



医疗保健获取计划

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

政策概要:

有鉴于圣塔克拉拉县卫生系统(以下称「本县」)为加强支持获得可负担医疗保健机会,本县透过医疗保健获取计划(也称为患者财务援助政策或「财务援助」)向符合条件的低收入和中等收入户自费和高额医疗费用患者提供折扣性的医疗必要的服务或用品。本政策的简要概述如下。患者应查看完整政策以获取完整的计划信息,如有任何问题,请致电(866) 967-4677(周一至周五,上午8点至下午5点)联系本县财务顾问。

- 自费患者是指没有健康保险公司、医疗保健服务计划、红蓝卡或白卡(Medicare、Medi-Cal)等第三方保险的患者,其受伤不属于工伤赔偿、车祸保险赔偿或其他保险可赔偿的伤害保险,以及没有资格获得本县提供的医疗必要服务或用品健康保险或其他第三方保险的患者。
- 高额医疗费用患者是(1)患者自己每年在本县支付的自付医疗费用超过其当前家庭收入或过去12个月家庭收入10%的患者,或(2)其家庭向任何医疗服务提供商支付超过患者家庭收入10%的医疗费用的患者,前提是患者提供患者或患者家庭成员在过去12个月内支付的患者医疗费用的文件。
- 自费和高额医疗费用患者其为本县居民且家庭收入等于或低于联邦贫困线400%者有资格获得本县医疗服务提供者所提供的100%医疗必要的服务或用品折扣。
- 自费和高额医疗费用患者其为本县居民且家庭收入高于联邦贫困水平的400%但低于450%、550%或650%其有资格获取本县医疗服务提供者的必要医疗服务或用品70%、50%或25%分别的折扣。有资格获取部分折扣的患者可以要求本县政府设定一项长期的免息付款计划,使患者能够支付折扣价。
- 联邦贫困线每年都会改变。本政策中所引用的2022年联邦贫困线列于附件A。
- 符合条件的患者有资格获得为期一年的财务援助,除非他们的资格在该年结束前发生重大变化。患者必须将其资格发生重大变化(例如收入、健康保险资格或其他医疗保健服务、家庭组成员和/或医疗费用的变化)在六十(60)天内或在下一个服务时间点,两者以时间较快者为准,尽快通知本县。本县保留随时重新验证患者资格的权利。
- 符合条件的患者必须尽一切合理努力,自特定「护理事件」(Episode of Care)的初始账单发出日期起(账单随附医疗保健获取计划通知)的180天内,根据本政策提交完整的财务援助申请[或符合「折扣护理推定注册资格」(Presumptive Enrollment for Discount Care)]。如果患者自特定「护理事件」的初始账单日期起180天内未按照本政策提交完整的财务援助申请(或有资格获得「折扣护理的推定注册」),且没有资格获得财务援助,患者帐户则会依附件B「患者债务催收政策」(Patient Debt Collection Policy)中所述,传送至催收部门。
- 如果患者未能提供本县做出资格决定所需的合理且必要的信息,则收入周期主管(Revenue Cycle Director)或其指定人员有权酌情拒绝资格。收入周期主管或其指定人员可在180天期限后根据正当理由,裁定患者是否有资格获得财务援助,如本政

策稍后所述。

- 一般来说，非本县居民的自费和高额医疗费用患者没有资格在圣塔克拉拉县医疗设施中获得非急救医疗服务。然而在那些仍有病人容纳量的本县医疗设施内，非本县居民则可以接受非急救医疗保健服务。在本县医疗设施内接受医疗必要的服务或用品的非县居民以及自费或高额医疗费用患者，有资格获得特定护理事件(定义见下文)100%折扣，前提是他们有家庭收入，但处于或低于联邦贫困线的400%。

名词定义:

1. **患者的家庭或家人：**对于十八(18)岁及以上的患者，患者的家庭包括患者、患者的配偶或同居伴侣，以及二十一(21)岁以下的受抚养子女，无论是否住在家里。对于十八(18)岁以下的患者，患者家庭包括患者的父母或看护亲属，以及父母或看护亲属的二十一(21)岁以下的其他子女。
2. **本县居民：**本县居民是指居住在圣塔克拉拉县的人士。
3. **非本县居民：**非本县居民是指不居住在圣塔克拉拉县的人士。
4. **家庭收入：**家庭收入包括患者家庭所有成员的年总收入，减去任何赡养费或子女抚养费。
5. **自费患者：**自费患者是指没有健康保险公司、医疗保健服务计划、红蓝卡或白卡(Medicare、Medi-Cal)等第三方保险的患者，其受伤不属于工伤赔偿、车祸保险赔偿或其他保险可赔偿的伤害保险，以及没有资格获得本县提供的医疗必需服务或用品的健康保险或其他第三方保险的患者。自费患者包括但不限于：
(a) 有资格参加政府保险计划但接受该计划未涵盖的服务的患者，以及 (b) 在提供服务之前或期间福利用尽的患者。
6. **高额医疗费用患者：**高额医疗费用患者是指：
 - a. 医疗保健服务的第三方支付来源(即不是自费患者)，并且
 - b. 以下符合任何一项：
 - i. 欠县府的年度自付医疗费用超过患者当前家庭收入的10%或超过之前十二(12)个月家庭收入，以较低者为准，或
 - ii. 已支付，或有一名或多名家庭成员每年向任何医疗保健提供者支付超过患者家庭收入10%的自付医疗费用，前提是患者必需提供患者或患者家庭成员在过去12个月内支付的医疗费用文件。

这些医疗保健费用可以包括共付额 (copayment)、共同保险额 (coinsurance)、保险免赔额 (deductible) 或患者健康保险计划下受保患者应付的其他金额。
7. **折扣护理的推定注册：**根据从市场来源搜集的特定于患者的社会经济信息，可以确定患者有资格参加医疗保健获取计划。无家可归或在接受服务期间到期，并且既没有资金来源也没有责任方或遗产的患者可能被确定有资格获得财务援助，即使他们没有完成财务援助申请。Patient Access Director，或收入周期主管或其指定人员，会审查此类案例并根据具体情况做出决定。
8. **医疗必要服务或用品：**医疗必要服务或用品是治疗或诊断医疗状况所必需的医疗服务和/或用品供应，若有遗漏则可能会对患者的健康产生不利影响。以下服务通常不被视为医疗必要的服务或用品，因此通常不在本政策的承保范围内：
 - a. 生殖内分泌和不孕症服务;

- b. 美容服务或整形外科服务;
- c. 视力矫正服务，包括LASEK、PRK、传导角膜移植术、Intac 的角膜环段、定制轮廓的 C-CAP;
- d. 患者自己叫的救护车;和
- e. 生活方式药物：由圣塔克拉拉县立医疗中心 (SCVMC) 药房和治疗委员会定义。

本县保留更改此一般未承保服务和/或用品清单的权利。在极少数情况下，例如，根据医生或参与服务提供商的建议，本县首席医疗官或其指定人员可能会批准其中一项服务或用品作为特定患者的医疗必要服务或用品。县首席医疗官或其指定人员的决定为最终决定。

9. **护理事件**：就本政策而言，护理事件 (Episode of Care) 是指:

- a. 在住院环境中，在入院之日至出院之日之间收到的医疗必要服务或用品与该入院相关; 或
- b. 在急诊室或门诊环境中，个人就诊以接受医疗必要的服务或用品

程序:

A. 财务援助获取资格

1. 要在本政策下获得财务援助，患者必须提交完整的财务援助申请或有资格获得折扣护理的推定注册来申请财务援助。
 - a. 符合条件的患者必须自特定「护理事件」(Episode of Care)的初始账单发出日期起(账单随附医疗保健获取计划通知)的180天内，尽一切合理努力提交完整的财务援助申请(或有资格获得折扣护理的推定注册)。如果患者自特定护理事件的初始账单日期起 180 天内未按照本政策提交完整的财务援助申请(或有资格获得折扣护理的推定注册)，并且有资格获得财务援助，则患者的账户可能会按照随附的附件 B 「患者债务催收政策」(Patient Debt Collection Policy) 中所述，进行催收款。如果患者未能提供本县做出资格决定所需的合理且必要的信息，则收入周期主管(Revenue Cycle Director) 或其指定人员有权酌情拒绝资格。
 - b. 过了这段 180 天的时间之后，并且在任何情况下，在与患者未付账单有关的民事催收诉讼中作出最终判决之前，收入周期主管或其指定人员可以求患者提供更多信息，以证实正当理由请求。除了填写完整的财务援助申请表，患者还必须提交一份书面声明，解释他们为何未在规定的180 天期限内申请财务援助。患者可能能够证明存在正当理由的情况范例包括但不限于：本县无意中向患者提供有关医疗保健计划或基于政府的健康保险选项的不完整或不准确的信息; 患者的身体、精神、教育或语言限制使患者无法在180 天的时间范围内提交完整的财务援助申请; 和/或患者患有严重疾病，或者患者的直系亲属死亡或患有严重疾病，导致患者无法在 180 天的期限内提交完整的财务援助申请。
2. 患者在申请财务援助时，必须按照本县的要求提供真实、准确和完整的信息，包括必要的证明文件。如果患者在申请过程中提供虚假或不完整的信息，可能会被裁定不符合财务援助的资格。
3. 患者必须在其财务援助申请中提供以下每种类型的文件之一:

- a. 身份证明(例如，驾照、护照、政府签发的身份证、工作或学校身份证，或出生证明以及其他身份证明，例如健身房或 Costco 会员);
 - b. 收入证明(例如，工资单或所得税申报表); 和
 - c. 居住证明 (例如，租赁合同/租约、房贷按揭账单、水电费账单、车辆登记、驾驶执照、无家可归声明，或与申请人同住者的支持信以及该位同住者的居住证明)。
 - d. 任何根据上述「高额医疗费用患者」所定义的 (b)(ii) 部分而寻求财务援助资格的患者，还必须提交他们和/或其家庭成员在过去 12 个月内支付的医疗费用文件。
4. 符合条件的患者可根据其家庭收入获得不同级别的财务援助，如下表和本政策的附件A 所列。

依照家庭收入，自费患者或高额医疗费用患者可获得的财务援助金额

家庭收入	注销病人应付 医疗必要服务或用品的金额
家庭收入等于或低于联邦贫困线的 400%	100% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 401-449% 之间	70% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 450-549% 之间	50% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 550-649% 之间	25% 慈善关怀注销

附件 A 列出 2022 年联邦贫困线。

对于无法完成申请或提供所有必要文件的患者，本县卫生系统 (Health System) 会开发并依赖一种推定工具，注册患者纳入医疗保健获取计划(Healthcare Access Program)，该推定工具根据目前现有已登记参加无家可归者服务、妇女婴儿和儿童 (WIC) 计划、营养补充辅助计划(SNAP，通常也称为食品券)、和某些住房补贴等项目者的情况而设计。

5. 没有健康保险 (或没有其他第三方支付医疗必要服务或用品来源) 的患者，将接受筛查以决定他们是否有资格参加任何州、联邦和/或本县健康计划，和/或任何其他第三方支付来源。本县会尽一切合理努力从患者那里获取有关私人或公共健康保险或赞助是否可以全部或部分支付该县提供的医疗护理费用的信息。当患者联系 Patient Access Department 了解可供选择的财务援助时，本县还会采取措施，帮助他们完成 Medi-Cal、其他政府资助的医疗保险和 Healthcare Access Program 的申请 (如有适用任一项)。如果患者在申请财务援助的同时也申请或正在申请另一项健康保险计划，则这两项申请均不得排除符合其他计划的资格。
6. 寻求财务援助的患者必须申请他们有资格获得的所有健康保险 (或医疗必要服务或用品的其他第三方支付来源)，除非本县收入周期主任或其指定人员免除患者如下所陈述的要求。
7. 如果患者未能尽一切合理努力来获得健康保险 (或医疗必要服务或用品的其他第三方支付来源)，则该项可能成为被拒绝获取财务援助的理由。
8. 收入周期主管或其指定人员可以免除联邦规定中关于「公共收费理由不可受理」的最终规则 (依据《联邦法规》第84卷第41,292页，2019年8月14日)，针对「可能合理地遭受移民负面后果的」患者免除遵守此一要求。例如，年满 21 岁或以上，并正在寻求合法永久居留权，并具有以下移民身份的成年患

者，可能不需要申请联邦资助的健康保险：(1) 获准假释进入美国至少一年的患者；(2) 准予暂缓遣返或遣返的患者；(3) 1980年4月1日之前准予有条件入境的患者；(4) 古巴-海地入境者；或(5) 自1996年8月22日之前参加 SSI 相关 Medi-Cal 的患者。

9. 符合条件的患者可从本县医疗服务提供者处获得医疗必要服务或用品的财务援助。患者无权为非医疗必要服务或用品的服务、或单独收费的医生专业费用、或本县未要求的救护车运送获得财务援助。在极少数情况下，当需要转诊到本县卫生系统以外的地方时，本县首席医疗官或其指定人员，可以批准为从外县卫生系统获得医疗必要服务和用品而提供财务援助。

B. 本县居民的财务援助范围

1. 本县居民的财务援助通常会延长一年期限，从患者提交完整的财务援助申请或有资格获得折扣护理推定注册的当月第一天(以较早者为准)开始，或患者完成的财务援助申请或折扣护理推定注册所涉及的护理事件的第一天，除非在该年结束前患者的资格发生重大变化(例如，符合从健康保险公司或其他第三方支付医疗必要服务或用品的第三方保险的资格)。收入周期主管或其指定人员也有权根据正当理由提供额外折扣。
2. 患者必需根据情况，每年重新申请财务援助，可以借由提交财务援助续约申请，也可以重新申请折扣护理的推定注册。
3. 患者必须在发生变更后的六十(60)天内或在下一个服务时间点(以较早发生者为准)，将其影响资格的重大变更(如收入、健康保险或其他医疗服务保险覆盖范围、家庭人口组成或医疗费用的变更)通知本县。县府保留随时重新确认患者资格的权利。
4. 如果患者未能及时将其影响资格的任何重大变更通知本县，则县府可从重大变更生效之日起追溯，终止其财务援助。

C. 非本县居民的财务援助范围

1. 非本县居民的自费和高额医疗费用患者通常没有资格在圣塔克拉拉县立医疗设施获得非急救医疗服务。然而在某些仍有病人容纳量的本县医疗设施内，非本县居民则可以接受非急救医疗保健服务。
2. 如果非本县居民的家庭收入达到或低于联邦贫困线的 400%，则在本县医疗设施接受医疗必要服务或用品且为自费或高额医疗费用患者的非本县居民，有资格获得这些服务的100% 注销。
3. 符合条件的非本县居民只能有资格获得特定护理事件的财务援助，而不能持续获补助一年。收入周期主管或其指定人员，有权在显示正当理由时酌情提供额外折扣。

D. 付款计划

1. 根据本政策有资格享受部分折扣的患者，可要求与县府建立长期无息支付计划，以允许长期支付折扣价格。
2. 本县将和患者协商付款计划的条件与限制。在与患者协商合理支付计划的条款时，本县会考虑患者的家庭收入和基本生活费用。「基本生活费」是指租金或房屋支付和维护、食品和家庭用品、水电瓦斯费和电话费、服装费、医疗费和牙医费、保险费、学校或儿童照顾费、子女或配偶赡养费、交通费和汽车费，包括汽车保险费、油费和修理费、分期付款、洗衣费和清洁

费以及其他非常费用。

3. 如果本县和患者无法就付款计划的条件与限制达成一致，本县将使用《加州卫生安全法》第127400节第(i)小节中所述的公式，制定一个合理的付款计划，包括每月不超过患者家庭收入10%的付款，不包括基本生活费用的扣除额。

E. 上訴

1. 本县将在收到患者完整的财务援助申请后30天内做出决定。该决定会包括患者对资格被拒如何提出上诉，以及上诉时限的指示说明。
2. 对于申请财务援助资格被拒绝的患者，可以书面形式对资格被拒的决定提出上诉。上诉必须包含上诉依据理由和想请求的救济。上诉表格可进入线上获取 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 或拨打 (877) 967-4677联系Patient Access。
3. 上诉必须在被拒绝后三十(30)天内送达以下地址:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. 收入周期主管将在收到上诉表格后三十(30)天内决定所有初始上诉。
5. 如果收入周期主管或其指定人员再次维持原始拒绝裁定，患者可提交第二次书面上诉。任何的二次上诉则必须由圣塔克拉拉县卫生系统首席财务官，在首次上诉被驳回后三十(30)天内，送达以下地址：

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. 首席财务官将在三十(30)天内决定所有二次上诉。
7. 任何第二次上诉的决定将是最终裁定。

F. 本政策修订通知程序

1. 财务援助政策及其附件将至少每两年于1月1日或在进行重大修订时提供给卫生保健获取和信息部(HCAI)。
2. 如果自上一次提交以来未进行任何重大修订，HCAI 将被通知未进行重大修订。

政策背景:

本政策旨在遵守以下法律规定:

- 加州医院公平定价政策 (HFFP) 法，加州卫生安全法§127400 及以下各条。
- 加州急诊医师公平定价政策(EPPFP)法，加州卫生安全法§127450及以下各条。

本政策建构本县的慈善关怀计划。
本政策将始终一致地适用于所有本县患者。

本政策仅适用于本县医疗服务提供者所提供的医疗必要服务或用品。本县医疗服务提供者其最新名单可通过以下“Find A Provider”页面获得 <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O'Connor Hospital), and <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital)。进入本县医院暨诊所一览表：<https://www.scvmc.org/find-health-center>。

特此通知患者，根据《加州卫生安全法》第127450节的定义，在本县医疗设施提供急救医疗服务的急诊医生，法律要求应为自费患者和高额医疗费用患者其收入等于或低于联邦贫困线的400% 提供折扣。

对于圣塔克拉拉县立卫生系统可选购服务的列表清单，请造访 <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>。

本政策不放弃或更改本县与第三方付款人之间协商的任何合同条款或费率，也不向非合同第三方付款人或其他有负有法律责任代表受益人、受保人或被保险人付款的实体提供折扣。本政策不允许保险公司对不符合财务援助资格的患者进行例行性保险免赔额、共同付款和/或共同保险豁免。

责任:

有关实施本政策的问题，请联系 Patient Access Director，地址为: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 或 (866) 967-4677。

本财务援助政策取代以下现已无效的政策：VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; 以及 St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

本财务援助政策上次更新于2022年12月8日。

附件 A

2022 年联邦贫困线图表

2022 年联邦贫困线							
Size of Household	100% Discount*	70% Discount		50% Discount		25% Discount	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件人： 圣塔克拉拉县卫生系统
执行领导小组

发件人： René G. Santiago, 副县长暨
圣塔克拉拉县卫生系统主任

主旨： 患者债务催收政策

参考文献： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (医疗保健获取计划)

定义：

1. **患者:** 就本政策而言，患者包括从 CSCHS 获得医疗保健项目和/或服务的任何个人，如果非同一人，则包括他们的担保人。
2. **担保人:** 承担患者债务支付责任的个人。
3. **患者债务:** 患者欠 CSCHS 疗保健项目和/或服务的金额。
4. **DTAC:** 圣塔克拉拉县税务和收款部 (The County of Santa Clara’s Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者债务。
5. **财务援助:** 根据 CSCHS 财务援助政策的条款，由 CSCHS 授权患者债务的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 医疗保健获取政策:** 一项 CSCHS 财务援助计划的单独政策，也称为医疗保健获取计划 (HAP)，该计划为 CSCHS 向某些符合条件的低收入或中等收入患者其医疗保健项目和/或服务提供折扣付款。CSCHS 财务援助政策可在线获取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景:

本政策目的是为向患者收取欠圣塔克拉拉县卫生系统 (CSCHS) 债务而定义的标准和实践。

政策:

CSCHS 的政策是以准确，及时且符合适用法律和法规的方式向患者收费，包括但不限于《加州卫生安全法》、《加州民法》及《美国法》的适用条款。

程序:

责任方

行动

CSCHS 患者业务服务

1. 在 CSCHS 首席财务官的授权下，CSCHS 将追讨患者因 CSCHS 提供的医疗保健项目和/或服务而欠下的债务，包括将未支付的金额指定为坏账并将此类金额提交给 DTAC 进行催收。催收行动将由 CSCHS 和 DTAC 自行决定并遵守所有适用的州和联邦法规，包括加州医院公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127400 节等）、急诊医师公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127450 条及以下各节）、Rosenthal 公平债务催收实务法（加州民法，第 1788 条及以下各条）和联邦公平债务催收实务法（美国法，第 15 条）。
2. CSCHS 将获得 DTAC 的书面协议，即 DTAC 将完全遵守本政策。书面协议不会被解释为在 CSCHS 和 DTAC 之间建立合资企业，或以其他方式允许 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在将患者债务转介给 DTAC 之前，CSCHS 将执行以下所有操作：
 - a. 尽一切合理努力从患者那里获得有关私人或政府健康保险或赞助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的医护费用的信息。
 - b. 为没有第三方付款人提供医疗保险的患者，或要求折扣价格或慈善注销关怀的患者，提供 Medi-Cal 计划或其他州或县资助的医疗保险计划的申请。
 - c. 邮寄患者至少四 (4) 份 CSCHS 提供服务的账单，告知患者其财务责任。在服务日期当

天或之后、在开账单时、以及在将患者债务提交给 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 财务援助政策和申请通知，告知患者财务援助参考选项。

- d. 当患者联系 CSCHS Patient Access 部门了解财务援助选项时，必需采取措施帮助这些患者完成 Medi-Cal、其他政府资助医疗保险或医疗保健获取计划的申请（如有适用）。
 - e. 在将患者债务转给 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者发送通知(也称为“告别信”)。该通知将包括:
 - i. 将账单转给 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何从 CSCHS 获得细目账单的声明;
 - iv. 接受医疗服务时在 CSCHS 病历登记患者健康保险的名称和类型，或登记 CSCHS 没有保险的声明;
 - v. CSCHS 财务援助申请表的纸本; 以及
 - vi. 患者最初收到申请财务援助通知的日期、患者最初收到财务援助申请的日期、以及 CSCHS 对患者的财务援助申请做出决定的日期（如有适用）。
 - f. 在初始账单发出至少等待 180 天之后，才将患者债务转交给 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 条所列的步骤，CSCHS 可以将患者债务转交给 DTAC，并采取以下一项或多项催收行动:
- a. 參與標準收款工作，包括但不限于使用账

单、书面信函和电话;

- b. 以符合所有适用法律的方式对患者提起民事诉讼。通过书面机构间协议，CSCHS 将确保 DTAC 不会对患者提起民事诉讼，如果该患者对其收到 CSCHS 账单的项目或服务（定义见《加州卫生安全法》第 127426 节第(b)小节）的承保范围有未决上诉，且患者做出合理努力与 CSCHS 和 DTAC 沟通任何未决上诉的进展。未决上诉包括对医保计划不满申诉、管理医疗保健部或保险部进行的独立医疗审查、Medi-Cal 公平听证会和 Medicare 上诉，详见《加州卫生安全法》第 127426 节 (b)小节。
5. 透过书面机构间协议，CSCHS 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后，DTAC 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后、《Rosenthal 公平债务催收实践法》，以及《联邦公平债务催收惯例法案》，该法案将包括一项声明，即根据《卫生安全法》第 127430 节，患者所在地区可提供非营利信用咨询服务；并且在与患者的第一次书面沟通中，DTAC 将提供一份《告别信》纸本和一份声明，声明自患者最初为债务基础的医疗服务开具账单之日起已超过 180 天，DTAC 可对患者提起诉讼，以收回债务，DTAC 不会向信用机构通报患者不利信息。
6. CSCHS 不会参与以下任何催收行动:
- a. 向消费者信用报告机构或信用卡局报告患者债务的不利信息;
 - b. 向债务买家出售患者债务;
 - c. 因患者先前未支付医疗护理的一张或多张账单，而推迟或拒绝患者，或在提供医疗必要护理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不动产的赎回权;
 - e. 查封或扣押患者的银行账户或其他个人财产; 或
 - f. 用扣留工资或对主要住所有留置权作为手段，向有资格获得财务援助的患者收取未付医院账单。
7. 任何患者都可以要求建立无息支付计划，支付患者债务。
- a. 在与患者协商付款计划的条款时，CSCHS 要考虑患者的家庭收入和生活费用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合财务援助资格的患者无法就付款计划达成一致时，CSCHS 将使用《加州卫生安全法》第 127400 节第(i) 小节中所述的公式和定义，制定一个合理的付款计划，除扣除基本生活费用外，每月不超过患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天内连续支付所有到期款项，则付款计划可能会被宣布无效。。
 - d. 在宣布付款计划无效之前，CSCHS 将：
 - i. 合理尝试通过电话联系患者，以书面形式通知付款计划可能失效，并告知患者有机会尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - ii. 应患者要求，尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - e. 在付款计划被宣布无效之前，CSCHS 不会因患者未付款而对患者提起民事诉讼。
8. CSCHS 不会使用付款存根、所得税申报表或在财务援

助申请过程中从患者处获得的资产文件进行索款。

9. 如果 CSCHS 收入周期主管或其指定人员审查在初始账单发出后超过 180 天才提交财务援助申请时，CSCHS 收入周期主管或其指定人员将请求 DTAC 暂停收款活动，包括中止民事诉讼，直至 CSCHS 收入周期主管或其指定人员对申请作出决定。如果在民事诉讼开始后发现患者有资格获得财务援助，CSCHS 将与 DTAC 合作以对法定利益有损的方式驳回诉讼。
10. 本政策中的任何内容均不妨碍 CSCHS 或 DTAC 以符合适用法律的方式追究第三方责任。

患者

1. 患者应直接向 CSCHS 患者业务服务提出本政策有关问题。患者可以通过电话 (408) 885-7470 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 或亲自前往) 或亲自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 联系 CSCHS 患者业务服务。
2. 患者应尽一切合理努力及时回复 CSCHS 和 DTAC 的账单和相关通信。
3. 如果患者有健康保险、红蓝白卡(Medicare、Medi-Cal) 或其他第三方保险，可能会支付在 CSCHS 接受的所有或部分医疗项目和/或服务，患者应尽一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓励患者阅读完整 CSCHS 财务援助政策，如果他们认为自己有资格获得财务援助，请尽快完成并提交财务援助申请。患者可以查看 CSCHS 财务援助政策并在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下载申请表。患者如果对财务援助政策有任何疑问，也可以致电 (866) 967-4677 (周一至周五上午 8 点至下午 5 点) 联系 CSCHS Patient Access 部门。

发布日期: 12/08/2022