

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

I. Účel

- a. V rámci svého poslání se Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation („CSMCF“), Huntington Hospital a Huntington Health Physicians (dále samostatně jen „Organizace“) zavazují naplňovat potřeby zdravotní péče všech pacientů dané komunity, a to na základě následujících zásad:
- i. Jednat se všemi lidmi spravedlivě, důstojně, s úctou a pochopením.
 - ii. Poskytovat urgentní zdravotní péči všem bez ohledu na platební schopnost pacienta.
 - iii. Pomáhat pacientům, kteří nemohou hradit zcela nebo částečně péči, která je jim poskytována.
- b. Tyto Zásady finanční pomoci (dále jen „Zásady“) dokládají závazek Organizace plnit své poslání, vize a zásady tím, že pomáhá v komunitě zajišťovat potřeby nepojištěných pacientů s nízkými příjmy a pacientů s nedostatečným pojištěním. V rámci plnění tohoto závazku poskytuje Organizace nezbytné zdravotní služby bezplatně nebo za sníženou cenu pacientům, kteří splňují podmínky podle těchto Zásad.
- c. Tyto Zásady obsahují pokyny k rozpoznání pacientů, kteří mohou mít nárok na finanční pomoc, a stanoví finanční kritéria, na jejichž základě se určí, kteří pacienti mají na finanční pomoc nárok.

II. Zásady

- a. **Definice.** Pojmy psané velkými písmeny použité v těchto Zásadách jsou definovány v části „Definice“ na konci těchto Zásad nebo při jejich prvním použití.
- b. **Na co se tyto Zásady vztahují.** Tyto Zásady se vztahují pouze na služby poskytované Organizací a lékaři fakultní nemocnice v rámci výkonu své funkce, lékaři CSMCF a Huntington Health, včetně lékařů zaměstnaných zdravotnickými skupinami, které s nimi mají uzavřenou smlouvu o poskytování odborných služeb, a lékaři pohotovosti Cedars-Sinai. Lékaři pohotovosti v nemocnicích Organizace jiných než Cedars-Sinai, kteří poskytují pohotovostní lékařské služby, jsou ze zákona povinni poskytovat slevy pacientům, kteří nejsou pojištěni, nebo pacientům s vysokými náklady na zdravotní péči, kteří dosahují úrovně 400 % federální míry chudoby (FPL) nebo nižší.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

- c. **Zařízení, lékaři a další poskytovatelé, na které se tyto Zásady nevztahují, mohou využívat vlastní zásady finanční pomoci.** Přístup k finanční pomoci mohou svým pacientům umožnit i komunitní členové zdravotnického personálu Organizace (tj. poskytovatelé, kteří nejsou součástí Organizace). Organizace na své webové stránce zveřejní seznam informací týkajících se těchto lékařů s uvedením, zda konkrétní lékaři (nebo jejich zdravotnická skupina): i) poskytují pacientům s nízkými příjmy, kteří nejsou pojištěni, odpovídající slevy z poplatků za odborné služby lékaře, které poskytuje Organizace, a to na základě kritérií stanovených v Zásadách, ii) akceptují rozhodnutí Organizace o nároku pacienta na finanční pomoc, iii) dodržují všechny platné federální, státní a místní zákony, předpisy, nařízení a příkazy týkající se vymáhání pohledávek za spotřebiteli. Organizace neodpovídá za správu programů finanční pomoci těmito lékaři ani za jejich fakturační postupy.
- d. **Pomoc s platbou účtu – kritéria přiznání nároku**
- i. **Finanční pomoc.** Charitativní péče bude poskytována pacientům, jejichž rodinné příjmy v aktuálním roce dosahují úrovně maximálně 400 % federální míry chudoby (FPL). Na slevu mají nárok i pacienti s příjmem v rozmezí 401 až 600 % federální míry chudoby (FPL) v aktuálním roce. Musí být vyplněna Žádost o finanční pomoc (dále jen „Žádost“). Při určování nároku na slevy se nepřihlíží k majetku. V příloze B je popsána metodika pro stanovení finanční pomoci, kterou může Organizace poskytnout.
 - ii. **Pacienti před zahájením poskytování služeb (plánovaná/neurgentní péče).** Pacienti, kteří jsou objednáni jako plánovaní hospitalizovaní pacienti, jako neurgentní ambulantní pacienti nebo a následnou péči po propuštění z nemocnice, potřebují předchozí souhlas s finanční pomocí od osob na pozici Vice President a Finance and Chief Revenue Cycle Officer nebo jimi pověřené osoby. Schváleny mohou být pouze zákroky, které představují nezbytnou zdravotní péči. Organizace si vyhraduje právo neposkytovat finanční pomoc v souvislosti s navrhovanou neurgentní a jinou péčí, která nepředstavuje nezbytnou zdravotní péči, z toho důvodu, že Organizace musí své finanční a klinické zdroje přidělovat uvážlivě.
 - iii. **Další finanční zdroje a nezbytná spolupráce pacientů.** Pacienti, kterým byla schválena pomoc podle těchto Zásad, souhlasí s tím, že budou soustavně

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

spolupracovat během procesu potřebného k získání úhrady služeb Organizace ze zdrojů třetích stran, jako jsou Kalifornské fondy pro oběti trestných činů (California Victims of Crime funds), Okresní traumatologický program (County Trauma Program), program Medi-Cal a plány zdravotní péče, které nabízejí úhrady prostřednictvím California Health Benefit Exchange (dále jen „Burza“). Žádost pacienta o úhradu nákladů na zdravotní péči třetí stranou nevyklučuje nárok na pomoc podle těchto Zásad. Podmínkou charitativní péče je, že pacient požádá o úhradu v rámci programu Medi-Cal, Healthy Families, případně Okresního traumatologického programu (County Trauma Program), nebo případně o úhradu prostřednictvím Burzy. Výše uvedené se vztahuje i na pacienty s bydlištěm mimo stát a jejich žádosti o Medicaid v rámci jejich státu. Před obdržetím slevy může Organizace požádat, aby byl pacient prověřen z hlediska nároku na Medi-Cal, aby mohl obdržet informace o výhodách Medi-Cal. K získání slevy však není nutné, aby byl účastník zařazen do programu Medi-Cal.

Za účelem zjištění možného nároku na zdravotní péči v rámci těchto programů se Organizace vhodným způsobem obrátí na místní okresní agentury, včetně programů Healthy Families, burzy Covered California, Medi-Cal nebo jiných programů.

Organizace je oprávněna vystavit vyúčtování jakémukoli pojistiteli třetí strany poskytujícímu pacientovi pojistné krytí, včetně jakéhokoli zdroje zákonné odpovědnosti vůči třetí stranám. Zdravotním pojišťovnám a plánům zdravotní péče je zakázáno snížit úhradu pohledávky Organizaci, i když se Organizace v souladu s těmito Zásadami zřekla celého poplatku nebo jeho části.

- iv. **Samoplátcí.** Organizace na základě svých předchozích zkušeností a stávajícího pojistného stavu vychází z předpokladu, že pacienti, kteří nejsou pojištěni, si pojištění nemohou dovolit. Organizace má za to, že tyto pacienti mají nárok na programy finanční pomoci, a všem takovým pacientům poskytne následující pomoc, pokud se pacient nedomluví na poskytování jiných služeb Organizací. Sleva, která není pacientovi vyúčtována, je nehrázenou péčí, kterou Organizace vykáže v souladu s pokyny uvedenými v Příručce pro úhrady poskytovatelů v Centers for Medicare & Medicaid Services, kapitola 15-2, oddíl 4012.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

1. Pacientům, kteří jsou samoplátcí, se automaticky vystaví účet se slevou. Zlevněná částka se stanoví vynásobením celkové výše poplatků procentní hodnotou AGB Organizace pro příslušné služby lůžkové péče, urgentní péče nebo ambulantní, neurgentní péče.
 2. Na tyto slevy mají samoplátcí nárok bez nutnosti podávat Žádost. Tato finanční pomoc se nevztahuje na plánované zákroky, pokud Organizace a pacient neuzavřou konkrétní dohodu.
- v. **Pacienti bez zdravotního pojištění (jinak bez nároku na slevu).** Pacienti, kteří nemají dostatek prostředků na zdravotní péči (Medically Indigent), ale kteří jinak nemají nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad, mohou přesto požádat o finanční pomoc v souladu s postupem stanoveným v těchto Zásadách. Žádost o finanční pomoc z důvodu nedostatku prostředků na zdravotní péči musí schválit osoby na pozici Vice President a Finance and Chief Revenue Cycle Officer nebo jimi pověřené osoby podle vlastního uvážení.
- e. **Správa finanční pomoci.** Organizace používá jednorázovou jednotnou Žádost pacienta o finanční pomoc. Tento proces je navržen tak, aby každý žadatel měl možnost získat maximální finanční pomoc, na kterou má nárok. Každý pacient, který žádá o finanční pomoc, bude požádán o vyplnění Žádosti.
- i. **Jak podat žádost.** Proces podání Žádosti může iniciovat pacient nebo kterýkoli zaměstnanec Organizace tak, že se obrátí na kancelář Patient Financial Advocates na telefonním čísle 310-423-5071 nebo e-mailem na adresu patient.billing@cshs.org. Tento proces zahrnuje následující:
 1. Pacienti obdrží Žádost spolu s přihláškou do programu Medi-Cal a informacemi o úvěrovém poradenství.
 2. Pomoc s vyplňováním formulářů nabízí žadatelům kancelář Patient Financial Advocates na adrese Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room 1740.
 3. Žádost lze vyplnit ústně s pomocí pracovníků Organizace, je však nutné, aby ji pacient nebo jeho zástupce podepsal.
 - ii. **Přezkum Žádosti**

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

1. **Rozhodnutí.** Při výpočtu kritérií pro nárok na pomoc se jako měřítko používá aktuální FPL.
2. **Rozhodnutí spřízněných subjektů a schválených komunitních partnerů.** Pacientům, jejichž žádosti o finanční pomoc schválili v nedávné době některé spřízněné subjekty nebo komunitní partneři Organizace, může Organizace podle svého uvážení schválit finanční pomoc ve zrychleném režimu. Organizace uvědomí pacienty žádající o finanční pomoc, zda je takový zrychlený režim schvalování možný.
3. **Majetek.** Při určování nároku na charitativní péči nebo slevy se nepřihlíží k majetku.
Příjem. Pro účely stanovení nároku na charitativní péči nebo slevu se jako doklady o výši příjmu požadují pouze poslední výplatní pásky nebo přiznání k dani z příjmů pacienta a na žádost Organizace také rodiny pacienta. Organizace může akceptovat jiné formy dokladů o výši příjmu, ale nevyžaduje je.
4. **Srážky.** Posuzují se i další finanční závazky, včetně nezbytných životních nákladů a dalších položek přiměřené a nezbytné povahy.
5. **Maximální hotové výdaje pacienta.** Veškeré platby od pacienta za služby hrazené na základě těchto Zásad jsou omezeny na částku nepřesahující Obecně účtovanou částku (AGB).
6. **Opětovné posouzení.** Organizace může nárok na pomoc opětovně posoudit, pokud nastane některá z následujících skutečností:
 - a. Změní se výše příjmu pacienta.
 - b. Změní se velikost rodiny pacienta.
 - c. Pokud dojde ke zjištění, že některá část Žádosti o finanční pomoc je nepravdivá nebo zavádějící, může být původní finanční pomoc zpětně zamítnuta.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

- iii. **Předložení požadované dokumentace.** Organizace požaduje od pacientů, kteří žádají o finanční pomoc, různé dokumenty k prokázání jejich nároku na pomoc. Mezi takové dokumenty mimo jiné patří:
1. Vyplněná Žádost. Žádost o charitativní péči nebo slevu mohou pacienti podat kdykoli.
 2. Dokladem o výši příjmu mohou být výplatní pásky nebo přiznání k dani z příjmů.
 3. Dalšími doklady mohou být:
 - a. Výpis z účtu zdravotního spoření (Health Savings Account) s informacemi o disponibilním zůstatku pro aktuální rok plánu.
 - b. Organizace může požádat, aby byl pacient prověřen z hlediska nároku na Medi-Cal, aby mohl obdržet informace o výhodách úhrad prostřednictvím Medi-Cal.
 - c. Organizace nebude požadovat, aby pacient podal žádost o Medicare, Medi-Cal nebo jiné úhrady dříve, než bude ověřen nebo mu bude poskytnuta sleva. Při ověřování nároku na slevu může Organizace požadovat, aby se pacient zapojil do ověřování nároku na Medi-Cal.
- iv. **Předložení vyplněné Žádosti.** Pokud pacient předloží vyplněnou Žádost, Organizace provede následující:
1. Přejme neprodleně veškerá přiměřeně dostupná opatření k pozastavení nebo zrušení mimořádných opatření k vymáhání pohledávek (ECA) vůči pacientovi za účelem získání úhrady za péči. Tato přiměřeně dostupná opatření obecně zahrnují mimo jiné doporučení agenturám pro vymáhání pohledávek, aby ukončily vymáhání pohledávek, opatření vedoucí ke zrušení rozsudku proti pacientovi, zrušení zabavení majetku a zástavního práva na majetek pacienta a odstranění jakýchkoli nepříznivých informací, které byly nahlášeny agentuře podávající informace o úvěruschopnosti spotřebitelů nebo úvěrové společnosti, ze zprávy o úvěruschopnosti pacienta.
 2. Rozhodne v přiměřené lhůtě o nároku na poskytnutí pomoci nebo sdělí, zda je Žádost neúplná nebo zda vyžaduje doplňující informace.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

3. Neprodleně písemně vyrozumí pacienta o rozhodnutí o přiznání nároku, včetně případné pomoci, na kterou má pacient nárok, a důvodu takového rozhodnutí.
4. Pokud má pacient nárok na finanční pomoc, Organizace ho písemně vyrozumí o nároku, dostupné pomoci, důvodech jejího přiznání a termínech hrazených služeb.
 - a. Pokud pacientovi nevznikne žádná povinnost, není třeba podnikat žádné další kroky kromě vrácení zaplacených částek, jak je uvedeno v těchto Zásadách v oddíle „Vrácení peněz“. V případě nedoplatku musí Organizace uvědomit pacienta o částce, kterou pacient za péči dluží, a vysvětlit mu, jakým způsobem může získat další informace o účtu.
 - b. Jakmile je pacientovi přiznána finanční pomoc, nebude mu za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči účtována vyšší částka, než je AGB.
 - c. Schvalování nároku na pomoc mohou provádět pouze osoby výslovně pověřené Organizací. V současné době je touto osobou Vice President a Finance and Chief Revenue Cycle Officer nebo jimi pověřená osoba.
- v. **Dopis s rozhodnutím.** Poté, co pacient předloží úplnou žádost a požadovanou dokumentaci, zašle mu Organizace dopis, v němž uvede rozhodnutí, zda je žádost schválena, nebo ne. Dopis musí obsahovat následující informace:
 1. Jasně rozhodnutí o nároku pacienta na finanční pomoc.
 2. Pokud bylo shledáno, že pacient na finanční pomoc nemá nárok, jasné prohlášení se zdůvodněním, proč byla finanční pomoc pacientovi zamítnuta.
 3. Pokud bylo shledáno, že pacient na finanční pomoc nemá nárok vzhledem k tomu, že úkon nebyl nezbytnou zdravotní službou, ošetřující lékař provádějící tento úkon musí tuto skutečnost před zamítnutím potvrdit.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

4. Pokud byl pacientovi schválen nárok na slevu, musí být uvedeno jasné vysvětlení účtu se sníženou cenou a poučení o tom, jak může pacient získat další informace týkající se přiměřeného splátkového kalendáře, je-li to relevantní.
 5. Kontaktní údaje Organizace, včetně oddělení, jména kontaktní osoby a místa, kde se pacient může proti rozhodnutí nemocnice odvolat.
 6. Informace o reklamačním programu týkajícím se faktur od nemocnic (Hospital Bill Complaint Program) odboru Department of Health Care Access and Information (HCAI).
 7. Informace o organizaci Health Consumer Alliance.
- vi. **Pacienti s neúplnými informacemi pro podání Žádosti.** Chybějící finanční údaje o pacientovi, které nemá Organizace k dispozici, nevylučují nárok na finanční pomoc. Při hodnocení všech faktorů týkajících se klinické, osobní a demografické situace pacienta a případně dalších podkladů (včetně informací, které mohou být poskytnuty jinými charitativními organizacemi) může Organizace rozhodnout, že pacientovi přizná nárok na finanční pomoc, a to na základě důvodných předpokladů týkajících se příjmů pacienta.
- vii. **Neúplná Žádost.** Pokud pacient podá neúplnou Žádost, Organizace jej musí neprodleně písemně vyzoomět o tom, jaké doplňující informace nebo doklady jsou k Žádosti zapotřebí, a uvést kontaktní údaje pro zpracování Žádosti. Pokud pacient Žádost následně vyplní, bude Žádost považována za úplnou.
- viii. **Pravidlo proti zneužití Žádostí s pochybnými údaji.** Organizace nesmí učinit rozhodnutí o tom, že pacient nemá nárok na finanční pomoc, na základě informací, o nichž má důvod se domnívat, že jsou nespolehlivé nebo nesprávné, nebo na základě informací získaných od pacienta pod nátlakem nebo za použití nátlakových praktik. Nátlaková praktika zahrnuje i odložení nebo odepření urgentní zdravotní péče pacientovi, dokud pacient neposkytne informace nutné pro rozhodnutí, zda má nárok na finanční pomoc na tuto odloženou nebo odepřenou péči.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

- ix. **Vyřizování neúplných Žádostí.** Organizace může při rozhodování o finanční pomoci přihlídnout k tomu, že pacient nepředložil odpovídající a nezbytnou dokumentaci. Organizace však bude postupovat přiměřeně a na základě dostupných informací učiní nejlepší možné rozhodnutí.
- x. **Předpokládaný nárok na pomoc.** Organizace může rozhodnout, že pacient má nárok na poskytnutí finanční pomoci na stávající služby na základě informací, které získala nebo vyhodnotila, aniž by pacient musel poskytnout všechny informace požadované v rámci obvyklého postupu podávání Žádosti, nebo na základě skutečnosti, že pacient nemá zdravotní pojištění. Rozhodnutí Organizace může spočívat v tom, že bude vycházet ze svého předchozího rozhodnutí, z informací poskytnutých jiným poskytovatelem péče o pacienta nebo z obecného posouzení informací, které mají pracovníci Organizace k dispozici. V takových případech Organizace a) oznámí pacientovi důvody pro rozhodnutí o předpokládaném nároku a způsob, jakým může pacient požádat o štedřejší pomoc dostupnou podle těchto Zásad, b) informuje pacienta, že Žádost o nárok na štedřejší pomoc v souvislosti se službami může podat k posouzení kdykoli; a pokud pacient podá úplnou Žádost o štedřejší pomoc, pak určí, zda má pacient nárok na větší slevu, a učiní další kroky stanovené těmito Zásadami v souvislosti s vyplněnými Žádostmi. Pacienti, kteří jsou samoplátci a využívají slevy popsané v těchto Zásadách, obdrží toto oznámení prostřednictvím srozumitelného přehledu (viz příloha A) vytištěného na svých výpisech.
- xi. **Pokud se pacient vzdá svých práv, nezproštuje tím Organizaci povinnosti vynaložit přiměřené úsilí k přijetí rozhodnutí o nároku na finanční pomoc.** Získání ústního nebo písemného potvrzení o zřeknutí se práv ze strany pacienta, například podepsaného prohlášení, že si pacient nepřeje požádat o pomoc podle těchto Zásad nebo dostávat informace, které mají být pacientům podle těchto Zásad poskytovány, samo o sobě neznamená, že pacient nemá nárok na pomoc a nesplňuje požadavek na vynaložení přiměřeného úsilí za účelem zjištění, zda pacient má nárok na pomoc, předtím, než dojde k zahájení opatření ECA vůči pacientovi
- xii. **Splátkové kalendáře.** Pokud je rozhodnuto, že pacient má nárok na slevu prostřednictvím finanční pomoci, a má nedoplatek, má možnost zaplatit prostřednictvím splátkového kalendáře s plánovaným termínem splatnosti. Organizace projedná s pacientem možnosti splátkového kalendáře a vypracuje

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

splátkové kalendáře s příslušnými termíny splatnosti. Splátkové kalendáře jsou bezúročné. Při stanovování podmínek splátkového kalendáře může Organizace zvážit účty zdravotního spoření. Další informace jsou uvedeny v Zásadách Organizace pro vymáhání pohledávek.

- xiii. **Řešení sporů.** V případě, že dojde ke sporu ohledně nároku na finanční pomoc, může pacient podat Organizaci písemné odvolání k opětovnému posouzení. Písemné odvolání musí obsahovat vysvětlení důvodů sporu a příslušné podklady. Odvolání neprodleně přezkoumá Manager of Customer Service and Operations Organizace nebo jím pověřená osoba a pacientovi předloží písemné rozhodnutí. V případě, že se pacient domnívá, že i po prvním odvolání spor nadále trvá, může písemně požádat osoby na pozici Vice President a Finance and Chief Revenue Cycle Officer přezkum a konečné písemné rozhodnutí.
- xiv. **Důvěrnost informací uvedených v Žádosti.** Všechny informace získané od pacientů, kteří žádají o přiznání nároku podle těchto Zásad, uchovává Organizace jako informace důvěrného charakteru. Informace o příjmech získané v rámci Žádosti a schvalovacího procesu musí být uloženy v souboru, který je veden odděleně od informací, které mohou být použity k vymáhání dlužných částek.

d. Doba trvání

- i. Počáteční finanční pomoc pro pacienta, na kterou má finanční nárok pro schválené období, platí po dobu šesti (6) měsíců od data podání úplné Žádosti. Na konci počátečního schváleného období může být na Žádost pacienta jeho nárok opětovně posouzen. Na základě rozhodnutí Organizace může být schváleno další šestiměsíční (6) období, aniž by bylo nutné podávat novou Žádost. Po uplynutí dvanácti (12) měsíců musí pacient vyplnit novou Žádost. Počínaje datem schválení poslední Žádosti budou z otevřených kvalifikovaných účtů odepisovány prostředky na finanční pomoc v závislosti na výši poskytnuté pomoci. Na základě postupného odepisování by byly kvalifikované účty na dalších šest (6) měsíců oprávněné k odpisu finanční pomoci.

e. Oznámení, písemná sdělení a prohlášení

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

- i. Informace týkající se finanční pomoci poskytuje Organizace formou následujících oznámení a informací:
 - a. Tyto Zásady.
 - b. Srozumitelný přehled Zásad. Srozumitelný přehled je jasný, stručný a snadno pochopitelný dokument, který informuje pacienty a další osoby o tom, že Organizace nabízí finanční pomoc podle těchto Zásad. Srozumitelný přehled musí být vypracován tak, aby obsahoval relevantní informace včetně informací vyžadovaných státními a federálními zákony, jako jsou požadavky na oprávněnost nároku a pomoc nabízenou v rámci těchto Zásad, dále stručný přehled toho, jak o pomoc podle těchto Zásad požádat, a informace o získání dalších údajů a pomoci, včetně verzí v jiných jazycích.
 - c. Seznam poskytovatelů, kteří mohou pacientům Organizace poskytnout finanční pomoc.
 - d. Žádost.
 - e. Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.
- ii. Tyto materiály musí být k dispozici v různých formách, a to včetně následujících:
 - a. **Webové stránky.** Zásady finanční pomoci, Žádost o finanční pomoc a Srozumitelný přehled Zásad finanční pomoci se nacházejí na webových stránkách této Organizace: cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html
 - b. **E-mail nebo kopie v papírové podobě.** O kopie všech materiálů uvedených v těchto Zásadách lze požádat na oddělení Patient Services na telefonním čísle 323-866-8600 nebo e-mailem na adrese patient.billing@cshs.org
 - c. **Informační nápisy.** Srozumitelný přehled musí být vyvěšen na těchto místech: Emergency Department (oddělení urgentního příjmu),

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

Admitting Department (oddělení příjmu), Billing Department (fakturační oddělení), centralizované a decentralizované registrační prostory a další ambulantní zařízení, včetně observačních oddělení.

- iii. **Oznámení o registraci a vyúčtování.** Při registraci a vyúčtování obdrží pacienti řadu informací a sdělení. Viz například Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.
- iv. **Oznámení komunitě.** Organizace vyvíjí řadu snah o širokou propagaci svých programů finanční pomoci, například rozesíláním informací cílovým komunitním organizacím nebo využíváním jiných způsobů, jak upozornit komunitu na dostupnost programů finanční pomoci, kterou Organizace nabízí.
- f. **Překladačské a tlumočnické služby.** Komunikace s pacienty musí probíhat v souladu s požadavky Organizace. Bez omezení výše uvedeného musí být oznámení, formální sdělení a nápisy podle těchto Zásad v angličtině a v dalších jazycích vyžadovaných státními a federálními zákony. Těmito dalšími jazyky jsou španělština, perština, ruština, arménština, čínština, korejština, vietnamština, arabština a čeština. Kromě toho se pacienti mohou obrátit na Organizaci a požádat o propojení s tlumočnickými službami, které jim pomohou s komunikací a překladem dokumentů souvisejících se Zásadami do jiných cizích jazyků a amerického znakového jazyka (ASL). Na žádost předloženou oddělení Patient Services mohou být kopie těchto dokumentů pacientům poskytnuty také vytištěné velkým písmem nebo ve zvukové podobě.
- g. **Nezbytnost lékařského ošetření / klinická zjištění.** Posouzení nezbytnosti lékařského ošetření každého pacienta vychází z klinického posouzení bez ohledu na pojištění nebo finanční situaci. V případech, kdy u pacienta nastane urgentní zdravotní stav, dojde k vyhodnocení finančních ujednání až po provedení příslušného lékařského screeningového vyšetření a poskytnutí nezbytných stabilizačních opatření v souladu se všemi platnými státními a federálními zákony.
- h. **Vrácení peněz.** Organizace uhradí pacientům částky, které zaplatili nad rámec dlužných částek dle těchto Zásad, včetně zaplacených úroků, a to v sazbě deset procent (10 %) ročně. Pokud je dlužná částka pacienta nižší než 5,00 \$ (nebo jiná taková částka stanovená finančním úřadem), není Organizace povinna částku pacientovi uhradit ani zaplatit úroky. Organizace pacientovi vrátí peníze do 30 dnů.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

- i. **Vymáhání pohledávek.** Další informace o postupu při vymáhání pohledávek naleznete v Zásadách vymáhání pohledávek.
- j. **Podávání zpráv.** Organizace předkládá tyto Zásady odboru HCAI každý druhý rok do 1. ledna, nebo do třiceti (30) dnů od provedení jejich aktualizace. Pokud od předchozího předložení Zásad k žádným významným změnám nedošlo, oznámí Organizace tuto skutečnost HCAI do třiceti (30) dnů před 1. lednem následujícího dvouletého termínu pro podávání zpráv Organizací. Významné změny zahrnují všechny změny, které by mohly ovlivnit nárok pacientů na slevu nebo jakoukoli jinou ochranu stanovenou federálními a státními požadavky. Při každém předložení Zásad odboru HCAI musí být pod hrozbou obvinění z křivého svědectví dodáno potvrzení (viz příloha D) obsahující následující údaje: i) potvrzení, že předkladatel je řádně oprávněn Zásady předložit, ii) potvrzení, že předložené Zásady jsou pravdivou a správnou verzí Zásad Organizace.

III. Reklamační program týkající se faktur od nemocnic (Hospital Bill Complaint Program).

Pacienti, kteří se domnívají, že jim byla neprávem odepřena finanční pomoc, mohou podat stížnost v rámci kalifornského programu Hospital Bill Complaint Program. Další informace získáte na webových stránkách HCAI nebo HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov, kde můžete také podat stížnost.

IV. Další pomoc. Pacienti, kteří potřebují pomoc se zaplacením účtu, se mohou obrátit na organizace na ochranu spotřebitelů, které jim bezplatně pomohou porozumět procesu účtování a placení. Další informace mohou pacienti získat od organizace Health Consumer Alliance na telefonním čísle 888-804-3536 nebo na webových stránkách healthconsumer.org.

V. Uchování záznamů. Organizace bude uchovávat veškeré záznamy týkající se peněžních částek dlužných pacientem nebo ručitelem po dobu 5 let, a to mimo jiné včetně následujících záznamů: a) dokumenty týkající se soudní žaloby podané Organizací, b) smlouva, na jejímž základě Organizace postupuje pohledávky třetí straně, včetně podstatných souvisejících záznamů, c) seznam (aktualizovaný minimálně jednou ročně) všech osob, včetně jejich jmen a kontaktních údajů, které jsou buď: i) vymahačem pohledávek, jemuž Organizace postoupila nesplacený dluh za zdravotní péči, nebo ii) které Organizace pověřila vedením soudního sporu v souvislosti s pohledávkami za pacienty jejím jménem.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

VI. Schválení správní radou a průběžný přezkum. Tyto Zásady, Zásady vymáhání pohledávek a všechny podstatné změny těchto Zásad musí schválit správní rada Organizace. Tyto Zásady spolu se Zásadami vymáhání pohledávek a stavem vymáhání pohledávek Organizace pravidelně přezkoumává, aby bylo zajištěno, že co nejlépe slouží pacientům a komunitě. Vedení však může provést administrativní změny příloh uvedených v oddíle VII těchto Zásad bez souhlasu správní rady, pokud tyto změny nejsou v rozporu s těmito Zásadami (např. jazykové úpravy, změny zohledňující provozní postupy pro provádění těchto Zásad, aktualizace v souladu se změnami platných zákonů, nařízení nebo pokynů IRS a aktualizace zohledňující nejnovější Pokyny ke stanovení federální chudoby).

VII. Definice

- a. **Obecně účtovanými částkami („AGB“)** se rozumí částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění hradící takovou péči, stanovené v souladu s ustanovením 26 C.F.R. §1.501, odst. (r)-5(b). Další informace o tom, jak Organizace provádí výpočet AGB, jsou uvedeny v příloze C těchto Zásad a budou součástí výkazů zpřístupněných veřejnosti na webových stránkách odboru HCAI (Health Care Access and Information) státu Kalifornie na adrese syfphr.hcai.ca.gov/.
- b. **Žádostí** se rozumí Žádost Organizace o finanční pomoc.
- c. **Majetkem** se rozumí pouze „peněžní aktiva“. Patří sem aktiva, která jsou snadno směnitelná za hotovost, jako jsou bankovní účty a veřejně obchodovatelné akcie. Penzijní připojištění, plány odloženého odměňování (kvalifikované i nekvalifikované podle daňového řádu) se neberou v úvahu.
- d. **Charitativní péčí** se rozumí bezplatná péče.
- e. **Komunitními partnery** se rozumí podpůrné vztahy s dalšími komunitními agenturami, jako jsou například Planned Parenthood nebo Saban Community Clinic.
- f. **Slevou** nebo **zlevněnou platbou** se rozumí poplatek za péči, který je za sníženou cenu, ale není bezplatný.
- g. **Nezbytnými životními náklady** se rozumí náklady na některé z následujících položek: nájemné nebo splátky za bydlení a náklady na jeho údržbu, potraviny a potřeby pro

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

domácnost, dodávky energií a telefon, ošacení, platby za zdravotní a stomatologickou péči, pojištění, škola nebo předškolní zařízení, výživné na děti nebo mezi manželi, výdaje na dopravu a auto, včetně pojištění, paliva a oprav, splátky, praní a úklid a další mimořádné výdaje.

- h. **Mimořádnými opatřeními k vymáhání pohledávek („ECA“)** se rozumí opatření k vymáhání pohledávek, která Organizace neprovede dříve, než vynaloží přiměřené úsilí, aby zjistila, zda má pacient nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad. Opatření ECA jsou konkrétně popsána v Zásadách vymáhání pohledávek.
- i. **Federální míra chudoby („FPL“)** je ukazatel, který se používá k určení chudoby ve Spojených státech a který pravidelně zveřejňuje Department of Health and Human Services („DHHS“) na svých webových stránkách aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines.
- j. **Pacientem s finančním nárokem** se rozumí pacient, který požádal Organizaci o finanční pomoc a vyplnil a předložil Žádost. Na základě přezkumu Žádosti se prokáže, že pacient má nárok na finanční pomoc a Žádost se schválí v souladu s těmito Zásadami, nebo Organizace rozhodne, že podle těchto Zásad má na finanční pomoc pacient předpokládaný nárok.
- k. **Finanční pomocí** se rozumí ujednání podle těchto Zásad, na jejichž základě jsou zdravotní služby poskytovány pacientovi bezplatně nebo za sníženou cenu. Snížené poplatky se zpravidla uplatňují na základě splátkového kalendáře nebo automatické slevy pro pacienty, kteří jsou samoplátci.
- l. **Účet zdravotního spoření** je jakýkoli spořicí účet osvobozený od daně a založený pacientem nebo členem jeho rodiny, který slouží pro platbu určitých výdajů na zdravotní péči pacienta a případně jiných výdajů.
- m. **Vysokými náklady na zdravotní péči** se rozumí roční hotové výdaje pacienta, jehož rodinný příjem překračuje hranice, které Organizace stanovila pro poskytnutí finanční pomoci. Tyto náklady zahrnují: 1) roční hotové výdaje vynaložené pacientem v nemocnici Organizace, které přesahují nižší z těchto částek: 10 % současného příjmu rodiny pacienta nebo příjmu rodiny pacienta za předchozích 12 měsíců, 2) roční hotové výdaje, které přesahují 10 % příjmu rodiny pacienta, pokud pacient předloží doklady

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

o výdajích na zdravotní péči, které pacient nebo jeho rodina zaplatili za předchozích 12 měsíců, nebo 3) nižší náklady, jak je případně uvedeno v těchto Zásadách.

- n. **Nedostatkem prostředků na zdravotní péči** se rozumí situace pacienta, který nemůže zaplatit za služby z důvodu neočekávané nákladné péče, ale který podle těchto Zásad nemá nárok na finanční pomoc.
- o. **Nezbytnými zdravotními službami** se rozumí služby zdravotní péče, které jsou nezbytné a klinicky vhodné pro posouzení, diagnostiku nebo léčbu pacienta v souladu s obecně uznávanými standardy lékařské praxe a nejsou primárně určeny pro komfort pacienta nebo poskytovatele.
- p. **Hotovými výdaji** se rozumí výdaje na zdravotní péči, které nejsou hrazeny z pojištění nebo programu úhrady nákladů na zdravotní péči, včetně účtu zdravotního spoření. Takovými náklady jsou například spoluúčast v rámci programu Medicare nebo hrazení části nákladů v rámci programu Medi-Cal.
- q. **Rodinou pacienta** se rozumí: v případě osob, které dovršily věku 18 let – manžel(ka), druh a nezaopatřené děti mladší 21 let, nebo v případě nezaopatřených osob se zdravotním postižením jakéhokoli věku, ať už žijí ve společné domácnosti, nebo ne; a v případě osob mladších 18 let nebo nezaopatřených dětí ve věku 18 až 20 let včetně – rodič, pečující příbuzní a další nezaopatřené děti rodiče nebo pečujícího příbuzného mladší 21 let, nebo v případě nezaopatřených osob se zdravotním postižením jakéhokoli věku.
- r. **Splátkovým kalendářem** se rozumí dohoda mezi Organizací a pacientem, na jejímž základě Organizace nabídla a pacient přijal možnost splácet své závazky v měsíčních splátkách nepřesahujících 10 % příjmu rodiny pacienta za měsíc, s výjimkou srážek na nezbytné životní náklady.
- s. **Nedostatečně pojištěnou osobou** se rozumí pacient, kteří mají zdravotní pojištění, ale nejsou schopni uhradit svůj podíl na nákladech z důvodu vysokého pojistného nebo vysokých hotových výdajů.
- t. **Nepojištěnými osobami** se rozumí pacienti, kteří nemají uzavřené zdravotní pojištění prostřednictvím soukromé zdravotní pojišťovny, Medicare, Medicaid nebo jiného vládou podporovaného programu.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

VII. Odkazy. Státní a federální zákony, na které se při tvorbě těchto Zásad odkazuje, zahrnují mimo jiné:

- a. Ustanovení § 501, odst. (r)(3) daňového zákoníku USA (U.S. Internal Revenue Code).
- b. Kalifornský zákoník o zdraví a bezpečnosti (California Health & Safety Code Section), § 127400–127462 (Zásady spravedlivých cen pro nemocnice a Zásady spravedlivých cen pro lékaře na pohotovosti (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies)).
- c. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 1020 (California Assembly Bill): Dluhy ve zdravotnictví a spravedlivé účtování (Health Care Debt and Fair Billing).
- d. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 532 (California Assembly Bill): Zásady spravedlivého účtování (Fair Billing Policies).
- e. Pokyny Úřadu generálního inspektora (Office of General, „OIG“), Department of Health and Human Services týkající se finanční pomoci nepojištěným a nedostatečně pojištěným pacientům a předpisy IRS.
- f. Veškeré prováděcí předpisy a pokyny agentur týkající se výše uvedeného.

Název: Financial Assistance Policy

Odpovědné oddělení: Patient Services

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Oficiální verze tohoto dokumentu je součástí Policy and Procedure Manager (PPM) a od data vytištění dokumentu mohla být aktualizována.

VIII. Seznam příloh

- A. Přehled finanční pomoci – srozumitelný přehled
- B. Finanční pomoc v podobě charitativní péče nebo slevy podle Pokynů ke stanovení federální chudoby
- C. Obecně účtované částky
- D. Potvrzení

HISTORIE:

PRVNÍ VYDÁNÍ: 1. 5. 2003

DATUM ÚČINNOSTI ZÁSAD: 1. 1. 2025

DATUM POSLEDNÍ REVIZE: 1. 1. 2024

Attachment A

Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary

As part of our mission, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation, Huntington Hospital, and Huntington Health Physicians (each separately, the “Organization”) are committed to providing access to quality healthcare for the community and treating all of our patients with dignity, compassion and respect. This includes providing services without charge, or at significantly discounted prices, to eligible patients who cannot afford to pay for care as provided by our financial assistance policy (the “Policy”). We also offer our patients a variety of options to meet their financial needs, even if they do not qualify for assistance. This document is our plain language summary (the “Summary”) of the Policy.

Help paying your bill

Charity Care will be made available to patients receiving medically necessary procedures and whose income is at or below 400% of the current year's federal poverty level (FPL). Patients whose income ranges between 401%–600 % of the FPL also qualify for a Discount Payment, using a sliding scale based on family size, income level and insurance status. Patients scheduled as elective inpatients, scheduled as non-emergent outpatients or for follow-up care following discharge require the prior approval by the vice president, Finance and Chief Revenue Cycle Officer or their designee. If a patient does not qualify for entirely free services but is eligible for a discount under the Policy, the patient will not be charged more than amounts generally billed by the Organization for emergency or other medically necessary care.

Physicians and services

The Policy only applies to services provided by the Organization and by: faculty physicians in their capacity as faculty, CSMCF and Huntington Health physicians including physicians employed by medical groups that have a professional services agreement with them, and the Cedars-Sinai emergency physicians. Emergency physicians at Organization hospitals other than Cedars-Sinai who provide emergency medical services are required by law to provide discounts to uninsured patients or patients with high medical costs who are at or below 400 percent of the federal poverty level.

How to apply

Patients seeking free or discounted care under the Policy will need to complete a financial assistance application (the “Application”) and submit any required documentation. The Application and documentation will go through a review process by the Organization.

Free copies of this Summary, the Policy or the Application are available in English, Spanish, Farsi, Russian, Armenian, Chinese, Korean, Vietnamese, Arabic or Czech. To request copies or to get additional information, including questions on the financial assistance process, you may:

- Ask representatives at the registration or admissions desks.



- Call Patient Services at 323-866-8600.
- Visit the Organization's website at cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html

If you have a disability and need an accessible alternative format for the above materials or if you speak another language than those listed, please contact Patient Services and they can offer you an alternative format or connect you with our Interpreter Services department for further assistance.

Arrangements for self-pay

Patients who do not qualify for free or discounted care under the Policy may find other programs of the Organization helpful. Patients who lack insurance may receive a substantial discount, similar to the discounts we provide to managed-care insurance plans for eligible services.

Regulatory notice for collections

We do refer some delinquent accounts to third-party collection agencies. These agencies must follow all California and federal laws as well as comply with the Organization's policies and procedures. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by phone at 877-FTC-HELP (877-382-4357). In the event your account is referred to a collection agency and you experience problems, contact our Patient Services for support at 323-866-8600.

Protections for surprise medical bills.

All patients are afforded protections against surprise medical bills. Please see the "Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills" on our website or ask for a copy.

- Cedars-Sinai: cedars-sinai.org/programs/support-services/patient-rights.html
- Huntington Health: huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies/

Hospital Bill Complaint Program

If you believe you were wrongly denied financial assistance, you may file a complaint with the State of California's Hospital Bill Complaint Program. Go to HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov for more information and to file a complaint.

More Help

Help paying your bill – There are free consumer advocacy organizations that will help you understand the billing and payment process. You may call the Health Consumer Alliance at 888-804-3536 or go to healthconsumer.org for more information.

Additional resources and information:

- Patients may be eligible for government assistance programs, such as Medi-Cal or subsidized coverage through Covered California. The Patient Financial Advocate ("PFA") office has onsite staff to answer patient questions and provide assistance with applying for these programs. The PFA office can be contacted at 310-423-5071.



- For questions regarding commercial health insurance, call 1-800-CEDARS1 or 800-233-2771.
- For information on the Organization's pricing and tool for shoppable services, visit the website mycslink.cedars-sinai.org/mycslink/GuestEstimates/

Attachment A (Continued)

Financial Assistance Tagline Sheet
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>Chinese-Simplified: 注意: 如果你需要以你的语言获得帮助, 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。</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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 կոչեր: Այս ծառայություններն անվճար են:</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>

Příloha B
**Finanční pomoc v podobě charitativní péče nebo slevy podle
 Pokynů ke stanovení federální chudoby**

Procentní hodnotu federální míry chudoby („FPL“) a aktualizované výše ročního platu podle pásem velikosti rodiny naleznete na webových stránkách Organizace <https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html>

Pro stanovení slevy Organizace používá následující federální míru chudoby („FPL“) a pokyny pro pojištění:

	Charitativní péče	Sleva			
% FPL	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Nepojištěné osoby	100 %	95 %	90 %	85 %	85 %
Nedostatečně pojištěné osoby	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %

Ilustrativní příklad:

Má-li vaše rodina 3 členy a roční plat činí 500 % FPL nebo méně, budete mít nárok na:

- slevu pro nepojištěné osoby ve výši 90 % – pro pacienty bez plánu pojištění,
- slevu pro nedostatečně pojištěné osoby ve výši 80 % – pro pacienty, kteří mají zdravotní pojištění, ale nejsou schopni uhradit svůj podíl na nákladech z důvodu vysokého pojistného nebo vysokých hotových výdajů.

Pokyny ke stanovení federální chudoby naleznete na webové stránce aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines.

Příloha C **Obecně účtované částky**

Obecně účtovanými částkami („AGB“) se rozumí částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění pokrývající takovou péči, stanovené v souladu s ustanovením 26 C.F.R. § 1.501, odst. (r)-5(b).

Organizace použije metodu zpětného pohledu pro stanovení maximální částky, která by byla vyúčtována:

- hospitalizovanému pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu hospitalizace v rámci systému Medicare a komerční sazby za hospitalizaci. V zájmu dalšího zvýhodnění hospitalizovaného pacienta s nárokem na pomoc použije pro tuto část péče Organizace při stanovení jeho odpovědnosti nižší z hodnot AGB nebo úhradu Medicare MS-DRG,
- ambulantnímu pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhrady ambulantní péče v rámci systému Medicare a komerční sazby za ambulantní péči,
- pacientovi na pohotovosti majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu za pohotovost v rámci systému Medicare a komerční sazby za pohotovost.

Výpočet sazeb pro úhradu nákladů za hospitalizaci, ambulantní léčbu a pohotovost se provádí nejméně jednou ročně na základě posledních uzavřených účtů Medicare za posledních 12 měsíců.

Procentní hodnoty AGB, které jsou každoročně aktualizovány, naleznete na webových stránkách Organizace cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html.

Příloha D
Potvrzení

Tyto Zásady a jejich přílohy budou předloženy odboru Department of Health Care Access and Information (HCAI). Dále budou zpřístupněny na webových stránkách Organizace.

Organizace pod hrozbou obvinění z křivého svědectví potvrzuje následující skutečnosti:

1. Osoba předkládající tyto Zásady je řádně oprávněna předkládat tyto Zásady jménem Organizace.
2. Předložené Zásady jsou pravdivou a správnou verzí Zásad, pro něž se toto potvrzení vystavuje.

DocuSigned by:

Lisa Maqueira

56A5E2AB375D487...

Lisa Maqueira

Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

11/6/2024

Date