



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی

خلاصه خطمشی:

سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا (در سطور بعد «شهرستان»)، از افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامتی مقرون‌به‌صرفه حمایت می‌کند. بنابراین، شهرستان از طریق این طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی (که تحت عنوان خطمشی پشتیبانی مالی بیمار یا «پشتیبانی مالی» نیز شناخته می‌شود)، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تخفیف‌دار را به بیماران واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط که خودپرداز (Self-Pay) هستند و هزینه‌های بالای پزشکی دارند، ارائه می‌دهد. شرح مختصری از این خطمشی به قرار زیر است. بیماران باید برای اطلاعات کامل طرح، تمامی خطمشی‌ها را مرور نمایند و در صورت داشتن هرگونه سؤال، با مشاور مالی شهرستان به شماره (866) 967-4677 (8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه) تماس برقرار نمایند.

- بیماران خودپرداز، بیمارانی هستند فاقد پوشش شخص ثالث از بیمه‌گر سلامت، طرح خدمات مراقبت‌های سلامتی، Medicare یا Medi-Cal، که آسیب‌پذیری آنها برای غرامت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه‌ها، آسیب قابل جبرانی نیست و واجد شرایط بیمه درمانی یا سایر پوشش‌های شخص ثالث برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی ارائه‌شده توسط شهرستان نیستند.
- بیماران با هزینه‌های بالای پزشکی یا (1) بیمارانی هستند که متحمل هزینه‌های سالانه مراقبت‌های سلامتی فاقد پوشش بیمه خود از شهرستان شده‌اند که از کمتر از 10٪ درآمد فعلی خانوادگی آنها یا درآمد خانوادگی‌شان در 12 ماه گذشته بیشتر است یا (2) بیمارانی که خانواده آنها هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی که بیش از 10٪ درآمد خانوادگی بیمار است را به ارائه‌دهنده پزشکی پرداخت کرده است، در صورتی که بیمار مدارکی از هزینه‌های پزشکی بیمار که توسط بیمار یا اعضای خانواده بیمار در 12 ماه قبل پرداخت شده است را ارائه نماید.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان هستند و افرادی که درآمد خانوادگی آنها زیر 400٪ از سطح فقر فدرال است، واجد شرایط 100٪ تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان هستند.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان هستند و افرادی که درآمد خانوادگی آنها بالای 400٪ اما زیر 450٪، 550٪ یا 650٪ از سطح فقر فدرال است، به ترتیب، واجد شرایط 70٪، 50٪ یا 25٪ تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان هستند. بیماری که واجد شرایط دریافت تخفیف نسبی گردد می‌تواند از شهرستان برای تنظیم یک طرح پرداخت بلند مدت و بدون بهره درخواست نماید تا به وی این امکان را بدهد که مبلغ تخفیف خورده را در طول زمان پرداخت کند.
- سطوح فقر فدرال هر سال تغییر می‌کند. سطوح فقر فدرال 2022 که در این خطمشی به آن اشاره شده، در پیوست A ذکر شده است.
- بیماران واجد شرایط برای دریافت یک دوره یک ساله پشتیبانی مالی صلاحیت پیدا می‌کنند، مگر اینکه قبل از اتمام آن سال، در واجد شرایط بودن آنان تغییرات اساسی ایجاد گردد. بیماران باید شهرستان را درباره تغییرات عمده مربوط به واجد شرایط بودن خود (مانند تغییراتی در درآمد، واجد شرایط بودن برای بیمه سلامتی یا پوشش‌های دیگر برای مراقبت‌های سلامتی، ساختار خانواده و/یا هزینه‌های پزشکی آنها) ظرف شصت (60) روز یا در زمان دریافت خدمات بعدی، هر کدام که زودتر باشد، مطلع سازند. شهرستان حق بررسی مجدد و تأیید صلاحیت بیمار را در هر زمان، برای خود محفوظ می‌دارد.
- طبق این خطمشی، بیماران واجد شرایط باید ظرف مدت 180 روز از تاریخ صورت‌حساب اولیه آنها برای یک دوره خاص مراقبت و اعلان الحاقی طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، تمام تلاش منصفانه خود را برای ارائه یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) انجام

دهند. طبق این خطمشی، اگر بیمار طی مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه وی، درخواست پشتیبانی مالی تکمیل شده (یا واجد شرایط ثبت نام احتمالی برای خدمات تخفیف دار) برای یک دوره خاص مراقبت و واجد شرایط پشتیبانی مالی را ارائه ننماید، گزارش حساب بیمار ممکن است به مجموعه هایی ارسال شود که در خطمشی وصول بدهی بیمار در پیوست B ضمیمه شده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها این اختیار را دارد که اگر بیمار، اطلاعات منطقی و مورد نیاز برای تعیین صلاحیت را به شهرستان ارائه نکند، صلاحیت را رد نماید. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها می تواند واجد شرایط بودن بیمار برای پشتیبانی مالی را پس از این دوره 180 روزه پس از اثبات دلیل موجه، همانطور که بعداً در این خطمشی توضیح داده می شود، تعیین نماید.

- به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه های بالای پزشکی که ساکن شهرستان نیستند، واجد شرایط دریافت مراقبت های سلامتی غیراورژانسی در مراکز شهرستان سانتا کلارا نمی شوند. در آن مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیر ساکن در شهرستان می توانند مراقبت های سلامتی غیراورژانسی دریافت کنند. افراد غیر ساکن در شهرستان که در مراکز شهرستان، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت می کنند و افرادی که خودپرداز و دارای هزینه های بالای پزشکی هستند، اگر درآمد خانوادگی آنها زیر 400٪ از سطح فقر فدرال باشد، واجد شرایط دریافت 100٪ تخفیف برای آن دوره خاص مراقبت (طبق تعریف زیر) می باشند.

تعاریف:

1. **خانواده بیمار یا خانواده:** برای بیماران هجده (18) ساله به بالا، خانواده بیمار شامل خود بیمار، همسر یا شریک خانگی بیمار و فرزندان تحت تکفل زیر بیست و یک (21) سال می شود، چه در همان خانه زندگی کنند، چه نکنند. برای بیماران زیر هجده (18) سال، خانواده بیمار شامل والدین بیمار یا خویشاوندان مراقب و سایر فرزندان والدین یا خویشاوندان مراقب زیر بیست و یک (21) سال می شود.
2. **ساکن شهرستان:** ساکن شهرستان، فردی است که در شهرستان سانتا کلارا زندگی می کند.
3. **فرد غیر ساکن شهرستان:** فرد غیر ساکن، شخصی است که در شهرستان سانتا کلارا زندگی نمی کند.
4. **درآمد خانواده:** درآمد خانواده شامل درآمد ناخالص سالانه همه اعضای خانواده بیمار، منهای هر گونه پرداختی است که بابت نفقه یا حق اولاد صورت می گیرد.
5. **بیمار خودپرداز:** بیمار خودپرداز بیماری است فاقد پوشش شخص ثالث از بیمه گر سلامت، طرح خدمات مراقبت های سلامتی، Medicare یا Medi-Cal، که آسیب دیدگی او برای غرامت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه ها، آسیب قابل جبرانی نیست و واجد شرایط بیمه درمانی یا سایر پوشش های شخص ثالث برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی ارائه شده توسط شهرستان نمی باشد. بیماران خودپرداز، بدون محدودیت شامل موارد زیر است: (a) بیمارانی که واجد شرایط یک طرح بیمه دولتی هستند اما خدماتی را دریافت می کنند که تحت پوشش چنین طرحی نیست و (b) بیمارانی که مزایای آنها قبل یا در طول ارائه خدمات، به اتمام رسیده است.
6. **بیمار دارای هزینه های بالای پزشکی:** بیمار دارای هزینه های بالای پزشکی، بیماری است که:

ا. یک منبع ثالث پرداختی بابت مراقبت های سلامتی دارد (یعنی بیمار خودپرداز نیست) و

ب. یا:

1. هزینه های مراقبت های سلامتی سالانه فاقد پوشش بیمه خود که کمتر از 10٪ از درآمد کنونی خانوادگی بیمار یا درآمد خانوادگی در دوازده (12) ماه قبل فراتر رود را به شهرستان بدهکار است، یا
2. خودش یا یک یا چند نفر از اعضای خانواده وی، هزینه های پزشکی سالانه فاقد پوشش بیمه که از 10٪ درآمد خانوادگی بیمار فراتر می رود را به ارائه دهنده مراقبت های سلامتی پرداخت کرده اند، در صورتی که بیمار مدارکی دال بر هزینه های پزشکی پرداخت شده بیمار توسط بیمار یا اعضای خانواده بیمار در 12 ماه گذشته را ارائه دهد.

این هزینه های مراقبت های سلامتی ممکن است شامل پرداخت مشترک بیمه، پرداخت مشترک پس از پرداخت مبلغ قابل کسر (coinsurance)، فرانشیز یا سایر مبالغی باشد که پرداخت آن به عهده بیمار

تحت پوشش بیمه سلامت است.

7. **ثبت نام احتمالی برای خدمات درمانی تخفیف‌دار:** یک بیمار ممکن است بر اساس اطلاعات اجتماعی-اقتصادی خاص بیمار که از منابع بازار جمع آوری شده است، واجد شرایط طرح دسترسی به خدمات درمانی تعیین گردد. بیمارانی که بی‌خانمان هستند یا در حین دریافت خدمات، فوت می‌شوند و نه منبع تأمین بودجه و نه یک طرف یا ورثه مسئول دارند، ممکن است واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی شوند حتی اگر درخواست پشتیبانی مالی را تکمیل نکرده باشند. سرپرست دسترسی بیمار یا سرپرست چرخه درآمد یا معاون آنها، به صورت موردی این موارد را بررسی و در مورد آنها تصمیم‌گیری می‌کند.

8. **خدمات یا لوازم ضروری پزشکی:** منظور از خدمات یا لوازم ضروری پزشکی، خدمات و/یا لوازم پزشکی‌ای است که برای درمان یا تشخیص یک بیماری لازم است و حذف آن ممکن است تأثیر نامطلوبی بر سلامتی بیمار بگذارد. خدمات زیر به طور کلی به عنوان خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تلقی نمی‌شوند و بنابراین معمولاً تحت پوشش این خطمشی قرار نمی‌گیرند:

ا. خدمات متخصص غدد درون‌ریز و ناباروری؛

ب. خدمات زیبایی یا خدمات جراحی پلاستیک؛

ت. خدمات اصلاح بینایی از جمله لیزیک، PRK، کراتوپلاستی هدایتی، کارگذاری رینگ داخل قرنیه‌ای یا INTACS، عمل لیزر C-CAP؛

ث. حمل و نقل با آمبولانس درخواستی از سوی بیمار؛ و

ج. داروهای مربوط به سبک زندگی طبق تعریف کمیته داروخانه و داروهای درمانی مرکز پزشکی دره سانتا کلارا (SCVMC).

شهرستان حق تغییر فهرست خدمات و/یا لوازمی را که عموماً تحت پوشش نیستند برای خود محفوظ می‌دارد. در موارد نادر، به عنوان مثال بر اساس توصیه یک پزشک یا ارائه‌دهنده طرف قرارداد، مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی می‌تواند یکی از این خدمات یا لوازم را به عنوان خدمات یا لوازم ضروری پزشکی برای یک بیمار خاص تأیید کند. تصمیم مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی، نهایی و قطعی است.

9. **دوره مراقبت:** در این خطمشی، دوره مراقبت یعنی:

ا. خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت‌شده در شرایط بستری، از تاریخ پذیرش تا تاریخ ترخیص مرتبط با آن پذیرش؛ یا

ب. ویزیت فردی برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی در بخش اورژانس یا بخش سرپایی.

دستورالعمل:

ا. واجد شرایط بودن برای پشتیبانی مالی

1. طبق این خطمشی، بیمار به منظور دریافت پشتیبانی مالی باید یا از طریق ارسال یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده و یا با تعیین صلاحیت‌شدن برای ثبت‌نام احتمالی خدمات درمانی تخفیف‌دار، جهت دریافت پشتیبانی مالی اقدام نماید.

ا. طبق این خطمشی، بیماران واجد شرایط باید ظرف مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه آنها برای یک دوره خاص مراقبت و اعلان الحاقی طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، تمام تلاش منصفانه خود را برای ارائه یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) انجام دهند. طبق این خطمشی، اگر بیمار طی مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه وی، درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) برای یک دوره خاص مراقبت و واجد شرایط پشتیبانی مالی را ارائه ننماید، گزارش حساب بیمار ممکن است به مجموعه‌هایی ارسال شود که در خطمشی وصول بدهی بیمار در پیوست B ضمیمه شده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها این اختیار را دارد که اگر بیمار، اطلاعات منطقی و موردنیاز برای تعیین صلاحیت را به شهرستان ارائه نکند، صلاحیت را رد نماید.

ب. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها می‌تواند بلافاصله پس از این دوره 180 روزه و در هر حال، قبل از اینکه داوری نهایی در اقدام دعوی وصول مدنی مربوط به صورتحساب پرداخت‌نشده بیمار وارد شود، واجد شرایط بودن بیمار مذکور برای پشتیبانی مالی را با نشان دادن یک دلیل موجه، تعیین نماید. بیمار علاوه بر درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده خود، طی یک بیانیه کتبی باید توضیح دهد که چرا در بازه زمانی مشخص‌شده 180 روزه برای درخواست پشتیبانی مالی اقدام نکرده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی ممکن است از بیمار بخواهد که اطلاعات بیشتری را برای اثبات درخواست دلیل موجه خود ارائه کند. موارد زیر مثال‌هایی است از شرایطی که در آنها بیمار می‌تواند وجود دلیل موجه را ثابت نماید (اما محدود به این موارد نیست): شهرستان سهوا اطلاعات ناقص یا نادرستی در مورد طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی یا گزینه‌های پوشش سلامتی دولتی را در اختیار بیمار قرار داده است؛ محدودیت‌های جسمی، ذهنی، آموزشی یا زبانی بیمار مانع از ارائه درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده در بازه زمانی 180 روزه گردیده است؛ و/یا بیمار به یک بیماری جدی مبتلا بوده، یا در بستگان درجه یک وی، فوت یا بیماری جدی وجود داشته که مانع از ارائه درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده توسط بیمار در بازه زمانی 180 روزه گردیده است.

2. بیماران باید هنگام درخواست پشتیبانی مالی، اطلاعات درست، دقیق و کامل از جمله مدارک تصدیق‌کننده لازم مورد درخواست شهرستان را ارائه دهند. در صورتی که بیماران در طول فرایند درخواست، اطلاعات غلط یا ناقص ارائه دهند ممکن است فاقد شرایط لازم برای دریافت پشتیبانی مالی تعیین شوند.

3. بیماران در کنار درخواست پشتیبانی مالی، باید یک مورد از هر کدام از انواع مدارک زیر را ارائه دهند:

أ. مدرک شناسایی (مثلاً گواهینامه رانندگی، گذرنامه، کارت شناسایی صادره توسط دولت، کارت شناسایی کار یا مدرسه یا گواهی تولد به علاوه سایر کارت‌های شناسایی از قبیل کارت عضویت باشگاه ورزشی یا Costco)؛

ب. مدرک درآمد (مثلاً فیش‌های حقوقی یا اظهارنامه مالیات بر درآمد)؛ و

ت. مدرک اقامت (مثلاً قرارداد اجاره/رهن، اظهارنامه وام مسکن، قبض خدمات شهری، کارت خودرو، گواهینامه رانندگی، اعلامیه بی‌خانمانی یا نامه پشتیبانی از فردی که متقاضی با او زندگی می‌کند و مدرک اقامت برای آن فرد).

ث. هر بیماری که بر اساس بخش (ii) (b) از تعریف "بیمار با هزینه‌های بالای پزشکی" در بالا، متقاضی واجد شرایط شدن برای پشتیبانی مالی است باید همچنین مدارکی از هزینه‌های پزشکی که وی و/یا اعضای خانواده او در 12 ماه قبل پرداخت کرده‌اند را ارائه کند.

4. همانطور که در جدول زیر و پیوست A این خطمشی ذکر شده، سطوح مختلف پشتیبانی مالی برای بیماران واجد شرایط بر اساس درآمد خانوادگی آنها موجود است.

مبلغ پشتیبانی مالی موجود برای ساکنین شهرستان که یا بیماران خودپرداز هستند یا بر اساس درآمد خانوادگی، دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند

درآمد خانوادگی	مبلغ کسر شده از مبالغ پرداختی بیمار بابت خدمات یا نوازم ضروری پزشکی
درآمد خانوادگی کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال	100٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
درآمد خانوادگی بین 401-449٪ از سطح فقر فدرال	70٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
درآمد خانوادگی بین 450-549٪ از سطح فقر فدرال	50٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه

درآمد خانوادگی بین 550-649٪ از سطح فقر فدرال	25٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
--	--

لیست سطح فقر فدرال 2022 در پیوست A ذکر شده است.

برای بیمارانی که قادر به تکمیل درخواست یا ارائه همه مدارک لازم نیستند، سازمان سلامت ممکن است ابزاری را ایجاد و به آن تکیه کند تا در طرح‌های دسترسی مراقبت‌های سلامتی بر اساس ثبت‌نام کنونی در طرح‌هایی مثل خدمات بی‌خانمان‌ها، طرح زنان، شیرخواران و کودکان (WIC)، طرح پشتیبانی تغذیه تکمیلی (SNAP) که عموماً به عنوان بن غذا شناخته می‌شود) و برخی از برنامه‌های ارائه مسکن یارانه‌ای، بیماران را به صورت احتمالی ثبت‌نام کند.

5. بیمارانی که فاقد بیمه سلامت (یا یک منبع ثالث پرداخت دیگر بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) هستند، بررسی خواهند شد تا تعیین گردد آیا واجد شرایط هر گونه طرح سلامت ایالتی، فدرالی و/یا شهرستان و/یا هر گونه منبع ثالث پرداخت دیگر هستند یا خیر. شهرستان تمام تلاش منصفانه خود را انجام می‌دهد تا از بیماران اطلاعاتی به دست آورد مبنی بر اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی، دولتی یا پشتیبانی مالی، این امکان را دارد که هزینه‌های مراقبت ارائه‌شده توسط شهرستان را به طور کامل یا جزئی تحت پوشش قرار دهد یا خیر. هنگامی که بیماران در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود با بخش دسترسی بیماران تماس می‌گیرند، استان همچنین اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به آن بیماران در تکمیل درخواست‌های Medi-Cal، سایر پوشش‌های مراقبت سلامتی با بودجه دولت و طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، در صورت امکان، کمک نماید. اگر بیمار همزمان با درخواست پشتیبانی مالی، برای طرح پوشش سلامت دیگری درخواست دهد یا یک درخواست در دست اجرا داشته باشد، هیچ یک از این درخواست‌ها از صلاحیت طرح دیگر جلوگیری نمی‌کند.

6. بیمارانی که تقاضای پشتیبانی مالی دارند باید برای همه بیمه‌های سلامتی (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) که واجد شرایط آن هستند، درخواست دهند مگر این که سرپرست چرخه درآمد شهرستان یا نماینده وی، طبق توضیحات زیر، بیمار را از چنین الزامی معاف بداند.

7. قصور بیمار در به کار گرفتن تمام تلاش خود برای دریافت بیمه سلامت (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) ممکن است منجر به رد پشتیبانی مالی شود.

8. سرپرست چرخه درآمد شهرستان یا نماینده وی، مجاز است بیمارانی که ممکن است به طور منطقی در مهاجرت خود با عواقب منفی روبه‌رو شوند را طبق قوانین فدرال از جمله قانون نهایی درباره «عدم پذیرش به علت اتهام عمومی»، 84 فدرال، قانون 41,292 (14 اگوست 2019)، از این الزام معاف نماید. به عنوان مثال، بیماران بزرگسال 21 ساله و بالاتر که تقاضای دریافت اقامت دائم قانونی دارند و از وضعیت‌های مهاجرتی زیر برخوردار هستند ممکن است ملزم به اقدام برای دریافت بیمه سلامت تحت بودجه فدرال نباشند: (1) بیمارانی که حداقل به مدت یک سال به آنها اجازه اقامت مشروط در ایالات متحده اعطا شده است، (2) بیمارانی که در وضعیت تعلیق موقت دیپورت شدن یا اخراج قرار دارند، (3) بیمارانی که اجازه ورود مشروط قبل از 1 آپریل 1980 به آنها اعطا شده است، (4) متقاضیان کوبایی - هائیتی، یا (5) بیماران دارای Medi-Cal مرتبط با SSI از قبل از 22 اگوست 1996.

9. بیماران واجد شرایط می‌توانند بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شهرستان، کمک مالی دریافت کنند. بیماران بابت خدماتی که جزو خدمات یا لوازم ضروری پزشکی نیستند یا بابت هزینه‌های پزشکی تخصصی که به صورت جداگانه صورتحساب آنها صادر شده است یا حمل و نقل آمبولانس که مورد درخواست شهرستان نبوده است، مستحق دریافت کمک مالی نخواهند بود. در موارد نادری که ارجاع به خارج از سازمان سلامت شهرستان لازم است، مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی مجاز است تا پشتیبانی مالی بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تأمین شده از خارج از سیستم سلامت شهرستان را تأیید کند.

ب. حوزه پشتیبانی مالی برای ساکنان شهرستان

1. پشتیبانی مالی برای ساکنان شهرستان معمولاً برای یک دوره یک ساله تمدید می‌شود که از اوایل روز اول ماه که در آن بیمار درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده خود را ارسال کرده یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای مراقبت تخفیف‌دار شده است، یا از اولین روز دوره مراقبت که بیمار درخواست پشتیبانی مالی یا ثبت‌نام احتمالی برای مراقبت تخفیف‌دار مربوطه را تکمیل کرده است، شروع می‌شود به جز در مواردی که تغییرات اساسی در صلاحیت بیمار قبل از اتمام سال مذکور ایجاد شود (مانند

واجدشرایط بودن برای پوشش شخص ثالث از یک بیمه درمانی یا منبع پرداخت ثالث دیگر برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی). سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، همچنین می‌تواند به صلاحدید خود در صورت اثبات یک علت موجه، تخفیف‌های دیگری را نیز ارائه دهد.

2. بیماران باید هر ساله مجدداً در صورت لزوم، از طریق ارائه یک درخواست تجدید پشتیبانی مالی و یا با تعیین صلاحیت مجدد برای ثبت‌نام احتمالی بابت خدمات تخفیف‌دار، برای دریافت پشتیبانی مالی درخواست نمایند.

3. بیماران باید شهرستان را درباره تغییرات عمده مربوط به واجدشرایط بودن خود (مانند تغییراتی در درآمد، واجدشرایط بودن برای بیمه سلامتی یا پوشش‌های دیگر برای مراقبت‌های سلامتی، ساختار خانواده و/یا هزینه‌های پزشکی آنها)، ظرف شصت (60) روز یا در زمان دریافت خدمات بعدی، هر کدام که زودتر باشد، مطلع سازند. شهرستان حق بررسی مجدد و تأیید صلاحیت بیمار در هر زمان را برای خود محفوظ می‌دارد.

4. اگر بیمار نتواند به موقع استان را از هرگونه تغییر اساسی در واجدشرایط بودن خود مطلع سازد، پشتیبانی مالی او ممکن است از تاریخ شروع اعمال آن تغییر، با عطف به ماسبق خاتمه یابد.

ج. حوزه پشتیبانی مالی برای ساکنان غیر شهرستانی

1. به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان نیستند، واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی در مراکز شهرستان سانتا کلارا نمی‌شوند. در آن مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیرساکن در شهرستان می‌توانند از خدمات مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی استفاده کنند.

2. افراد غیرساکن در شهرستان که در مراکز شهرستان، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت می‌کنند و بیماران خودپرداز یا دارای هزینه‌های بالای پزشکی، اگر درآمد خانوادگی آنها کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال باشد، واجد شرایط دریافت 100٪ تخفیف برای آن خدمات هستند.

3. ساکنان غیر شهرستانی دارای صلاحیت، فقط می‌توانند برای یک دوره خاص مراقبت، واجدشرایط پشتیبانی مالی باشند، نه به صورت مداوم و یک ساله. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، همچنین می‌تواند به صلاحدید خود در صورت اثبات یک علت موجه، تخفیف‌های دیگری را نیز ارائه دهد.

ح. طرح‌های پرداخت

1. بیماری که بر اساس این خطمشی، واجدشرایط دریافت تخفیف نسبی گردد، می‌تواند تنظیم یک طرح پرداخت بلند مدت و بدون بهره را از شهرستان درخواست نماید تا به وی این امکان را بدهد که مبلغ تخفیف خورده را در طول زمان پرداخت کند.

2. شهرستان و بیمار در مورد شرایط طرح پرداخت، مذاکره خواهند کرد. شهرستان هنگام مذاکره شرایط یک طرح پرداخت معقول با بیمار، درآمد خانوادگی و هزینه‌های لازم زندگی بیمار را مد نظر قرار می‌دهد. "هزینه‌های لازم زندگی" یعنی هزینه‌های اجاره یا پرداخت و نگهداری خانه، غذا و لوازم خانگی، خدمات شهری و تلفن، پوشاک، پرداخت‌های پزشکی و دندانپزشکی، بیمه، مدرسه یا مراقبت از کودک، حمایت از کودک یا همسر، هزینه‌های حمل و نقل و خودرو از جمله بیمه، گاز، تعمیرات و پرداخت اقساط، خشکشویی و نظافت و سایر هزینه‌های اضافی.

3. در صورتیکه شهرستان و بیمار نتوانند در مورشرایط طرح پرداخت به توافق برسند، شهرستان از دستورالعمل و تعاریف تشریح شده در زیر بخش (i) از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 برای ایجاد یک طرح پرداخت منطقی متشکل از پرداخت‌های ماهانه که بیشتر از 10 درصد از درآمد خانوادگی بیمار برای یک ماه نیست، بدون احتساب کسر هزینه‌های ضروری زندگی استفاده می‌کند.

خ. درخواست تجدیدنظر

1. شهرستان ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده بیمار، تصمیم خود را اعلام خواهد کرد. این تصمیم شامل دستورالعمل‌هایی در مورد زمان‌بندی درخواست تجدیدنظر و اینکه چگونه بیمار می‌تواند علیه رد خواست، تقاضای تجدیدنظر کند، خواهد بود.

2. بیماری که درخواست پشتیبانی مالی وی رد می‌شود، می‌تواند به صورت مکتوب علیه رد خواست، تقاضای تجدیدنظر کند. درخواست تجدیدنظر باید حاوی اساس و پایه تجدیدنظر و خواسته مورد تقاضا باشد. فرم‌های تجدیدنظر به صورت آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> یا از طریق تماس با شماره (877) 967-4677 در دسترس هستند.

3. درخواست‌های تجدیدنظر باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست، به آدرس زیر ارسال شوند:

خدمات تجاری بیماران سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
5750 Fontanoso Way، طبقه اول
San José, CA 95138
خطاب به: سرپرست چرخه درآمد

4. سرپرست چرخه درآمد، ظرف سی (30) روز پس از دریافت فرم‌های تجدیدنظر، درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر اولیه تصمیم‌گیری خواهد کرد.

5. اگر سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، تصمیم رد درخواست اولیه را تأیید کند، بیمار می‌تواند یک درخواست تجدیدنظر ثانویه ارسال نماید. هرگونه درخواست تجدیدنظر ثانویه باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست تجدیدنظر اولیه، به دست مسئول ارشد امور مالی سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا به آدرس زیر برسد:

بخش مالی سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
خطاب به: مسئول ارشد امور مالی

6. مسئول ارشد امور مالی، ظرف سی (30) روز درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر ثانویه تصمیم‌گیری خواهد کرد.

7. تصمیمی که برای درخواست تجدیدنظر ثانویه صادر می‌شود، نهایی خواهد بود.

د. رویه گزارش دادن

1. خطمشی پشتیبانی مالی و ضمیمه‌های آن حداقل هر دو سال یک بار در تاریخ 1 ژانویه یا هرگاه یک اصلاح عمده در آن صورت گیرد، در اختیار وزارت دسترسی و اطلاعات مراقبت‌های سلامتی (HCAI) قرار می‌گیرد.

2. در صورتی که از زمان ارسال قبلی، اصلاح عمده‌ای صورت نگرفته باشد، به HCAI اطلاع داده می‌شود که هیچگونه اصلاح قابل توجهی رخ نداده است.

پیشینه خط مشی:

هدف از این خط مشی، پیروی از قوانین زیر است:

- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه بیمارستان کالیفرنیا (HFFP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش §127400 و مابعد.
- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه شرایط اورژانسی کالیفرنیا (EPFPP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش §127450 و مابعد.

این خطمشی، طرح خدمات درمانی خیریه شهرستان را تشکیل می‌دهد. این خطمشی به طور منسجم درباره همه بیماران شهرستان اعمال می‌شود.

این خطمشی فقط درباره خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شهرستان صدق می‌کند. فهرست فعلی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان از طریق صفحات «یافتن یک ارائه‌دهنده» زیر قابل دسترسی است: <https://www.scvmc.org/find-provider> (مرکز پزشکی دره سانتا کلارا)، <https://och.sccgov.org/find-provider> (بیمارستان اوکونور) و <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (بیمارستان منطقه‌ای سنت لونیوز). لیست بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهرستان در صفحه زیر موجود است: <https://www.scvmc.org/find-health-center>

بدین وسیله به اطلاع بیماران می‌رساند که پزشکان اورژانس طبق تعریف در بخش 127450 از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا که در مراکز شهرستان، خدمات پزشکی اورژانسی ارائه می‌دهند، طبق قانون ملزم هستند به بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال هستند، تخفیف ارائه دهند.

لطفاً برای دریافت یک فهرست از خدمات قابل خرید سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا، به <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges> مراجعه کنید.

این خط‌مشی هیچگونه مفاد قرارداد یا نرخ‌های مورد مذاکره توسط و فی‌مابین شهرستان و پرداخت‌کننده ثالث را سلب نمی‌کند یا تغییر نمی‌دهد و همچنین به پرداخت‌کنندگان ثالثی که طرف قرارداد نیستند یا سایر نهادهایی که از لحاظ قانونی مسئول پرداخت از طرف یک ذینفع، فرد تحت پوشش یا بیمه‌شده هستند، تخفیف ارائه نمی‌دهد. این خط‌مشی، اجازه معافیت مداوم از پرداخت فرانشیز، پرداخت‌های بیمه مشترک و/یا پرداخت مشترک بعد از پرداخت مبلغ قابل کسر (CO-insurance) را که توسط شرکت‌های بیمه اعمال شده‌اند به بیمارانی که واجد شرایط پشتیبانی مالی نیستند نمی‌دهد.

مسئولیت:

سؤالات مربوط به اجرای این خط‌مشی باید به مدیر دسترسی بیماران به آدرس زیر ارسال گردد: خیابان South 770 Bascom، سن خوزه، کالیفرنیا 95128 یا با شماره 967-4677 (866) تماس گرفته شود.

این خط‌مشی پشتیبانی مالی، جایگزین خط‌مشی‌های زیر که اکنون لغو شده‌اند می‌شود: مقیاس متغیر VMC شماره 924.0، طرح تعیین توانایی پرداخت HHS (APD) شماره 735.0، خط‌مشی پشتیبانی مالی بیمارستان اوکونور شماره 4765025 و خط‌مشی پشتیبانی مالی شماره 5424657 بیمارستان منطقه‌ای سنت لونیوز.

این خط‌مشی پشتیبانی مالی، آخرین بار در 8 دسامبر 2022 به‌روزرسانی شده است.

پیوست A

نمودار سطوح فقر فدرال 2022

سطوح فقر فدرال 2022							
تعداد اعضای خانوار	100٪ تخفیف *	70٪ تخفیف *		50٪ تخفیف *		25٪ تخفیف *	
	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



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

تاریخ: 8 دسامبر 2022

به: سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
گروه مدیریت اجرایی

از طرف: René G. Santiago، معاون اجرایی شهرستان و
سرپرست، سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا

موضوع: خطمشی وصول بدهی بیمار

ارجاعات: کالیفرنیا قانون ایمنی و سلامتی، §§ 127400-127462
کالیفرنیا مدنی قانون، §§ 1788-1788.33
15 U.S.C. §§ 1692-1692p
خطمشی شماره CSCHS 715.0 (طرح دسترسی به مراقبت های سلامتی)

تعاریف:

1. بیمار: در جهت اهداف این خطمشی، بیمار به فرد و یا ضامن وی اطلاق میگردد که کالا و/یا خدمات مراقبت های سلامتی را از CSCHS دریافت نموده است.
2. ضامن: فردی که مسئولیت مالی پرداخت بدهی بیمار را تقبل کرده است.
3. بدهی بیمار: مبلغی است که بیمار برای کالا و/یا خدمات مراقبت های سلامتی به CSCHS بدهکار است.
4. DTAC: اداره مالیات و جمع آوری شهرستان سانتا کلارا که بدهی بیماران را به نمایندگی از CSCHS وصول می کند.
5. پشتیبانی مالی: یک تخفیف کامل یا جزئی در بدهی بیمار که توسط CSCHS تحت شرایط خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، مجاز است.
6. خطمشی شماره CSCHS 715.0 یا خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS: یک خطمشی انحصاری که طرح پشتیبانی مالی CSCHS را شرح می دهد، همچنین تحت عنوان طرح دسترسی به مراقبت های سلامتی (HAP) شناخته می شود که در کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه شده توسط CSCHS به بیماران خاص واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط، تخفیف ارائه می دهد. خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، به طور آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> موجود است. افراد همچنین می توانند جهت دریافت یک کپی از خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 967-4677 (8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه) تماس برقرار نمایند.

پیشینه:

هدف این خطمشی، تعریف استانداردها و روش‌های وصول بدهی بیمار به سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) است.

خطمشی:

خطمشی CSCHS که صورتحساب بیماران را به شیوه‌ای دقیق، کارآمد و منطبق با قوانین و مقررات ذیربط، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) مفاد ذیربط قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، قانون مدنی کالیفرنیا و قانون ایالات متحده، صدور می‌نماید.

دستورالعمل:

طرف مسنول اقدام

1. خدمات تجاری بیمار CSCHS تحت اختیار مدیر ارشد مالی CSCHS، پرداخت بدهی‌های بیمار برای کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه‌شده توسط CSCHS را با تعیین مبالغ پرداخت‌نشده به عنوان مطالبات مشکوک الوصول و ارجاع چنین مبالغی به DTAC برای وصول، مورد پیگیری قرار می‌دهد. اقدامات وصولی به صلاحدید CSCHS و DTAC انجام شود و با تمام قوانین و مقررات ذیربط ایالتی و فدرال، از جمله قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان کالیفرنیا (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127400 و مابعد)، قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه پزشکان اورژانس (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127450 و مابعد)، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال (قانون مدنی کالیفرنیا، بخش‌های 1788 و مابعد) و قانون روش‌های وصول عادلانه بدهی فدرال (قانون ایالات متحده، عنوان 15، بخش‌های 1692 و مابعد) مطابقت خواهد داشت.

2. CSCHS یک قرارداد کتبی با DTAC منعقد می‌کند که DTAC به طور کامل به خطمشی آن پایبند خواهد بود. این قرارداد کتبی به عنوان ایجاد یک سرمایه‌گذاری مشترک فی‌مابین CSCHS و DTAC تلقی نخواهد شد یا از طرف دیگر به CSCHS، امکان نظارت بر DTAC را نمی‌دهد.

3. CSCHS قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، تمام امور زیر را انجام می‌دهد:

أ. تمام تلاش منصفانه خود را انجام می‌دهد تا از بیماران اطلاعاتی به دست آورد مبنی بر اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی، دولتی یا پشتیبانی مالی، این امکان را دارد که هزینه‌های مراقبت ارائه‌شده توسط CSCHS را به طور کامل یا جزئی تحت پوشش قرار دهد یا خیر.

ب. به بیماران فاقد پوشش مراقبت‌های سلامتی توسط یک پرداخت‌کننده شخص ثالث یا برای کسانی که تقاضای تخفیف در قیمت یا مراقبت‌های خیریه‌ای دارند، درخواستی برای طرح Medi-Cal یا سایر طرح‌های پوشش سلامتی با بودجه ایالتی یا شهرستانی فراهم می‌کند.

ت. با ارسال حداقل چهار (4) صورتحساب به بیماران برای خدمات ارائه‌شده در CSCHS، آنها را در جریان مسئولیت‌های مالی خود قرار می‌دهد.

ث. از طریق ارائه اطلاعیه در مورد خطمشی و درخواست پشتیبانی مالی CSCHS در تاریخ(های) خدمات یا بلافاصله پس از آن، در زمان صدور صورتحساب و حداقل 30 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود به بیماران اطلاع رسانی می‌کند.

ج. هنگامی که بیماران در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود با بخش دسترسی بیمار CSCHS تماس می‌گیرند، اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به آن بیماران در تکمیل درخواست‌های Medi-Cal، سایر پوشش‌های مراقبت سلامتی با بودجه دولت و طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی کمک نماید.

ح. حداقل 60 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، اطلاعیه‌ای — از طرف دیگر تحت عنوان "نامه خداحافظی" شناخته می‌شود — برای بیماران ارسال می‌کند. این اطلاعیه شامل موارد زیر خواهد بود:

1. تاریخ(های) خدمات صورتحساب که به DTAC ارجاع می‌شود.

2. نام و آدرس کامل DTAC؛

3. بیانیه‌ای که به بیمار اطلاع می‌دهد چگونه می‌توان یک صورتحساب دقیق از CSCHS دریافت نمود؛

4. نام و نوع پوشش سلامتی بیمار که در CSCHS در زمان خدمت ثبت گردیده است، یا بیانیه‌ای مبنی بر اینکه CSCHS فاقد آن اطلاعات است؛

5. یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS؛ و

6. تاریخ(هایی) که برای اولین بار، اطلاعیه‌ای در مورد تقاضای دریافت پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد، تاریخ(هایی) که برای اولین بار، درخواست پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد و در صورت امکان، تاریخی که CSCHS در مورد درخواست بیمار برای پشتیبانی مالی تصمیم‌گیری نمود.

خ. قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، حداقل به مدت 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه صبر می‌نماید.

4. CSCHS پس از تکمیل مراحل عنوان‌شده در پاراگراف (3) بالا، ممکن است بدهی بیمار را به DTAC ارجاع دهد تا یک یا چند مورد از اقدامات وصولی زیر را پیگیری نماید:

أ. مشاركت در اقدامات وصولی استاندارد، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) استفاده از صدور صورتحساب، مکاتبات کتبی و تماس‌های تلفنی؛

ب. اقامه دعوی مدنی علیه بیمار به نحوی که با تمام قوانین ذیربط مطابقت داشته باشد. اگر بیمار دارای درخواست تجدیدنظر بلا تکلیفی برای پوشش کالاها یا خدماتی که برای آنها صورتحساب از CSCHS دریافت کرده است باشد، تا زمانی که تصمیم نهایی در مورد آن تجدیدنظر گرفته شود در صورتیکه بیمار تلاش منصفانه‌ای برای برقراری ارتباط با CSCHS و DTAC در مورد پیشرفت هرگونه درخواست تجدیدنظر انجام داده باشد، CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC به دعوی مدنی علیه آن بیمار اقدام نکند (همانطور که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا تعریف شده است، بخش 127426، زیر بخش (ب)). یک درخواست تجدیدنظر بلا تکلیف شامل شکایات طرح سلامت، بررسی‌های پزشکی مستقل اجرا شده توسط سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده یا سازمان بیمه، جلسات دادرسی منصفانه Medi-Cal و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare است که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش 127426، زیر بخش (b) شرح داده شده است.

5. CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC با هر مدرکی که نشان‌دهنده امکان شروع فعالیت‌های وصولی باشد، اطلاعیه‌ای به زبان قابل فهم به بیمار ارسال می‌کند که خلاصه‌ای است از حقوق بیمار بر اساس قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال و قانون روش‌های وصول منصفانه بدهی فدرال و شامل بیانیه‌ای است مبنی بر اینکه خدمات مشاوره اعتباری غیرانتفاعی ممکن است در منطقه بیمار در دسترس باشد، مطابق با قانون سلامت و ایمنی بخش 127430 باشد؛ و اینکه در اولین ارتباط کتبی با بیمار، DTAC یک کپی از نامه خداحافظی و بیانیه‌ای ارائه می‌دهد که بیش از 180 روز از تاریخ صدور صورتحساب بیمار برای اولین بار برای خدمات پزشکی که مبنای بدهی است، گذشته است، که DTAC ممکن است علیه بیمار برای وصول بدهی شکایت کند و DTAC اطلاعات مغایری را به مؤسسه اعتبارسنجی گزارش نمی‌کند.

6. CSCHS تعهدی در هیچ‌یک از اقدامات وصولی زیر نخواهد داشت:

- أ. گزارش اطلاعات مغایر در مورد بدهی بیمار به مؤسسه اعتبارسنجی مصرف‌کننده یا مؤسسه اطلاعات اعتباری؛
- ب. فروش بدهی بیمار به خریدار بدهی؛

ت. به تعویق انداختن یا رد کردن یا درخواست پرداخت قبل از ارائه مراقبت‌های پزشکی ضروری، به علت عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب از سوی بیمار برای مراقبت‌های قبلی ارائه‌شده؛

ث. ضبط اموال غیرمنقول بیمار؛

ج. توقیف یا ضبط حساب بانکی یا سایر اموال شخصی بیمار؛ یا

ح. بهره‌گیری از توقیف دستمزد یا حق تصرف اقامتگاه اصلی به عنوان وسیله‌ای برای وصول صورتحساب‌های بیمارستانی پرداخت‌نشده از بیمار واجد شرایط پشتیبانی مالی.

7. هر بیمار ممکن است برای تنظیم یک طرح پرداخت بدون بهره به منظور پرداخت بدهی بیمار درخواست نماید.

أ. CSCHS هنگام مذاکره شرایط یک طرح پرداخت با بیمار، درآمد خانواده و هزینه‌های زندگی بیمار را مد نظر قرار می‌دهد.

ب. در صورتیکه CSCHS و بیماری که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی است نتوانند در مورد طرح پرداخت به توافق برسند، CSCHS از دستورالعمل و تعاریف تشریح شده در زیر بخش (i) از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 برای ایجاد یک طرح پرداخت منطقی متشکل از پرداخت‌های ماهانه که بیشتر از 10 درصد از درآمد خانواده بیمار برای یک ماه نیست، بدون احتساب کسر هزینه‌های ضروری زندگی استفاده می‌کند.

ت. اگر بیمار نتواند تمامی بدهی‌ها در طول یک دوره 90 روزه را به طور مستمر پرداخت نماید، طرح پرداخت ممکن است غیرفعال اعلام گردد.

ث. CSCHS قبل از اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت:

1. به طور منصفانه تلاش خواهد کرد که از طریق تلفن با بیمار تماس برقرار کند، به طور کتبی اعلام کند که طرح پرداخت ممکن است غیرفعال شود و به بیمار در مورد امکان تلاش برای مذاکره مجدد در مورد شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض اطلاع‌رسانی نماید.

2. در صورت درخواست بیمار، سعی خواهد کرد که شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض را مجدداً مورد مذاکره قرار دهد.

ج. در صورت عدم پرداخت قبل از زمان اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت، CSCHS هیچگونه اقامه دعوی مدنی را علیه بیمار آغاز

نخواهد کرد.

8. CSCHS از فیش حقوقی، اظهارنامه مالیات بر درآمد یا اسناد اموال به دست آمده از بیماران، در طول فرآیند درخواست پشتیبانی مالی برای اقدامات وصولی استفاده نخواهد کرد.

9. در صورتی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها، یک درخواست پشتیبانی مالی ارائه شده در بیش از 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه را بررسی نماید، سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها از DTAC درخواست خواهد کرد که اقدامات وصولی، از جمله اقدامات مدنی باقی مانده را تا زمانی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها در مورد درخواست تصمیم بگیرد، متوقف نماید. در صورتی که پس از شروع اقامه دعوی مدنی، بیماری واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی تشخیص داده شود، CSCHS با DTAC همکاری خواهد نمود تا دعوی را با پیش‌دآوری رد کند.

10. هیچ چیز در این خطمشی مانع CSCHS یا DTAC برای پیگرد قانونی مسئولیت شخص ثالث به روشی مطابق با قوانین ذیربط نیست.

بیماران

1. بیماران باید سوالات مرتبط با این خطمشی را به خدمات تجاری بیمار CSCHS ارسال نمایند. بیماران می‌توانند از طریق شماره (408) 885-7470 (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه) و یا به صورت مراجعه حضوری به آدرس خیابان S.Bascom 770، سن خوزه، کالیفرنیا 95128، (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)، با خدمات تجاری بیمار CSCHS در تماس باشند.

2. در جهت پاسخگویی به صورتحساب‌ها و ارتباطات مرتبط با CSCHS و DTAC در اسرع وقت، بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را انجام دهند.

3. بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را برای اطلاع‌رسانی به CSCHS انجام دهند، در صورتیکه دارای پوشش بیمه سلامتی، Medicare، Medi-Cal یا سایر پوشش‌های شخص ثالث باشند که ممکن است همه یا برخی از کالاهای و/یا خدمات مراقبت‌های سلامتی دریافت‌شده در CSCHS را پرداخت نماید.

4. از بیماران درخواست می‌شود که خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و اگر معتقدند که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی هستند، یک درخواست پشتیبانی مالی را در اسرع وقت تکمیل و ارسال کنند. بیماران می‌توانند خطمشی کامل پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS را از طریق <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> دانلود کنند. همچنین در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد خطمشی پشتیبانی مالی، بیماران می‌توانند با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 4677-967 (8 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)

تماس برقرار نمایند.

2022/08/12

صادر شده: