

HUNTINGTON HOSPITAL  
ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE

سیاست و رویه اداری

موضوع: سیاست کمک مالی	شماره سیاست: 329	صفحه 1 از 15
مقام تأییدکننده: Lisa Maqueira	تاریخ اجرا: 1 ژانویه 2024	جانشین/جایگزین Financial Assistance Policy 2023 (سیاست کمک مالی سال 2023)

هدف:

a. The Huntington Medical و Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital Foundation dba Huntington Health Physicians (در مجموع «سازمان») متعهد می‌شود بر اساس اصول زیر به نیازهای سلامت تمامی بیماران جامعه رسیدگی کند:

i. برخورد برابر و عادلانه، با حفظ شأن افراد، همراه با احترام و همدردی؛

ii. برطرف کردن نیازهای مراقبت‌های بهداشتی 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.

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

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

سیاست:

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

b. موارد تحت پوشش این سیاست. فقط خدماتی که مستقیماً توسط «سازمان» ارائه می‌شوند تحت پوشش این «سیاست» قرار خواهند گرفت. خدمات پزشکی فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که توسط «Huntington Aligned Medical Group» ("HAMG") و «Huntington Foundation Medical Group» ("HFMG") ارائه شده باشد. مراکز Randall Breast Center، Huntington Outpatient Imaging Centers، و Huntington Ambulatory surgery Center، LLC شامل این بخش نیستند.

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 «کارکنان پزشکی سازمان» هستند (یعنی ارائه‌کنندگانی که بخشی از سازمان نیستند) نیز ممکن است بتوانند کمک مالی را در دسترس بیمارانشان قرار دهند. سازمان فهرستی از اطلاعات خود درباره این پزشکان را در صورت درخواست در دسترس قرار داده است که آیا پزشکان (یا گروه پزشکی آنها) این خدمات را ارائه می‌کنند یا خیر: (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 قابل‌اجرای فدرال، ایالتی و محلی مربوط به وصول حساب‌های بدهکار مشتریان. سازمان در قبال اجرای برنامه‌های کمک مالی توسط این پزشکان یا اقدامات آنها در صورت حساب مسئولیتی نخواهد داشت.

- i. **کمک مالی.** کمک مالی کامل به بیمارانی ارائه می‌شود که درآمد و دارایی خانواده آنها برابر و یا کمتر از 400 درصد خط فقر فدرال در سال جاری باشد. بیمارانی که درآمد آنها بین 401 تا 600 درصد از خط فقر فدرال است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند هر چند که دارایی‌ها در فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») عنوان شده است، اما در تعیین شرایط لازم برای دریافت تخفیف لحاظ نخواهند شد. در پیوست B انواع کمک‌های مالی در دسترس از طرف سازمان عنوان شده است.
- ii. **Pre-Service Patients (Elective/Non-Emergent Care) (ارائه خدمات به بیماران قبل از ارائه خدمات (خدمات درمانی اختیاری/غیراورژانسی)).** بیمارانی که به عنوان بیماران بستری شده انتخابی برنامه‌ریزی شده‌اند یا به عنوان بیماران سرپایی غیر اورژانسی برنامه‌ریزی شده‌اند، برای کمک مالی نیاز به تأیید قبلی توسط هماهنگ‌کننده کمک مالی یا فرد تعیین‌شده توسط آنها دارند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند تأیید می‌شوند. کمک مالی برای خدمات پزشکی منتخب و خدمات درمانی فالوآپ (خدمات مراقبت بعدی) پس از ترخیص صرفاً به بیمارانی اختصاص می‌یابد که در محدوده خدماتی سازمان ساکن می‌باشند و یا به طور دیگری توسط هماهنگ‌کننده کمک‌های مالی یا شخص تعیین شده توسط آنها تأیید شده باشند. 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 اما ضروری، کمک مالی ارائه نکند.
- iii. **منابع مالی اضافی و همکاری‌های لازم از طرف بیمار.** بیمارانی که بر اساس این سیاست برای دریافت کمک مالی تأیید شده‌اند موافقت می‌کنند که همواره برای دریافت بازپرداخت از منابع شخص ثالث در قبال هزینه خدمات سازمان همکاری لازم را داشته باشند. نمونه‌ای از این منابع عبارت‌اند از "صندوق‌های کمک به قربانیان جرائم کالیفرنیا" (California County Trauma Victims of Crime fund)، برنامه County Trauma، برنامه Medi-Cal و طرح‌های سلامت که از طریق طرح "تبادل مزایای سلامت کالیفرنیا" (California Health Benefit Exchange) پوشش بیمه ارائه می‌کنند. درخواست بیمار برای دریافت پوشش بیمه از اشخاص ثالث برای تأمین هزینه‌های پزشکی مانع تعیین صلاحیت بیمار برای دریافت کمک مالی طبق این سیاست نمی‌شود. به عنوان یکی از شرایط برخوردارگی از کمک مالی، 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.
- سازمان افراد را به نهادهای محلی شهرستان از جمله Covered California، Healthy Families، Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها به نحو مناسب ارجاع می‌دهد تا واجد شرایط بودن احتمالی آنها تعیین شود.
- سازمان حق دارد برای بیمه‌گذاران ثالثی که برای بیمار پوشش بیمه فراهم می‌کنند، از جمله هر طرف ثالث دارای مسئولیت، صورت حساب صادر کند حتی اگر سازمان طبق این سیاست، از کل مبلغ صورت حساب بیمار یا بخشی از آن صرف نظر کرده باشد، بیمه‌گذاران سلامت و طرح‌های سلامت مجاز نیستند بازپرداخت خود را درباره مطالبه‌ای که نزد سازمان مطرح شده است کاهش دهند.
- iv. **Self-Pay Patients (بیماران آزاد (افرادی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند)).** سازمان بر اساس تجربه‌های قبلی و شرایط فعلی بیمه اینطور در نظر می‌گیرد که بیماران فاقد بیمه قادر به پرداخت هزینه بیمه نیستند. سازمان این طور 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 صورت حساب 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 2-15 بخش 4012 از «راهنمای بازپرداخت به ارائه کنندگان خدمات در مراکز Medicare و Medicaid» صورت خواهد گرفت.
1. هزینه بیماران Self-Pay (خودپرداخت) به صورت خودکار با مبلغ تخفیف تعیین شده برای سازمان محاسبه می‌شود (به پیوست C رجوع کنید).
  2. بیماران آزاد بدون ارائه فرم درخواست، از این تخفیف‌ها برخوردار می‌شوند. اقدامات پزشکی اختیاری شامل این کمک مالی نمی‌شوند، مگر اینکه توافق خاصی بین سازمان و بیمار صورت گیرد.

v. **بیماران نیازمند از لحاظ پزشکی (که در موارد دیگر واجد شرایط تخفیف نباشند).** بیمارانی که از لحاظ پزشکی نیازمند هستند؛ ولی طبق این سیاست واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند، همچنان می‌توانند طبق روال مطرح شده در این سیاست، تقاضای کمک مالی دهند. درخواست کمک مالی به دلیل ناتوانی‌های پزشکی باید توسط هماهنگ‌کننده کمک مالی یا شخص تعیین شده توسط آنها و به تشخیص آنها به تأیید برسد.

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

i. **نحوه درخواست.** فرایند فرم درخواست می‌تواند توسط بیمار یا هر یک از کارکنان سازمان از طریق تماس با شماره زیر آغاز گردد: برای سهم پرداختی بیمار و خدمات مشتری با شماره 866-8600 (323) تماس حاصل فرمایید.

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. توسط بخش‌های زیر به متقاضیان در خصوص تکمیل فرم‌ها کمک می‌شود: سهم پرداختی بیمار، خدمات مشتری، ثبت‌نام، پذیرش، و مابه تفاوت.
3. فرم درخواست را می‌توانید شفاهی با کمک پرسنل سازمان تکمیل کنید، اما بیمار یا نماینده او باید فرم درخواست را امضا کند.

## ii. Reviewing Application (بررسی فرم درخواست)

1. **Determination (تعیین واجد شرایط بودن).** دستورالعمل‌های تعیین واجد شرایط بودن با استفاده از خط فقر کنونی فرال به‌عنوان مقیاس سنجش واجد شرایط بودن محاسبه می‌شود

2. **Determinations by Affiliates and Approved Community Partners (تعیین واجد شرایط بودن توسط شرکت‌های وابسته و شرکای محلی مورد تأیید).** بیمارانی که فرم درخواست کمک مالی آن‌ها اخیراً توسط بعضی شرکت‌های وابسته یا شرکای محلی سازمان تأیید شده است، ممکن است به صلاحدید سازمان و به صورت فوری تأیید شوند. اگر امکان این نوع تأیید سریع وجود داشته باشد، سازمان به بیماران راهنمایی می‌کند تا برای چنین کمک‌های مالی درخواست دهند.

3. **Assets (دارایی‌ها).** لحاظ کردن دارایی‌ها در تصمیم‌گیری نسبت به واجد شرایط بودن بیمار محدود به مواردی است که در این سیاست تعریف شده باشند.

4. **درآمد دوره‌های جزئی** باید با استفاده از داده‌های سالانه در کاربرگ‌ها لحاظ شود.

5. **Deductions (مبالغ کسر شده).** سایر تعهدات مالی از جمله مخارج زندگی و سایر اقلام منطقی و لازم در نظر گرفته خواهند شد.

6. **Patient Maximum Out-of-Pocket Expense (حداکثر هزینه‌ای که بیمار شخصاً پرداخت می‌کند)** هرگونه مبلغ پرداختی توسط بیمار برای خدمات تحت پوشش این سیاست باید کمتر از مبالغ کلی صورت حساب باشد.

7. **Reevaluation (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 به صورت عطف به ماسبق لغو شود.

### iii. Submitting Required Documentation (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.

2. مدارک مربوط به درآمد می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

a. فیش حقوقی دوره جاری،

b. اظهارنامه مالیات بر درآمد سال قبل، یا

c. توضیح کتبی.

3. مدارک مربوط به دارایی‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

a. کپی صورت‌حساب بانکی ماه قبل (تمام صفحات)،

b. صورت‌حساب‌های بازار مالی،

c. سهام،

d. اوراق قرضه،

e. گواهی‌های سپرده،

f. حساب‌های معاملاتی (به‌جز مدارک مربوط به طرح‌های بازنشستگی، طرح‌های غرامت معوقه (هم مواردی که طبق مقررات IRS واجد شرایط هستند و هم مواردی که فاقد شرایط هستند))، و

g. فیش حقوق بیکاری، مزایای سوشال سکيوریتی، یا ازکارافتادگی.

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

1. بلافاصله کلیه اقدامات منطقی ممکن را برای لغو یا به تعویق انداختن اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) برای دریافت هزینه خدمات مراقبتی مربوطه انجام می‌دهد. بعضی از این اقدامات منطقی به طور کلی عبارت‌اند از درخواست از شرکت‌های وصول‌کننده بدهی برای توقف اقداماتشان برای دریافت بدهی از بیمار، اقداماتی برای رفع هرگونه اتهام از بیمار، برداشتن مالیات یا وثیقه از املاک بیمار و حذف کردن اطلاعات سوء از گزارش سابقه اعتباری بیمار که به سازمان‌های گزارش سوء پیشینه 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. در صورتی که بیمار واجد شرایط باشد فوراً به صورت 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» بازپرداخت شوند. اگر مبلغی به‌عنوان بدهی باقی‌مانده باشد، سازمان

باید به صورت 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 صورت حساب (AGB) از بیمار دریافت نخواهد شد.

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

v. **نامه تصمیم‌گیری.** پس از اینکه بیمار درخواست تکمیل شده 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 نامه‌ها شامل موارد زیر می‌شوند:

1. بیانیه‌ای واضح از تصمیم واجد شرایط بودن بیمار برای کمک مالی.
2. اگر بیمار واجد شرایط کمک مالی نباشد، بیانیه‌ای واضح ارائه شود که دلیل رد آن را توضیح دهد.
3. اگر بیمار به دلیل 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 کمک مالی برای بیمار تأیید شود، توضیحی واضح از صورت حساب کاهش یافته، و دستورالعملی ارائه می‌دهد که بیمار چگونه می‌تواند اطلاعات بیشتری در زمینه طرح پرداخت معقول، در صورت وجود، به دست آورد.
5. اطلاعات تماس سازمان، از جمله بخش، نام مخاطب و مکانی که بیمار می‌تواند در رابطه با تصمیم بیمارستان استیناف دهد.
6. اطلاعات مربوط به برنامه «شکایت نسبت به صورت حساب بیمارستان» سازمان دسترسی به مراقبت از سلامت و اطلاعات (HCAI).
7. اطلاعات مربوط به «اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت».

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

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

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

## ix. **Anti-Abuse Rule for Applications with Questionable Information (قانون مقابله با سوءاستفاده برای درخواست‌هایی که حاوی اطلاعات متناقض هستند)** سازمان بر اساس اطلاعاتی که معتقد است

غیرقابل اتکا یا نادرست هستند یا اطلاعاتی که با مجبور کردن بیمار یا با به‌کاربردن روش‌های زورگویانه دریافت شده اند، تعیین نخواهد کرد که یک بیمار برای کمک مالی واجد شرایط نیست. یک روش زورگویانه، عبارت است از امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی اورژانسی به بیمار یا تأخیر در ارائه چنین مراقبت‌هایی، تا زمانی که بیمار اطلاعات موردنیاز برای تعیین صلاحیت برخورداری از کمک مالی مختص مراقبت‌های مذکور را ارائه کند.

x. **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 کمک مالی این مسئله را لحاظ کند. اما در هر صورت سازمان با کمک اطلاعات موجود، بهترین تصمیم‌گیری را به‌صورت منطقی انجام خواهد داد.

xi. **واجد شرایط بودن احتمالی.** 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 کمک مالی بیشتری را طبق این سیاست درخواست کند به بیمار اطلاع دهد؛ (b) صد و بیست (120) روز به بیمار فرصت دهد که تقاضای کمک بیشتر کند؛ و اگر بیمار فرم درخواست 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 اطلاعاتی را در قالب «خلاصه به زبان ساده» (به پیوست A مراجعه کنید) با چاپ روی صورت‌حسابشان دریافت خواهند کرد.

xii. **انصراف بیمار باعث لغو تعهدات سازمان در انجام دادن اقدامات منطقی نمی‌شود.** دریافت انصراف شفاهی یا کتبی از بیمار از جمله بیانیه‌ای امضا شده که نشان دهد بیمار تمایلی به تقاضا برای دریافت کمک مالی تحت این سیاست یا دریافت اطلاعات طبق این سیاست ندارد به تنهایی دلیلی برای رد صلاحیت بیمار نیست. همچنین چنین انصراف‌هایی لزوم انجام اقدامات منطقی در تعیین واجد شرایط بودن بیمار را قبل از روی آوردن به اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) از بین نخواهد برد.

xiii. **Payment Plans (برنامه‌های پرداخت).** اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شود و بدهی داشته باشد، می‌تواند بدهی را از طریق طرح پرداخت زمان‌بندی‌شده دوره‌ای پرداخت کند. سازمان درباره گزینه‌های طرح به بیمار اطلاع می‌دهد و طرح پرداخت دوره‌ای را تعیین می‌کند که به‌طورکلی بیشتر از دوازده (12) ماه نیستند و سود به آنها تعلق نمی‌گیرد. برای اطلاع از جزئیات، به سیاست وصول بدهی سازمان مراجعه کنید.

xiv. **Dispute Resolution (حل‌وفصل اختلافات)** در صورت بروز اختلاف درباره تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی، بیمار می‌تواند درخواست تجدیدنظری را به صورت کتبی برای بررسی مجدد به سازمان ارسال کند. در درخواست کتبی باید درباره دلیل منطقی اختلاف نظر توضیح داده شود و هرگونه سند تأییدکننده نیز ارائه شود مدیر اقدامات و خدمات مشتریان در سازمان سریعاً درخواست تجدیدنظر را بررسی می‌کند و تصمیم کتبی را به بیمار اطلاع خواهد داد. اگر بیمار معتقد باشد که بعد از تجدید نظر اول همچنان اختلاف برطرف نشده است، می‌تواند به‌صورت کتبی درخواست بررسی توسط معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی سازمان، یا نمایندگان این افراد را ارائه کند، که این افراد نیز بعد از بررسی، تصمیم نهایی را به‌صورت کتبی ارائه خواهند کرد.

xv. **Confidentiality of Application Information (محرمانگی اطلاعات فرم درخواست).** سازمان باید تمام اطلاعات دریافتی از بیمارانی را که متقاضی تعیین صلاحیتشان طبق سیاست جاری هستند، در قالب اطلاعات محرمانه حفظ کند. اطلاعات مربوط به دارایی‌ها که به‌عنوان بخشی از روند درخواست و تأیید به دست می‌آید باید در پرونده‌ای جدا از اطلاعاتی نگهداری شود که ممکن است در وصول مطالب بستانکاری از آنها استفاده شود.

xvi. **دوره تکمیل درخواست («دوره درخواست»).** بیماران برای تکمیل درخواستشان دویست و چهل (240) روز فرصت دارند دوره درخواست از تاریخ ارائه خدمات مشمول درخواست برای اولین بار شروع می‌شود (اگر چند تاریخ ارائه خدمات دارید، از تاریخ شروع آخرین دوره درمان استفاده کنید).

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 کمک مالی خواهند بود.

g. Notices, Written Communications and Statements (اعلامیه‌ها، مکاتبات و اطلاعیه‌های کتبی)

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

1. این سیاست.

2. 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، کمک مالی ارائه می‌کند. «خلاصه به زبان ساده» به شکلی تهیه خواهد شد که حاوی اطلاعات مرتبط باشد، از جمله اطلاعات لازم به موجب قوانین ایالتی و فدرال، مثل شرایط لازم برای کسب صلاحیت و کمکی که طبق این سیاست ارائه می‌شود، مختصری از نحوه ارائه درخواست برای کسب کمک مالی طبق این سیاست و اطلاعاتی درباره دریافت اطلاعات و راهنمایی بیشتر، از جمله نسخه‌هایی به زبان‌های دیگر.

3. فرم درخواست.

4. سیاست سازمان برای وصول بدهی.

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

1. **Website (وبسایت)**. سیاست کمک مالی، درخواست کمک مالی، و خلاصه سیاست کمک مالی به زبان ساده در وبسایت این سازمان موجود است. لینک‌های این مطالب در وبسایت قرار دارد.

2. **Email or Paper Copies (نسخه ایمیل یا کاغذی)**. کپی هر یک از موارد ذکر شده در این سیاست را می‌توان با درخواست از بخش سهم پرداختی بیمار، خدمات مشتری با شماره 866-8600 (323) دریافت کرد.

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

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

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

h. **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. این زبان‌های اضافی عبارت‌اند از چینی، فارسی، ویتنامی، عربی، چکی، روسی، ارمنی، کره‌ای و اسپانیایی. علاوه بر این، 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.

i. **Medically Necessity/Clinical Determinations (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.

j. **Refunds (بازپرداخت‌ها)**. همان‌طور که در بالا آمده است، سازمان مبلغی را که بیماران به میزانی مازاد بر مبلغ مقرر در این سیاست پرداخت کرده باشند، بعلاوه سود پرداخت‌شده و با نرخ سود سالانه (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 مدت‌زمان 30 روز مبلغ بازپرداخت را به بیمار منتقل کند.

k. **Collections (وصول مبالغ/بدهی)** برای اطلاعات بیشتر درباره وصول مبالغ/بدهی، به «سیاست سازمان برای وصول بدهی» مراجعه کنید.

l. **Reporting (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 سال 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 سیاست‌ها است. (ii) سیاست‌های ارسال‌شده، کپی‌های صحیح و واقعی از سیاست‌های سازمان است.

iii. **برنامه شکایت صورت‌حساب بیمارستان**. بیمارانی که باور دارند درخواست کمک مالی آن‌ها به اشتباه 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](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) مراجعه کنید.

iv. **کمک بیشتر**. در رابطه با 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 شماره 888-804-3536 تماس بگیرند یا به [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) مراجعه کنند.

## v. **تأیید توسط هیئت مدیران و ادامه بررسی:**

این سیاست، سیاست وصول بدهی، و همه مطالب تغییر یافته در این سیاست‌ها باید توسط هیئت مدیران سازمان تأیید شود. سازمان باید مرتباً این سیاست را به همراه سیاست وصول بدهی و وضعیت تلاش‌های 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 ذکر شده 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).

## vi. **تعاریف**

a. **مبالغ کلی صورت‌حساب (AGB)** یعنی مبالغ کلی صورت‌حساب مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی که به بیماران دارای بیمه با پوشش آن خدمات ارائه شده است، و مطابق با 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b) تعیین می‌شود. اطلاعات بیشتر درباره نحوه محاسبه AGB توسط سازمان و به‌روزرسانی‌های سالیانه درباره درصد AGB در پیوست C این سیاست ارائه شده است و در وبسایت سازمان دسترسی به مراقبت از سلامت و اطلاعات ایالت کالیفرنیا (State of California's Department of Health Care Access and Information) به آدرس <https://syfphr.hcai.ca.gov/> نیز برای عموم قابل دسترسی است.

b. **درخواست** به معنای درخواست سازمان برای کمک مالی می‌باشد.



- c. **Assets (دارایی‌ها)** صرفاً به معنای "دارایی‌های پولی" است. شامل دارایی‌هایی است که به آسانی قابلیت نقدشدن دارند؛ مانند موجودی حساب بانکی و سهام عام. طرح‌های بازنشستگی، طرح‌های معوق پرداخت غرامت (هم واجد شرایط و هم فاقد شرایط طبق قانون IRS) لحاظ نخواهند شد. موارد زیر شامل دارایی نمی‌شود: ده هزار \$ (\$10,000) اول از دارایی نقدی بیمار و پنجاه درصد (50%) از دارایی نقدی بیمار بعد از کنار گذاشتن ده هزار \$ (\$10,000) اول.
- d. **شرکای انجمن** به معنای ارتباط حمایتی با سایر سازمان‌های انجمن است.
- e. **هزینه‌های ضروری زندگی** شامل این موارد است: اجاره یا کرایه‌خانه و هزینه تعمیرات آن، مواد غذایی و لوازم مصرفی خانواده، قبوض خدمات شهری و تلفن، پوشاک، هزینه‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، بیمه، مدرسه و مراقبت از فرزند، نفقه (کمک مالی) فرزند و همسر، حمل‌ونقل و هزینه‌های خودرو، از جمله بیمه، سوخت و تعمیرات، پرداخت اقساط، شستشوی لباس و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.
- f. **اقدامات فوق‌العاده در وصول مطالبات، «ECAs»** یعنی اموری در رابطه با 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 به طور ویژه در قسمت «سیاست وصول بدهی» توضیح داده شده‌اند.
- g. **Family (خانواده)** موارد زیر را شامل می‌شود: (1) برای افراد 18 سال به بالا، همسر یا شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند و چه بیرون، (2) برای افراد زیر 18 سال، ولی، خویشاوندان فرد قیم و سایر فرزندان زیر 21 سال آن ولی یا خویشاوند قیم.
- h. **خط فقر فرال، «FPL»** عبارت است از معیاری که برای تعیین فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود و «اداره خدمات انسانی و سلامت» («DHHS») هر سال آن را در وبسایت خود به نشانی <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines> منتشر می‌کند.
- i. **بیمار واجد شرایط از لحاظ مالی** یعنی بیماری که درخواست کمک مالی از سازمان دارد و فرم درخواستش را تکمیل و ارسال کرده است. بررسی درخواست این بیمار نشان می‌دهد که برای کمک مالی واجد شرایط است و درخواست او بر اساس این سیاست تأیید شده است، یا اینکه سازمان این‌طور در نظر گرفته است که او به‌طور احتمالی برای دریافت کمک مالی مطابق با سیاست جاری واجد شرایط است.
- j. **کمک مالی** عبارت است از اقداماتی که طبق این سیاست صورت می‌گیرد تا خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت رایگان یا با هزینه کمتر به بیمار ارائه شود. هزینه کمتر به‌طور کلی بر اساس یک طرح پرداخت است، یا به معنی تخفیف خودکار برای بیمارانی است که شخصاً هزینه‌شان را خودشان پرداخت می‌کنند.
- k. **هزینه‌های پزشکی زیاد** مرتبط با هزینه‌های شخصی سالیانه بیماری است که درآمد خانواده‌اش بیشتر از آستانه سازمان برای دریافت کمک مالی است. در شرایط زیر هزینه‌ها لحاظ می‌شوند: (i) در بیمارستان سازمان برای بیمار ایجاد شده باشد و بیشتر از کمترین حد درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد خانواده در دوازده (12) ماه قبل باشد، یا (ii) هزینه‌های پزشکی پرداخت شخصی که بیشتر از ده درصد (10%) درآمد خانواده بیمار باشد، در صورتی که بیمار اسناد مربوط به هزینه‌های پزشکی را که توسط خودش یا خانواده‌اش در دوازده (12) ماه گذشته پرداخت شده است ارائه کند.
- l. **نیازمند بودن از نظر پزشکی** یعنی بیماری که به دلیل خدمات مراقبتی پر هزینه و غیرمنتظره قادر نیست هزینه خدمات را بپردازد، اما برای کمک مالی تحت این سیاست واجد شرایط نیست.
- m. **دارای ضرورت پزشکی** به معنای خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی اجرا شده 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.
- n. **طرح پرداخت**، قراردادی کتبی بین سازمان و بیمار است که توسط سازمان ارائه شده و بیمار آن را پذیرفته است، و در نتیجه آن بیمار می‌تواند بدهی‌اش را به‌صورت ماهیانه پرداخت کند، اما مبالغ اقساط نباید از 10% درآمد ماهیانه خانواده بیمار، بدون احتساب کسورات مربوط به هزینه‌های ضروری زندگی بیشتر باشد.

قوانین فدرال و ایالتی که در نگارش این سیاست به آنها اشاره شده است شامل موارد زیر است؛ ولی محدود به آنها نمی‌شود:  
i. قانون درآمد داخلی بخش (3)(r)501.

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

iii. لایحه مجلس کالیفرنیا 1020: صدور عادلانه صورت‌حساب و جمع‌آوری بدهی بخش مراقبت از سلامت، شروع اعمال از 1 ژانویه 2022.

iv. لایحه مجلس کالیفرنیا 532: قوانین صورت‌حساب منصفانه، لازم‌الاجرا از تاریخ 1 ژانویه 2022.

v. "دستورالعمل اداره کل، اداره خدمات انسانی و سلامت" Office of General, Department of Health and Human Services ("OIG") درباره کمک مالی به بیماران بدون بیمه و بیمارانی که بیمه مناسبی ندارند، و قوانین IRS.

vi. هرگونه اعمال قوانین و دستورالعمل سازمانی درباره هرکدام از موارد عنوان‌شده در بالا.

**.VIII لیست پیوست‌ها**

- A. خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده
- B. تخفیف کمک مالی
- C. مبالغ کلی صورت‌حساب
- D. بیانیه شفاف‌سازی



## خلاصه کمک مالی و اقدامات حفاظتی در پوشش‌دادن صورت‌حساب‌های غیرمنتظره

در راستای اجرای بخشی از رسالت خود، Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital and The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians ("سازمان") متعهد است ضمن ارائه خدمات بهداشتی درمانی باکیفیت برای جامعه، با کلیه بیماران رفتاری همراه با عزت، احترام و دلسوزی داشته باشد این مورد شامل فراهم کردن خدمات بدون هزینه یا با تخفیف قابل‌توجه به بیماران واجد شرایطی می‌شود که توان مالی پرداخت هزینه خدمات مراقبتی را طبق سیاست کمک مالی ما («سیاست») ندارند. ما همچنین طرح‌های پرداخت اقساطی و روش‌های پرداخت گوناگونی را در اختیار بیماران قرار می‌دهیم، حتی اگر مشمول دریافت کمک‌هزینه نشوند. این سند خلاصه «سیاست» ما به زبان ساده («خلاصه») است.

### کمک در پرداخت صورت‌حساب

کمک مالی برای بیمارانی که اقدامات پزشکی ضروری دریافت می‌کنند و کسانی که درآمد و دارایی نقدی (در کل «درآمد») آنها برابر با 400% خط فقر فدرال (FPL) یا کمتر از آن در سال جاری است قابل‌دسترسی است. بیمارانی که درآمد آنها بین 401% تا 600% از FPL است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. تخفیف‌های موجود برای بیماران باتوجه‌به تعداد نفقات خانواده، سطح درآمد و وضعیت بیمه، بر اساس یک مقیاس متغیر خواهد بود کمک مالی برای خدمات پزشکی اختیاری یا رویه‌های درمانی فاقد ضرورت پزشکی یا مراقبت‌های پس از ترخیص صرفاً برای بیمارانی است که در محدوده خدماتی سازمان زندگی کنند، یا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. اگر بیمار برای خدمات کاملاً رایگان واجد شرایط نباشد، ولی طبق «سیاست» مذکور مشمول تخفیف شود، در قبال خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی سازمان، مبلغی بیش از «مبالغ کلی صورت‌حساب» از آن بیمار گرفته نخواهد شد.

### پزشکان و خدمات

این «سیاست» فقط برای خدماتی اعمال می‌شود که توسط سازمان ارائه می‌شوند و در صورتی شامل خدمات پزشک می‌شود که توسط Huntington Foundation Medical Group ("HFMG") و Huntington Aligned Medical Group ("HAMG") ارائه شده باشد. مراکز Huntington Ambulatory surgery Center، Randall Breast Center، Huntington و LLC، Outpatient Imaging Centers، LLC سازمان شامل این بخش نیستند.

### نحوه درخواست

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

نسخه‌های رایگان این خلاصه، سیاست یا فرم درخواست به زبان‌های انگلیسی، چینی، فارسی، ارمنی، ویتنامی، عربی، چک، روسی، کره‌ای و اسپانیایی قابل‌دسترسی است. برای درخواست نسخه‌ها یا دریافت سایر اطلاعات، از جمله سؤالات مربوط به روند کمک مالی، می‌توانید کارهای زیر را انجام دهید:

- از نماینده‌های حاضر در محل ثبت‌نام یا پذیرش سؤال کنید.
- با خدمات بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.
- به وبسایت سازمان به نشانی [huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/](http://huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/) مراجعه کنید

اگر معلولیت دارید و به یک قالب دیگر دسترس‌پذیر برای مطالب بالا نیاز دارید یا اگر به زبان دیگری غیر از موارد ذکر شده صحبت می‌کنید، لطفاً با خدمات بیمار تماس بگیرید، آنها می‌توانند یک قالب جایگزین را به شما پیشنهاد دهند یا برای کمک بیشتر شما را با بخش خدمات مترجم شفاهی ما مرتبط کنند.

## هماهنگی برای پرداخت توسط خودتان

بیمارانی که طبق «سیاست» جاری واجد شرایط خدمات درمانی رایگان یا مشمول تخفیف نیستند ممکن است سایر برنامه‌های سازمان برایشان مفید واقع شود. بیماران فاقد بیمه می‌توانند از تخفیف‌های قابل‌توجهی برخوردار شوند، مشابه با تخفیف‌هایی که ما در طرح‌های بیمه مراقبت‌های هماهنگ برای خدمات واجد شرایط ارائه می‌کنیم.

## اطلاعیه سازمان نظارتی برای جمع‌آوری بدهی (وصول مطالبات)

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

## اقدامات حفاظتی برای صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره

اقدامات حفاظتی در پوشش‌دادن صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره برای کلیه بیماران ارائه می‌شود. لطفاً به بخش «اطلاعیه به بیماران – حقوق شما و اقدامات حفاظتی در پوشش‌دادن صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره» در وبسایت ما

[huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies) مراجعه کنید.

## برنامه شکایت صورت‌حساب بیمارستان

اگر فکر می‌کنید به اشتباه از کمک مالی محروم شده‌اید، می‌توانید نزد برنامه شکایت صورت‌حساب بیمارستان ایالت کالیفرنیا شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر و تنظیم شکایت، به [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) مراجعه کنید.

## کمک بیشتر

کمک به پرداخت صورت‌حساب شما – سازمان‌هایی با خدمات رایگان برای حمایت از مصرف‌کننده وجود دارند که به شما در درک فرایند پرداخت و صورت‌حساب کمک می‌کنند برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با «اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت» از طریق شماره 888-804-3536 تماس بگیرید یا به [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) مراجعه کنید.

## سایر منابع و اطلاعات:

- بیماران ممکن است برای برنامه‌های کمک دولتی نظیر Medi-Cal واجد شرایط باشند یا همچنین ممکن است واجد شرایط پوشش‌دهی یارانه‌ای از طریق Covered California قرار گیرند. دفتر «حمایت مالی از بیمار» (PFA) کارکنانی در محل دارد تا به سؤالات بیمار پاسخ دهند و در درخواست برای این برنامه‌ها به آنها کمک کنند. با دفتر PFA می‌توان از طریق 310-423-5071 تماس گرفت.
- برای سؤالات پیرامون بیمه درمانی تجاری با شماره. (1-800-233-2771) 1-800-CEDARS-1 تماس بگیرید.
- برای اطلاع از تعیین قیمت توسط سازمان و ابزار خدمات قابل‌خرید به سایت [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care) مراجعه کنید

## Attachment B (پیوست B): درخواست کمک مالی

تخفیف کمک مالی  
دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال

<u>85%</u>	<u>85%</u>	<u>90%</u>	<u>95%</u>	<u>100%</u>	<b>Uninsured Discount</b> (تخفیف فرد فاقد بیمه) تخفیف فرد دارای بیمه نامناسب
<u>60%</u>	<u>70%</u>	<u>80%</u>	<u>90%</u>	<u>100%</u>	

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

توجه: زمان‌بندی آخرین بازبینی: 1/16/2023

## بیوست C - مبالغ کلی صورت حساب

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

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

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

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

نرخ‌های بازپرداخت برای بیماران بستری، سرپایی، و بخش اورژانس حداقل هر سال با استفاده از جدیدترین حساب‌های تسویه‌شده Medicare مربوط به 12 ماه گذشته محاسبه می‌شود.

### تاریخ اعمال از 11/07/2022

بازپرداخت AGB %	تخفیف برای افراد خویش‌فرما (آزاد) بدون بیمه مناسب	سازمان
18%	82%	بخش اورژانس
18%	82%	بیمار بستری
19%	81%	بیمار سرپایی

### تاریخ اعمال از 07/01/2023

بازپرداخت AGB %	تخفیف برای افراد خویش‌فرما (آزاد) بدون بیمه مناسب	سازمان
18%	82%	بخش اورژانس
18%	82%	بیمار بستری
18%	82%	بیمار سرپایی



بیانیه تأیید  
سیاست کمک مالی

این سیاست برای «اداره اطلاعات و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت» (Department of Health Care Access and Information، HCAI) ارسال خواهد شد. در وبسایت سازمان نیز قابل دسترسی خواهد بود.

سازمان با اطلاع از مجازات شهادت دروغ موارد زیر را تأیید می‌کند:

1. فرد ارائه‌کننده این سیاست به طور کامل برای ارائه سیاست‌ها از طرف سازمان اختیارات قانونی دارد.
2. این سیاست ارائه شده یک نسخه واقعی و صحیح از سیاست اصلی است که گواهی تأیید نیز برای آن ارائه شده است.

DocuSigned by:

*Lisa Maqueira*

56A5E2AB975D487...

Lisa Maqueira  
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date