



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 مراقبت‌های سلامتی)

تعاریف:

1. بیمار: در جهت اهداف این خطمشی، بیمار به فرد و یا ضامن وی اطلاق میگردد که کالا و/یا خدمات مراقبت‌های 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 مراقبت‌های سلامتی به CSCHS بدهکار است.
4. DTAC: اداره مالیات و جمع‌آوری شهرستان سانتا کلارا که بدهی بیماران را به نمایندگی از CSCHS وصول می‌کند.
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 می‌دهد، همچنین تحت عنوان طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی (HAP) شناخته می‌شود که در کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه‌شده توسط CSCHS به بیماران خاص واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط، تخفیف ارائه می‌دهد. خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، به طور آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> موجود است. افراد همچنین می‌توانند 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. CSCHS 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: