

عنوان: AD – سیاست مساعدت مالی بیماران		
سطح سیاست	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح سیستم – انتظارات را برای تمامی کارکنان JMH تعیین می کند
	<input type="checkbox"/>	سطح نهاد – انتظارات را برای کارکنان در <u>بخش های چندگانه</u> درون یک یا چند نهاد تعیین می کند
	<input type="checkbox"/>	سطح بخش – انتظارات را برای کارکنان در <u>فقط یک</u> بخش در یک یا چند مرکز تعیین می کند
بخش	<input type="checkbox"/>	
نهاد(ها)	<input checked="" type="checkbox"/>	مرکز پزشکی کانکورد (CMC)
	<input type="checkbox"/>	شبکه پزشکان (PN)
	<input checked="" type="checkbox"/>	مرکز پزشکی والنات کریک (WCMC)
	<input checked="" type="checkbox"/>	مرکز سلامت رفتاری (BHC)
نوع سند	<input type="checkbox"/> سیاست <input type="checkbox"/> رویه <input checked="" type="checkbox"/> سیاست و رویه	

ا. هدف:

تعیین معیار های شفاف و فرایند منصفانه برای ارائه مساعدت های 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 درآمد های داخلی ایالات متحده بخش 501(r) و رهنمود های دفتر بازرسی کل وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در مورد مساعدت مالی به بیماران فاقد بیمه و دارای بیمه محدود 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 JMH در یک دوره دوازده ماهه به آن زبان صحبت می کنند، که به وسیله جدید ترین نظرسنجی زبان که توسط بخش بهبود سلامت اجتماع JMH انجام می شود اندازه گیری می شود. این ارزیابی حداقل هر سه سال یک بار، پیرو درخواست از بخش مالی JHM انجام و مستند سازی خواهد شد.

خانواده: برای بیماران 18 ساله یا بالاتر، تعریف خانواده بیمار عبارت است از (i) همسر یا هم خانه قانونی (طبق تعریف بخش 297 مجموعه قوانین خانواده کالیفرنیا) ایشان و (ii) فرزندان وابسته زیر سن 21 سال (فارغ از اینکه در خانه زندگی می کنند یا خیر). برای افراد زیر سن 18 سال، تعریف خانواده بیمار عبارت است از (i) والدین یا خویشاوند (های) مراقب و (ii) سایر فرزندان والدین یا خویشاوند مراقب که زیر سن 21 سال هستند.

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 مساعدت 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.

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 فرزند 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 خوبپرداز: بیماری که (i) درآمد خانواده او 400٪ خط فقر فدرال ("FPL") 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، روز های رده شده، بستری های رده شده) به عنوان خود پرداز 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 غرامت کارگری، بیمه خودرو و مسئولیت شخص ثالث)، به عنوان خود پرداز تلقی نخواهد شد.

بیمار بیمه نشده: 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 خود پرداز در رابطه با خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی ارائه شده نیست)؛ (iii) مخارج پزشکی نقدی تجمیعی از تمامی منابع طی دوازده (12) ماه گذشته دارد که از 10٪ کمینه ارزش سالانه شده درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد واقعی خانواده طی 12 ماه گذشته بیشتر است.

حیطه عمومی. این سیاست برای ارائه مساعدت به بیمارانی طراحی شده است که (i) نیازمند خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی هستند، (ii) درآمد خانواده ایشان $FPL \geq 400\%$ یا پایین تر است و (iii) یا بیمار خود پردازند یا بیمار دارای بیمه محدود. این سیاست و معیارهای غربالگری مالی باید به طور منسجم در تمامی موارد در سرتاسر JMH اعمال شوند. هر گونه رأی اتخاذ شده ذیل این سیاست، شامل رأی اعطا یا رد مساعدت 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. استثناء: این سیاست به مساعدت مالی 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، اگر بیمار یا سایر طرفین مسئول (i) پس از درخواست های معقول از طرف JMH، اطلاعات فهرست شده در این سیاست را ارائه ندهند، (ii) اطلاعات غلط درباره صلاحیت مالی ارائه دهند یا (iii) اقدامات معقول برای درخواست و دریافت مزایای بیمه تحت حمایت دولت را که ممکن است واجد شرایط آنها باشند انجام ندهند، این سیاست اعمال نخواهد شد.

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 مساعدت 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.

2. 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% خط 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 خود پرداز یا بیمار دارای بیمه محدود که خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی دریافت می کند نباید مبلغ بیشتر از بیشینه پرداختی Medicare برای خدمات ارائه شده پرداخت کند. با وجود این، پیرو شرایط این سیاست، برای هیچ یک از بیمارانی که واجد شرایط مساعدت مالی شناخته شده اند، مادامی تحت پوشش این سیاست باشند، هیچ هزینه ای برای خدمات واجد شرایط صورت حساب نخواهد شد.

A. اطلاع رسانی سیاست مساعدت مالی

1. یک بروشور و خلاصه به زبان ساده به بیماران ارائه خواهد شد که سیاست مساعدت 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) معیار های 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 مساعدت 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 ما نیز به زبان های منتخب در دسترس خواهد بود.
5. اطلاعات مربوط به این سیاست در بیانیه صورت حساب و نامه های تحویل داری بیماران ارائه خواهد شد.
6. ممکن است از بستر های دیگری برای آموزش و اطلاع رسانی به بیماران و پزشکان درباره در دسترس بودن برنامه مساعدت مالی بیماران به طرز مقتضی استفاده شود.

B. تعیین صلاحیت

1. بیماران فاقد پوشش شخص ثالث.
 - a. اگر بیمار پوشش پردازنده شخص ثالثی را اعلام نکند یا درخواست مساعدت مالی بدهد، پیش از اینکه بیمار بیمارستان را ترک کند، باید 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؛ تلفن (855) 693-7285، یا سایر سازمان های مربوطه به بیمار <http://healthconsumer.org/index.php?id=446> یا سایر سازمان های مربوطه به بیمار ارائه شود.

b. تمامی بیماران بیمه نشده فرصت خواهند داشت تا تقاضانامه مساعدت مالی بیماران را تکمیل کنند. این فرم به تمامی زبان های منتخب در دسترس است. از تقاضانامه مساعدت 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. مهلت درخواست 240 روز پس از تاریخ اولین صورت حساب بیمار است. غربالگری صلاحیت توسط JMH یا نماینده ایشان انجام خواهد شد. بیمار مسئولیت دارد با فرایند جمع آوری اطلاعات همکاری کند. اطلاعات خاص بیمار مطابق با دستورالعمل های شهرستان و ایالت برای تعیین صلاحیت در اختیار شهرستان و ایالت قرار خواهد گرفت.

2. متقاضی باید موارد زیر را به منظور بررسی مساعدت مالی ذیل این سیاست ارائه دهد: (i) جدید ترین اظهار نامه مالیات بر درآمد که هر یک از اعضای خانواده تنظیم کرده است (یا گواهی اینکه هیچ اظهارنامه ای برای عضو خانواده پر نشده است)، (ii) فیش های حقوقی حاوی 3 ماه اخیر برای هر یک از اعضای خانواده یا (iii) سه صورت حساب اخیر برای هر حساب بانکی یا حساب سرمایه گذاری متعلق به یکی از اعضای خانواده (اگر متقاضی می خواهد به جای تخفیف هزینه مراقبت، برای مراقبت رایگان تقاضا بدهد)، (iv) مدارک مربوط به مخارج پزشکی نقدی که برای تعیین محدود بودن بیمه بیمار کاربرد دارد، (v) گواهی پرداختی های اجاره یا رهن برای سه ماه اخیر و (vi) مجوز واگذاری به JMH یا عوامل یا نمایندگان آن برای تماس با اشخاص ثالث جهت راستی آزمایی صحت و کامل بودن مدارک ارائه شده. مدارک درآمد و دارایی ها که هنگام تقاضا برای مساعدت مالی ذیل این سیاست به JMH ارائه می شود برای فعالیت های حصول بدهی استفاده نخواهد شد.

a. تمامی بیماران واجد بالقوه شرایط باید پیش از لحاظ شدن مساعدت مالی JMH ذیل این سیاست، برای مساعدت از طریق برنامه های ایالت، شهرستان و سایر برنامه های دولتی درخواست بدهند. فقط پس از اینکه JMH یک نسخه از نامه عدم پذیرش مساعدت های فوق را دریافت کند، مساعدت مالی ذیل این سیاست ارائه خواهد شد. عدم رعایت فرایند درخواست یا ارائه مدارک لازم می تواند در تصمیم گیری JMH لحاظ شود. JMH تقاضانامه های مساعدت مالی بیماران را ماهانه جهت تأیید بررسی می کند.

b. بیماران فاقد پوشش شخص ثالث (و واجد 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:

1) درآمد خانواده بیمار (که به وسیله جدید ترین اظهارنامه مالیاتی فدرال و فیش های حقوقی سه ماه اخیر از هر یک از اعضای خانواده راستی آزمایی می شود)؛ و

2) دارایی های پولی بیمار (دارایی هایی که به آسانی قابل تبدیل به پول نقد هستند، مانند حساب های بانکی و سهام هایی که به صورت عمومی معامله می شوند) پس از کسر (i) اولین 10,000 دلار از دارایی های پولی (دارایی های نقدینه) و (ii) 50٪ از دارایی های پولی بیمار (دارایی های نقدینه) بالای اولین 10,000 دلار. حساب های بانکنشستگی و طرح های غرامت معوقه تعریف شده IRS (هم واجد صلاحیت و هم فاقد صلاحیت) جزو دارایی های پولی محسوب نمی شوند و از بررسی مستثنی هستند.

c. تراز های تأیید شده برای کسری در یک کد تراکنش اختصاص یافته به مساعدت مالی بیمار ثبت خواهد شد و مراتب امضای متعاقب دستورالعمل های کسری JM Health را طی خواهد کرد. هر گونه بازیافت به هر حساب شناسایی خواهد شد و اقدامات صورت گرفته برای تضمین مساعدت تقلیل یافته به طور مقتضی در دفتر کل عمومی منعکس می شود.

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 تراز های خود پرداز اجرا می کند. این پرونده با استفاده از شماره تأمین اجتماعی و اطلاعات جمعیت شناختی بیمار، امتیاز FPL ایشان را به دست می آورد. برای تمامی تراز های خود پرداز 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 کسر می شود.

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

3. بیماران دارای پوشش شخص ثالث.

a. بیماران دارای پوشش شخص ثالث که کماکان مخارج پزشکی نقدی چشمگیری دارند غربالگری خواهند شد تا تعیین شود که جزو بیماران دارای بیمه محدود تلقی می شوند یا خیر. پس از درخواست بیمار برای مساعدت مالی، معیار های احراز صلاحیت به عنوان بیمار دارای بیمه محدود 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 باید اطمینان یابد که تمامی اطلاعات مربوط به سیاست مساعدت مالی به بیمار ارائه شده است.

b. بیماری که خواهان مساعدت ذیل این سیاست است باید تقاضانامه مساعدت مالی بیماران را تکمیل کند. درآمد خانواده راستی آزمایی خواهد شد.

c. تقاضانامه ها نباید بیش از 240 روز پس از تاریخ اولین صورت حساب بیمار ثبت شوند. غربالگری صلاحیت ذیل این سیاست توسط JM Health یا نماینده ایشان انجام خواهد شد. بیمار مسئولیت دارد با فرایند جمع آوری اطلاعات همکاری کند. JM Health تقاضانامه های مساعدت مالی بیماران را ماهانه جهت تأیید بررسی می کند.

d. اگر بیمار در 400٪ خط فقر فدرال یا پایین تر باشد و مخارج پزشکی نقدی بیمار در دوازده (12) ماه گذشته از 10٪ کمینه مقدار سالانه شده درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد حقیقی خانواده طی 12 ماه گذشته بیشتر باشد، JM Health از هر گونه هزینه های نقدی برای خدمات بیمارستانی ضروری پزشکی ارائه شده به بیمار دارای بیمه محدود چشم پوشی خواهد کرد.

1) درآمد خانواده بیمار (که به وسیله جدید ترین اظهارنامه مالیاتی فدرال و فیش حقوقی سه ماه اخیر از هر یک از اعضای خانواده راستی آزمایی می شود)؛ و

2) دارایی های پولی بیمار (دارایی هایی که به آسانی قابل تبدیل به پول نقد هستند، مانند حساب های

بانکی و سهام هایی که به صورت عمومی معامله می شوند) پس از کسر (i) اولین 10,000 دلار از دارایی های پولی (دارایی های نقدینه) و (ii) 50٪ از دارایی های پولی بیمار (دارایی های نقدینه) بالای اولین 10,000 دلار. حساب های بازنشستگی و طرح های غرامت معوقه تعریف شده IRS (هم واجد صلاحیت و هم فاقد صلاحیت) جزو دارایی های پولی محسوب نمی شوند و از بررسی مستثنی هستند.

e. تراز های تأیید شده برای کسری در یک کد تراکنش اختصاص یافته به مساعدت مالی بیمار ثبت خواهد شد و مراتب امضای متعاقب دستورالعمل های کسری JMH را طی خواهد کرد. هر گونه باز یافت به هر حساب که احراز صلاحیت شده و برای تضمین مساعدت تقلیل یافته، ذیل کد تعدیل مساعدت جذب شده است به طور مقتضی در دفتر کل عمومی منعکس می شود.

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 مساعدت مالی بیماران را راستی آزمایی کند. ممکن است یک اعراض نامه یا واگذاری لازم باشد تا به بیمارستان اجازه دهد اطلاعات حساب را از موسسه مالی یا تجاری یا نهاد های دیگری که دارایی های پولی را نگهداری یا حفظ می کند دریافت و ارزش آنها را تأیید کند. امضای بیمار در تقاضانامه مساعدت 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 منطقی را برای ارائه مدارک درآمد و پوشش تمامی مزایای سلامت به JMH انجام دهد. عدم ارائه اطلاعات می تواند منجر به رد مساعدت مالی شود.
4. در مورد خدمات بیمارستانی بستری، هر بار که بیمار پذیرش می شود، تقاضانامه مساعدت مالی بیماران لازم خواهد بود و برای پذیرش جاری معتبر است و تقاضانامه معطوف به گذشته برای هر گونه خدمات بیمارستانی تا شش ماه قبل از پذیرش جاری. در مورد خدمات بیمارستانی سرپایی، تقاضانامه مساعدت مالی بیماران باید هر شش ماه تکمیل شود.
5. تأیید یا دلیل رد مساعدت 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. مسئولیت پرداختی مشخص برای تخفیف ها نیازمند تعیین و قیمت گذاری طرح درمان یا اپیزود مراقبت خواهد بود تا گزارش دهی غرامت برنامه بیمه فدرال به طور دقیق و صحیح امکان پذیر باشد. برای بیماران دارای بیمه محدود، ممکن است برای تعیین مسئولیت مالی بیمار، لازم باشد تا زمانی که پردازنده مطالبه را تعدیل کند منتظر ماند.

D. شیوه های صدور و جمع آوری صورت حساب 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 یا 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 مساعدت 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 تحصیلداران، نامه ای به بیمار داده خواهد شد که جزئیات حساب هایی که به تحصیلداران 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 تحویل داری را پیگیری خواهد کرد، (iii) نحوه دریافت صورت حساب موردی از بیمارستان، (iv) نهادی که تحویل داری را پیگیری خواهد کرد، (v) پوشش سلامت در سابقه بیمار در زمان خدمات (یا عدم پوشش)، (vi) تقاضانامه بیمارستان برای مساعدت مالی، (vii) تاریخ یا تاریخ هایی که قبلاً اطلاعات مربوط به تقاضای مساعدت 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 تحویل داری طرف قرارداد آن باید حداقل سی (30) روز قبل از شروع اقدام تحویل داری، اطلاعیه ای ارسال کنند که موارد زیر را مشخص کند: (i) فعالیت های تحویل داری که بیمارستان یا سازمان تحویل داری طرف قرارداد آن می توانند انجام دهند و (ii) زمان بندی احتمالی که این اقدامات در آن انجام خواهد شد. این اطلاعات در نامه ای که قبل از ارسال حساب بیمار به تحصیلداران ارائه می شود ذکر خواهد شد.

4. بیماران می توانند اطلاعات مربوط به سیاست مساعدت مالی بیماران را به صورت شفاهی یا کتبی درخواست دهند و تقاضانامه مساعدت مالی بیماران به ایشان ارائه خواهد شد. مکاتبات با بیماران به زبان منتخب خواهد بود.

5. 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 تحویل داری 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 تحویل داری بیشتر، به بیمار فرصت معقولی داده خواهد شد تا فرایند تقاضا را تکمیل کند.

6. 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 تحویل داری را تعلیق خواهد کرد.

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

8. از اطلاعات مربوط به درآمد خانواده بیمار برای پشتیبانی اقدامات تحویل داری استفاده نخواهد شد.

9. پیش از تعویق یا رد مراقبت های ضروری پزشکی به دلیل عدم پرداخت صورت حساب های قبلی، JMH باید اطلاعیه کتبی ارائه دهد که مساعدت مالی برای افراد واجد شرایط در دسترس است و حداقل 240 روز پس از تاریخ اطلاعیه پس از ترخیص صبر کند.

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

11. قبل از شروع فعاليت های تحصيلداری عليه بیماری که واجد شرایط مساعدت 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 غير انتفاعی اعتبار، (ii) خلاصه حقوق بیماران و (iii) بیانیه دیگری به شرح زیر است: «قوانین ایالتی و فدرال تحصيلداران را ملزم می کند که منصفانه با شما رفتار کنند و آنها را از اظهار بیانیه های نادرست یا تهدید به خشونت، استفاده از زبان ناپسند یا دشنام 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 غير عادی. به طور کلی، تحصيلدار نباید اطلاعات مربوط به بدهی شما را به فرد دیگری غير 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 فعاليت های تحصيلداری، می توانید با کمیسیون معاملات 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 فعاليت های تحصيلداری را به اطلاع ایشان می رساند نیز درج خواهد شد.

12. نه JMH و نه سازمان های تحصيلداری طرف قرارداد آن توقیف مال یا حق تصرف روی مسکن اصلی 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 استاندارد های بیمارستان در خصوص جمع آوری بدهی از بیماران را رعایت خواهند کرد. این سازمان ها همچنین باید موافقت کنند که:

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

(b) اگر بیمار تقاضانامه مساعدت مالی در دست رسيدگی ثبت کرده است، هر گونه اقدامات تحصيلداری خارق العاده را به تعلیق در آورند.

(c) حق تصرف روی مسکن های اصلی 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 درآمد های داخلی (r) 501 و قانون رویه های تحصيلداری 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.

Ad – سیاست مساعدت مالی بیماران

13. در صورتی که هزینه مازاد به مبلغی که بیشتر از 5.00 دلار باشد از بیمار اخذ شده باشد، بیمارستان باید مبلغ مازاد اخذ شده را با 5% سود (ماده XV، بخش 1 از قانون اساسی کالیفرنیا) محاسبه شده از تاریخ شناسایی پرداختی مازاد به بیمار بازپرداخت کند.

E. واخواهی/گزارش دهی رویه ها

مسئولیت: خدمات مالی بیماران

1. در صورت بروز اختلاف یا عدم پذیرش، بیمار می تواند از مدیر خدمات مالی بیماران درخواست بازبینی بدهد. مدیر اجرایی دایره درآمد، واخواهی سطح دوم را بازبینی خواهد کرد.
 2. این سیاست، «خلاصه» و تقاضانامه مساعدت مالی بیماران باید حداقل به صورت دوسالانه در 1 ژانویه به دفتر برنامه ریزی و توسعه سلامت ایالت (OSHPD) 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 JMH انجام نشده باشد، به OSHPD 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 JMH لحاظ خواهد شد که ذیل این سیاست ارائه شده باشند.
- F. شرایط اضطراری سلامت. در شرایط اضطراری سلامت، مدیر مالی ارشد JMH یا نماینده ایشان می تواند شرایط این سیاست را به طور موقتی 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). JMH 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 اقتضا های شرایط اضطراری اجازه ندهد اطلاع رسانی از طریق تمامی کانال های مشروح در «بخش A. III» و بخش های دیگر این سیاست انجام شود. ظرف ده (10) روز پس از اعمال اصلاحات موقتی اساسی در این سیاست ذیل این بخش فرعی، مدیر مالی ارشد JMH یا نماینده ایشان باید اطلاعیه ای کتبی به رئیس هیئت مدیره JMH و رئیس کمیته مالی JMH 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: N/A در صورت عدم اطلاق

از طریق انتشار این سیاست در وب سایت JMH، آموزش مستقیم از نمایندگان JMH 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 درآمد های داخلی ایالات متحده بخش (r) 501، قانون روبه های تحصیلداری منصفانه کالیفرنیا (مجموعه قوانین مدنی کالیفرنیا 1788 و متعاقب)	
منسوخات:	
نام و عنوان حامی مالی اصلی:	
جف اسمیت، کنترل کننده	
نام و عنوان مالک(ها):	
جف اسمیت، کنترل کننده	
سوابق تاریخ های بازبینی	
فهرست بازبینی های سهام داران، کمیته، پرسنل پزشکی و غیره: (با تاریخ های تأیید)	
تاریخ تأسیس:	دسامبر 2006

سوابق تاریخ های تأیید – مستندات سطح سیستم یا نهاد		
PPRC: هدایت به هیئت/اجتماع عملکرد سیستم		
JMPN: هدایت به هیئت/اجتماع عملکرد سیستم		
N/A :MEC – CC	N/A :MEC – WC	N/A :MEC – BHC
هیئت 12/06، 11/09، 02/12، 1/16، 3/25/20، 10/27/21، 9/21/22	9/15/22	اجتماع عملکرد سیستم:
	7/26/23	