

## Title: Financial Assistance Policy

عنوان: سیاست کمک مالی

Home Department: Patient Services

اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

## I. هدف:

a. Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital، Cedars-Sinai Medical Center، پزشکان Cedars-Sinai's بخش اورژانس که وابسته به Cedars-Sinai Community Urgent Care Medical Group, Inc. هستند، همچنین پزشکان عضو هیئت علمی Cedars-Sinai در جایگاه هیئت علمی، یا پزشکان استخدامی توسط Cedars-Sinai Medical Care Foundation («CSMCF») یا گروه‌های پزشکی که توافق‌نامه انحصاری خدمات تخصصی با CSMCF (در مجموع «سازمان») دارند، متعهد می‌شوند بر اساس اصول زیر به همه نیازهای درمانی بیماران انجمن رسیدگی کنند:

- i. برخورد برابر و عادلانه، با حفظ شأن افراد، همراه با احترام و دلسوزی؛
- ii. برطرف کردن نیازهای سلامت اورژانسی بدون توجه به توانایی بیمار در پرداخت هزینه؛ و
- iii. کمک به بیمارانی که نمی‌توانند کل یا بخشی از هزینه درمان دریافتی‌شان را پرداخت کنند.

b. این بیمه‌نامه نشان می‌دهد سازمان با کمک به تأمین نیازهای بیماران کم‌درآمد و بدون بیمه و بیمارانی که بیمه مناسبی ندارند، به هدف کاری، دیدگاه، و اصول کاری ما متعهد است. بخشی از پایبندی به این تعهد توسط سازمان، ارائه خدمات پزشکی ضروری به صورت رایگان یا با هزینه کم به بیمارانی است که طبق الزامات این بیمه‌نامه، از شرایط لازم برخوردار باشند.

c. دستورالعمل‌هایی در این بیمه‌نامه ارائه شده است تا بیمارانی که واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند شناسایی شوند، و معیارهایی برای بررسی صلاحیت بیماران برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته شده است.

## II. سیاست:

a. **تعریف واژه‌ها.** برای مشاهده توضیح واژه‌های به کار رفته در این سیاست، به بخش «تعریف واژه‌ها» در پایان این بیمه‌نامه، یا در اولین باری که از این سند استفاده می‌کنید مراجعه کنید.

b. **موارد تحت پوشش این سیاست.** فقط خدماتی که مستقیماً توسط سازمان ارائه می‌شوند تحت پوشش این سیاست قرار خواهند گرفت.

c. **مراکز درمانی، پزشکان، و سایر ارائه‌دهندگانی که تحت پوشش این سیاست نیستند ممکن است سیاست کمک مالی جداگانه‌ای داشته باشند.** اعضای انجمن که جزء پرسنل پزشکی سازمان هستند (یعنی ارائه‌کنندگانی که بخشی از سازمان نیستند) نیز ممکن است بتوانند کمک مالی را در دسترس بیمارانشان قرار دهند. سازمان در وبسایت خود، لیستی از اطلاعات خود درباره این پزشکان را در دسترس قرار داده است که آیا پزشکان (یا گروه پزشکی آنها) این خدمات را ارائه می‌کنند یا نه: (i) ارائه تخفیف‌های معادل نرخ‌های حرفه‌ای پزشکان برای بیماران کم‌درآمد فاقد بیمه بر اساس معیارهای مقرر در این سیاست؛ (ii) پذیرفتن تصمیم سازمان نسبت به واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی (iii) پیروی از تمام قوانین و مقررات و احکام قابل اجرای فدرال، ایالتی

## Title: Financial Assistance Policy

عنوان: سیاست کمک مالی

Home Department: Patient Services

اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

و محلی مربوط به وصول حساب‌های بدهکار مشتریان. سازمان در قبال اجرای برنامه‌های کمک مالی توسط این پزشکان یا اقدامات آنها در صدور صورت‌حساب مسئولیتی نخواهد داشت.

## d. کمک در پرداخت صورت‌حساب شما - معیارهای صلاحیت

- i. **کمک مالی.** کمک مالی کامل به بیمارانی ارائه می‌شود که درآمد و دارایی خانواده آنها برابر با یا کمتر از 400 درصد خط فقر فدرال در سال جاری باشد. بیمارانی که درآمد آنها بین 401 تا 600 از خط فقر فدرال است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. هرچند که دارایی‌ها در فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») عنوان شده است، اما در تعیین شرایط لازم برای دریافت تخفیف لحاظ نخواهند شد. در پیوست B انواع کمک‌های مالی در دسترس از طرف سازمان عنوان شده است.
- ii. **ارائه خدمات به بیماران قبل از ارائه خدمات (خدمات درمانی اختیاری/غیراورژانسی).** بیمارانی که قرار است به‌صورت اختیاری بستری شوند یا به‌صورت سرپایی و غیراورژانسی پذیرش شوند برای دریافت کمک مالی باید ابتدا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند تأیید می‌شوند. کمک مالی برای خدمات پزشکی اختیاری و خدمات درمانی فالوآپ (پیگیری) پس از ترخیص صرفاً برای بیمارانی است که در محدوده خدماتی سازمان زندگی کنند، یا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. سازمان از این حق برخوردار است که با توجه به نیاز سازمان به تخصیص منطقی منابع مالی و بالینی در آینده در رابطه با مراقبت‌های غیر اورژانسی پیشنهادی بیمار و سایر مراقبت‌های پزشکی اما ضروری، کمک مالی ارائه نکند.
- iii. **سایر منابع مالی و همکاری‌های لازم از طرف بیمار.** بیمارانی که براساس این سیاست برای دریافت کمک مالی تأیید شده‌اند موافقت می‌کنند که همواره برای دریافت بازپرداخت از منابع شخص ثالث در قبال هزینه خدمات سازمان همکاری لازم را داشته باشند. نمونه‌ای از این منابع عبارتند از صندوق‌های کمک به قربانیان جرائم کالیفرنیا (California Victims of Crime fund)، برنامه County Trauma، برنامه Medi-Cal و طرح‌های سلامت که از طریق طرح «تبادل مزایای سلامت کالیفرنیا» (California Health Benefit Exchange) پوشش بیمه ارائه می‌کنند. درخواست بیمار برای دریافت پوشش بیمه از اشخاص ثالث برای تأمین هزینه‌های پزشکی مانع تعیین صلاحیت بیمار برای دریافت کمک مالی طبق این سیاست نمی‌شود. به‌عنوان یکی از شرایط برخورداری از کمک مالی، بیمار موظف است بنا به اقتضا و در موارد مناسب، برای دریافت پوشش از برنامه‌های Medi-Cal، Healthy Families و County Trauma از طریق طرح تبادل (Exchange) درخواست دهد. شرط بالا همچنین برای بیمارانی که خارج از ایالت ساکن هستند و فرم درخواست آنها برای Medicaid در ایالت خودشان ارائه شده است اعمال خواهد شد.

سازمان افراد را به نهادهای محلی شهرستان از جمله Covered California، Healthy Families، Medi-Cal یا سایر برنامه‌ها به نحو مناسب ارجاع می‌دهد تا واجد شرایط بودن احتمالی آنها تعیین شود.

سازمان حق دارد برای بیمه‌گذاران ثالثی که برای بیمار پوشش بیمه فراهم می‌کنند، از جمله هر طرف ثالث دارای مسئولیت، صورت‌حساب صادر کند حتی اگر سازمان طبق این بیمه‌نامه، از کل مبلغ صورت‌حساب بیمار یا بخشی از آن

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

صرفنظر کرده باشد، بیمه‌گذاران سلامت و طرح‌های سلامت مجاز نیستند بازپرداخت خود را درباره مطالبه‌ای که نزد سازمان مطرح شده است کاهش دهند.

iv. **بیماران آزاد (افرادی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند).** سازمان بر اساس تجربه‌های قبلی و شرایط فعلی بیمه این طور در نظر می‌گیرد که بیماران فاقد بیمه قادر به پرداخت هزینه بیمه نیستند. سازمان این‌طور در نظر می‌گیرد که این بیماران واجد شرایط برنامه‌های کمک مالی هستند و کمک‌های زیر را در دسترس همه این بیماران قرار می‌دهد، مگر اینکه بیمار برای دریافت خدمات ارائه‌شده توسط سازمان اقدامات دیگری انجام دهد. این مبلغ تخفیف که در صورت حساب بیمار آورده نشده به نوعی خدمات خیریه بلاعوض است که توسط سازمان گزارش خواهد شد و این کار در چارچوب دستورالعمل‌های مقرر در فصل 2-15 بخش 4012 از «راهنمای بازپرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز Medicare و Medicaid» صورت خواهد گرفت.

1. برای بیمارانی که خودشان هزینه را پرداخت می‌کنند به‌طور خودکار صورت‌حساب صادر می‌شود و تخفیف به‌این صورت لحاظ می‌شود: کل هزینه‌ها ضربدر درصد AGB (مبالغ کلی صورت‌حساب) سازمان برای خدمات بیماران بستری، خدمات بخش اورژانس یا خدمات سرپایی غیر اورژانسی.

2. بیماران آزاد بدون ارائه فرم درخواست، از این تخفیف‌ها برخوردار می‌شوند. اقدامات پزشکی اختیاری شامل این کمک مالی نمی‌شوند، مگر اینکه توافق خاصی بین سازمان و بیمار صورت گیرد.

v. **بیماران نیازمند از لحاظ پزشکی (که در غیر این صورت واجد شرایط نباشند).** بیمارانی که از لحاظ پزشکی نیازمند هستند؛ ولی طبق این بیمه‌نامه واجد شرایط دریافت کمک مالی نیستند، همچنان می‌توانند طبق روال مطرح‌شده در این بیمه نامه، تقاضای کمک مالی دهند. تقاضا برای کمک مالی به‌خاطر «نیازمند بودن از نظر پزشکی» باید به صلاحدید معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد و از طرف آنها تأیید شود.

e. **مدیریت کمک مالی.** سازمان از یک فرم درخواست تک‌منظوره برای هر بیمار برای درخواست کمک مالی استفاده می‌کند. در این روال به هر بیمار فرصت داده می‌شود حداکثر کمک مالی را که واجد شرایطش باشد دریافت کند. هر بیماری که برای دریافت کمک مالی درخواست کند باید یک فرم درخواست ارائه کند.

i. **نحوه درخواست.** بیمار یا هر کدام از پرسنل سازمان می‌تواند از طریق شماره 310-423-5071 یا ارسال ایمیل به آدرس [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org) با مشاورین مالی بیمار تماس بگیرد و روند درخواست را شروع کند. این روند شامل مراحل زیر است:

1. فرم درخواست به همراه فرم درخواست Medi-Cal و اطلاعاتی درباره مشاوره مالی در اختیار بیمار قرار داده می‌شود.

2. افراد متقاضی می‌توانند به آدرس Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room 1740 مراجعه کنند تا مشاورین مالی بیمار در تکمیل فرم‌ها به آن‌ها کمک کنند.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

3. فرم درخواست را می‌توانید شفاهی با کمک پرسنل سازمان تکمیل کنید، اما بیمار یا نماینده او باید فرم درخواست را امضا کند.

ii. بررسی فرم درخواست

1. **تعیین واجد شرایط بودن.** دستورالعمل‌های تعیین واجد شرایط بودن با استفاده از خط فقر کنونی فدرال به‌عنوان مقیاس سنجش واجد شرایط بودن محاسبه می‌شود

2. **تعیین واجد شرایط بودن توسط شرکت‌های وابسته و شرکای محلی مورد تأیید.** بیمارانی که فرم درخواست کمک مالی آن‌ها اخیراً توسط بعضی شرکت‌های وابسته یا شرکای محلی سازمان تأیید شده است، ممکن است به صلاحدید سازمان و به‌صورت فوری تأیید شوند. اگر امکان این نوع تأیید سریع وجود داشته باشد، سازمان به بیماران راهنمایی می‌کند تا برای چنین کمک‌های مالی درخواست دهند.

3. **دارایی‌ها.** لحاظ کردن دارایی‌ها در تصمیم‌گیری نسبت به واجد شرایط بودن بیمار محدود به مواردی است که در این سیاست تعریف شده باشند.

4. **درآمد.** درآمد دوره‌های جزئی (ناکامل) باید با استفاده از داده‌های سالیانه در فرم‌های مربوطه وارد شود.

5. **مبالغ کسرشده.** سایر تعهدات مالی از جمله مخارج زندگی و سایر اقلام منطقی و لازم در نظر گرفته خواهند شد.

6. **حداکثر هزینه‌ای که بیمار شخصاً پرداخت می‌کند** هرگونه مبلغ پرداختی توسط بیمار برای خدمات تحت پوشش این بیمه‌نامه باید کمتر از مبالغ کلی صورت‌حساب باشد.

7. **ارزیابی مجدد.** در شرایط زیر، واجد شرایط بودن ممکن است مجدداً توسط سازمان ارزیابی شود:

a. تغییرات درآمد بیمار.

b. تغییرات تعداد نفرات خانواده بیمار.

c. اگر مشخص شود هر بخشی از فرم درخواست کمک مالی نادرست یا گمراه‌کننده بوده است، کمک مالی اولیه ممکن است باتوجه‌به این مسئله به‌صورت عطف‌به‌ماسبق لغو شود.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

iii. ارسال اسناد لازم. سازمان از بیمارانی که برای دریافت کمک مالی اقدام می‌کنند اسناد مختلفی را درخواست می‌کند تا بتواند شرایط آن‌ها را بررسی کند. این مدارک ممکن است شامل موارد زیر باشند؛ ولی محدود به آنها نمی‌شود:

1. فرم درخواست تکمیل شده.

2. مدارک مربوط به درآمد می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- a. فیش حقوقی دوره جاری.
- b. اظهارنامه مالیاتی سال قبل.
- c. توضیح کتبی.

3. مدارک مربوط به دارایی‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- a. کپی‌های صورت حساب بانکی ماه قبل (تمام صفحات).
- b. صورت حساب‌های بازار مالی.
- c. سهام.
- d. اوراق قرضه.
- e. گواهی‌های سپرده.

f. حساب‌های معاملاتی (بهجز مدارک مربوط به طرح‌های بازنشستگی، طرح‌های غرامت معوقه (هم مواردی که طبق مقررات خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) واجد شرایط هستند و هم مواردی که فاقد شرایط هستند)).

g. فیش حقوق بیکاری، مزایای سوشال سکيوریتی، یا ازکارافتادگی.

iv. ارسال فرم درخواست تکمیل شده. اگر بیمار در طول دوره درخواست فرم تکمیل شده درخواست را ارسال کند، سازمان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

1. بلافاصله کلیه اقدامات منطقی ممکن را برای لغو یا به تعویق انداختن اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار برای دریافت هزینه خدمات مراقبتی مربوطه انجام می‌دهد. بعضی از این اقدامات منطقی به‌طور کلی عبارت‌اند از درخواست از شرکت‌های دریافت بدهی برای توقف اقداماتشان برای دریافت بدهی از بیمار، اقداماتی برای رفع هرگونه اتهام از بیمار، برداشتن مالیات یا وثیقه از املاک بیمار و حذف کردن اطلاعات سوء از گزارش سابقه اعتباری بیمار که به سازمان‌های گزارش سوء پیشینه مشتریان یا دفتر اعتبارسنجی گزارش شده است، ولی به اینها محدود نمی‌شوند.

2. تعیین واجد شرایط بودن فرد، یا بررسی درخواست‌های ناقص و اطلاع‌رسانی در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در زمان منطقی.

3. در صورتی که بیمار واجد شرایط باشد فوراً به‌صورت کتبی به او اطلاع می‌دهد، همچنین در صورت امکان درباره دلایل واجد شرایط بودن و اینکه تصمیم‌گیری برچه اساسی انجام شده است اطلاع‌رسانی می‌شود.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

**اعلامیه مهم:**

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

4. اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، سازمان باید به صورت کتبی به او اطلاع دهد، همچنین درباره کمک مالی موجود، دلایل تصمیم‌گیری، و تاریخ ارائه خدمات اطلاع‌رسانی شود.

a. اگر مسئولیتی شامل حال بیمار نشود، نیاز به انجام هیچ کاری نیست به جز اینکه مبالغ پرداختی طبق توضیحات بخش «بازپرداخت‌ها» در این بیمه نامه بازپرداخت شوند. اگر مبلغی به‌عنوان بدهی باقی

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

مانده باشد، سازمان باید به صورت کتبی درباره بدهی مربوط به هزینه خدمات و اینکه چطور می تواند اطلاعات بیشتری درباره حساب دریافت کند به بیمار اطلاع دهد.

b. بعد از تأیید کمک مالی و در طول دوره تأیید، برای هزینه خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی ضروری پزشکی، مبلغی بیش از مبلغ کلی صورت حساب (AGB) از بیمار دریافت نخواهد شد.

c. تأیید واجد شرایط بودن بیمار فقط توسط افرادی انجام می شود که به طور ویژه از طرف سازمان مجاز باشند. این فرد در حال حاضر معاونت، مسئول امور مالی و مسئول چرخه درآمد اصلی، یا نماینده این افراد است.

v. **نامه تصمیم گیری.** پس از اینکه بیمار درخواست تکمیل شده و مدارک ضروری را ارسال کرد، سازمان نامه ای ارسال می کند تا تصمیم مربوط به واجد شرایط بودن یا فاقد شرایط بودن را اطلاع دهد. این نامه شامل موارد زیر است:

1. بیانیه ای واضح درباره تصمیم مربوط به واجد شرایط بودن بیمار برای کمک مالی.

2. اگر بیمار واجد شرایط کمک مالی نباشد، بیانیه ای واضح که دلیل رد آن را توضیح می دهد.

3. اگر بیمار به دلیل خدمتی که از نظر پزشکی ضروری نیست، فاقد شرایط شناخته شود، پزشک معالج آن خدمت، پیش از رد درخواست، نسبت به این موضوع شهادت خواهد داد.

4. اگر کمک مالی برای بیمار تأیید شود، توضیحی واضح از صورت حساب کاهش یافته، و دستورالعملی درباره این که بیمار چگونه می تواند اطلاعات بیشتری در زمینه یک طرح معقول پرداخت، در صورت وجود، به دست آورد.

5. اطلاعات تماس سازمان، از جمله بخش، نام مسئول پاسخگویی و مکانی که بیمار می تواند در رابطه با تصمیم بیمارستان استیناف دهد.

6. اطلاعات مربوط به برنامه «شکایت نسبت به صورت حساب بیمارستان»  
(Department of Health Care Access and Information, HCAI) متعلق به اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت.

7. اطلاعات مربوط به «اتحادیه مصرف کنندگان سلامت».

vi. **بیمارانی که اطلاعاتشان برای تکمیل فرم درخواست محدود است.** اگر اطلاعات مالی بیمار در اختیار سازمان قرار نگیرد، این امر مانع از واجد شرایط بودن او برای دریافت کمک مالی نمی شود. در ارزیابی تمام عوامل مربوط به شرایط بالینی، شخصی و آماری بیمار و مدارک دیگر (از جمله اطلاعاتی که ممکن است توسط سایر سازمان های خیریه ارائه

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

شود)، سازمان ممکن است باتوجهبه فرضیات منطقی در خصوص درآمد بیمار، او را واجد شرایط کمک مالی کامل یا جزئی تعیین کند

vii. **فرم درخواست ناقص.** اگر بیمار فرم درخواست را ناقص ارسال کند، سازمان باید فوراً اعلامیه کتبی برای بیمار ارسال کند و توضیح دهد که اطلاعات بیشتر و یا مدارک خاصی برای درخواست لازم است، و همچنین اطلاعات تماس و روند ارائه درخواست را توضیح دهد. اگر بیمار فرم درخواست را با اطلاعات موردنیاز در طول دوره ارائه درخواست تکمیل کند (یا در مدتی طولانی‌تر که توسط سازمان تعیین شده است)، این درخواست کامل محسوب می‌شود.

viii. **فرم درخواست ناقص پر شده است.** اگر بیماری که فرم درخواست را در طول دوره ارائه درخواست به‌صورت ناقص ارسال کرده است در مدت‌زمان تعیین شده برای پاسخ‌دهی به درخواست ارائه اطلاعات و/یا اسناد بیشتر نسبت به ارسال فرم درخواست تکمیل‌شده اقدام کند، در این صورت چنین در نظر گرفته می‌شود که فرم تکمیل‌شده را ارسال کرده است و سازمان تلاش‌های معقول را انجام خواهد داد تا واجد شرایط بودن بیمار را تعیین کند، البته تنها در صورتی که طبق این بیمه‌نامه و در رابطه با درخواست‌های تکمیل‌شده مراحل دیگر را اجرا کند.

ix. **قانون مقابله با سوءاستفاده برای درخواست‌هایی که حاوی اطلاعات متناقض هستند.** سازمان بر اساس اطلاعاتی که معتقد است غیرقابل‌اتکا یا نادرست هستند یا اطلاعاتی که با مجبور کردن بیمار یا با به‌کار بردن روش‌های زورگویانه دریافت شده‌اند، تعیین نخواهد کرد که یک بیمار برای کمک مالی واجد شرایط نیست. یک روش زورگویانه، عبارت است از امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی اورژانسی به بیمار یا تأخیر در ارائه چنین مراقبت‌هایی، تا زمانی که بیمار اطلاعات موردنیاز برای تعیین صلاحیت برخورداری از کمک مالی مختص مراقبت‌های مذکور را ارائه کند.

x. **رسیدگی به فرم درخواست‌های تکمیل‌نشده.** اگر بیمار اسناد منطقی و ضروری را ارائه نکند، ممکن است سازمان در تصمیم‌گیری برای تعیین واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی این مسئله را لحاظ کند. اما در هر صورت سازمان با کمک اطلاعات موجود، بهترین تصمیم‌گیری را به‌صورت منطقی انجام خواهد داد.

xi. **واجد شرایط بودن احتمالی.** سازمان ممکن است بر اساس اطلاعات بدست‌آمده و ارزیابی‌شده تعیین کند که بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی برای خدمات فعلی است، بدون اینکه انتظار داشته باشد بیمار کلیه اطلاعاتی را که در روند معمول درخواست نیاز است ارائه کند، یا اینکه نداشتن بیمه سلامت را در نظر بگیرد. تصمیم‌گیری سازمان ممکن است مبتنی بر تصمیم قبلی سازمان، اطلاعات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده دیگر بیمار، یا ارزیابی کلی از اطلاعات در دسترس پرسنل سازمان باشد. در این موارد سازمان باید این اقدامات را انجام دهد:

(a) مبنای تعیین واجد شرایط بودن احتمالی و روشی که بیمار می‌تواند کمک مالی بیشتری را طبق این بیمه‌نامه درخواست کند به بیمار اطلاع دهد؛ (b) صد و بیست (120) روز به بیمار فرصت دهد که تقاضای کمک بیشتر کند؛ و اگر بیمار فرم درخواست تکمیل‌شده ارائه دهد و درخواست کمک بیشتر داشته باشد، تعیین کند که آیا بیمار واجد شرایط تخفیف بیشتر است یا خیر، و ضمناً طبق این بیمه‌نامه، سایر اقدامات لازم را در خصوص فرم درخواست‌های تکمیل‌شده انجام دهد. بیماران آزاد که تخفیف‌های مشروح در این بیمه‌نامه را دریافت می‌کنند، چنین اطلاعاتی را در قالب «خلاصه به زبان ساده» (به پیوست A مراجعه کنید) با چاپ روی صورت‌حسابشان دریافت خواهند کرد.

xii. **انصراف بیمار باعث لغو تعهدات سازمان در انجام اقدامات منطقی برای تعیین صلاحیت نمی‌شود.** دریافت انصراف شفاهی یا کتبی از بیمار از جمله بیانیه‌ای امضا شده که نشان دهد بیمار تمایلی به تقاضا برای دریافت کمک مالی تحت این



**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

Home Department: Patient Services  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

بیمه‌نامه یا دریافت اطلاعات طبق این بیمه‌نامه ندارد به‌تنهایی دلیلی برای رد صلاحیت بیمار نیست. همچنین چنین انصراف‌هایی لزوم انجام اقدامات منطقی در تعیین واجد شرایط بودن بیمار را قبل از روی آوردن به اقدامات فوق‌العاده در وصول بدهی‌های بیمار (ECAs) از بین نخواهد برد

**xiii. طرح‌های پرداخت.** اگر بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته شود و بدهی داشته باشد، می‌تواند بدهی را از طریق طرح پرداخت زمانبندی‌شده دوره‌ای پرداخت کند. سازمان درباره گزینه‌های طرح به بیمار اطلاع می‌دهد و طرح پرداخت دوره‌ای را تعیین می‌کند که به‌طور کلی بیشتر از دوازده (12) ماه نیستند و سود به آنها تعلق نمی‌گیرد. برای اطلاع از جزئیات، به خطمشی وصول بدهی سازمان مراجعه کنید.

**xiv. حل و فصل کردن اختلاف.** در صورت بروز اختلافی درباره تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی، بیمار می‌تواند درخواست تجدید نظری را به‌صورت کتبی برای بررسی مجدد توسط سازمان ارسال کند. در درخواست کتبی باید درباره دلیل منطقی اختلاف‌نظر توضیح داده شود و هرگونه سند تأییدکننده نیز ارائه شود. مدیر اقدامات و خدمات مشتریان در سازمان سریعاً درخواست تجدیدنظر را بررسی می‌کند و تصمیم کتبی را به بیمار اطلاع خواهد داد. اگر بیمار معتقد باشد که بعد از تجدید نظر اول همچنان اختلاف برطرف نشده است، می‌تواند به‌صورت کتبی درخواست بررسی توسط معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی سازمان، یا نمایندگان این افراد را ارائه کند، که این افراد نیز بعد از بررسی، تصمیم نهایی را به‌صورت کتبی ارائه خواهند کرد.

**xv. محرمانه بودن اطلاعات فرم درخواست.** سازمان باید تمام اطلاعات دریافتی از بیمارانی را که متقاضی تعیین صلاحیتشان طبق سیاست جاری هستند، در قالب اطلاعات محرمانه حفظ کند. اطلاعات مربوط به دارایی‌ها که به عنوان بخشی از روند درخواست و تأیید به‌دست می‌آید باید در پرونده‌ای جدا از اطلاعاتی نگهداری شود که ممکن است در وصول مبالغ بستنکاری از آنها استفاده شود.

**xvi. دوره تکمیل درخواست («دوره ارائه درخواست»)** بیمارانی برای تکمیل درخواستشان دویست و چهل (240) روز فرصت دارند. دوره ارائه درخواست از تاریخ ارائه خدمات مشمول درخواست برای اولین بار شروع می‌شود (اگر چند تاریخ ارائه خدمات دارید، از تاریخ شروع آخرین دوره درمان استفاده کنید).

## d. مدت‌زمان/دوره

**i.** کمک مالی اولیه برای بیماران واجد شرایط از لحاظ مالی برای یک دوره شش (6) ماهه از تاریخ تکمیل درخواست معتبر است. ارزیابی مجدد وضعیت صلاحیت بیمار پس از پایان دوره تأیید اولیه ممکن است به درخواست خود بیمار انجام شود. با انتخاب سازمان، یک دوره تأیید شش (6) ماهه جدید ممکن است بدون نیاز به ارائه فرم درخواست جدید تأیید شود. پس از دوازده (12) ماه، یک فرم درخواست جدید باید توسط بیمار تکمیل شود. از تاریخ تأیید درخواست نهایی، حساب‌های باز و واجد شرایط بر اساس سطح کمک اعطا شده به کمک مالی حذف می‌شوند. بر اساس یک مینای روبه‌جلو، حساب‌های واجد شرایط طی شش (6) ماه بعدی نیز مشمول تسویه با تخصیص کمک مالی خواهند بود.

## e. اعلامیه‌ها، مکاتبات و اطلاعیه‌های کتبی

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

**اعلامیه مهم:**

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

i. سازمان اعلامیه‌ها و اطلاعات زیر را درباره کمک مالی ارائه می‌کند:

a. این خطمشی.

b. خلاصه بیمه‌نامه به زبان ساده. خلاصه به زبان ساده، سندی واضح، مختصر و قابل‌فهم است و به بیماران و سایر افراد اطلاع می‌دهد که سازمان طبق این بیمه‌نامه، کمک مالی ارائه می‌کند. «خلاصه به زبان ساده» به‌شکلی تهیه خواهد شد که حاوی اطلاعات مرتبط باشد، از جمله اطلاعات لازم به‌موجب قوانین ایالتی یا فدرال، مثل شرایط لازم برای کسب صلاحیت و کمکی که طبق این سیاست ارائه می‌شود، مختصری از نحوه ارائه درخواست برای کسب کمک مالی طبق این سیاست، و اطلاعاتی درباره دریافت اطلاعات و راهنمایی بیشتر، از جمله نسخه‌هایی به زبان‌های دیگر.

c. فهرست ارائه‌دهندگانی که می‌توانند کمک مالی در اختیار بیماران سازمان قرار دهند.

d. فرم درخواست.

e. بیمه‌نامه سازمان برای وصول بدهی.

ii. این مطالب به روش‌های مختلف در دسترس قرار می‌گیرند، از جمله:

a. وبسایت. سیاست کمک مالی، درخواست کمک مالی، و خلاصه سیاست کمک مالی به زبان ساده در وبسایت این سازمان موجود است: [cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html)

b. ایمیل یا نسخه کاغذی. برای دریافت کپی‌های همه مطالبی که در این سیاست به آن‌ها اشاره شده است، می‌توانید از طریق شماره 323-866-8600 یا ایمیل [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org) با خدمات بیمار تماس بگیرید.

c. اعلامیه نصب‌شده. خلاصه به زبان ساده در مکان‌های زیر نصب می‌شود: بخش اورژانس، بخش پذیرش، بخش صدور صورت‌حساب، واحدهای پذیرش متمرکز و غیرمتمرکز و سایر بخش‌های بیماران سرپایی از جمله بخش بیماران تحت نظارت.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

- iii. اعلامیه‌های مربوط به ثبت نام و صورت حساب. اطلاعات و اعلامیه‌های مختلفی درباره ثبت نام و صدور صورت حساب در اختیار بیمار قرار می‌گیرد. مثلاً می‌توانید به «سیاست سازمان برای وصول بدهی» مراجعه کنید.
- iv. اطلاع‌رسانی به اعضای سازمان. سازمان با انجام اقدامات مختلف تلاش می‌کند درباره برنامه‌های کمک مالی خود به طور گسترده اطلاع‌رسانی کند، از جمله انتشار اطلاعات در سازمان‌های محلی مورد نظر یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی محلی درباره امکان دسترسی به برنامه‌های کمک مالی سازمان.
- f. خدمات ترجمه کتبی و شفاهی. ارتباط با بیماران مستلزم رعایت الزامات سازمان است بدون ایجاد هرگونه محدودیتی برای مواردی که قبلاً ذکر شده است، بر اساس این بیمه‌نامه، اطلاعیه‌ها، مکاتبات رسمی و تابلوها باید به انگلیسی و به زبان‌های دیگری که طبق قوانین ایالتی و فدرال لازم هستند باشند. سایر زبان‌ها عبارتند از فارسی، روسی، اسپانیایی، کره‌ای، ارمنی، و چینی. علاوه بر این، بیماران برای دریافت خدمات مترجم شفاهی جهت ارتباط و ترجمه اسناد مرتبط با سیاست به زبان‌های خارجی و زبان اشاره آمریکایی (ASL) می‌توانند با سازمان تماس بگیرند. همچنین، نسخه‌هایی از این اسناد در صورت درخواست از بخش خدمات بیمار، در قالب چاپ با حروف بزرگ و قالب صوتی قابل ارائه هستند.
- g. ضرورت پزشکی/تصمیم‌گیری‌های بالینی. ارزیابی ضرورت درمان پزشکی بیماران بر اساس قضاوت بالینی صورت می‌گیرد و به پوشش بیمه یا وضعیت مالی بیمار بستگی ندارد. در شرایط پزشکی اورژانسی، هرگونه ارزیابی از تمهیدات مالی صرفاً پس از انجام دادن بررسی‌های پزشکی مناسب و ارائه خدمات ضروری جهت تثبیت وضعیت بیمار مطابق با تمام قوانین و مقررات قابل‌اجرای ایالتی و فدرال انجام خواهد شد.
- h. بازپرداخت‌ها. همان‌طور که در بالا آمده است، سازمان مبالغی را که بیماران به میزانی مازاد بر مبلغ مقرر در این بیمه‌نامه پرداخت کرده باشند، بعلاوه سود پرداخت‌شده و با نرخ سود سالانه (10%)، بازپرداخت خواهد کرد. اگر مبلغ قابل‌پرداخت به بیمار کمتر از \$5.00 باشد (یا چنین مبلغی توسط سازمان خدمات درآمد داخلی تعیین شده باشد)، سازمان ملزم به بازپرداخت آن مبلغ یا پرداخت سود نمی‌باشد. سازمان باید در مدت‌زمان 30 روز مبلغ بازپرداخت را به بیمار منتقل کند.
- i. وصول مبالغ/بدهی. برای اطلاعات بیشتر درباره وصول مبالغ/بدهی، به «بیمه‌نامه سازمان برای وصول بدهی» مراجعه کنید.
- j. گزارش‌نویسی. سازمان هر سال 1 ژانویه یا قبل از این تاریخ، یا ظرف سی (30) روز از تاریخ ایجاد هرگونه به‌روزرسانی در این سیاست، این سیاست را به HCAI ارسال می‌کند. اگر از آخرین تاریخ ارسال سیاست هیچ تغییر قابل‌توجهی ایجاد نشده باشد، سازمان باید ظرف سی (30) روز پیش از 1 ژانویه، تاریخ بعدی گزارش دوسالانه سازمان را به HCAI اطلاع دهد. تغییرات قابل‌توجه شامل هرگونه تغییر است که ممکن است بر دسترسی بیمار به صلاحیت برای پرداخت تخفیف‌دار یا محافظت‌های دیگر که توسط الزامات فدرال و ایالتی مشخص شده‌اند تأثیر بگذارد. هر ارسال سیاست به HCAI باید شامل اظهاریه گواهی (پیوست D را ببینید) تحت مجازات یا شهادت کذب باشد که شامل این موارد می‌شود: (i) گواهی مبنی بر اینکه فرد ارسال‌کننده اجازه مقتضی برای ارسال سیاست‌ها را دارد. (ii) سیاست‌های ارسال‌شده، کپی‌های صحیح و واقعی از سیاست‌های سازمان هستند.
- iii. برنامه شکایت از صورت حساب بیمارستان. بیمارانی که باور دارند درخواست کمک مالی آن‌ها به اشتباه رد شده است، می‌توانند شکایتی نزد «برنامه شکایت از صدور صورت حساب بیمارستان» ایالت کالیفرنیا ثبت کنند. جهت کسب اطلاعات بیشتر یا ثبت شکایت، به وبسایت HCAI یا [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) مراجعه کنید.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

**IV. کمک بیشتر.** در رابطه با بیمارانی که در پرداخت صورت حساب خود به کمک نیاز دارند، سازمان های رایگان حامی مصرف کنندگان وجود دارد که در درک فرایند صدور صورت حساب و پرداخت، به بیماران کمک خواهند کرد. بیماران جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانند با Health Consumer Alliance به شماره 888-804-3536 تماس بگیرند یا به [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) مراجعه کنند.

**V. تأیید توسط هیئت مدیران و ادامه بررسی.** این سیاست، سیاست وصول بدهی، و همه مطالب تغییر یافته در این سیاست ها باید توسط هیئت مدیران سازمان تأیید شود. سازمان باید مرتباً این بیمه نامه را به همراه بیمه نامه جمع آوری بدهی و وضعیت تلاش های صورت گرفته برای وصول بدهی بررسی کند و مطمئن شود که به بهترین شکل در خدمت بیماران و جامعه باشند. با وجود این، ممکن است تغییرات اجرایی در پیوست های مذکور در بخش VII این سیاست از سوی مدیریت اعمال شود؛ این تغییرات ممکن است تا جایی که با این سیاست تناقض نداشته باشند، بدون تأیید هیئت مدیران اعمال شوند (مثلاً، شفاف سازی های زبانی، تغییرات برای انعکاس فرایند عملیاتی که سیاست را اجرا می کند، به روز رسانی های جهت انطباق با تغییرات در قوانین یا مقررات ذی ربط، یا دستورالعمل های IRS، و به روز رسانی های جهت اعمال جدیدترین دستورالعمل های مربوط به خط فقر فدرال).

**VI. تعریف ها:**

**a. مبالغ کلی صورت حساب (AGB)** یعنی مبالغ کلی صورت حساب مراقبت های اورژانسی یا سایر مراقبت های دارای ضرورت پزشکی که به بیماران دارای بیمه با پوشش آن خدمات ارائه شده است، و مطابق با 26 C.F.R. §1.501 (r)-5(b) تعیین می شود. اطلاعات بیشتر درباره نحوه محاسبه AGB توسط سازمان و به روز رسانی های سالیانه درباره درصد AGB در پیوست C این سیاست ارائه شده است و در وبسایت سازمان دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت ایالت کالیفرنیا (State of California's Department of Health Care Access and Information) به آدرس <https://syfphr.hcai.ca.gov/> نیز برای عموم قابل دسترس است.

**b. درخواست** به معنای درخواست سازمان برای کمک مالی می باشد.

**c. دارایی ها** صرفاً به معنای «دارایی های پولی» است. شامل دارایی هایی است که به آسانی قابلیت نقد شدن دارند؛ مانند موجودی حساب بانکی و سهام عام. طرح های بازنشستگی، طرح های معوق پرداخت غرامت (هم واجد شرایط و هم فاقد شرایط طبق قانون IRS) لحاظ نخواهند شد. موارد زیر شامل دارایی نمی شود: ده هزار \$ (\$10,000) اول از دارایی نقدی بیمار و پنجاه درصد (50%) از دارایی نقدی بیمار بعد از کنار گذاشتن ده هزار \$ (\$10,000) اول.

**d. شرکای انجمن** به معنای ارتباط حمایتی با سایر سازمان های انجمن مانند Planned Parenthood و Saban Community Clinic است.

**e. هزینه های ضروری زندگی** عبارت است از این موارد: اجاره یا کرایه خانه و هزینه تعمیرات آن، مواد غذایی و لوازم مصرفی خانواده، قبوض خدمات شهری و تلفن، پوشاک، هزینه های پزشکی و دندان پزشکی، بیمه، مدرسه و مراقبت از فرزند، نفقه (کمک)

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

## اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

مالی) فرزند و همسر، حمل و نقل و هزینه‌های خودرو، از جمله بیمه، سوخت و تعمیرات، پرداخت اقساط، شستشوی لباس و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.

f. اقدامات فوق‌العاده در وصول مطالبات، «ECAs» یعنی اموری در رابطه با وصول بدهی‌ها که سازمان قبل از انجام آنها ابتدا با تلاش‌هایی در حد معقول، واجد شرایط بودن بیمار را برای برخورداری از کمک مالی طبق این بیمه‌نامه تعیین می‌کند. اقدامات ECAs به طور ویژه در قسمت «بیمه‌نامه جمع‌آوری بدهی» توضیح داده شده‌اند.

g. خانواده موارد زیر را شامل می‌شود: (1) برای افراد 18 سال به بالا، همسر یا شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند و چه بیرون، (2) برای افراد زیر 18 سال، ولی، خویشاوندان فرد قیم و سایر فرزندان زیر 21 سال آن ولی یا خویشاوند قیم.

h. خط فقر فدرال («FPL») عبارت است از معیاری که برای تعیین فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود و "اداره خدمات انسانی و سلامت" («DHHS») هر سال آن را در وبسایت خود به آدرس <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines> منتشر می‌کند.

i. بیمار واجد شرایط از لحاظ مالی به بیماری گفته می‌شود که درخواست کمک مالی از سازمان دارد و فرم درخواستش را تکمیل و ارسال کرده است. بررسی درخواست این بیمار نشان می‌دهد که برای کمک مالی واجد شرایط است و درخواست او براساس این سیاست تأیید شده است، یا اینکه سازمان اینطور در نظر گرفته است که او به‌طور احتمالی برای دریافت کمک مالی مطابق با سیاست جاری واجد شرایط است.

j. کمک مالی عبارت است از اقداماتی که طبق این بیمه‌نامه صورت می‌گیرد تا خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت رایگان یا با هزینه کمتر به بیمار ارائه شود. هزینه کمتر به‌طور کلی بر اساس یک طرح پرداخت است، یا به معنی تخفیف خودکار برای بیمارانی است که شخصاً هزینه‌شان را خودشان پرداخت می‌کنند.

k. هزینه‌های پزشکی زیاد مرتبط با هزینه‌های شخصی سالیانه بیماری است که درآمد خانواده‌اش بیشتر از آستانه سازمان برای دریافت کمک مالی است. در شرایط زیر هزینه‌ها لحاظ می‌شوند: (i) در بیمارستان سازمان برای بیمار ایجاد شده باشد و بیشتر از کمترین حد درآمد فعلی خانواده بیمار یا درآمد خانواده در دوازده (12) ماه قبل باشد، یا (ii) هزینه‌های پزشکی پرداخت شخصی که بیشتر از ده درصد (10%) درآمد خانواده بیمار باشد، در صورتی که بیمار اسناد مربوط به هزینه‌های پزشکی را که توسط خودش یا خانواده‌اش در دوازده (12) ماه گذشته پرداخت شده است ارائه کند.

l. نیازمند بودن از نظر پزشکی یعنی بیماری که به دلیل خدمات مراقبتی پر هزینه و غیرمنتظره قادر نیست هزینه خدمات را بپردازد، اما برای کمک مالی تحت این بیمه‌نامه واجد شرایط نیست.

m. دارای ضرورت پزشکی به معنای خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی اجرا شده است که برای ارزیابی، تشخیص یا درمان بیمار مطابق با استانداردهای عمومی پزشکی، ضروری و از نظر بالینی مناسب است و هدف عمده آن، راحتی بیمار یا ارائه‌دهنده نیست.

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

n. طرح پرداخت قراردادی بین سازمان و بیمار است که توسط سازمان ارائه شده و بیمار آن را پذیرفته است، و در نتیجه آن بیمار می تواند بدهی اش را به صورت ماهیانه پرداخت کند، اما مبالغ اقساط نباید از 10% درآمد ماهیانه خانواده بیمار، بدون احتساب کسورات مربوط به هزینه های ضروری زندگی، بیشتر باشد.

VII. مرجع ها. قوانین فدرال و ایالتی که در نگارش این بیمه نامه به آنها اشاره شده است شامل موارد زیر است؛ ولی محدود به آنها نمی شود:

a. قانون درآمد داخلی بخش (3)(r) 501.

b. قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 127400-127462 (بیمه نامه های تعیین نرخ عادلانه در بیمارستان و بیمه نامه های تعیین قیمت عادلانه برای پزشکان بخش اورژانس).

c. لایحه مجلس کالیفرنیا 1020: بدهی مربوط به مراقبت سلامت و صدور عادلانه صورت حساب.

d. لایحه مجلس کالیفرنیا 532: سیاست های صدور صورت حساب عادلانه.

e. دستورالعمل اداره کل، اداره خدمات انسانی و سلامت (Office of General, Department of Health and Human Services, "OIG") درباره کمک مالی به بیماران بدون بیمه و بیمارانی که بیمه مناسبی ندارند، و قوانین IRS.

f. هرگونه اعمال قوانین و دستورالعمل سازمانی درباره هرکدام از موارد عنوان شده در بالا.

**VIII. لیست پیوست ها**

A. خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده

B. تخفیف کمک مالی

C. مبالغ کلی صورت حساب

D. بیانیه شفاف سازی

سابقه:

نسخه اولیه: 05/01/03

تاریخ اجرای این نسخه از سیاست: 01/01/24

**Title: Financial Assistance Policy**  
عنوان: سیاست کمک مالی

**Home Department: Patient Services**  
اداره اصلی: خدمات بیماران

اعلامیه مهم:

نسخه رسمی این سند در «مدیر سیاست و روند اجرایی» (PPM) موجود است و ممکن است از زمان چاپ، اصلاحاتی در آن انجام شده باشد.

تاریخ آخرین بازبینی: 04/15/23

## پیوست A

### خلاصه سیاست کمک مالی - خلاصه به زبان ساده

به عنوان بخشی از مأموریت ما، Cedars-Sinai Medical Center، Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital و Cedars-Sinai Medical Care Foundation (مجموعاً «سازمان») متعهد هستند ضمن ارائه خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت به جامعه، با کلیه بیماران رفتاری توأم با عزت، احترام و دلسوزی داشته باشد این مورد شامل فراهم کردن خدمات بدون هزینه یا با تخفیف قابل توجه به بیماران واجد شرایطی می‌شود که توان مالی پرداخت هزینه خدمات مراقبتی را طبق سیاست کمک مالی ما («سیاست») ندارند. ما همچنین گزینه‌های مختلفی را برای رفع نیازهای مالی بیماران در اختیار آنان قرار می‌دهیم، حتی اگر مشمول دریافت کمک‌هزینه نشوند. این سند خلاصه «سیاست» ما به زبان ساده («خلاصه») است.

### کمک در پرداخت صورت حساب

کمک مالی برای بیماران که اقدامات پزشکی ضروری دریافت می‌کنند و کسانی که درآمد و دارایی نقدی (در کل «درآمد») آنها برابر با 400% خط فقر فدرال (FPL) یا کمتر از آن در سال جاری است قابل دسترسی است. بیماران که درآمد آنها بین 401% تا 600% از FPL است نیز واجد شرایط خدمات مراقبتی با تخفیف هستند. تخفیف‌های موجود برای بیماران باتوجه به تعداد نفرات خانواده، سطح درآمد و وضعیت بیمه، بر اساس یک معیار متغیر خواهد بود کمک مالی برای خدمات پزشکی اختیاری یا رویه‌های درمانی فاقد ضرورت پزشکی یا مراقبت‌های پس از ترخیص صرفاً برای بیماران است که در محدوده خدماتی سازمان زندگی کنند، یا از طرف معاونت، مسئول امور مالی و چرخه درآمد اصلی یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. اگر بیمار برای خدمات کاملاً رایگان واجد شرایط نباشد، ولی طبق «سیاست» مذکور مشمول تخفیف شود، در قبال خدمات اورژانسی یا سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی سازمان، مبلغی بیش از «مبالغ کلی صورت حساب» از آن بیمار گرفته نخواهد شد.

### پزشکان و خدمات

- این «سیاست» تنها به خدماتی اعمال می‌شود که توسط «سازمان» و موارد زیر ارائه شده باشد:
- پزشکان هیئت علمی Cedars-Sinai در سمت خود به عنوان هیئت علمی.
  - پزشکان یا گروه‌های پزشکی تحت استخدام ("CSMCF") Cedars-Sinai Medical Care Foundation که توافقنامه انحصاری خدمات تخصصی را با CSMCF منعقد کرده‌اند.
  - پزشکان بخش اورژانس Cedars-Sinai مربوط به گروه پزشکی به‌ثبت رسیده مراقبت‌های فوری جامعه.

### نحوه درخواست

بیماران متقاضی خدمات درمانی رایگان یا مشمول تخفیف طبق این «سیاست» باید یک فرم درخواست کمک مالی («فرم درخواست») تکمیل کنند و مدارک لازم را تحویل دهند. تقاضانامه و مدارک یک روند بازبینی را از طرف سازمان طی خواهند کرد.

نسخه‌های رایگان این خلاصه، «سیاست» یا تقاضانامه به زبان‌های انگلیسی، فارسی، روسی، ارمنی، چینی، کره‌ای یا اسپانیایی قابل دسترس است. برای درخواست نسخه‌ها یا دریافت سایر اطلاعات، از جمله سؤالات مربوط به روند کمک مالی، می‌توانید کارهای زیر را انجام دهید:

- از نماینده‌های حاضر در محل ثبت نام یا پذیرش سؤال کنید.
- با خدمات بیماران به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.
- به وبسایت سازمان به نشانی [cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html) مراجعه کنید.

اگر معلولیت دارید و به یک قالب دیگر دسترس پذیر برای مطالب بالا نیاز دارید یا اگر به زبان دیگری غیر از موارد ذکر شده صحبت می‌کنید، لطفاً با خدمات بیمار تماس بگیرید، آنها می‌توانند یک قالب جایگزین را به شما پیشنهاد دهند یا برای کمک بیشتر شما را با بخش خدمات مترجم شفاهی ما مرتبط کنند.

### هماهنگی برای پرداخت توسط خودتان

بیمارانی که طبق «سیاست» جاری واجد شرایط خدمات درمانی رایگان یا مشمول تخفیف نیستند ممکن است سایر برنامه‌های سازمان برایشان مفید واقع شود. بیماران فاقد بیمه می‌توانند از تخفیف‌های قابل توجهی برخوردار شوند، مشابه با تخفیف‌هایی که ما در طرح‌های بیمه مراقبت‌های هماهنگ برای خدمات واجد شرایط ارائه می‌کنیم.

### اطلاعیه سازمان نظارتی برای جمع‌آوری بدهی (وصول مطالبات)

ما قطعاً بعضی از حساب‌های معوق را به شرکت‌های شخص ثالث جمع‌آوری بدهی واگذار می‌کنیم. این شرکت‌ها باید از تمام قوانین کالیفرنیا و فدرال و نیز از سیاست‌ها و رویه‌های سازمان تبعیت کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با اقدامات وصول مطالبات،



می‌توانید با کمیسیون تجارت فدرال به شماره 877-FTC-HELP (877-382-4357) تماس بگیرید. در مواقعی که حساب شما به یک شرکت جمع‌آوری بدهی ارجاع داده می‌شود، اگر با مشکلاتی روبرو شدید برای کمک‌گرفتن با خدمات بیماران ما به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید.

#### اقدامات حفاظتی برای صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره.

اقدامات حفاظتی در پوشش‌دادن صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره برای کلیه بیماران ارائه می‌شود. لطفاً به بخش «اطلاعیه بیماران - حقوق و محافظت‌های شما در قبال صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره» در وبسایت ما به نشانی [cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html](http://cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html) مراجعه کنید یا نسخه‌ای از آن را درخواست کنید.

#### برنامه شکایت صورت‌حساب بیمارستان

اگر فکر می‌کنید به اشتباه از کمک مالی محروم شده‌اید، می‌توانید نزد برنامه شکایت صورت‌حساب بیمارستان ایالت کالیفرنیا شکایت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر و ثبت شکایت، به [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) مراجعه کنید.

#### کمک بیشتر

کمک به پرداخت صورت‌حساب شما - سازمان‌هایی با خدمات رایگان برای حمایت از مصرف‌کننده وجود دارند که به شما در درک فرایند پرداخت و صورت‌حساب کمک می‌کنند برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با «اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت» از طریق شماره 888-804-3536 تماس بگیرید یا به [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) مراجعه کنید.

#### سایر منابع و اطلاعات:

- بیماران ممکن است برای برنامه‌های کمک دولتی نظیر Medi-Cal واجد شرایط باشند یا همچنین ممکن است واجد شرایط پوشش‌دهی یارانه‌ای از طریق Covered California قرار گیرند. دفتر «حمایت مالی از بیمار» (PFA) کارکنانی در محل دارد تا به سؤالات بیمار پاسخ دهند و در درخواست برای این برنامه‌ها به آنها کمک کنند. با دفتر PFA می‌توان از طریق 310-423-5071 یا مراجعه به نشانی 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 تماس گرفت.
- برای سؤالات پیرامون بیمه درمانی تجاری با شماره 1-800-CEDARS1 یا 800-233-2771 تماس بگیرید.
- برای اطلاع از نرخ‌گذاری سازمان و ابزار خدمات قابل خرید به [cedars-sinai.org/billing-insurance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance.html) مراجعه کنید

## بیوست A (ادامه)

### برگه عبارت تبلیغاتی کمک مالی

**English:** ATTENTION: If you need help in your language, call 323-866-8600 or visit the PFA office, 8 a.m.–4:30 p.m., Monday through Friday, at 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Aids and services for people with disabilities, like documents in large print or audio are also available. These services are free.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 323-866-8600 o visite la oficina de PFA, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m., de lunes a viernes, en 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. También hay ayuda y servicios disponibles para personas con discapacidades, como documentos con letra grande o en audio. Estos servicios son gratuitos.

**Chinese-Simplified:** 注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请致电 323-866-8600 或造访 PFA 办公室, 服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30, 地址为 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048。我们还为残障人士提供援助和服务, 例如大字体文件或音频。这些服务均为免费。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi 323-866-8600 hoặc đến tại văn phòng PFA, 8 sáng – 4:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, tại địa chỉ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Các trợ cụ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu ở dạng chữ in khổ lớn hoặc tệp âm thanh cũng có sẵn. Các dịch vụ này được miễn phí.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 323-866-8600 o bisitahin ang tanggapan ng PFA, 8 a.m.-4:30 p.m., Lunes hanggang Biyernes, sa 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nakasulat sa malalaking titik o naka-audio. Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

**Korean:** 참고 사항: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 월요일부터 금요일 오전 8시~오후 4시 30분에 전화 323-866-8600번으로 연락하시거나 PFA 사무실을 방문해 주십시오. 주소는 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048입니다. 큰 활자 또는 오디오 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 해당 서비스는 무료입니다.

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, զանգահարեք 323-866-8600 հեռախոսահամարով կամ այցելեք PFA-ի գրասենյակը, 8:00-ից-16:30, երկուշաբթիից ուրբաթ, այս հասցեով՝ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048: Հաշմանդամների համար տրամադրելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված նյութեր: Այս ծառայություններն անվճար են:

**Farsi:** توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خود دارید، با 323-866-8600 تماس بگیرید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 عصر به دفتر PFA به نشانی 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مراجعه کنید. کمک‌ها و خدماتی، مانند اسناد با چاپ درشت یا در قالب صوتی، نیز برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. این خدمات رایگان هستند.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: если вам нужна помощь на русском языке, позвоните по номеру 323-866-8600 или посетите отдел помощи пациентам по финансовым вопросам (PFA) по адресу 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. График работы отдела: с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:30. Лицам с ограниченными возможностями бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, например документы, напечатанные крупным шрифтом, или в аудиоформате.

**Japanese:** 注意事項: 言語サポートが必要な場合は、323-866-8600までお電話いただくか、PFA事務所 (8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048) までお越しください。月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 4 時 30 分までです。大きな活字の文書や音声など、障害のある人向けの支援やサービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料です。

**Arabic:** تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 323-866-8600 أو تفضل زيارة مكتب المحامي المالي للمرضى (PFA)، من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، في العنوان التالي: 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات لنوي الإعاقة، مثل المستندات المطبوعة بحروف كبيرة أو الملفات الصوتية. هذه الخدمات مجانية.

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 323-866-8600 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 ਵਿਖੇ PFA ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਜਾਓ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

**Mon-Khmer Cambodian:** យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 323-866-8600 ឬទៅការិយាល័យទីប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារ។ (PFA) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 នាទីរសៀល ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៏មាន ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីយ៉ូផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

**Hmong:** DAIM NTAWV CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw hauj lwm PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnuv Monday txog hnuv Friday, ntawm 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Dhau ntawv lawm kuj tseem muaj kev pab cuam thiab cov cuab yeej pab rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv luam ua tus ntawv loj los sis muaj kaw ua suab lus thiab. Cov kev pab cuam no yog pab dawb.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 323-866-8600 पर कॉल करें या PFA कार्यालय, सुबह 8 बजे से शाम 4:30 बजे, सोमवार से शुक्रवार, 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 पर जाएँ। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ या ऑडियो भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

**Thai:** ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรดโทร 323-866-8600 หรือไปที่สำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็มีให้เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**پیوست B**

**تخفیف کمک مالی**

دستورالعمل‌های مربوط به خط فقر فدرال

|            |            |            |            |             |                              |
|------------|------------|------------|------------|-------------|------------------------------|
| <u>85%</u> | <u>85%</u> | <u>90%</u> | <u>95%</u> | <u>100%</u> | تخفیف فرد فاقد بیمه          |
| <u>60%</u> | <u>70%</u> | <u>80%</u> | <u>90%</u> | <u>100%</u> | تخفیف فرد دارای بیمه نامناسب |

|           |           |           |           |           | حقوق سالانه طبق خط فقر فدرال (FPL) | تعداد نفرات خانواده                             |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------------|---|
| \$87,480  | \$80,190  | \$72,900  | \$65,610  | \$58,320  | \$14,580                           | 1   |
| \$118,320 | \$108,460 | \$98,600  | \$88,740  | \$78,880  | \$19,720                           | 2   |
| \$149,160 | \$136,730 | \$124,300 | \$111,870 | \$99,440  | \$24,860                           | 3   |
| \$180,000 | \$165,000 | \$150,000 | \$135,000 | \$120,000 | \$30,000                           | 4   |
| \$210,840 | \$193,270 | \$175,700 | \$158,130 | \$140,560 | \$35,140                           | 5   |
| \$241,680 | \$221,540 | \$201,400 | \$181,260 | \$161,120 | \$40,280                           | 6   |
| \$272,520 | \$249,810 | \$227,100 | \$204,390 | \$181,680 | \$45,420                           | 7   |
| \$303,360 | \$278,080 | \$252,800 | \$227,520 | \$202,240 | \$50,560                           | 8   |
|           |           |           |           |           | \$5,140                            | به‌ازای هر یک نفر بیشتر، این مبلغ را اضافه کنید |
| 600%      | 550%      | 500%      | 450%      | 400%      |                                    |   |

توجه: زمان‌بندی آخرین بازبینی: 1/16/23

## بیوست C

### مبالغ کلی صورت حساب

مبالغ کلی صورت حساب (AGB) یعنی مبالغ کلی صورت حساب مراقبت های اورژانسی یا سایر مراقبت های دارای ضرورت پزشکی که به بیماران دارای بیمه ای با پوشش آن خدمات ارائه شده است، و مطابق با 26 C.F.R. § 1.501 (r)-5(b) تعیین می شود.

سازمان برای تعیین حداکثر مبلغ صورت حساب هر بیمار بستری واجد شرایط از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری به بیماران بستری و Medicare استفاده می کند. سازمان برای افزایش مزایای بیماران واجد شرایط، از AGB کمتر یا مقدار بازپرداخت Medicare MS-DRG برای این بخش از خدمات مراقبت استفاده می کند تا صلاحیت بیمار را تعیین کند.

سازمان برای تعیین حداکثر مبلغ صورت حساب هر بیمار سرپایی واجد شرایط از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری به بیماران سرپایی و Medicare استفاده می کند.

سازمان برای تعیین حداکثر مبلغ صورت حساب هر بیمار واجد شرایط در بخش اورژانس از روش Look-Back (بررسی سوابق گذشته) و از متوسط نرخ بازپرداخت تجاری به بیماران بخش اورژانس و Medicare استفاده می کند. نرخ های بازپرداخت برای بیماران بستری، سرپایی، و بخش اورژانس حداقل هر سال با استفاده از جدیدترین حساب های تسویه شده Medicare مربوط به 12 ماه گذشته محاسبه می شود.

| بازپرداخت AGB % | تخفیف برای افراد خویش فرما بدون بیمه مناسب |   |
|-----------------|--|---|
|                 |  | <b>Cedars-Sinai Medical Center</b>          |
| 16%             | 84%  | بخش اورژانس                                 |
| 14%             | 86%  | بیمار بستری                                 |
| 16%             | 84%  | بیمار سرپایی                                |
|                 |  |   |
|                 |  | <b>Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital</b> |
| 22%             | 78%  | بخش اورژانس                                 |
| 16%             | 84%  | بیمار بستری                                 |
| 17%             | 83%  | بیمار سرپایی                                |

توجه 1: تاریخ آغاز اعتبار 01/01/2024

توجه 2: درصدها فقط برای اهداف نمایش در جدول رُند شده اند.

## پیوست D

### بیانیه شفافسازی

این سیاست و پیوست‌های آن به اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت (HCAI) ارسال خواهند شد. همچنین در وبسایت سازمان در دسترس قرار می‌گیرد.

سازمان تحت مجازات یا شهادت کذب، این موارد را تأیید می‌کند:

1. فرد ارسال‌کننده سیاست دارای اجازه مقتضی برای ارسال سیاست‌ها از طرف سازمان است.

2. سیاست ارسال‌شده، نسخه صحیح و واقعی است که این تأییدیه به آن پیوست شده است.



Lisa Maqueira  
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

11/30/23

Date