

بیمارستان هانتینگتون HUNTINGTON HOSPITAL

بیمه‌نامه و رویه اداری

صفحه 1 از 19	شماره بیمه‌نامه: 329	موضوع: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (بیمه‌نامه کمک مالی)
جانشین/ جایگزین مراقبت خیریه	تاریخ اجراء: 11/07/2022	مقام تأیید کننده: Caroline Balfour

هدف:

a. برای آنکه مشمول برنامه کمک کامل یا جزئی ما شوید، لطفاً این درخواست را تکمیل کنید تا به، Pasadena Hospital dba Huntington Hospital and The Huntington Medical Foundation dba Association, Ltd. Huntington Health Physicians Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital و Huntington Health Physicians dba Huntington Medical Foundation (سازمان) کمک کنید تا تعیین کنند آیا شما واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف هستید یا خیر:

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

ii. برطرف کردن نیازهای سلامت اورژانسی بدون توجه به توانایی بیمار در پرداخت هزینه؛ و

iii. کمک به بیمارانی که نمی‌توانند کل یا بخشی از هزینه درمان دریافتی‌شان را پرداخت کنند.

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

b. دستورالعمل‌هایی در این بیمه‌نامه بیمه‌نامه ارائه شده است تا بیمارانی که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند شناسایی شوند، و معیارهایی برای بررسی صلاحیت بیماران برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته شده است. معیارهای بررسی نیاز به دریافت کمک مالی در این بیمه‌نامه پیش از هر چیز براساس دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال است که توسط اداره خدمات انسانی و سلامت آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services) تعیین شده‌اند.

c. این بیمه‌نامه در رابطه با کلیه مراقبت‌های اورژانسی و دیگر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی که از طرف سازمان ارائه می‌شود، اعمال خواهد شد.

d. این بیمه‌نامه از قوانین ایالتی و فدرال تبعیت می‌کند.

بیمه‌نامه:

a. **تعاریف.** برای مشاهده توضیح واژه‌ها، به بخش «تعریف واژه‌ها» در پایان این بیمه‌نامه مراجعه کنید. واژه‌های تعریف‌شده با حروف بزرگ در قسمت «تعریف واژه‌ها» یا در متن این بیمه‌نامه توضیح داده شده‌اند.

b. **مراکز درمانی، پزشکان، و سایر ارائه‌دهندگان تحت پوشش این بیمه‌نامه.** این بیمه‌نامه فقط برای خدماتی اعمال می‌شود که توسط سازمان ارائه می‌شوند و در صورتی شامل خدمات پزشکی می‌شود که توسط Huntington Aligned Medical Group و «HFMG» Huntington Foundation Medical Group («HFMG») ارائه شده باشد. مراکز Randall Breast «HAMG» و «Huntington Outpatient Imaging Centers»، «Huntington Ambulatory surgery Center»، «Center» و «Huntington Outpatient Imaging Centers» LLC شامل این بخش نیستند.

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

d. معیارهای واجد شرایط بودن

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 از خط فقر فدرال است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. هرچند که دارایی‌ها در فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») عنوان شده است، اما در تعیین شرایط لازم برای دریافت تخفیف لحاظ نخواهند شد. پیوست B همان فرم درخواست است و در پیوست C انواع کمک‌های مالی از طرف سازمان عنوان شده است.

ii. **Pre-Service Patients (Elective/Non-Emergent Care) (ارائه خدمات به بیماران قبل از ارائه خدمات (خدمات درمانی اختیاری/غیراورژانسی)).** بیمارانی که به‌عنوان بیماران بستری شده انتخابی برنامه‌ریزی شده‌اند یا به‌عنوان 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 (پیگیری) 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 تعیین‌شده 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 غیر اورژانسی پیشنهادی بیمار و سایر مراقبت‌های پزشکی، اما ضروری، کمک مالی ارائه نکند.

iii. **منابع مالی افزوده و همکاری‌های لازم از طرف بیمار.** بیمارانی که براساس این بیمه‌نامه برای دریافت کمک مالی تأیید شده‌اند موافقت می‌کنند که همواره برای دریافت بازپرداخت از منابع شخص ثالث در قبال هزینه خدمات سازمان همکاری لازم را داشته باشند. نمونه‌ای از این منابع عبارتند از «صندوق‌های کمک به قربانیان جرائم کالیفرنیا» (California Victims of Crime fund)، برنامه County Trauma، برنامه Medi-Cal، و طرح‌های سلامت که از طریق طرح «تبادل مزایای سلامت کالیفرنیا» (California Health Benefit Exchange) پوشش بیمه ارائه می‌کنند. درخواست بیمار برای دریافت پوشش بیمه از اشخاص ثالث برای تأمین هزینه‌های پزشکی مانع تعیین صلاحیت بیمار برای دریافت کمک مالی طبق این بیمه‌نامه نمی‌شود. به‌عنوان یکی از شرایط برخورداری 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 Medi-Cal، Covered California، Healthy Families و سایر برنامه‌ها به‌نحو 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، صورت‌حساب صادر کند. حتی اگر سازمان طبق این بیمه‌نامه، از کل مبلغ صورت‌حساب بیمار یا بخشی از آن صرف‌نظر کرده باشد، بیمه‌گذاران سلامت و طرح‌های سلامت مجاز نیستند بازپرداخت خود را درباره مطالبه‌ای که نزد سازمان مطرح شده است، کاهش دهند.

iv. **Self-Pay Patients (بیماران آزاد (افرادی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند)).** سازمان براساس تجربه‌های قبلی و شرایط فعلی بیمه این‌طور این‌طور در نظر می‌گیرد که بیماران فاقد بیمه قادر به پرداخت هزینه بیمه نیستند. سازمان این‌طور در نظر می‌گیرد که این بیماران واجد شرایط برنامه‌های کمک مالی هستند و کمک‌های زیر را در دسترس این بیماران قرار می‌دهد، مگر اینکه بیمار برای خدمات ارائه‌شده توسط سازمان اقدامات دیگری انجام دهد:

1. هزینه بیماران Self-Pay (خودپرداخت) به صورت خودکار با مبلغ تخفیف تعیین شده برای سازمان محاسبه می‌شوند می‌شوند.

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. **Medically Indigent Patients (Not Otherwise Eligible)** (بیماران نیازمند از لحاظ پزشکی (که در

غیر این صورت واجد شرایط نباشند)). بیماران که از لحاظ پزشکی نیازمند هستند ولی طبق این بیمه‌نامه واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند، همچنان می‌توانند طبق روال مطرح شده در این بیمه‌نامه، تقاضای کمک مالی دهند. 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. **برنامه کمک مالی.** در این برنامه از یک فرم درخواست تک‌منظور هب‌رای هر بیمار برای درخواست کمک مالی استفاده می‌شود. 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. **Initiating the Financial Assistance Application** (شروع روند درخواست کمک مالی). فرآیند 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 فرمائید.

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، ثبت نام، 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 فدرال به عنوان 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). بیماران 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 بیمه‌نامه 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 بیمه‌نامه باید کمتر از مبلغ کلی صورت‌حساب باشد.

7. **Reevaluation (ارزیابی مجدد).** در شرایط زیر، واجد شرایط بودن ممکن است مجدداً توسط سازمان ارزیابی شود:

- a. تغییر درآمد بیمار.
- b. تغییر تعداد نفرات خانواده بیمار.
- c. اگر مشخص شود هر بخشی از فرم درخواست کمک مالی نادرست یا گمراه‌کننده بوده است، کمک مالی اولیه ممکن است 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 تکمیل شده.
 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 صورت حساب بانکی ماه قبل (تمام صفحات)،
 - b. صورت حساب‌های بازار مالی،
 - c. سهام،
 - d. اوراق قرضه،
 - e. گواهی‌های سپرده،
 - f. حساب‌های معاملاتی (به جز 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 از کار افتادگی.
- iv. **ارسال درخواست تکمیل شده.** اگر بیمار در طول دوره درخواست فرم تکمیل شده درخواست را ارسال کند، سازمان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

1. بلافاصله کلیه اقدامات منطقی ممکن را برای لغو یا به تعویق انداختن اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) برای دریافت هزینه خدمات مراقبتی مربوطه انجام می‌دهد. بعضی از این اقدامات منطقی به‌طور کلی عبارتند از درخواست از شرکت‌های دریافت بدهی برای توقف اقداماتشان برای دریافت بدهی از بیمار، اقداماتی برای رفع هرگونه اتهام از بیمار، برداشتن مالیات یا وثیقه از املاک بیمار و حذف کردن اطلاعات سوء از گزارش سابقه اعتباری بیمار که به سازمان‌های مرتبط با 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 به‌صورت کتبی به او اطلاع می‌دهد، همچنین در صورت امکان درباره دلایل واجد شرایط بودن و اینکه تصمیم‌گیری بر چه 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 به‌جز اینکه مبالغ پرداختی

طبق توضیحات بخش «بازپرداخت‌ها»، بازپرداخت شوند. اگر مبلغی به‌عنوان بدهی باقی مانده باشد، سازمان باید به‌صورت کتبی درباره بدهی مربوط به هزینه خدمات و اینکه چطور می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره حساب دریافت کند به بیمار اطلاع دهد.

- b. بعد از تأیید کمک مالی و در طول دوره تأیید، برای هزینه خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی ضروری پزشکی، مبلغی بیش از مبلغ کلی صورت‌حساب که در این بیمه‌نامه توضیح داده شده است از بیمار دریافت نخواهد شد.
- c. تأیید واجد شرایط بودن فرد فقط توسط افراد مجاز در سازمان در بخش‌های زیر انجام می‌شود: سهم پرداختی بیمار، خدمات مشتری، هماهنگ‌کننده کمک مالی

v. **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.

vi. **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.

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

viii. **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 به کار بردن روش‌های زورگویانه دریافت شده‌اند، تعیین نخواهد کرد که یک بیمار برای کمک مالی واجد شرایط نیست. یک روش زورگویانه، عبارت است از امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی اورژانسی به بیمار یا تأخیر در ارائه چنین مراقبت‌هایی، تا زمانی که بیمار اطلاعات موردنیاز برای تعیین صلاحیت برخورداری از کمک مالی مختص مراقبت‌های مذکور را ارائه کند.

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

x. **واجد شرایط بودن احتمالی.** سازمان ممکن است بر اساس اطلاعات بدست‌آمده و 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 بیمه‌نامه درخواست کند به بیمار اطلاع دهد؛ (b) صد و بیست (120) روز به بیمار فرصت دهد که تقاضای کمک بیشتر کند؛ و اگر بیمار فرم درخواست تکمیل‌شده ارائه دهد و درخواست کمک بیشتر داشته باشد، تعیین کند که آیا بیمار واجد شرایط تخفیف بیشتر می‌باشد یا خیر، و ضمناً طبق این بیمه‌نامه، سایر اقدامات لازم را در خصوص فرم درخواست‌های تکمیل‌شده انجام دهد. بیماران آزاد که تخفیف‌های مشروح در این بیمه‌نامه را دریافت می‌کنند، چنین اطلاعاتی را در قالب «خلاصه به زبان ساده» (به

پیوست A مراجعه کنید) با چاپ روی صورت حسابشان دریافت خواهند کرد.

Patient Waivers Do Not Relieve the Organization of Reasonable Efforts .xi

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

Payment Plans (برنامه های 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 به‌طور کلی بیشتر از دوازده (12) ماه نیستند و سود به آنها تعلق نمی‌گیرد.

Dispute Resolution (حل و فصل اختلافات). در صورت بروز اختلاف درباره تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی، بیمار می‌تواند درخواست تجدید نظری را به‌صورت کتبی برای بررسی مجدد به سازمان ارسال کند. درخواست کتبی باید درباره دلیل منطقی اختلاف نظر توضیح داده شود و هرگونه سند تأییدکننده نیز ارائه شود. هماهنگ‌کننده کمک مالی سازمان سریعاً درخواست تجدیدنظر را بررسی نموده و تصمیم کتبی خود به بیمار خواهد نمود. در صورتی که بیمار پس از اولین درخواست تجدیدنظر معتقد باشد که هنوز اختلاف ادامه دارد، می‌تواند کتباً درخواست خود را ارائه نماید، در این شرایط مدیر خدمات مالی بیمار در سازمان باید بررسی نموده و تصمیم نهایی خود را بصورت کتبی ارائه کند.

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

Time Period for Completion of Application (the "Application Period") (دوره تکمیل درخواست) .xv
درخواست ("دوره ارائه 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).

Term (مدت زمان/دوره) .f

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. براساس یک مبنای رو به جلو، حساب‌های واجد شرایط طی شش (6) ماه بعدی نیز مشمول تسویه با تخصیص کمک مالی خواهند بود.

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

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

1. این خطمشی.

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

نحوه ارائه درخواست برای کسب کمک مالی طبق این بیمهنامه، و اطلاعاتی درباره دریافت اطلاعات و راهنمایی بیشتر، از جمله نسخه‌هایی به زبان‌های دیگر.

3. فرم درخواست.

4. بیمهنامه سازمان برای وصول بدهی.

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

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

2. **Email or Paper Copies (نسخه ایمیل یا کاغذی)**. کپی هر یک از موارد ذکر شده در این بیمهنامه را می‌توان با درخواست از بخش سهم پرداختی بیمار، خدمات مشتری با شماره (323) 866-8600 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 بیمارستان سرپایی از جمله بخش بیمارستان 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 «بیمهنامه 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 به‌طور گسترده اطلاع‌رسانی کند، از جمله انتشار اطلاعات در سازمان‌های محلی مورد نظر یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی محلی درباره امکان دسترسی به برنامه‌های کمک مالی سازمان.

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

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

j. **Refunds (بازپرداخت‌ها)**. همانطور که در بالا آمده است، سازمان مبالغی را که بیماران به‌میزانی مازاد بر مبلغ مقرر در این بیمهنامه پرداخت کرده باشند، به‌علاوه 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 مدت زمان 30 روز مبلغ بازپرداخت را به بیمار منتقل کند.

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

l. **Reporting (گزارش نویسی)**. سازمان هر سال 1 ژانویه یا تا قبل از این تاریخ، یا در مدت زمان سی (30) روز از تاریخ ایجاد هرگونه به‌روزرسانی در این بیمهنامه، این بیمهنامه را برای سازمان دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت (HCAI، Department of Health Care Access & Information) ارسال می‌کند. اگر از آخرین تاریخ ارسال بیمهنامه هیچ تغییری ایجاد نشده باشد، سازمان باید در مدت زمان سی (30) روز تا قبل از 1 ژانویه و تاریخ بعدی گزارش دوسالانه سازمان به HCAI اطلاع دهد.

m. **بیمهنامه‌ها و برنامه‌های مرتبط**

i. بیمهنامه وصول بدهی.

ii. انجمن بیمارستان‌های آمریکا، دستورالعمل‌های صدور صورت‌حساب بیماران.

n. اطلاعات تماس. سؤالات مربوط به این بیمهنامه باید به مدیر خدمات مالی بیمار ارسال شود.

APPROVAL BY BOARD OF DIRECTORS AND CONTINUING REVIEW (تأیید توسط هیئت مدیران و ادامه بررسی):

این بیمهنامه، بیمهنامه وصول بدهی، و همه مطالب تغییر یافته در این بیمهنامه‌ها باید توسط هیئت مدیران سازمان تأیید شود. سازمان باید مرتباً این بیمهنامه را به همراه بیمهنامه جمع‌آوری بدهی و وضعیت تلاش‌های صورت‌گرفته برای وصول بدهی بررسی کند و مطمئن شود که به بهترین شکل در خدمت بیماران و جامعه باشند.

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 D این بیمهنامه ارائه شده است و در وبسایت سازمان دسترسی به مراقبت از سلامت و اطلاعات ایالت کالیفرنیا (State of California's Department of Health Care Access and Information) به‌آدرس <https://syfphr.hcai.ca.gov>. نیز برای عموم قابل دسترسی است.

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

c. **Assets (دارایی‌ها)** صرفاً به معنای "دارایی‌های پولی" است. شامل دارایی‌هایی است که به‌آسانی قابلیت نقد شدن 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. **Eligible (واجد شرایط)** به این معنا است که بیمار طبق این بیمهنامه از شرایط لازم برای دریافت کمک مالی برخوردار است.

e. **Essential Living Expenses (هزینه‌های ضروری زندگی)** عبارت است از این موارد: اجاره یا کرایه خانه و هزینه تعمیرات آن، مواد غذایی و لوازم مصرفی خانواده، قبوض خدمات شهری و تلفن، پوشاک، هزینه‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، بیمه، مدرسه و مراقبت از فرزند، نفقه (کمک مالی) فرزند و همسر، حمل و نقل و هزینه‌های خودرو، از جمله بیمه، سوخت و تعمیرات، پرداخت اقساط، شستشوی لباس و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.

f. **Extraordinary Collection Actions (اقدامات فوق‌العاده در وصول مطالبات، «ECAs»)** به اموری در رابطه با وصول بدهی‌ها اشاره دارد که سازمان قبل از انجام آنها ابتدا با تلاش‌هایی در حد معقول، واجد شرایط بودن بیمار را برای برخورداری از کمک مالی طبق این بیمهنامه تعیین می‌کند. اقدامات ECAs به‌طور ویژه در قسمت «بیمهنامه جمع‌آوری بدهی» توضیح داده شده‌اند.

g. **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. **Federal Poverty Level (خط فقر فدرال، «FPL»)** عبارت است از معیاری که برای تعیین فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود و اداره خدمات انسانی و سلامت "اداره خدمات انسانی و سلامت" ("DHHS") هر سال آن را در وبسایت خود به آدرس <http://www.dhhs.gov/poverty> منتشر می‌کند.

i. **Financially Qualified Patient (بیمار واجد شرایط از لحاظ مالی)** به بیماری گفته می‌شود که درخواست کمک مالی از سازمان دارد و فرم درخواستش را تکمیل و ارسال کرده است. بررسی درخواست این بیمار نشان می‌دهد که برای کمک

مالی واجد شرایط است و درخواست او براساس این بیمهنامه تأیید شده است، یا اینکه سازمان این‌طور در نظر گرفته است که او به‌طور احتمالی برای دریافت کمک مالی مطابق با بیمهنامه جاری واجد شرایط است.

Financial Assistance (کمک مالی) عبارت است از اقداماتی که طبق این بیمهنامه صورت می‌گیرد تا خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت رایگان یا با هزینه کمتر به بیمار ارائه شود. هزینه کمتر به‌طور کلی براساس یک طرح پرداخت است، یا به معنی تخفیف خودکار برای بیمارانی است که شخصاً هزینه‌شان را خودشان پرداخت می‌کنند.

High Medical Costs (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 در این گروه قرار می‌گیرند: (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.

Medical Indigency (نیازمند بودن از نظر پزشکی) به بیماری اشاره دارد که به‌دلیل خدمات مراقبتی پر هزینه و غیرمنتظره قادر نیست هزینه خدمات را بپردازد، اما برای کمک مالی تحت این بیمهنامه واجد شرایط نیست.

Patient (بیمار) به معنای بیمار فعلی یا بیمار در آینده است.

Payment Plan (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.

State and Federal Laws (قوانین فدرال و ایالتی) شامل موارد زیر است ولی محدود به آنها نمی‌شود:

i. قانون درآمد داخلی بخش 501(r)(3).

ii. قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400-127462 (بیمهنامه‌های تعیین نرخ عادلانه در بیمارستان و بیمهنامه‌های 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 صورت‌حساب‌بصورت‌حساب 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.

لیست پیوست‌ها

- A. خلاصه گزارش به زبان ساده
- B. درخواست کمک مالی
- C. شرح تخفیف کمک‌های مالی
- D. شرح مبالغی که عموماً صورت‌حساب می‌شود

Attachment A (پیوست A): خلاصه گزارش به زبان ساده



خلاصه کمک مالی و اقدامات حفاظتی در پوشش دادن صورت حساب‌های 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 قابل توجه به بیماران واجد شرایطی می‌شود که توان مالی پرداخت هزینه خدمات مراقبتی را طبق بیمه‌نامه کمک مالی ما («بیمه‌نامه») ندارند. ما همچنین طرح‌های پرداخت اقساطی و روش‌های پرداخت گوناگونی را در اختیار بیماران قرار می‌دهیم، حتی اگر مشمول دریافت کمک هزینه نشوند. این سند خلاصه بیمه‌نامه ما به زبان ساده («خلاصه») است.

Eligibility – Full Discounts and Reduced Amounts (صلاحیت – تخفیف‌های کامل و مبالغ کاهش یافته)

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

Physicians and services (پزشکان و خدمات)

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

Applying for financial assistance (درخواست برای کمک مالی)

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

Contact information to obtain the Application, the Policy or additional information (اطلاعات تماس)

برای دریافت فرم درخواست، بیمه‌نامه یا سایر اطلاعات)

نسخه‌های رایگان این خلاصه، بیمه‌نامه یا فرم درخواست به زبان‌های انگلیسی، چینی، فارسی، ویتنامی، عربی، چک، روسی، کره‌ای و اسپانیایی قابل دسترسی 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 ثبت نام یا پذیرش سؤال کنید.
- با خدمات مالی بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.
- به وبسایت سازمان به نشانی huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance مراجعه کنید.

Arrangements for self-pay (هماهنگی برای پرداخت توسط خودتان)

بیمارانی که طبق خطمشی 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 بزرگی برخوردار شوند، مشابه با تخفیف‌هایی که ما در طرح‌های بیمه مراقبت‌های هماهنگ، ارائه می‌کنیم. خدمات مشمول این تخفیف‌ها عبارتند از خدمات سرپایی، خدمات اورژانس و خدمات بستری.

Regulatory notice for collections (اطلاعیه سازمان نظارتی برای جمع‌آوری بدهی (وصول مطالبات))

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

Protections for surprise medical bills (اقدامات حفاظتی برای صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره).

اقدامات حفاظتی در پوشش دادن صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره برای کلیه بیماران ارائه می‌شود. لطفاً به بخش «اطلاعیه به بیماران – اقدامات حفاظتی در پوشش دادن صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره» در وبسایت ما به آدرس huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies مراجعه کنید یا یک نسخه از آن را درخواست کنید.

Additional resources and information on billing, rates, and price transparency (سایر منابع و اطلاعات درخصوص صدور صورت‌حساب، نرخ‌ها و شفافیت قیمت):

- بیماران ممکن است برای برنامه‌های کمک دولتی نظیر Medi-Cal واجد شرایط باشند یا همچنین ممکن است واجد شرایط پوشش‌دهی یارانه‌ای از طریق California Health Benefit Exchange (Covered California) قرار گیرند. اگر سؤالی درباره این برنامه‌ها، پوشش‌دهی و سایر سازمان‌هایی که می‌توانند کمک کنند دارید، لطفاً با Health Hub به شماره 626-397-2259 تماس بگیرید.
- برای سؤال درباره هزینه‌های بیمه درمانی که باید شخصاً پرداخت کنید با شماره 800-233-2771 تماس بگیرید.
- برای اطلاع از تعیین قیمت توسط سازمان و ابزار خدمات قابل خرید به وبسایت «huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care» مراجعه کنید.
- اتحادیه مصرف‌کنندگان خدمات سلامت (HCA، Health Consumer Alliance) کمک مالی رایگان به بیماران نیازمند دریافت یا برقراری پوشش‌دهی درمانی ارائه می‌دهد و مشکلات مربوط به طرح‌های درمانی را برطرف می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر به healthconsumer.org مراجعه کنید.

Attachment B (پیوست B): - درخواست کمک مالی



درخواست کمک مالی

برای آنکه مشمول برنامه کمک کامل یا جزئی ما شوید، لطفاً این درخواست را تکمیل کنید تا به، Pasadena Hospital Association, Ltd., dba Huntington Hospital and The Huntington Medical Foundation dba Huntington Health Physicians ("سازمان") کمک کنید تا تعیین کنند آیا شما واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف هستید یا خیر. ما نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط هستید، حتی اگر درخواست داده باشید. پس از دریافت درخواست تکمیل‌شده و مدارک شما، یک پاسخ کتبی به همه بیمارانی که درخواستشان تأیید/رد گردیده است، ارائه می‌شود. بیمه‌نامه کمک مالی، مراقبت‌های پزشکی ضروری ارائه‌شده در سازمان را پوشش می‌دهد. این بیمه‌نامه فقط برای خدماتی اعمال می‌شود که توسط سازمان ارائه می‌شوند و در صورتی شامل خدمات پزشکی می‌شود که توسط Huntington Aligned Medical Group ("HAMG") و Huntington Foundation Medical Group ("HFMG") ارائه شده باشد. مراکز Huntington Randall Breast Center، Huntington Outpatient Imaging Centers، LLC، خدمات آرایشی انتخابی و سایر ارائه‌دهندگان خدمات که در خارج از مناطق ذکر شده در فوق می‌باشند، شامل این بخش نیستند. می‌توانید درخواست تکمیل‌شده را از طریق پست، پست الکترونیک یا فکس ارسال کنید. عدم ارائه تمام اطلاعات موردنیاز منجر به رد درخواست خواهد شد.

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

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

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

اطلاعات بیمار			
نام بیمار		شماره سوشال سکيوریتی	تاریخ تولد
آدرس منزل		شهر	ایالت کد پستی
شماره‌تلفن منزل		شماره‌تلفن همراه	آدرس پست الکترونیکی
روش تماس موردنظر		درآمد سالیانه خانواده: \$	
<input type="checkbox"/> پست ایالات متحده (US Mail) <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه		تعداد اعضای خانواده (براساس اطلاعات فرم مالیاتی):	
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جداشده <input type="checkbox"/> طلاق‌گرفته <input type="checkbox"/> بیوه		وضعیت شغلی	
<input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خویش‌فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان <input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال:		نام کارفرما	
شماره‌تلفن		شماره‌تلفن	
آدرس کارفرما		شهر ایالت کد پستی	

ATTACHMENT B (CONTINUED) (پیوست B (ادامه))

اطلاعات همسر/شریک زندگی/والدین/ضامن			
ارتباط <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> شریک زندگی <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> سایر موارد:			
نام		شماره سوشال سکيوریتی	
تاریخ تولد			
وضعیت شغلی <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان <input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال:			
نام کارفرما		شماره تلفن	
آدرس کارفرما		شهر	ایالت
		کدپستی	
نام شرکت بیمه (ارائه شده از طرف کارفرما، از جمله COBRA) <input type="checkbox"/> بیمه سلامت ارائه نشده است			
پوشش بیمه			
1. واجد شرایط هر کدام از بیمه‌های سلامت زیر هستید؟			
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیمه سلامت	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	Medicare	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	Medi-Cal	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سازمان کهنه‌سربازان آمریکا	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیمه بین‌المللی	
اگر پاسختان «بله» است لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید.			
دارنده بیمه	بیمه‌گذار	شماره بیمه	
دارنده بیمه	بیمه‌گذار	شماره بیمه	

ATTACHMENT B (CONTINUED) (پیوست B (ادامه))

سوالات غربالگری

1. آیا درمان ارائه شده مرتبط با موارد زیر است؟
 تصادف جرم جراحت در محل کار سایر موارد:

2. آیا وکیل گرفته‌اید یا برای پیگیری جراحت یا بیماری‌تان دعوی ارائه کرده‌اید (شکایت کرده‌اید)؟
 a. اگر پاسختان «بله» است لطفاً این موارد را ارائه کنید:
 نام وکیل _____ شماره‌تلفن وکیل _____

3. قبلاً برای Medi-Cal اقدام کرده‌اید؟ (ممکن است درخواست کنیم این کار را انجام دهید)
 بله - در انتظار تأیید بله - واجد شرایط نیستم نه

a. اگر نه، لطفاً همه موارد زیر را بررسی کنید:
 19 ساله یا جوان‌تر هستید
 65 ساله یا مسن‌تر هستید
 نابینا هستید
 برای کنترل دیابت، فشار خون بالا، یا صرع دارو مصرف می‌کنید
 از نظر سازمان سوشال سکيوریتی ناتوان هستید
 باردار هستید
 فرزند زیر 19 سالتان با شما زندگی می‌کند

اطلاعات مربوط به هزینه و دارایی

مجموع	همسر	بیمار	درآمد ماهیانه فعلی
\$	\$	\$	ناخالص پرداختی
\$	\$	\$	درآمد خالص از شغل آزاد (خویش‌فرما)
\$	\$	\$	بهره و سود سهام
\$	\$	\$	املاک یا ملک استیجاری
\$	\$	\$	سوشال سکيوریتی/بازنشستگی/ازکار افتادگی
\$	\$	\$	نفقه، پرداخت‌های حمایتی
\$	\$	\$	سایر موارد
\$	\$	\$	مجموع درآمد ماهیانه
مجموع	همسر	بیمار	هزینه‌های ضروری زندگی
\$	\$	\$	رهن یا اجاره
\$	\$	\$	مالیات بر املاک
\$	\$	\$	قبوض شهری و تلفن

ATTACHMENT B (CONTINUED) (پیوست B (ادامه))

درخواست کمک مالی			
مجموع	همسر	بیمار	هزینه‌های ضروری زندگی
\$	\$	\$	نقشه، پرداخت حمایتی
\$	\$	\$	وام خودرو/مبلغ اجاره
\$	\$	\$	تحصیل
\$	\$	\$	مدرسه/مراقبت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)
\$	\$	\$	غذا
\$	\$	\$	بیمه
\$	\$	\$	سایر هزینه‌ها
\$	\$	\$	مجموعه هزینه‌های ماهیانه
مجموع	همسر	بیمار	بدهی پزشکی فعلی
\$	\$	\$	بدهی پزشکی معوقه (Cedars-Sinai)
\$	\$	\$	سایر بدهی‌های پزشکی
مجموع	همسر	بیمار	دارایی‌ها (به‌جز حساب‌های بانکی)
\$	\$	\$	حساب جاری/پس‌انداز/اتحادیه اعتباری
\$	\$	\$	سهام و اوراق بهادار
\$	\$	\$	بازار پول/حساب‌های کارگزاری
\$	\$	\$	گواهی‌های سپرده
\$	\$	\$	کل دارایی‌ها

من گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم درخواست تا جایی که اطلاع دارم صحیح و واقعی هستند. من موافق هستم که برای کمک مالی محلی، ایالتی، و فدرال که واجد شرایط آن هستم درخواست کنم تا هزینه بیمارستان و صورت‌حساب‌ها کاهش یابد. می‌دانم که اطلاعات ارائه‌شده ممکن است توسط سازمان تأیید شود و به آنها اجازه می‌دهم با اشخاص ثالث تماس بگیرند تا صحت اطلاعات ارائه‌شده در این درخواست را تأیید کنند. من می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات اشتباه وارد کنم، یا در فرم درخواست موردی اشتباه باشد یا از قلم افتاده باشد، دیگر برای دریافت کمک مالی واجد شرایط نیستم. اگر قبلاً به من کمک مالی شده باشد، این مبلغ در این زمان برگردانده می‌شود و من مسئول بدهی‌های معوقه هستم.

فرد متقاضی کمک مالی امضاء _____ تاریخ _____

امضای همسر/شریک زندگی/ضامن (در صورت مراجعه) _____ تاریخ _____

Attachment C) (پیوست ج) - تخفیف کمک‌های مالی

تخفیف کمک مالی
دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر سال 2022

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

					حقوق سالانه طبق خط فقر فدرال سال 2022	تعداد نفرات خانواده
\$81,540	\$74,745	\$67,950	\$61,155	\$54,360	\$13,590	1
\$109,860	\$100,705	\$91,550	\$82,395	\$73,240	\$18,310	2
\$138,180	\$126,665	\$115,150	\$103,635	\$92,120	\$23,030	3
\$166,500	\$152,625	\$138,750	\$124,875	\$111,000	\$27,750	4
\$194,820	\$178,585	\$162,350	\$146,115	\$129,880	\$32,470	5
\$223,140	\$204,545	\$185,950	\$167,355	\$148,760	\$37,190	6
\$251,460	\$230,505	\$209,550	\$188,595	\$167,640	\$41,910	7
\$279,780	\$256,465	\$233,150	\$209,835	\$186,520	\$46,630	8
					\$4,720	به‌ازای هر یک نفر بیشتر، این مبلغ را اضافه کنید
600 %	550 %	500 %	450 %	400 %		

توجه: زمانبندی آخرین بازبینی: 22/7/11

(Attachment D) (پیوست) د شرح مبالغی که عموماً صورت حساب می شود

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

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 می کند. سازمان برای افزایش مزایای بیماران واجد شرایط، از AGB کمتر یا مقدار بازپرداخت Medicare MS-DRG برای این بخش از خدمات مراقبت استفاده می کند 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 می کند.

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 می کند.

نرخ های بازپرداخت برای بیماران بستری، سرپایی، و بخش اورژانس حداقل هر سال با استفاده از جدیدترین حساب های تسویه شده Medicare مربوط به 12 ماه گذشته محاسبه می شود.

سازمان	تخفیف برای افراد خویش فرما بدون بیمه مناسب (1)	بازپرداخت AGB %
بخش اورژانس	82%	18%
بیمار بستری	82%	18%
بیمار سرپایی	81%	19%

(1) اجراء 11/7/22