.org مراجعه کنید. نسخه های رایگان اسناد کمک مالی نیز ممکن است از طریق برای شما ارسال شود و به زبان های غیر انگلیسی که توسط تعداد قابل توجهی از بیماران توسط بیمارستان صحبت می شود، در دسترس است. پزشکان بخش اورژانس و سایر پزشکانی که کارمند بیمارستان نیستند نیز ممکن است برنامه های مراقبت های خیریه یا تخفیف را ارائه دهند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر با شماره 818-501-0434 تماس بگیرید.

توجه داشته باشید که در اظهارات صورتحساب پس از ترخیص به بیمارانی که اثبات بیمه ارائه نکرده اند گنجانده شده است

سوابق ما نشان می دهد که شما تحت پوشش بیمه درمانی یا تحت پوشش Medicare، Medicaid، برنامه های پوشش بهداشتی دولتی یا سایر برنامه های مشابه نیستید. اگر چنین پوششی دارید، لطفا در اسرع وقت با دفتر ما در (818) 0434-501 تماس بگیرید تا اطلاعات را به دست آورید و نهاد مناسب صورتحساب شود.

اگر پوشش بیمه درمانی ندارید، ممکن است واجد شرایط Medicare، Medicaid، پوشش ارائه شده از طریق بازار بیمه درمانی فدرال، پوشش بهداشتی دولتی یا شهرستانی یا مراقبت های خیریه Prime Healthcare یا برنامه پرداخت تخفیف باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست این برنامه ها، لطفا با دفتر ما تماس بگیرید تا بتوانیم به سوالات شما پاسخ دهیم و برنامه های کاربردی برای این برنامه ها را به شما ارائه دهیم.

اطلاعیه بیمارستان برای ارسال به بیمار قبل از
واگذاری یا فروش بدهی به اژانس جمع اوری
* شامل درخواست کمک مالی با این اطلاعیه *

نام: [نام بیمار]

تاریخ خدمت: [تاریخ خدمت]

بیمه درمانی در پرونده: [شامل نام و نوع برنامه، اگر هیچ کدام شامل "بیمارستان نمی کند"
این اطلاعات را داشته باشید.]

تاریخ بیمار در اصل ارسال اطلاعیه کمک مالی: [DATE]

تاریخ بیمار در اصل ارسال درخواست کمک مالی: [DATE]

تصمیم تاریخ در مورد درخواست مالی ارائه شده (در صورت وجود): ["DATE OR "N / A"]

سوابق ما نشان می دهد که شما تعادل بیمار برجسته به علت مربوط به تاریخ فوق از خدمات. بیمارانی که به دنبال مراقبت با تخفیف یا رایگان هستند باید کمک مالی را پر و ارسال کنند برنامه، که با این اطلاعیه گنجانده شده است. هیچ بیمار واجد شرایط برای کمک مالی نخواهد بود برای مراقبت های اضطراری یا پزشکی ضروری بیشتر از مبلغی که به طور کلی به افراد پرداخت می شود، هزینه می شود کسانی که بیمه ای دارند که چنین مراقبت هایی را پوشش می دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر، برای به دست آوردن یک لایحه مشخص شده برای

خدمات ارائه شده به شما در تاریخ های فوق از خدمات، و یا برای کمک به روند درخواست، لطفاً با بیمارستان در 0434-501-818 تماس بگیرید و یا شما ممکن است www.encinomed.org یا 16237 ونتورا بلوار، Encino CA 91436 مراجعه کنید.

با وجود تلاش های ما برای تماس با شما، تعادل بیمار پرداخت نشده است. بیمارستان در حال تعیین یا فروش تعادل برجسته به دلیل خدمات مالی CMRE، Inc.

محوطه: درخواست کمک مالی