



سیاست کمک مالی (مراکز غیرانتفاعی)

یک. سیاست:

مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare از جمله Glendora Community Hospital (موسوم به "بیمارستان")، یک برنامه کمک مالی برای بیمارانی ارائه می‌دهد که آزمون‌های واجد شرایط بودن شرح داده شده در زیر را برآورده نمایند. هدف این سیاست کمک مالی ("سیاست") آن است که الزامات بخش 501(r) قانون درآمد داخلی و بخش‌های 127400 تا 127446 قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا را برآورده نماید؛ و تمام مفاد آن باید بر این اساس تفسیر شود.

یکی از اهداف عمده مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare ارائه مراقبت به بیماران در زمانی است که به آن نیاز دارند. مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare مراقبت‌های خیریه و برنامه پرداخت با تخفیف را به عنوان مزایا برای جوامعی که به عنوان بیمارستان‌های غیرانتفاعی در آنها فعالیت دارند، ارائه می‌دهند. به این منظور، مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare متعهد به کمک به بیماران واجد شرایط با درآمد پایین و/یا بیمه نشده از طریق برنامه‌های پرداخت با تخفیف و مراقبت خیریه مناسب هستند. با تمام بیماران به صورت منصفانه، با دلسوزی و احترام برخورد می‌شود. علی‌رغم سایر مفاد این سیاست، از هر فردی که واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شده باشد، به ازای خدمات اورژانسی یا سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی مبلغی بیشتر از "مبالغ معمول صورتحساب" جهت افراد که بیمه‌ای برای پوشش چنین مراقبت‌هایی در اختیار دارند، مطالبه نمی‌شود.

سیاست‌های کمک‌های مالی باید بین نیاز بیمار به کمک مالی و نظارت مالی گسترده‌تر بیمارستان تعادلی ایجاد کند. کمک مالی از طریق برنامه‌های پرداخت با تخفیف و مراقبت خیریه جایگزین مسئولیت شخصی نیست. بیماران همچنان مسئولیت دارند به طور فعالانه در فرایند غربالگری کمک مالی شرکت کنند و در صورت لزوم، براساس توانایی خود جهت پرداخت، هزینه مراقبت خود را پرداخت نمایند. شرکت‌های وصول بدهی خارج از بیمارستان و شیوه‌های وصول بدهی داخلی بیمارستان مأموریت و چشم‌انداز بیمارستان را منعکس می‌کنند.

این سیاست در مورد همه مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی ارائه شده توسط بیمارستان یا هر نهادی که رابطه قابل توجهی با بیمارستان داشته و در آن فعالیت می‌کند، اعمال می‌شود. طبق قانون کالیفرنیا، بیمارستان‌ها مجاز به استخدام پزشک نیستند و در نتیجه، خدمات پزشک توسط گروه‌های مستقل پزشک ارائه می‌شود که تحت کنترل بیمارستان نبوده و ملزم به رعایت این سیاست نیستند. در نتیجه، این سیاست تنها در مورد هزینه‌های خدمات بیمارستانی اعمال می‌شود و برای سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی که در استخدام بیمارستان نبوده یا با آن قرارداد ندارند، از جمله پزشکانی که بیماران بیمارستان را به صورت اورژانسی، بستری یا سرپایی درمان می‌کنند الزام‌آور نیست. فهرستی از ارائه‌دهندگانی که در بیمارستان مراقبت ارائه می‌دهند، در www.glendorahospital.com در دسترس است. این فهرست مشخص می‌کند که کدام ارائه‌دهندگان تحت پوشش این سیاست قرار ندارند. پزشکانی که تحت پوشش این سیاست قرار نمی‌گیرند و به بیمارانی که بیمه نشده‌اند یا نمی‌توانند هزینه‌های پزشکی خود را به علت بالا بودن هزینه‌های پزشکی پرداخت کنند خدمات ارائه می‌دهند، ممکن است سیاست‌های کمک مالی خود را برای ارائه کمک داشته باشند. پزشک اورژانسی، چنانکه در قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127450 تعریف شده است و خدمات پزشکی اورژانسی را در بیمارستانی ارائه می‌کند که مراقبت‌های اورژانسی را نیز ارائه می‌نماید، طبق قانون ملزم به دادن تخفیف به بیماران بیمه نشده یا بیماران دارای هزینه‌های پزشکی بالا است که در زیر سطح فقر فدرال 350 درصد هستند.

دو. تعاریف:

"مبالغ معمول صورتحساب": مبالغ معمول صورتحساب ("AGB") برای خدمات اورژانسی یا سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی جهت افراد واجد شرایط برنامه پرداخت با تخفیف. بیمارستان AGB را با استفاده از روش آینده‌نگر که در مقررات خزانه‌داری تعریف شده برای بیمار محاسبه می‌کند. بر اساس روش آینده‌نگر، AGB با استفاده از روند صدور صورتحساب و کدگذاری مورد استفاده بیمارستان محاسبه می‌شود، چنانچه فرد بر اساس نرخ‌های در دسترس فعلی Medicare ارائه شده توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid، ذینفع خدمات به ازای هزینه Medicare می‌بود.



“اورژانسی و دارای ضرورت پزشکی” هرگونه مراقبت اورژانسی، بستری، سرپایی بیمارستان یا مراقبت پزشکی اورژانسی که صرفاً برای راحتی و/یا آسایش بیمار و کاملاً انتخابی نباشد.

“اقدامات وصول فوق العاده”: اقدام وصول فوق العاده به معنای هر اقدام وصول شامل فروش بخشی از بدهی به طرف دیگر، گزارش دادن اطلاعات نامطلوب به سازمانها یا دفاتر اعتباری، یا به تأخیر انداختن یا رد یا الزام به پرداخت قبل از ارائه مراقبت دارای ضرورت پزشکی به دلیل عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب توسط فرد جهت مراقبت‌های قبلی تحت پوشش سیاست بیمه کمک مالی بیمارستان است، یا هر اقدامی که نیاز به روند قانونی یا قضایی دارد، از جمله سپردن وثیقه، ضبط املاک، توقیف یا مسدود کردن حساب‌های بانکی یا سایر اموال شخصی، شروع اقدام مدنی علیه فرد، انجام اقداماتی که باعث دستگیری فرد می‌شود، انجام اقداماتی که باعث می‌شود فرد جسماً محدود شود و کسر از حقوق در هر موردی که در بخش 6-1.501(r) مقررات خزانه‌داری آمده است.

“خانواده”: (1) برای افراد 18 سال و بالاتر، همسر، شریک زندگی و فرزندان وابسته زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند یا خیر، (2) برای افراد زیر 18 سال، پدر و مادر، بستگان سرپرست و سایر فرزندان زیر 21 سال پدر و مادر یا بستگان مراقبت کننده.

“خلاصه به زبان ساده”: خلاصه سیاست کمک مالی منضم به مدرک 2 برای برآورده ساختن الزامات بخش (24)(b)-1.501(r) مقررات خزانه‌داری.

سه. رویه:

1. واجد شرایط بودن برای کمک مالی

A. بیماران با پرداخت شخصی

بیمار در صورتی برای **مراقبت خیریه** بنا به تعریف بخش (سه) 2 زیر واجد شرایط است که تمام شرایط زیر برآورده شود: (1) بیمار فاقد پوشش بیمه شخص ثالث از بیمه گر درمانی، طرح خدمات مراقبت‌های بهداشتی، طرح صندوق اتحادیه، Medicare یا Medi-Cal باشد که بیمارستان در این خصوص تصمیم‌گیری کرده و آن را مستند می‌سازد؛ (2) آسیب‌های بیمار آسیب قابل جبران مربوط به غرامت کارگران، بیمه اتومبیل یا بیمه دیگر نباشد که بیمارستان در این خصوص تصمیم‌گیری کرده و آن را مستند می‌سازد؛ (3) درآمد خانواده بیمار از سیصد و پنجاه درصد (350%) سطح فقر فدرال فعلی بیشتر نباشد؛ و (4) بیمار دارای‌های پولی کمتر از ده هزار دلار (10,000 دلار) داشته باشد.

بیمار در صورتی واجد شرایط **برنامه پرداخت با تخفیف** است که تمام شرایط زیر برآورده شود: (1) درآمد خانواده بیمار از چهارصد و پنجاه درصد (450%) سطح فقر فدرال فعلی بیشتر نباشد؛ و (2) بیمار دارای‌های پولی کمتر از ده هزار دلار (10,000 دلار) داشته باشد.



B. بیماران بیمه شده

بیمار دارای پوشش بیمه شخص ثالث یا کسی که آسیب‌هایش، آسیب قابل جبران مربوط به غرامت کارگران، بیمه اتومبیل یا بیمه دیگر باشد چنانکه بیمارستان در این خصوص تصمیم‌گیری کرده و آن را مستند می‌سازد واجد شرایط مراقبت خیریه نیست اما در صورت برآورده کردن الزامات زیر واجد شرایط برنامه پرداخت باتخفیف است: (i) درآمد خانواده بیمار مساوی یا کمتر از چهارصد و پنجاه درصد (450%) سطح فقر فدرال فعلی باشد؛ و (ii) هزینه‌های پزشکی نقدی وی در دوازده (12) ماه قبل (اعم از پرداخت شده یا متحمل گردیده در داخل یا خارج از هر بیمارستانی) بیش از ده درصد (10%) درآمد خانوار باشد. در صورت واجد شرایط بودن بیمار، تعهد پرداخت وی مبلغی برابر با مابه‌التفاوت مبلغی که بیمارستان از بیمه‌گر دریافت کرده و حداکثر پرداخت باتخفیف خواهد بود. اگر مبلغ پرداخت شده توسط بیمه بیش از حداکثر پرداخت با تخفیف باشد، بیمار تعهد دیگری برای پرداخت نخواهد داشت.

C. سایر شرایط

مدیر بخش خدمات مالی بیمار (PFS) بیمارستان همچنین باید اختیار ارائه مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت باتخفیف را برای بیماران و در شرایط زیر داشته باشد:

- (i) بیمار واجد شرایط مزایای محدود بر اساس برنامه Medi-Cal ایالت است، نظیر مزایای بارداری یا اضطرابی محدود، اما برای سایر خدمات ارائه شده در بیمارستان مزایا ندارد. این موارد عبارتند از خدمات فاقد پوشش مربوط به:
- خدمات ارائه شده به ذینفعان Medicaid با Medicaid محدود (یعنی بیمارانی که ممکن است تنها مزایای بارداری یا اضطرابی داشته باشند، اما مراقبت‌های دیگر را از بیمارستان‌ها دریافت می‌کنند)؛
 - درخواست‌های در دست بررسی Medicaid که متعاقباً تأیید نشوند، به شرطی که درخواست نشان دهد که بیمار معیارهای مراقبت‌های خیریه را برآورده می‌سازد؛
 - رد درخواست Medicaid یا سایر برنامه‌های مراقبت افراد کم‌بضاعت؛
 - هزینه‌های مربوط به روزهای مازاد بر حد بستری؛ و
 - هرگونه مسئولیت باقی مانده دیگر برای پرداخت‌های بیمه.

(ii) بیمار واجد شرایط برنامه خدمات پزشکی افراد کم‌بضاعت ارائه شده توسط ناحیه‌ای بجز ناحیه‌ای که بیمارستان در آنجا واقع شده است.

(iii) تلاش‌های منطقی برای یافتن و تماس با بیمار صورت گرفته باشد، چنین تلاش‌هایی ناموفق بوده‌اند و مدیر PFS دلیلی دارد که معتقد گردد بیمار برای دریافت مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت باتخفیف واجد شرایط است، مثلاً وقتی فرد بی‌خانمان است.

(iv) یک شرکت وصول بدهی شخص ثالث تلاش کرده مبلغ باقی‌مانده را وصول کند و به مدیر PFS بیمارستان توصیه کرد که مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت باتخفیف ارائه شود.

D. تعیین درآمد خانوار

برای تعیین واجد شرایط بودن جهت برنامه پرداخت باتخفیف، مستندسازی درآمد خانوار بیمار باید محدود به فیش‌های حقوق یا اظهارنامه مالیات بر درآمد باشد.

در تعیین دارایی‌های پولی بیمار، بیمارستان نباید برنامه‌های بازنشستگی یا برنامه‌های پرداخت غرامت معوق واجد شرایط بر اساس قانون درآمد داخلی، برنامه‌های پرداخت غرامت معوق فاقد شرایط، ده هزار دلار (10,000 دلار) اول از دارایی‌های پولی و پنجاه درصد (50%) دارایی‌های پولی بیمار برای ده هزار دلار (10,000 دلار) اول را در نظر بگیرد.

E. سطوح فقر فدرال

اندازه‌گیری سطح فقر فدرال باید با ارجاع به جدیدترین دستورالعمل بهداشت و خدمات انسانی در خصوص تعداد افراد در خانواده یا خانوار بیمار انجام شود. سطوح فدرال فقر تا سال 2018 به شرح زیر است:

منبع: دفتر ثبت فدرال، جلد 83، شماره 18، 12 ژانویه 2018، صص. 2642-2644

دستورالعمل فقر 2018 برای 48 ایالت و ناحیه کلمبیا (این ارقام سالیانه به‌روزرسانی و منتشر می‌شوند؛ نگاه کنید به: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines)		
افراد در خانواده/خانوار	350% دستورالعمل فقر	450% دستورالعمل فقر
1	\$42,490	\$54,630
2	\$57,610	\$74,070
3	\$72,730	\$93,510
4	\$87,850	\$112,950
5	\$102,970	\$132,390
6	\$118,090	\$151,830
7	\$133,210	\$171,270
8	\$148,330	\$190,710

در مورد خانواده‌ها/خانوارهای با بیش از 8 نفر، نگاه کنید به <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

2. برنامه مراقبت خیریه و پرداخت با تخفیف

ممکن است کمک مالی در قالب مراقبت خیریه کامل یا مراقبت با تخفیف ارائه شود که این موضوع به سطح واجد شرایط بودن بیمار که در این سیاست تعریف شده، بستگی دارد.

مانده حساب بیمار برای بیماری که واجد شرایط مراقبت خیریه هستند که این امر توسط بیمارستان تعیین می‌شود، باید به صفر دلار (0 دلار) کاهش یافته، مانده حذف گردیده و به عنوان مراقبت خیریه طبقه‌بندی شود.

مانده حساب بیمار برای بیماری که واجد شرایط برنامه مراقبت با تخفیف هستند کاهش خواهد یافت، هرگونه تخفیف در مورد هزینه‌های ناخالص جهت خدمات بیمارستان اعمال می‌شود. پرداخت‌های با تخفیف محدود به حداکثر مبلغ پرداخت شده توسط Medicare، Medi-Cal، خانواده‌های سالم یا هر برنامه بهداشتی تحت حمایت دولت است که بیمارستان در آن مشارکت دارد ("حداکثر پرداخت با تخفیف"). سیاست پرداخت با تخفیف همچنین شامل یک طرح پرداخت طولانی مدت بدون بهره است که امکان پرداخت با تخفیف در طول زمان را فراهم می‌کند. بیمارستان و بیمار باید در خصوص شرایط طرح پرداخت طولانی مدت و با در نظر گرفتن درآمد خانوار بیمار و هزینه‌های ضروری زندگی به توافق برسند. اگر بیمارستان و بیمار نتوانند در مورد طرح پرداخت به توافق برسند، بیمارستان باید از فرمول شرح داده شده در بند فرعی (i) بخش 127400 قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا برای تهیه یک طرح پرداخت مناسب استفاده کند.



هنگامی که درخواست کمک مالی تکمیل شده دریافت می‌گردد، بیمارستان باید در این خصوص تصمیم‌گیری کند و اطلاعیه کتبی تصمیم و مبنای مورد استفاده را ارائه دهد. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک شناخته شود، یک صورتحساب جدید ارسال خواهد شد که نشان می‌دهد چه میزان تخفیف محاسبه شده و از کجا می‌توان به AGB دسترسی پیدا کرد. بیمارستان هرگونه مبلغ وصول شده مازاد بر هزینه‌های بازنگری شده را بازپرداخت می‌کند و هرگونه اقدام وصول فوق‌العاده‌ای که آغاز شده باشد را منتفی می‌سازد. اگر درخواست کمک مالی دریافت شده ناقص باشد، بیمارستان موارد باقی‌مانده را به صورت کتبی اطلاع خواهد داد و مدت زمان معقولی را پیش از شروع یا ازسرگیری اقدامات وصول فوق‌العاده صبر خواهد نمود. اگر درخواست کامل ظرف مدت دوپست و چهل (240) روز دوره درخواست که در زیر شرح داده شده دریافت شود، در هنگام تصمیم‌گیری در خصوص واجد شرایط بودن، هرگونه اقدامات وصول فوق‌العاده به حالت تعلیق درمی‌آید.

3. فرآیند درخواست

از هر بیماری که درخواست کمک مالی کند خواسته می‌شود درخواست کمک مالی را تکمیل کند. فرم درخواست کمک مالی به عنوان مدرک 1 به این سیاست پیوست گردیده است. درخواست شامل آدرس دفتر و شماره تلفن است تا در صورتی که بیمار در مورد برنامه کمک مالی یا فرآیند درخواست سؤالی داشته باشد بتواند تماس بگیرد. بیمارستان باید اطمینان حاصل کند که تمام کارکنانی که احتمالاً با بیمارانی مواجه می‌شوند که ممکن است نیاز به کمک مالی داشته باشند، به طور کامل از این سیاست، خلاصه به زبان ساده و درخواست کمک مالی مطلع بوده و به آن دسترسی داشته باشند و باید کمک معقول را در خصوص فرآیند درخواست به بیمارانش ارائه دهند.

انتظار می‌رود که بیمار پس از مراقبت بلافاصله درخواست کمک مالی را ارائه دهد. بیمار تا دوپست و چهل (240) روز پس از تاریخ اولین صورتحساب صادر شده پس از ترخیص فرصت دارد تا درخواست کمک مالی را ارائه نماید.

درخواست کمک مالی از بیمار اطلاعات لازم برای تعیین واجد شرایط بودن بیمار بر اساس سیاست کمک مالی، از جمله درآمد بیمار یا درآمد خانواده و تعداد اعضای خانوار را تقاضا می‌کند. بیمارستان هیچ‌گونه اطلاعات اضافی دیگری را بجز اطلاعات درخواست شده در درخواست کمک مالی تقاضا نمی‌کند. با این حال، بیمارانی که به دنبال دریافت کمک مالی هستند، می‌توانند به صورت داوطلبانه و در صورت تمایل اطلاعات بیشتری را ارائه دهند. اگر تلاش‌های منطقی برای یافتن و تماس با بیمار صورت گرفته باشد، چنین تلاش‌هایی ناموفق بوده‌اند و مدیر PFS دلیلی دارد که معتقد باشد بیمار برای دریافت مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت با تخفیف واجد شرایط است (مثلاً وقتی فرد بی‌خانمان است) مدیر PFS باید اختیار تمدید مراقبت خیریه یا برنامه پرداخت با تخفیف را داشته باشد.

واجد شرایط بودن برای کمک مالی تنها باید بر اساس توانایی بیمار و/یا نماینده خانواده بیمار جهت تعیین شود. واجد شرایط بودن برای کمک مالی نباید به هیچ وجه بر سن، جنسیت، گرایش جنسی، قومیت، ملیت، وضعیت سرایزی، معلولیت یا مذهب متکی باشد.

4. حل اختلاف

هرگونه اختلاف نظر در مورد واجد شرایط بودن بیمار برای برنامه مراقبت خیریه باید توسط مدیر ارشد مالی بیمارستان هدایت و حل و فصل شود.



5. انتشار سیاست

به منظور اطمینان از اینکه بیماران از وجود سیاست کمک مالی مطلع هستند، بیمارستان در تمام منطقه خدماتی خود به طور گسترده‌ای در مورد وجود و شرایط این سیاست اطلاع‌رسانی می‌کند. علاوه بر سایر تلاش‌های لازم برای اطلاع‌رسانی به جامعه در مورد این سیاست به شیوه‌ای که هدف آن اطلاع‌رسانی به آن دسته از اعضای جامعه باشد که بیشتر از همه به کمک مالی نیاز دارند، اقدامات زیر نیز باید انجام شود:

A. اطلاعیه کتبی به همه بیماران

هر بیماری که به یک مرکز غیرانتفاعی Prime Healthcare مراجعه کرده باشد، اعم از اینکه پذیرفته شده باشد یا خیر، باید خلاصه به زبان ساده که به عنوان مدرک 2 پیوست شده است را دریافت نماید. این اطلاعیه باید به زبان‌های غیرانگلیسی مورد تکلم تعداد قابل توجهی از بیماران خدمات‌گیرنده که در بخش III(5)(E) این سیاست تعریف شده ارائه گردد.

B. درج اطلاعیه‌ها

اطلاعیه‌ای که به عنوان مدرک 3 پیوست شده، باید به روشنی و به‌طور واضح در مکان‌هایی که برای بیماران قابل مشاهده باشند در مناطق زیر درج شود: (1) بخش اورژانس؛ (2) دفتر صدور صورتحساب؛ (3) دفتر پذیرش؛ و (4) سایر محیط‌های سرپایی. این اطلاعیه باید به زبان‌های غیرانگلیسی مورد تکلم تعداد قابل توجهی از بیماران خدمات‌گیرنده که در بخش III(5)(E) این سیاست تعریف شده ارائه گردد.

C. اطلاعیه‌های که باید به همراه صورتحساب باشد

- هر صورتحساب پس از ترخیص باید شامل یک کپی از اعلامیه‌ای باشد که با عنوان مدرک 4 پیوست است.
- هر صورتحساب ارسالی به بیمار که مدارک مربوط به پوشش شخص ثالث را در زمان مراقبت یا پس از ترخیص ارائه نکرده است باید شامل صورتحساب هزینه‌های خدمات ارائه شده توسط بیمارستان و اطلاعیه‌های پیوست با عنوان مدرک 4 و 5 باشد.

این اطلاعیه‌ها باید به زبان‌های غیرانگلیسی مورد تکلم تعداد قابل توجهی از بیماران خدمات‌گیرنده که در بخش III(5)(E) این سیاست تعریف شده ارائه گردند.

D. در دسترس بودن اسناد کمک مالی

بیمارستان باید یک نسخه از این سیاست، خلاصه به زبان ساده و درخواست کمک مالی را در وب‌سایت خود درج کند و تمام اسناد را برای دانلود رایگان در اختیار قرار دهد. چنین اسنادی باید در اتاق اورژانس و دفتر پذیرش و در صورت درخواست از طریق پست در دسترس باشند. این اسناد باید به زبان‌های غیرانگلیسی مورد تکلم تعداد قابل توجهی از بیماران خدمات‌گیرنده که در بخش III(5)(E) این سیاست تعریف شده ارائه گردند.

E. در دسترس بودن برای افراد دارای تسلط محدود به زبان انگلیسی

بیمارستان باید این سیاست، خلاصه به زبان ساده و درخواست کمک مالی را به هر زبانی که زبان اصلی جمعیت کمتر از یک هزار (1000) نفر یا پنج درصد (5%) جمعیت جوامع تحت پوشش بیمارستان باشد، ترجمه نماید.

6. تلاش برای کسب اطلاعات در مورد پوشش و درخواست‌ها برای Medi-Cal و "خانواده‌های سالم"

بیمارستان باید تمام تلاش منطقی خود را برای به دست آوردن اطلاعات از بیمار یا نماینده وی در مورد اینکه آیا بیمه درمانی خصوصی یا عمومی یا حمایت مالی می‌تواند تمام یا بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی ارائه شده توسط بیمارستان به بیمار را پوشش می‌دهد یا خیر به کار ببندد، از جمله، اما نه محدود، موارد زیر:

- (1) بیمه درمانی خصوصی، از جمله پوشش ارائه شده از طریق صندوق مزایای بهداشتی کالیفرنیا؛ (2) Medicare و/یا؛
- (3) برنامه Medi-Cal، برنامه خانواده‌های سالم، برنامه خدمات کودکان کالیفرنیا یا سایر برنامه‌های ایالتی که برای تأمین پوشش بهداشتی طراحی شده‌اند.

اگر بیمار اعلام نکند که تحت پوشش بیمه شخص ثالث قرار دارد یا برنامه پرداخت با تخفیف یا خدمات خیریه را درخواست کند، باید قبل از ترخیص، فرم درخواست برنامه Medi-Cal، برنامه خانواده‌های سالم یا سایر برنامه‌های دولتی به وی ارائه گردد.

7. فعالیت‌های وصول

مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare ممکن است از خدمات یک شرکت وصول بدهی خارجی برای وصول بدهی بیمار استفاده کنند. تا زمانی که مدیر بیمارستان PFS یا نماینده‌اش حساب را بررسی نکرده و فرستادن بدهی برای وصول را تأیید نکرده است، هیچ بدهی نباید برای وصول فرستاده شود. مراکز غیرانتفاعی Prime Healthcare باید توافقی را با هر شرکت وصول بدهی که از آن برای وصول بدهی‌های بیمار استفاده می‌کنند منعقد نمایند مبنی بر اینکه شرکت مذکور الزامات این سیاست و AB 774 را رعایت خواهد نمود.

اگر بیمار برای کمک مالی درخواست نکند یا ارائه کمک مالی به وی رد شود و نتواند صورتحساب خود را بپردازد، ممکن است مشمول اقدامات وصول مختلفی، از جمله اقدامات وصول فوق‌العاده قرار گیرد. با وجود موارد ذکر شده، نه بیمارستان و نه هیچ شرکت وصول بدهی طرف قرارداد با آن، اجازه ندارد در موارد زیر دست به اقدامات وصول فوق‌العاده بزند: (i) در هر زمان قبل از یکصد و پنجاه (150) روز پس از ارسال اولین صورتحساب پس از ترخیص به بیمار یا (ii) بدون اینکه در ابتدا تلاش کند تا مشخص نماید که آیا بیمار بر اساس این سیاست واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا خیر. علاوه بر این، حتی اگر دو شرط فوق نیز محقق گردد، بیمارستان یا شرکت وصول بدهی طرف قرارداد باید حداقل سی (30) روز قبل از شروع هرگونه اقدامات وصول فوق‌العاده، اطلاعیه‌ای را ارسال کنند که موارد زیر را مشخص نماید: (i) ممکن است فعالیت‌های وصول توسط بیمارستان یا شرکت وصول بدهی طرف قرارداد صورت بگیرد، (ii) تاریخی که ممکن است پس از آن چنین اقداماتی انجام شود (تاریخی که نباید سی (30) روز قبل از تاریخ اطلاعیه باشد، (iii) اینکه کمک مالی برای بیماران واجد شرایط در دسترس است. یک نسخه از خلاصه به زبان ساده در چنین اطلاعیه‌ای گنجانده خواهد شد. باید تلاش‌های منطقی انجام (و مستند شود) تا این سیاست به طور شفاهی به بیماران اطلاع داده شود. در صورتی که بیمار درخواست کمک مالی کند، هرگونه اقدامات وصول فوق‌العاده‌ای که ممکن است در حال انجام باشد، بلافاصله به حالت تعلیق درخواهد آمد تا در مورد درخواست بیمار تصمیم‌گیری شود.

به علاوه، اگر بیمار تلاش دارد بر اساس این سیاست واجد شرایط گردد و با حسن نیت در پی تسویه مانده صورتحساب بیمارستان از طریق طرح پرداخت معقول یا پرداخت‌های منظم اقساطی با مبلغ معقول باشد، بیمارستان نباید صورتحساب پرداخت نشده را به یک شرکت وصول بدهی ارجاع دهد.



Glendora Community Hospital

بیمارستان نباید در برخورد با بیماران واجد شرایط براساس این سیاست از کسر از حقوق یا تصرف محل سکونت اصلی به عنوان ابزار وصول صورت حساب های پرداخت نشده بیمارستان استفاده نمایند.

مدرک 1 [درخواست کمک مالی]

مدرک 2 [خلاصه کمک مالی به زبان ساده]

مدرک 3 [اطلاعیهای که باید در داخل بیمارستان درج شود]

برنامه مراقبت خیریه و پرداخت با تخفیف

بیماران فاقد بیمه یا دارای بیمه ناکافی که برخی از الزامات درآمد کم و متوسط را برآورده می کنند ممکن است برای پرداخت های با تخفیف یا مراقبت خیریه واجد شرایط باشند. پزشکان بخش اورژانس و سایر پزشکانی که کارکنان بیمارستان نیستند نیز ممکن است برنامه های مراقبت خیریه یا پرداخت با تخفیف را ارائه نمایند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با 909-464-8702 تماس بگیرید.

مدرک 4 [اطلاعیهای که باید در تمام صورتحسابهای پس از ترخیص درج شود]

برنامه مراقبت خیریه و پرداخت با تخفیف

بیماران فاقد بیمه یا دارای بیمه ناکافی که برخی از الزامات درآمد کم و متوسط را برآورده می کنند ممکن است برای پرداخت های با تخفیف یا مراقبت خیریه واجد شرایط باشند. بیمارانی که به دنبال مراقبت با تخفیف یا رایگان هستند باید درخواستی را دریافت و ارائه نمایند که توسط بیمارستان بررسی خواهد شد. از هر بیماری که واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شده باشد، به ازای خدمات اورژانسی یا سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی مبلغی بیشتر از مبالغ معمول صورتحساب جهت افراد که بیمه ای برای پوشش چنین مراقبت هایی در اختیار دارند، مطالبه نمی شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، کپی اسناد یا کمک به فرآیند درخواست، لطفاً با بیمارستان به شماره 909-464-8702 تماس بگیرید، یا از www.glendorahospital.com بازدید کرده یا به 150 W. Route 66, Glendora, CA 91740 مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری به دست بیاورید. ممکن است نسخه های رایگان اسناد کمک مالی از طریق پست ارسال شود و به زبان های غیرانگلیسی که تعداد قابل توجهی از بیماران تحت پوشش خدمات بیمارستان به آن تکلم می کنند در دسترس است. پزشکان بخش اورژانس و سایر پزشکانی که کارکنان بیمارستان نیستند نیز ممکن است برنامه های مراقبت خیریه یا پرداخت با تخفیف را ارائه نمایند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با 909-464-8702 تماس بگیرید.



مدرك 5 [اطلاعيه‌اي كه بايد در صورتحساب‌هاي پس از ترخيص درج شود

براي بيماراني كه مدرك بيمه را ارائه نكرده‌اند]

سوابق ما نشان مي‌دهد كه پوشش بيمه درماني و پوشش Medicare، Medi-Cal، خانواده‌هاي سالم يا ساير برنامه‌هاي مشابه را نداريد. اگر چنين پوششي داريد، لطفاً در اسرع وقت با 909-464-8702 تماس بگيريد تا بتوان اطلاعات مناسب را دريافت و صورتحساب صحيح را صادر كرد.

اگر پوشش بيمه درماني نداريد، ممكن است واجد شرايط Medicare، Medi-Cal، خانواده‌هاي سالم، پوشش بيمه‌اي كه از طريق صندوق مزايای بهداشتی كاليفرنيا، برنامه خدمات كودكان كاليفرنيا ارائه مي‌شود، ساير پوشش‌هاي بهداشتی مورد حمايت ناحيه يا ايالت يا برنامه مراقبت خيري يا پرداخت با تخفيف مراكز غيرانتفاعی Prime Healthcare باشيد. براي كسب اطلاعات بيشتري در مورد چگونگی ارائه درخواست اين برنامه‌ها، لطفاً با نماينده PFS مركز غيرانتفاعی Prime Healthcare با شماره 909-464-8702 تماس بگيريد كه قادر به پاسخگويی به سؤالات و ارائه درخواست براي اين برنامه‌ها به شما خواهد بود.

بیماران فاقد بيمه يا داراي بيمه ناکافي كه برخي از الزامات درآمد کم و متوسط را برآورده مي‌کنند ممكن است براي پرداخت‌هاي با تخفيف يا مراقبت خيري واجد شرايط باشند. بيماران بايد براي كسب اطلاعات بيشتري با نماينده PFS مركز غيرانتفاعی Prime Healthcare با شماره 909-464-8702 تماس بگيرند. اگر بيمار همزمان با ارائه درخواست براي برنامه مراقبت خيري يا پرداخت با تخفيف مراكز غيرانتفاعی Prime Healthcare براي برنامه پوشش بيمه درماني ديگري درخواست داده يا درخواست وي در دست بررسي باشد، هيچيك از اين درخواست‌ها نبايد مانع از واجد شرايط بودن براي برنامه ديگر شوند.