

عنوان: AD – سیاست کمک هزینه مالی بیماران			
سطح سیاست		☒ سطح سیستم – انتظارات را برای تمامی کارکنان JMHS تعیین می کند ☐ سطح نهاد – انتظارات را برای کارکنان در بخش های چندگانه درون یک یا چند نهاد تعیین می کند ☐ سطح بخش – انتظارات را برای کارکنان در فقط یک بخش در یک یا چند مرکز تعیین می کند	
بخش		☐	
نهاد(ها)		☐ Walnut Creek Medical Center (WCMC) ☐ Concord Medical Center (CMC) ☐ Behavioral Health Center (BHC) ☐ شبکه پزشکان (PN)	
نوع سند		☐ سیاست رویه ☒ سیاست و رویه	

ا. هدف:

تعیین معیارهای شفاف و فرایند منصفانه برای ارائه کمک هزینه مالی به بیمارانی که (i) نیازمند خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی هستند و (ii) بضاعت پرداخت هزینه چنین مراقبت هایی را ندارند یا بضاعتشان محدود است. این سیاست به گونه ای طراحی شده است که از قانون قیمت گذاری منصفانه بیمارستان های کالیفرنیا (مجموعه قوانین سلامت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400 و متعاقب)، قانون شیوه های تحصیلداری منصفانه بدهی کالیفرنیا (مجموعه قوانین مدنی کالیفرنیا 1788 و متعاقب)، مجموعه قوانین درآمدهای داخلی ایالات متحده بخش (r) 501 و رهنمودهای دفتر بازرسی کل وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در مورد کمک هزینه مالی به بیماران بیمه نشده و کم بیمه شده پیروی کند.

تعاریف:

زبان های منتخب: زبان های منتخب شامل انگلیسی، اسپانیایی و هر زبان دیگری می شود که بیش از 1,000 بیمار (شامل بیماران بستری و سرپایی) دریافت کننده مراقبت در یک بیمارستان JMHS در یک دوره دوازده ماهه به آن زبان صحبت می کنند، که به وسیله جدیدترین نظرسنجی زبان که توسط بخش بهبود سلامت اجتماع JMHS انجام می شود اندازه گیری می شود. این ارزیابی حداقل هر سه سال یک بار، پیرو درخواست از بخش مالی JHM انجام و مستندسازی خواهد شد.

خانواده. (1) برای افراد سنین 18 سال و بالاتر، همسر، هم خانه قانونی طبق تعریف بخش 297 از مجموعه قوانین خانواده، و کودکان وابسته زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش (a) 1614 قسمت A از عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی، چه در خانه زندگی کنند یا خیر.

(2) برای افراد زیر سن 18 سال یا برای کودک وابسته سن 18 تا 20 سال، فراگیر، والدین، خویشاوندان مراقب و سایر کودکان وابسته والدین یا خویشاوندان مراقب زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش (a) 1614 از قسمت A عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی.

شرایط اضطراری سلامت: مدیر مالی ارشد JMH یا نماینده ایشان می تواند هر زمان که به صلاحدید خودش تشخیص دهد که شرایط فوق العاده و اضطراری متضمن گسترش موقتی کمک هزینه مالی ذیل این سیاست است، «شرایط اضطراری سلامت» ذیل این سیاست اعلام کند.

خدمات بیمارستانی: خدمات بیمارستانی خدماتی هستند که (i) توسط یک بیمارستان JMH در محیط بستری یا سرپایی دارای مجوز بیمارستان ارائه می شود و (ii) بیمارستان JMH صورت حساب آنها را صادر می کند. این اصطلاح شامل این موارد نمی شود: (i) خدمات تخصصی پزشکان یا متخصصان طبابت پیشرفته که به صورت جداگانه صورت حساب می شوند یا (ii) خدماتی که توسط فرد یا مجموعه ای خارج از بیمارستان های دارای مجوز ارائه شود.

ضرورت پزشکی: ضرورت پزشکی عبارت است از خدماتی که (i) برای درمان یا تشخیص بیمار مطلقاً ضروری است، (ii) در صورت امتناع، می تواند تأثیر منفی در وضعیت بیمار بگذارد و (iii) درمان یا مداخله انتخابی یا زیبایی محسوب نمی شود. خدماتی که در بیمارستان انجام می شوند از لحاظ پزشکی ضروری فرض می شوند، مگر اینکه ارائه دهنده ارجاع دهنده شهادتی ارائه دهد مبنی بر اینکه خدمات بیمارستانی مورد بحث از لحاظ پزشکی ضروری نبوده اند.

طرح پرداخت منطقی: طرح پرداخت منطقی طرحی است که شامل پرداختی های ماهانه به بیمارستان می شود که از 10 درصد درآمد خانواده بیمار در یک ماه (پس از کسر مخارج ضروری زندگی از این درآمد) بیشتر نباشد و هر گونه محاسبه سود بر بدهی پرداخت نشده را ممنوع می کند. «مخارج ضروری زندگی» عبارت است از، برای اهداف این تعریف، مخارج مربوط به هر کدام از موارد زیر: اجاره یا پرداختی خانه و تعمیر و نگهداری، غذا و مایحتاج خانوار، قبوض و تلفن، پوشاک، پرداختی های پزشکی و دندانپزشکی، بیمه، مدرسه یا مهد کودک، نفقه فرزندان یا همسر، مخارج حمل و نقل و خودرو شامل بیمه، سوخت و تعمیر، پرداختی های قسط ها، لباسشویی و نظافت و سایر مخارج فوق العاده.

بیمار خودپرداز: بیماری که (i) درآمد خانواده او 400% دستورالعمل های فقر فدرال (FPG) یا پایین تر است و (ii) فاقد پوشش شخص ثالث برای خدمات بیمارستانی مشخص ارائه شده است. بیماری که دارای پوشش شخص ثالث برای برخی خدمات بیمارستانی مشخص است، برای آن دسته از خدمات بیمارستانی که خارج از حیطه پوشش بیمار باشند (شامل، بدون محدودیت، خدمات بیمارستانی فاقد پوشش، روزهای رددیده، بستری های رددیده) به عنوان خودپرداز تلقی خواهد شد. در مقابل، بیماری که فاقد پوشش بیمه سلامت عمومی است، اگر منبع پرداخت مشخصی برای عارضه منجر به خدمات بیمارستانی داشته باشد (مثلاً بیمه حوادث کاری، بیمه خودرو)، به عنوان خودپرداز تلقی نخواهد شد.

بیمار کم بیمه شده: بیماری که (i) درآمد خانواده او 400% FPL یا پایین تر است؛ (ii) پوشش شخص ثالث برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی ارائه شده دارد (یعنی بیمار خودپرداز در رابطه با خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی ارائه شده نیست)؛ و (iii) مخارج پزشکی تجمیعی از جیب از تمامی منابع طی دوازده (12) ماه گذشته دارد که از 10% کمینه ارزش تخمینی درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد واقعی خانواده طی 12 ماه گذشته بیشتر است.

بیمار واجد صلاحیت مالی: بیمار بیمه نشده یا بیمار دارای مخارج پزشکی بالا پس از بیمه که 400% سطح فقر فدرال یا پایین تر بنا به تعریف زیربخش (b) از بخش 127400 باشند.

مراقبت خیریه: به معنای مراقبت رایگان است. بیماران بیمه نشده یا بیماران دارای مخارج پزشکی بالا که 400 درصد سطح فقر فدرال یا پایین تر باشند، بنا به تعریف زیربخش (b) از بخش 127400، واجد شرایط مشارکت ذیل سیاست مراقبت خیریه بیمارستان خواهند بود.

پرداختی تخفیف دار: به معنای هر گونه هزینه برای مراقبت است که کاهش یافته است اما رایگان نیست. سیاست تخفیف پرداخت شامل یک طرح پرداخت تمدید شده خواهد بود تا امکان پرداخت مبلغ تخفیف طی یک بازه زمانی را فراهم کند. سیاست مقرر خواهد کرد که بیمارستان و بیمار باید در مورد شرایط طرح پرداخت مذاکره کنند و درآمد خانواده بیمار و مخارج ضروری زندگی او مد نظر قرار گیرد. بیمارستان همچنین می تواند وجود حساب پس انداز سلامت بیمار متعلق به بیمار یا خانواده بیمار را لحاظ کند. اگر بیمارستان و بیمار نتوانند در مورد طرح پرداخت به توافق برسند، بیمارستان باید از فرمول مشروح در زیربخش (i) از بخش 127400 استفاده کند تا یک طرح پرداخت منطقی ایجاد کند. JMH از این تعریف برای رد کردن تقاضانامه های خیریه مربوط به درآمد خانواده بیشتر از 400% دستورالعمل های فقر فدرال استفاده خواهد کرد و مراتب پرداخت را در نامه جوابیه به بیمار تعیین خواهد کرد.

II. سیاست:

حیطه عمومی: حیطه عمومی. این سیاست برای ارائه مساعدت به بیمارانی طراحی شده است که (i) نیازمند خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی هستند، (ii) درآمد خانواده ایشان 400% FPL فعلی یا پایین تر است و (iii) یا بیمار خودپرداز یا کم بیمه شده هستند. این سیاست و معیارهای غربالگری مالی به طور منسجم در تمامی موارد در سرتاسر JMH اعمال خواهند شد. هر گونه رأی اتخاذ شده ذیل این سیاست، شامل رأی اعطا یا رد کمک هزینه مالی، باید بر مبنای تعیین صلاحیت نیاز مالی منحصر به فرد صورت گیرد و نباید نژاد، رنگ پوست، اصلیت، شهروندی، مذهب، کیش، جنسیت، ترجیح جنسی، سن یا کم توانی را لحاظ کند.

A. استثناها: این سیاست به کمک صرفاً برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی می پردازد. این موارد صراحتاً از این سیاست مستثنی هستند: (i) خدمات بیمارستانی که ضرورت پزشکی ندارند، (ii) خدمات غیر از خدمات بیمارستانی و (iii) خدمات تخصصی ارائه شده در بیمارستان که به صورت جداگانه صورت حساب می شوند (حتی زمانی که ضرورت پزشکی دارند). در نهایت، این سیاست اعمال نخواهد شد اگر بیمار یا طرف مسئول دیگر (i) پس از درخواست های معقول از طرف JMH، اطلاعات فهرست شده در این سیاست را ارائه ندهد و (ii) اطلاعات نادرست درباره واجدیت شرایط مالی ارائه دهد.

B. خدمات تخصصی:

1. عمومی: همان گونه که در بالا ذکر شد، این سیاست برای خدمات پزشکان و متخصصان طبابت حرفه ای که در بیمارستان مراقبت ارائه می دهند و به صورت جداگانه صورت حساب می شود مساعدت مالی ارائه نمی دهد. در عوض، این متخصصان به طور مستقل انتخاب می کنند که می خواهند کمک هزینه مالی ارائه دهند یا خیر (و اگر ارائه دهند، شرایط ارائه این مساعدت ها را خودشان تعیین می کنند). JMH فهرستی از یکایک پزشکان دارای مجوز و متخصصان طبابت حرفه ای که در بیمارستان مراقبت ارائه می دهند («فهرست کاروران») تهیه خواهد کرد و برای هر یک از کاروران این فهرست به طور جداگانه مشخص خواهد کرد که پذیرفته اند به شرایط این سیاست مقید باشند یا خیر. فهرست کاروران هر سه ماه به روزرسانی خواهد شد، تاریخ آخرین به روزرسانی در آن درج خواهد شد و به صورت آنلاین و در تمامی مکان هایی که این سیاست در آنجا نصب شده است یا در نسخه چاپی به صورت رایگان در دسترس قرار خواهد گرفت. این فهرست با ارسال درخواست به مدیر خدمات مالی بیماران یا نشانی Executive Director Revenue Cycle, 5003 Commercial Circle, Concord, CA 94520 در دسترس قرار خواهد گرفت.

با وجود این، لازم به ذکر است که پزشک اورژانسی که خدمات پزشکی اورژانسی در بیمارستان های JMH (یا غیر JMH) ارائه می دهد ملزم است به بیماران بیمه نشده یا بیمارانی که هزینه های پزشکی بالا دارند و درآمد خانواده آنها 400% سطح فقر فدرال یا پایین تر است تخفیف ارائه دهد. فارغ از اینکه پزشک اورژانس یا طبابت او موافقت کرده باشند که به این سیاست مقید باشند یا خیر، این موضوع صدق می کند.

C. محدودیت هزینه ها: بیمار واجد صلاحیت مالی یا بیمار کم بیمه شده که خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی دریافت می کند نباید مبلغ بیشتر از بیشینه پرداختی Medicare یا Medi-Cal برای خدمات ارائه شده پرداخت کند. با وجود این، پیرو شرایط این سیاست، برای هیچ یک از بیمارانی که واجد شرایط کمک هزینه مالی شناخته شده اند، مادامی که تحت پوشش این سیاست باشند، هیچ هزینه ای برای خدمات واجد شرایط صورت حساب نخواهد شد.

III. رویه:

A. اطلاع رسانی سیاست کمک هزینه مالی

1. یک بروشور و خلاصه به زبان ساده به بیماران ارائه خواهد شد که سیاست کمک هزینه مالی ما را به زبان های منتخب شرح خواهد داد و موارد زیر را قید خواهد کرد: (i) مساعدت هایی که ذیل این سیاست ارائه می شود، (ii) معیارهای واجدیت شرایط برای مساعدت، (iii) نحوه درخواست برای مساعدت، (iv) نشانی وب سایت و موقعیت مکانی برای دریافت پستی یک نسخه رایگان از این سیاست و فرم تقاضانامه کمک هزینه مالی، (v) اطلاعات تماس (شامل شماره تلفن و موقعیت مکانی) دفتر یا اداره ای که بیمار می تواند در خصوص فرایند تقاضا کمک بگیرد، (vi) این نکته که اخذ هزینه بیشتر از مقدار مجاز نرخ خدمات Medicare برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی از افراد واجد شرایط مساعدت ذیل این سیاست مجاز نیست؛ (vii) این نکته که این سیاست، خلاصه به زبان ساده و فرم تقاضانامه به زبان های منتخب در دسترس است.

2. بروشور و خلاصه به زبان ساده در زمان انجام خدمات به زبان های منتخب به بیماران داده خواهد شد، زمانی که این بیماران (i) در بخش پذیرش، بخش اورژانس، ثبت نام بیماران، خدمات مالی بیماران یا سایر محیط های سرپایی بیمارستان هستند که ممکن است خدمات بیمارستانی برای بیماران صورت حساب شود، حتی اگر پذیرش نشده باشند و (ii) احتمالاً فاقد پوشش شخص ثالث هستند.
3. یک اطلاعیه به زبان های منتخب در مکان های در معرض دید در سرتاسر بیمارستان نصب خواهد شد، شامل بخش پذیرش، بخش اورژانس، ثبت نام بیماران، خدمات مالی بیماران یا سایر محیط های سرپایی بیمارستان که ممکن است خدمات بیمارستانی برای بیماران صورت حساب شود، حتی اگر پذیرش نشده باشند.
4. بروشور و خلاصه به زبان ساده در وب سایت John Muir Health نیز به زبان های منتخب در دسترس خواهد بود.
5. اطلاعات مربوط به این سیاست در بیانیه های صورت حساب و نامه های تحویلدهی بیماران ارائه خواهد شد.
6. ممکن است از بسترهای دیگری برای آموزش و اطلاع رسانی به بیماران و پزشکان درباره در دسترس بودن برنامه کمک هزینه مالی بیماران به طرز مقتضی استفاده شود.

B. تعیین صلاحیت

1. بیماران فاقد پوشش شخص ثالث:
اگر بیمار پوشش پردازنده شخص ثالثی را اعلام نکند یا درخواست کمک هزینه مالی بدهد، پیش از اینکه بیمار بیمارستان را ترک کند، باید واجدیت شرایط بیمار برای برنامه Medi-Cal غربالگری شود، یک تقاضانامه برای برنامه Medi-Cal، برنامه سلامت خانواده، پوشش از طریق بورس مزایای سلامت کالیفرنیا، خدمات کودکان کالیفرنیا (CCS) یا سایر برنامه های پوشش سلامت بودجه ایالت یا شهرستان به بیمار ارائه شود. همچنین، باید معرفی نامه به مرکز مصرف کنندگان سلامت، کمک های حقوقی Bay Area به نشانی 1735 Telegraph Ave, Oakland, CA 94612; (855) 693-7285, <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>، یا سایر سازمان های مربوطه به بیمار ارائه شود.
- a. در صورتی که بیماران سایر معیارهای واجدیت شرایط را دارا باشند، تکمیل تقاضانامه برای این برنامه ها لازمه غربالگری و تأیید کمک هزینه مالی نخواهد بود.
- b. تمامی بیماران بیمه نشده فرصت خواهند داشت تا تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران را تکمیل کنند. این فرم به تمامی زبان های منتخب در دسترس است. از تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران برای تعیین صلاحیت بیمار برای برنامه های دولتی فدرال، ایالتی و محلی و همچنین مساعدت ذیل این سیاست استفاده خواهد شد. بیماران متقاضی مساعدت ذیل این سیاست باید تقاضانامه را تکمیل کنند و درآمد خانواده آنها راستی آزمایی خواهد شد. غربالگری صلاحیت توسط JMH یا نماینده ایشان انجام خواهد شد. بیمار مسئولیت دارد با فرایند جمع آوری اطلاعات همکاری کند.

2. متقاضی باید مدارک درآمد محدود به بازه زمانی اولین باری که صورت حساب برای بیمار صادر شده است یا دوازده (12) ماه قبل از زمانی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است را ارائه دهد. مدارک درآمد عبارتند از (i) اظهارنامه های مالیات بر درآمد، یا (ii) فیش های حقوقی اخیر [فیش های حقوقی اخیر فیش های حقوقی مربوط به بازه شش (6) ماهه قبل یا بعد از اولین صدور صورت حساب بیمار توسط بیمارستان است، یا در مورد پیش خدمات، زمانی که تقاضانامه ارسال شده است]. مدارک درآمد که هنگام تقاضا برای کمک هزینه مالی ذیل این سیاست به JMH ارائه می شود برای فعالیت های حصول بدهی استفاده نخواهد شد.

a. JMH تقاضانامه های کمک هزینه مالی بیماران را ماهانه جهت تأیید بررسی می کند.

b. بیماران فاقد پوشش شخص ثالث (و فاقد شرایط پوشش ذیل برنامه های ایالت، شهرستان و سایر برنامه ها) مستحق برخورداری از خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی رایگان ذیل این سیاست خواهند بود، اگر مجموع موارد زیر 400% FPL یا پایین تر باشد:

درآمد خانواده بیمار بر اساس مدارک مشروح در بخش 2 بالا برای هر یک از اعضای خانواده خواهد بود.

c. ترازهای تأییدشده برای تعدیل/کاهش در یک کد تراکنش اختصاص یافته به کمک هزینه مالی بیماران ثبت خواهد شد و مراتب امضای متعاقب دستورالعمل های کسری JMH را طی خواهد کرد.

d. John Muir Health پیش از ارسال حساب بیمار به «بدهی بد»، پرونده ای را از طریق Experian که یک ابزار شناخته شده ملی است روی تمامی ترازهای خودپرداز (بیمه نشده) اجرا می کند. این پرونده با استفاده از شماره تأمین اجتماعی و اطلاعات جمعیت شناختی بیمار، امتیاز FPG [دستورالعمل های فقر فدرال] ایشان را به دست می آورد. رای تمامی ترازهای خودپرداز برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی که نشان دهنده درآمد خانواده 400% یا کمتر باشد، پرونده ای ایجاد و به John Muir Health گزارش می شود. پس از راستی آزمایی اینکه بیمار فاقد Medi-Cal است، 100% تراز به خیریه انگاری تعدیل/کاهش داده می شود.

برای بیمارانی که به عنوان بی خانمان بدون نشانی فعال حاضر می شوند و اطلاعات کافی برای کسب نمره FPG خود ارائه نمی دهند، تراز حساب آنها به نام «خیریه انگاری» نوشته خواهد شد.

3. بیماران دارای پوشش شخص ثالث.

- a. بیماران دارای پوشش شخص ثالث که هزینه های پزشکی چشمگیر از جیب دارند غربالگری خواهند شد تا تعیین شود که جزو بیماران کم بیمه شده تلقی می شوند یا خیر. پس از درخواست بیمار برای کمک هزینه مالی، معیارهای احراز صلاحیت به عنوان بیمار کم بیمه شده ذیل این سیاست و لزوم ارائه مدرک مخارج برای تمامی خدمات پزشکی ارائه شده در تأمین کنندگان دیگر طی دوازده ماه گذشته به اطلاع بیمار خواهد رسید. تصمیم گیری در خصوص درخواست یا عدم درخواست با بیمار است. با این حال، بیمارستان اطمینان حاصل خواهد کرد که تمامی اطلاعات مربوط به سیاست کمک هزینه مالی به بیمار ارائه شده است.
- b. بیماری که خواهان مساعدت ذیل این سیاست است باید تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران را تکمیل کند. درآمد خانواده راستی آزمایی خواهد شد.
- c. غربالگری صلاحیت ذیل این سیاست توسط JMH یا نماینده ایشان انجام خواهد شد. بیمار مسئولیت دارد با فرایند جمع آوری اطلاعات همکاری کند. JMH تقاضانامه های کمک هزینه مالی بیماران را ماهانه جهت تأیید بررسی می کند.
- d. اگر بیمار در 400% دستورالعمل های فقر فدرال یا پایین تر باشد و مخارج پزشکی از جیب بیمار در دوازده (12) ماه گذشته از 10% کمینه مقدار تخمینی درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد حقیقی خانواده طی 12 ماه گذشته بیشتر باشد، JMH از هرگونه هزینه از جیب برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی ارائه شده به بیمار کم بیمه شده چشم پوشی خواهد کرد.
- i. متقاضی باید مدارک درآمد محدود به بازه زمانی اولین باری که صورت حساب برای بیمار صادر شده است یا دوازده (12) ماه قبل از زمانی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است را ارائه دهد. مدارک درآمد عبارتند از (i) اظهاریات مالیات بر درآمد، یا (ii) فیش های حقوقی اخیر [فیش های حقوقی اخیر فیش های حقوقی مربوط به بازه شش (6) ماهه قبل یا بعد از اولین صدور صورت حساب بیمار توسط بیمارستان است، یا در مورد پیش خدمات، زمانی که تقاضانامه ارسال شده است]. بیماران دارای بیمه ملزم به ارائه (iii) مدرک مخارج پزشکی از جیب مرتبط با تعیین بیماران کم بیمه شده هستند. مدارک درآمد که هنگام تقاضا برای کمک هزینه مالی ذیل این سیاست به JMH ارائه می شود برای فعالیت های حصول بدهی استفاده نخواهد شد.
- ii. اطلاعات وجوه حساب پس انداز سلامت [HAS] که ممکن است بیمار/خانواده جهت استفاده برای مخارج مراقبت سلامت در دسترس داشته باشد.
- e. ترازهای تأییدشده برای تعدیل/کاهش در یک کد تراکنش اختصاص یافته به کمک هزینه مالی بیماران ثبت خواهد شد و مراتب امضای متعاقب دستورالعمل های کسری JMH را طی خواهد کرد.

C. فرایند بررسی:

1. هنگام تصمیم گیری در مورد پرونده هر بیمار، الزامات فوق بررسی و به طور منسجم در تمامی JMH اعمال خواهد شد.
2. JMH می تواند اطلاعات جمع آوری شده در تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران را راستی آزمایی کند. امضای بیمار در تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران گواهی خواهد داد که اطلاعات ارائه شده در فرم صحیح و کامل است.
3. هر بیمار یا نماینده قانونی بیمار که درخواست مراقبت تخفیف دار یا خیریه ذیل این سیاست می دهد باید تمامی اقدامات معقول را برای ارائه مدارک درآمد و پوشش تمامی مزایای سلامت به JMH انجام دهد. عدم ارائه اطلاعات می تواند منجر به رد کمک هزینه مالی شود.
4. در مورد خدمات بیمارستانی بستری، هر بار که بیمار پذیرش می شود، تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران لازم خواهد بود و برای پذیرش جاری و تقاضانامه معطوف به گذشته برای هر گونه خدمات بیمارستانی قبلی معتبر است. در مورد خدمات بیمارستانی سرپایی، تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران باید هر شش ماه تکمیل شود.
5. تأیید یا دلیل رد کمک هزینه مالی و همچنین حقوق وخواهی بیمار به صورت کتبی به او اطلاع رسانی خواهد شد. (بخش «رویه های وخواهی/گزارش» را ببینید.) این اطلاع رسانی به زبان های منتخب انجام خواهد شد.
6. مبالغ مسئولیت پرداخت مشخص برای تخفیف ها نیازمند تعیین و قیمت گذاری طرح درمان یا اپیزود مراقبت خواهند بود تا گزارش دهی غرامت برنامه بیمه فدرال به طور دقیق و صحیح امکان پذیر باشد. برای بیماران کم بیمه شده، ممکن است برای تعیین مسئولیت مالی بیمار، لازم باشد تا زمانی که پردازنده مطالبه را پردازش کند منتظر ماند.
7. با مبالغ مسئولیت بیمار در برنامه Medicare بدون هیچ تبعیضی برخورد خواهد شد و برای فرایند حصول بدهی، به اولین سازمان تحصیلداری واگذار خواهند شد که تلاش ها برای حصول بدهی از بیمار ادامه می یابد. اگر حساب پس از 120 روز حصول بدهی نشود، به JMH بازگردانده خواهد شد تا برای شمول در فرایند گزارش هزینه Medicare برابر با تعریف مقررات فدرال، به صفر تعدیل شود.
8. تأیید Medi-Cal به برنامه ایالتی از 400% دستورالعمل های فقر فدرال استفاده می کند. مبالغ اشتراک هزینه که توسط بیمار پرداخت نمی شوند، با مزیت مورد تأیید برنامه بودن برای خدمات، واجد صلاحیت کمک هزینه مالی محسوب خواهند شد. اشتراک هزینه توسط برنامه Medi-Cal خودپرداز است و می تواند در فرایند تقاضا لحاظ شود.

D. شیوه های صدور صورت حساب و حصول بدهی بیماران:

1. به بیمارانی که در زمان مراقبت یا قبل از آن گواهی پوشش توسط شخص ثالث را ارائه نداده اند، یک صورت حساب هزینه ها برای خدمات بیمارستانی («صورت حساب هزینه ها») ارائه خواهد شد. صورت حساب هزینه ها شامل (i) صورت حساب هزینه ها برای خدمات بیمارستانی ارائه شده، (ii) درخواست ارائه اطلاعات پوشش بیمه سلامت یا شخص ثالث به بیمارستان و (iii) یک نسخه از «خلاصه» خواهد بود. همچنین، در این صورت حساب ذکر خواهد شد که اگر بیمار فاقد پوشش بیمه سلامت باشد، ممکن است واجد شرایط Medi-Cal، برنامه سلامت خانواده، پوشش ارائه شده از طریق بورس مزایای سلامت کالیفرنیا، خدمات کودکان کالیفرنیا، سایر پوشش های سلامت بودجه دولتی یا کمک هزینه مالی ذیل این سیاست باشد. نهایتاً، در این صورت حساب قید خواهد شد که (i) بیمارستان تقاضانامه های مربوط به این پوشش ها و مساعدت ها، (ii) تلفن و نشانی محل دریافت این تقاضانامه ها و (iii) تلفن و اطلاعات تماس مرکز محلی مساعدت مصرف کنندگان در دفتر خدمات حقوقی اجتماع را ارائه خواهد کرد.
2. پیش از ارسال به تحویلداران، نامه ای به بیمار داده خواهد شد که جزئیات حساب هایی که به تحویلداران ارسال خواهند شد و گزینه های آنها برای پرداخت قبل از این موضوع را شرح خواهد داد. در این نامه (i) تاریخ های خدمات برای مراقبت های زمینه، (ii) نهادی که تحویلداری را پیگیری خواهد کرد، (iii) نحوه دریافت صورت حساب موردی از بیمارستان، (iv) نهادی که تحویلداری را پیگیری خواهد کرد، (v) پوشش سلامت در سابقه بیمار در زمان خدمات (یا عدم پوشش)، (vi) تقاضانامه بیمارستان برای کمک هزینه مالی، (vii) تاریخ یا تاریخ هایی که قبلاً اطلاعات مربوط به تقاضای کمک هزینه مالی به بیمار ارائه شده است و (viii) تاریخ صدور رأی در مورد هر گونه تقاضانامه قبلی برای مساعدت ذکر خواهد شد.
3. بیمارستان یا سازمان های تحویلداری طرف قرارداد آن باید حداقل سی (30) روز قبل از شروع اقدام تحویلداری، اطلاعیه ای ارسال کنند که موارد زیر را مشخص کند:

فعالیت های تحویلداری که بیمارستان یا سازمان تحویلداری طرف قرارداد آن می توانند انجام دهند و زمان بندی احتمالی که این اقدامات در آن انجام خواهد شد. این اطلاعات در نامه ای که قبل از ارسال حساب بیمار به تحویلداران ارائه می شود ذکر خواهد شد. بیماران می توانند اطلاعات مربوط به سیاست کمک هزینه مالی بیماران را به صورت شفاهی یا کتبی درخواست دهند و تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران به ایشان ارائه خواهد شد. مکاتبات با بیماران به زبان منتخب خواهد بود.
4. اگر بیمار سعی دارد برای مساعدت ذیل این سیاست احراز صلاحیت شود و با حسن نیت تلاش می کند تمامی صورت حساب های معوقه را تسویه کند، بیمارستان صورت حساب پرداخت نشده را به هیچ سازمان تحویلداری یا مأمور دیگری ارسال نخواهد کرد، مگر اینکه آن نهاد موافقت کرده باشد که از این سیاست پیروی کند. در هر صورت، پیش از انجام اقدامات تحویلداری بیشتر، به بیمار فرصت معقولی داده خواهد شد تا فرایند تقاضا را تکمیل کند.

5. اگر بیمار وخواهی در دست رسیدگی برای پوشش خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی توسط پردازنده شخص ثالث دارد و اقدامات معقولی برای در جریان گذاشتن JMH انجام می دهد، JMH تا زمان تکمیل وخواهی یا زمانی که بیمار دیگر اطلاع رسانی بهنگام در خصوص وخواهی انجام ندهد، تمامی اقدامات تحصيلداری را تعليق خواهد کرد.

اگر بیماری سازش حقوقی، حکم یا اعطای ذیل یک اقدام شخص ثالث مسئول دریافت کند که شامل پرداختی برای خدمات مراقبت سلامت یا مراقبت های پزشکی مرتبط با صدمه باشد، JMH می تواند بیمار یا ضامن را ملزم کند که هزینه خدمات مراقبت سلامت مربوطه ارائه شده را تا سقف مبلغ اعطای معقول برای آن هدف به بیمارستان بازپرداخت کند.

6. بیماران ملزم هستند هر گونه تغییر در اطلاعات مالی خود را در اسرع وقت به JMH گزارش دهند.

7. از اطلاعات مربوط به درآمد خانواده بیمار برای پشتیبانی اقدامات تحصيلداری استفاده نخواهد شد.

8. پیش از تعویق یا رد مراقبت های ضروری پزشکی به دلیل عدم پرداخت صورت حساب های قبلی، JMH باید اطلاعیه کتبی ارائه دهد که کمک هزینه مالی برای افراد واجد شرایط در دسترس است.

9. Single Business Office بخشی در JMH است که مرجع تصمیم گیری در این مورد است که بیمارستان اقدامات معقول را برای ارزیابی صلاحیت بیمار برای مساعدت ذیل این سیاست قبل از شروع اقدامات تحصيلداری انجام داده است یا خیر.

10. قبل از شروع فعالیت های تحصيلداری علیه بیماری که واجد شرایط کمک هزینه مالی ذیل این سیاست است، بیمارستان و سازمان های تحصيلداری طرف قرارداد ما اطلاعیه ای ارائه خواهند که شامل (i) بیانیه ای مبنی بر امکان در دسترس بودن مشاوره غیرانتفاعی اعتبار، (ii) خلاصه حقوق بیماران و (iii) بیانیه دیگری به شرح زیر است: «قوانین ایالتی و فدرال تحصيلداران را ملزم می کند که منصافانه با شما رفتار کنند و آنها را از اظهار بیانیه های نادرست یا تهدید به خشونت، استفاده از زبان ناپسند یا ناسزا و انجام ارتباطات ناشایست با اشخاص ثالث، شامل کارفرمای شما، منع می کند. تحصيلداران نباید قبل از ساعت 8:00 ق.ظ یا بعد از ساعت 9:00 ب.ظ با شما تماس بگیرند، مگر تحت شرایط غیرعادی. به طور کلی، تحصيلدار نباید اطلاعات مربوط به بدهی شما را به فرد دیگری غیر از وکیل یا همسر شما بدهد. تحصيلدار می تواند برای تأیید نشانی شما یا اعمال قضاوت با فرد دیگری تماس بگیرد. برای اطلاعات بیشتر درباره فعالیت های تحصيلداری، می توانید با کمیسیون تجارت فدرال به شماره تلفن 1 877-FTCHELP یا نشانی آنلاین www.ftc.gov تماس بگیرید. اطلاعیه های فوق در تمامی ارتباطات با بیمار که احتمال شروع فعالیت های تحصيلداری را به اطلاع ایشان می رساند نیز درج خواهد شد.

11. نه JMH و نه سازمان های تحصیلداری طرف قرارداد آن توقیف مال یا حق حبس روی ملک اعمال نخواهند کرد. این الزام JMH را از پیگیری غرامت از طرفین تسویه بدهی شخص ثالث یا سایر طرفین دارای مسئولیت حقوقی منع نمی کند. سازمان هایی که به بیمارستان کمک می کنند و ممکن است به بیمار صورت حساب ارسال کنند باید یک موافقت نامه کتبی امضا کنند که استانداردهای بیمارستان در خصوص حصول بدهی از بیماران را رعایت خواهند کرد.
این سازمان ها همچنین باید موافقت کنند که:

(a) اطلاعات منفی را به سازمان های گزارش دهی اعتبار مصرف کنندگان گزارش ندهند. همچنین، تا 180 روز پس از صدور اولیه صورت حساب، برای عدم پرداخت اقدام مدنی علیه بیمار آغاز نکنند.

(b) اگر بیمار یک تقاضا نامه کمک هزینه مالی در دست رسیدگی ثبت کرده است، هر گونه اقدامات تحصیلداری خارق العاده را به تعلیق درآورند.

(c) حق حبس روی ملک اعمال نکنند.

(d) تمامی الزامات مشخص شده در بخش 127400 و متعاقب مجموعه قوانین سلامت و ایمنی قانون قیمت گذاری منصفانه بیمارستان های کالیفرنیا، مجموعه قوانین درآمدهای داخلی (r) 501، و قانون رویه های تحصیلداری منصفانه کالیفرنیا (مجموعه قوانین مدنی کالیفرنیا 1788 و متعاقب) را رعایت کنند.

(e) از تعریف و اعمال «طرح پرداخت منطقی» که در بخش تعاریف در بالا تعریف شده است پیروی کنند.

در صورتی که هزینه مازاد به مبلغی بیشتر از 5.00 دلار از بیمار اخذ شده باشد، بیمارستان باید مبلغ مازاد اخذ شده را با 10% سود (ماده XV، بخش 1 از قانون اساسی کالیفرنیا) محاسبه شده از تاریخ شناسایی پرداختی مازاد به بیمار بازپرداخت کند. اگر پنج [5] سال یا بیشتر از آخرین پرداختی به بیمارستان یا نماینده بیمارستان رد شده باشد، مطابق با قانون ایالتی لازم الاجرا در زمان بدهی و اگر قبل از 1 ژانویه 2022 باشد، JMH ملزم به استرداد پرداختی ها به بیمار نیست. سررسید استردادها به بیمار ظرف 30 روز پس از تکمیل تصمیم گیری است.

12. کمک هزینه مالی که پیرو سیاست منتشر شده در وب سایت بیمارستان در زمان اولین صدور صورت حساب برای بیمار در دسترس بوده است نباید از بیمار سلب شود.

E. رویه های واخواهی گزارش دهی:

مسئولیت: خدمات مالی بیماران

1. در صورت بروز اختلاف یا عدم پذیرش، بیمار می تواند از مدیر خدمات مالی بیماران درخواست بازبینی بدهد. مدیر ارشد مالی بیمارستان یا نماینده ایشان واخواهی سطح دوم را بازبینی خواهد کرد.
2. این سیاست، «خلاصه» و «تقاضانامه کمک هزینه مالی بیماران» باید حداقل به صورت دوسالانه در 1 ژانویه به اداره اطلاعات و دسترسی مراقبت سلامت (DHCAI) ارائه شود. اگر بازبینی های عمده در بازه تکمیل پرونده دوسالانه انجام شده باشد، تکمیل پرونده میان دوره انجام خواهد شد.
3. اگر از آخرین باری که سیاست ها و فرم اطلاعات مالی ارائه شده است هیچ بازبینی عمده ای توسط JMHA انجام نشده باشد، به DHCAI اطلاع داده خواهد شد که هیچ بازبینی عمده ای صورت نگرفته است.
4. هنگام گزارش دهی داده های مربوط به مراقبت تخفیف دار و خیریه، فقط آن کسری ها و تخفیف هایی در محاسبه «مزایای اجتماع» در فرم 990 تنظیم شده توسط JMHA لحاظ خواهد شد که ذیل این سیاست ارائه شده باشند.

F. **شرایط اضطراری سلامت.** در شرایط اضطراری سلامت، مدیر مالی ارشد JMHA یا نماینده ایشان می تواند شرایط این سیاست را به طور موقت اصلاح کند تا در دسترس بودن مساعدت مالی را گسترش دهد. تمامی این اصلاحات به صورت کتبی و با قید تاریخ مؤثر و تاریخ فسخ آنها مستند خواهد شد (با اشراف به اینکه اگر تاریخ فسخ در زمان تاریخ مؤثر نامعلوم باشد، تعیین و ثبت تاریخ فسخ ممکن است طی یک اطلاعیه متعاقب انجام شود). JMHA اقدامات معقولی تحت آن شرایط انجام خواهد داد تا شرایط و مدت این گونه اصلاحات را به عموم اطلاع رسانی کند. اما قابل درک است که ممکن است اقتضاهای شرایط اضطراری اجازه ندهد اطلاع رسانی از طریق تمامی کانال های مشروح در «بخش III.A» و بخش های دیگر این سیاست انجام شود. ظرف ده (10) روز پس از اعمال اصلاحات موقتی اساسی در این سیاست ذیل این زیربخش، مدیر مالی ارشد JMHA یا نماینده ایشان باید اطلاعیه ای کتبی به رئیس هیئت مدیره JMHA و رئیس کمیته مالی JMHA ارائه دهد که شرایط، تاریخ مؤثر و تاریخ فسخ (در صورت معلوم بودن) هر گونه اصلاحات را به طور خلاصه شرح دهد.

IV. آموزش بیمار/خانواده

از طریق انتشار این سیاست در وب سایت JMHA، آموزش مستقیم از نمایندگان JMHA و اطلاعات نصب شده طبق توضیحات این سیاست ارائه می شود.

V. مستندات: N/A

مرجع/مقررات:	
قانون قیمت گذاری منصفانه بیمارستان های کالیفرنیا (بخش 127350 و متعاقب مجموعه قوانین سلامت و ایمنی)، مجموعه قوانین درآمدهای داخلی ایالات متحده بخش (r) 501، قانون رویه های تحصیلداری منصفانه کالیفرنیا (مجموعه قوانین مدنی کالیفرنیا 1788 و متعاقب)، AB2297	
منسوخات:	
نام و عنوان حامی مالی اصلی:	
گرتا سنگال، رئیس چرخه درآمد صدور صورت حساب بیمارستان و پزشک	
نام و عنوان مالک(ها):	
گرتا سنگال، رئیس چرخه درآمد صدور صورت حساب بیمارستان و پزشک	
سابقه تاریخ های بازبینی	
فهرست بازبینی های سهام داران، کمیته، پرسنل پزشکی و غیره: (با تاریخ های تأیید)	
جف اسمیت، کنترل کننده سپتامبر 2025	
تاریخ ایجاد:	دسامبر 2006

سوابق تاریخ های تأیید – مستندات سطح سیستم یا نهاد			
PPRC: هدایت به هیئت			
JMPN: هدایت به هیئت			
N/A :MEC – CC		N/A :MEC – WC	
12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22, هیئت		هدایت به هیئت	
7/26/23, 9/24/25		اجتماع عملکرد سیستم:	