



ความช่วยเหลือทางการเงิน

นโยบายและระเบียบการเลขที่	24817
คู่มือนโยบาย	ธุรการ
ประเภท	นโยบายและระเบียบการ
เจ้าของเอกสาร	นาตาลี ซิลวา
วันที่มีผลใช้บังคับ	21 ตุลาคม 2016
วันตรวจสอบครั้งถัดไป	21 ตุลาคม 2019
ขอบเขตการนำไปปฏิบัติ (มีผลกับ)	ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ของ CMC
อนุมัติโดย / วันที่อนุมัติ	ฝ่ายบริการทางกฎหมาย (A) ของ CMC: 08/12/2016 11:31AM PST โจ โนวิกกี รองประธานอาวุโส ประธานฝ่ายการเงิน: 08/24/2016 08:39AM PST แพทริก แรฟเฟอร์ดี ประธานฝ่ายปฏิบัติการของบริษัท: 08/29/2016 01:38PM PST ทิม จอสลิน ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร: 08/30/2016 09:55AM PST ฝ่ายการเงินและการวางแผน (A): 10/21/2016 10:14AM PST
สถานะ / แก้ไขครั้งที่	ทางการ (แก้ไขครั้งที่ 0)
ยื่นโดย	มิเชล เอิร์นฮาร์ด

I. วัตถุประสงค์

- เพื่อให้คำจำกัดความถึงรูปแบบของความช่วยเหลือทางการเงินที่มีให้แก่ผู้ป่วย
- เพื่ออธิบายถึงเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับแต่ละรูปแบบของความช่วยเหลือทางการเงิน
- เพื่อวางแผนปฏิบัติที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามในการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- เพื่อกำหนดขั้นตอนให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามในการตรวจสอบใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- เพื่อจัดทำวิธีการตรวจสอบในกรณีที่มีข้อพิพาทเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องความช่วยเหลือทางการเงิน
- เพื่อจัดทำแนวทางด้านธุรการและกรณีศึกษาเพื่อช่วยในการระบุ จัดประเภทและรายงานเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน
- เพื่อกำหนดขั้นตอนที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเพื่อขอการประเมินความรับผิดชอบทางการเงินของตนสำหรับบริการต่าง ๆ และขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามเพื่อจัดทำประเมินเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย

II. คำจำกัดความ

- ความช่วยเหลือทางการเงิน:** คำว่า "ความช่วยเหลือทางการเงิน" หมายถึง การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง และการดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ แนวทางสำหรับการกำหนดว่าจะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยเมื่อใดนั้นได้กำหนดไว้แล้วในนโยบายฉบับนี้
- ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ:** ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีแหล่งของการชำระเงินสำหรับส่วนใด ๆ ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของตน รวมถึง (แต่ไม่จำกัดเฉพาะ) บริษัทประกันสุขภาพหรือการประกันสุขภาพอื่น ๆ โครงการประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้สนับสนุน ความรับผิดชอบจากบุคคลที่สาม หรือผู้ป่วยได้ใช้สิทธิการประกันหมดสิ้นก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ:** ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ คือ ผู้ป่วยที่มีแหล่งของการชำระเงินจากบุคคลที่สามสำหรับส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของตน
- บริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง:** บริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองสำหรับการดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง และการดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่ การดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินและการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ Community Medical Centers (CMC) ให้บริการ สินค้าและ

ความงามสำหรับการรักษาด้านความงาม การรักษาทางเลือกหรือการรักษาทางการแพทย์เชิงทดลอง จะไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายนี้

- E. **การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด:** การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด คือ การล้างบัญชีทั้งหมดของคำรักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมดจะมีให้แก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้
1. ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 350% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางล่าสุด
 2. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังที่ให้คำจำกัดความไว้ด้านบน
- F. **การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด:** การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด คือ การล้างบัญชีบางส่วนของคำรักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองที่มีให้แก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้
1. ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 351-400% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง
 2. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังที่ให้คำจำกัดความไว้ด้านบน
 3. และผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางการเงินหรือตัวแทนของประสบปัญหาทางการเงินตัดสินใจแล้วว่าจะควรให้ส่วนลดดังกล่าว
 4. CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังสำหรับบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม ("DRG") สำหรับผู้ป่วยในของ Medicare สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองที่ให้ (หรือในอัตราสูงกว่าที่ CMC จะคาดหวังโดยสุจริตว่าจะได้รับการชำระจากโครงการของรัฐที่ CMC เข้าร่วม) สำหรับบริการที่ไม่มีการจัดทำ Medicare DRG นั้น CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามจำนวนที่ได้รับส่วนลดตามความเหมาะสมหากบริการดังกล่าวไม่ได้รับส่วนลดไปแล้ว
 5. สำหรับบริการผู้ป่วยนอก CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามตารางค่าธรรมเนียมของ Medicare ในกรณีที่ไม่มีอัตราตารางค่าธรรมเนียมของ Medicare นั้น จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามคำรักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC คุณด้วยอัตราร้อยละของต้นทุนต่อมูลค่าเรียกเก็บของ Medicare สำหรับบริการผู้ป่วยนอก
- G. **การดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ:** การดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ จะให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ความช่วยเหลือทางการเงินหรือผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบการเฉพาะของโรงพยาบาล สามารถได้รับการล้างบัญชีทั้งหมดหรือบางส่วนของคำรักษาพยาบาลเต็มราคาของโรงพยาบาลสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง โดยได้รับการอนุมัติจากประธานฝ่ายการเงินหรือตัวแทนของประธานฝ่ายการเงินของ CMC ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะต้องบันทึกการตัดสินใจดังกล่าวรวมทั้งเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ความช่วยเหลือทางการเงินปกติ ต่อไปนี้เป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมของบางสถานการณ์ที่อาจมีคุณสมบัติสำหรับการดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่
1. **ล้มละลาย:** ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในกระบวนการพิพากษาเป็นบุคคลล้มละลาย หรือเพิ่งสิ้นสุดกระบวนการพิพากษาเป็นบุคคลล้มละลาย
 2. **ผู้ป่วยเรื้อรัง:** ผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่ไม่มีแหล่งของการชำระเงินหากไม่มีงานทำ ไม่มีที่อยู่ทางไปรษณีย์ ไม่มีที่อยู่ หรือไม่มีประกันสุขภาพ
 3. **ผู้ป่วยที่เสียชีวิต:** ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ไม่มีประกันสุขภาพ มรดก หรือการคุ้มครองจากบุคคลที่สาม
 4. **บริการที่ได้รับการปฏิเสธจาก Medicare:** ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medicare ที่มีรายได้ตามเกณฑ์ อาจสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ได้รับการปฏิเสธ คำรักษาพยาบาลสำหรับจำนวนวันที่ได้รับการดูแลรักษาที่ได้รับการปฏิเสธ และบริการที่ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง ผู้ป่วยจะไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายรวมของ Medicare
 5. **บริการที่ได้รับการปฏิเสธจาก Medi-Cal:** ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal ที่มีรายได้ตามเกณฑ์ อาจสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ได้รับการปฏิเสธ คำรักษาพยาบาลสำหรับจำนวนวันที่ได้รับการดูแลรักษาที่ได้รับการปฏิเสธ และบริการที่ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง ผู้ป่วยจะไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายรวมของ Medi-Cal ผู้ที่มีคุณสมบัติสำหรับโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น Medi-Cal แต่ไม่มีสถานะการมีคุณสมบัติในช่วงเวลาระหว่างที่ได้รับการบริการทางการแพทย์ อาจสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้
- H. **การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ ("การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง"):** การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง คือ การล้างบัญชีทั้งหมดของค่าใช้จ่ายที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง ส่วนลดนี้มีให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้
1. เป็นผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ

2. รายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยต่ำกว่า 350% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง
 3. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย (ที่เกิดขึ้นที่ CMC หรือที่ชำระแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ในช่วงเวลาสิบสอง (12) เดือนที่ผ่านมา) เป็นจำนวนเกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย
- I. **แพทย์ห้องฉุกเฉิน:** แพทย์ห้องฉุกเฉิน คือ แพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- J. **ระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง:** ระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง หมายถึง มาตรฐานของระดับรายได้ที่ได้รับการตีพิมพ์รายปีโดยกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา และ CMC นำมาใช้ในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- K. **ค่าใช้จ่ายที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย:** ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพต้องรับผิดชอบออกเอง หลังจากที่ยุติประกันของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่สามได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เป็นผลประโยชน์ของผู้ป่วย
- L. **ครอบครัวของผู้ป่วย:** ครอบครัวของผู้ป่วยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้
1. **ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่:** สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส คู่ชีวิต และบุตรที่อยู่ในอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม
 2. **ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์:** สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา ญาติผู้ดูแล และบุตรคนอื่น ๆ ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีของบิดามารดาหรือญาติผู้ดูแล
- M. **ผู้กระทำละเมิด:** ผู้กระทำละเมิด คือ บุคคลที่กระทำการละเมิด (ความผิดทางแพ่ง) ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือด้วยความประมาท

III. นโยบาย

- A. CMC จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้ในรูปแบบของการดูแลรักษาทางการแพทย์ฟรีหรือให้ส่วนลดแก่ผู้ป่วยของ CMC ที่มีคุณสมบัติ และเป็นผู้ป่วยในกรณีต่อไปนี้
1. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้น้อย
 2. ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้น้อยและมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง
 3. ผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ
- B. CMC จะให้ข้อมูลตามที่กฎหมายกำหนดแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้น้อยและผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้น้อยและมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางการเงินโดยประมาณของผู้ป่วยสำหรับบริการต่าง ๆ และความช่วยเหลือทางการเงินที่มี ตลอดจนส่วนลดต่าง ๆ ตามนโยบายนี้
- C. นโยบายนี้เกี่ยวข้องกับศูนย์โรงพยาบาลที่มีใบอนุญาตของ CMC นโยบายนี้ไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่บริการเหล่านั้นไม่ได้รวมอยู่ในใบเสร็จของ CMC ยกเว้นจะเจาะจงไว้เป็นอย่างอื่น ในรัฐแคลิฟอร์เนีย นั้น แพทย์ห้องฉุกเฉินที่ให้บริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลจะต้องให้ส่วนลดแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงที่มีรายได้น้อยเท่ากับหรือต่ำกว่า 350% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง แพทย์เฉพาะทางที่ถูกเรียกตัวให้มาที่แผนกฉุกเฉินของ CMC หรือแพทย์ที่ทำงานให้กับ CMC นอกแผนกฉุกเฉินไม่ถือว่าเป็นแพทย์ห้องฉุกเฉิน

IV. ระเบียบการ

- A. การคัดเลือกคุณสมบัติ
1. เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติ: ในระหว่างขั้นตอนการรับสมัคร CMC จะใช้เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินดังต่อไปนี้

ประเภทของความช่วยเหลือทางการเงิน	เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติของผู้ป่วย	ส่วนลดที่ให้
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ 2. ผู้ป่วยมีรายได้น้อยเท่ากับหรือต่ำกว่า 350% 	ล้างบัญชีทั้งหมดของค่ารักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง

	ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางล่าสุด	
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด	<p>3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ</p> <p>4. ผู้ป่วยมีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 351-400% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางล่าสุด</p>	<p>ล้างบัญชีบางส่วนของค่ารักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง</p> <p>บริการผู้ป่วยใน: CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังสำหรับบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ("DRG") สำหรับผู้ป่วยในของ Medicare สำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองที่ให้ (หรือในอัตราสูงกว่าที่ CMC จะคาดหวังโดยสุจริตว่าจะได้รับการชำระจากโครงการของรัฐที่ CMC เข้าร่วม) สำหรับบริการที่ไม่มีการจัดทำ Medicare DRG นั้น CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามจำนวนที่ได้รับส่วนลดตามความเหมาะสม</p> <p>บริการผู้ป่วยนอก: CMC จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามตารางค่าธรรมเนียมของ Medicare ในกรณีที่ไม่มีอัตราตารางค่าธรรมเนียมของ Medicare นั้น จะจำกัดการชำระเงินที่คาดหวังตามค่ารักษาพยาบาลเต็มราคาของ CMC คุณด้วยอัตราร้อยละของต้นทุนต่อมูลค่าเรียกเก็บของ Medicare สำหรับบริการผู้ป่วยนอก</p>
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง (สำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ)	<p>5. เป็นผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ</p> <p>6. รายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 350% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางล่าสุด</p> <p>7. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย (ที่เกิดขึ้นที่ CMC หรือที่ชำระแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ในช่วงเวลาสิบสอง (12) เดือนที่ผ่านมา) เป็นจำนวน</p>	<p>ล้างบัญชีทั้งหมดของค่าใช้จ่ายที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง</p>

	เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย	
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ	<p>8. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือมีประกันสุขภาพที่ต่ำกว่ามูลค่าที่แท้จริง</p> <p>9. ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ความช่วยเหลือทางการเงิน</p> <p>10. มีกรณีพิเศษปรากฏ</p> <p>11. ประธานฝ่ายการเงินหรือตัวแทนของประธานฝ่ายการเงินอนุมัติให้ส่วนลด</p> <p>12. CMC บันทึกการตัดสินใจดังกล่าวรวมทั้งเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ความช่วยเหลือทางการเงินปกติ</p>	<p>ล้างบัญชีทั้งหมดหรือบางส่วนของคำรักษาพยาบาลเต็มราคาของโรงพยาบาลสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง</p>

2. การคำนวณรายได้ครัวเรือน: ในการตัดสินใจคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วย ก่อนอื่น CMC ต้องคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - a. หลักฐานรายได้ครัวเรือน: ในการแสดงหลักฐานของรายได้ กำหนดให้ผู้ป่วยแสดงเช็คเงินค่าจ้างล่าสุดหรือแบบแสดงรายการภาษีเงินได้เท่านั้น รายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยคือรายได้รายปีจากสมาชิกทุกคนของครอบครัวของผู้ป่วยในช่วงเวลาสิบสอง (12) เดือนก่อนหน้าหรือปีภาษีก่อนหน้า ดังที่แสดงไว้ในเช็คเงินค่าจ้างล่าสุดหรือแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ หักค่าเลี้ยงดูติดคู่สมรสและค่าเลี้ยงดูบุตร
 - b. การคำนวณรายได้ครัวเรือนสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต: ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่มีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่อาจถือได้ว่าเป็นผู้ไม่มีรายได้เพื่อวัตถุประสงค์ในการคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีเอกสารแสดงรายได้สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม อาจต้องแสดงเอกสารสินทรัพย์มรดก คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตสามารถสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้
3. การคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยเป็นร้อยละของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง: หลังจากที่ยารายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยได้แล้ว CMC จะคำนวณระดับรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง โดยแสดงค่าเป็นร้อยละของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง ตัวอย่างเช่น หากระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกสามคนอยู่ที่ 20,000 เหรียญสหรัฐฯ และรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยอยู่ที่ 60,000 เหรียญสหรัฐฯ CMC จะคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยเท่ากับ 300% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง การคำนวณนี้จะนำมาใช้เพื่อตัดสินว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้หรือไม่
4. เกณฑ์การคัดออก/การขาดคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน: ผู้ป่วยจะไม่สามารถขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายนี้ในกรณีดังต่อไปนี้:
 - ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal ที่ต้องร่วมจ่ายคำรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal ที่ต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายคำรักษาพยาบาล จะไม่สามารถสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อลดคำรักษาพยาบาลที่ต้องร่วมจ่าย CMC จะเรียกเก็บคำรักษาจำนวนนี้จากผู้ป่วย
 - a. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธไม่รับบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง: ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่เลือกที่จะใช้บริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของข้อตกลงผลประโยชน์ของผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วยในองค์กรจัดการสุขภาพ HMO ที่ใช้บริการนอกเครือข่ายจาก CMC หรือผู้ป่วยที่ปฏิเสธการส่งต่อจาก CMC ไปยังศูนย์พยาบาลในเครือ) จะไม่มีคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

- b. ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สาม: ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่ได้รับประกันสุขภาพจากผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สามที่ปฏิเสธที่จะจ่ายค่าบริการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สามในการพิจารณาตัดสินถึงความรับผิดชอบของผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สาม จะไม่มีคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- c. ผู้จ่ายเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง: หากผู้ป่วยได้รับค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจากผู้จ่ายเงินชดเชยค่าสินไหมทดแทน โครงการประกันสุขภาพ Medicare Supplement หรือผู้จ่ายเงินอื่น ๆ ผู้ป่วยจะไม่มีคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- d. การปลอมแปลงข้อมูล: CMC อาจปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินผู้ป่วยที่ปลอมแปลงข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ ขนาดของครัวเรือน หรือข้อมูลอื่น ๆ ในใบสมัครคัดเลือกคุณสมบัติ
- e. ส่วนรับคืนจากบุคคลที่สาม: หากผู้ป่วยได้รับเงินจากการตกลงยอมความหรือการตัดสินคดีจากผู้กระทำการละเมิดที่เป็นบุคคลที่สามที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องใช้เงินที่ได้จากการตกลงยอมความหรือการตัดสินคดีดังกล่าวเพื่อชำระยอดคงเหลือในบัญชีของผู้ป่วย และจะไม่มีคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- f. บริการทางวิชาชีพ (แพทย์): บริการของแพทย์ต่าง ๆ อาทิ วิชาญญแพทย์ รังสีแพทย์ แพทย์ประจำโรงพยาบาล พยาธิแพทย์ ฯลฯ จะไม่ครอบคลุมภายใต้นโยบายนี้โดยมีการกำหนดข้อยกเว้นไว้ในเอกสารแนบ A แพทย์หลายคนมีนโยบายการดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่อนุญาตให้ผู้ป่วยยื่นขอรับการดูแลรักษาแบบฟรีหรือแบบมีส่วนลดได้ ผู้ป่วยควรขอข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดูแลรักษาเพื่อการกุศลจากแพทย์ของตนได้โดยตรง

B. ขั้นตอนในการรับสมัคร

1. CMC จะพยายามอย่างสมเหตุสมผลและเต็มความสามารถเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลจากผู้ป่วยหรือตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อดูว่าการประกันสุขภาพจากภาครัฐหรือภาคเอกชนอาจครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับค่าดูแลรักษาที่ CMC ให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือไม่ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยระบุว่าไม่มีความสามารถทางการเงินในการชำระค่าบริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยนั้นจะได้รับการประเมินความเหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน การมีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้น ผู้ป่วยหรือผู้รับรองของผู้ป่วยจะต้องยืนยันว่าผู้ป่วยไม่ทราบถึงสิทธิในประกันสุขภาพหรือผลประโยชน์ในโครงการของรัฐที่จะช่วยครอบคลุมหรือให้ส่วนลดสำหรับค่าใช้จ่ายนี้
2. เราสนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกคนทำการตรวจสอบสิทธิที่อาจได้รับในโครงการช่วยเหลือของรัฐบาล หากยังไม่เคยตรวจสอบมาก่อน CMC จะจัดเตรียมใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพ Medical หรือโครงการอื่น ๆ ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลหากผู้ป่วยระบุว่าตนไม่มีประกันสุขภาพจากผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สาม หรือหากผู้ป่วยขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
3. ผู้ป่วยจะต้องพยายามอย่างสุดความสามารถในการจัดหาเอกสารพิสูจน์รายได้และประกันสุขภาพให้แก่ CMC
4. ผู้ป่วยที่ต้องการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ควรใช้แบบฟอร์มใบสมัครที่เป็นมาตรฐานของ CMC นั่นคือ "ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน"
5. ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยตนเองที่ที่ตั้งของ CMC ที่แสดงไว้ในเอกสารแนบ C หรือทางโทรศัพท์โดยติดต่อฝ่ายผู้ป่วยในที่หมายเลข (559) 459-2998
6. ท่านสามารถรับสำเนาใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้ที่ที่ตั้งของ CMC ที่แสดงไว้ในเอกสารแนบ C หรือโดยทางไปรษณีย์หรือทางเว็บไซต์ของ CMC (www.communitymedical.org)
7. ผู้ป่วยควรส่งใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยทันทีหลังจากได้รับการรักษาที่ CMC หากผู้ป่วยไม่กรอกและส่งใบสมัครคืนภายใน 180 วันหลังจากวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจถูกปฏิเสธในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้
8. ผู้ป่วยควรส่งใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินไปยังที่อยู่ดังนี้: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application

C. การตัดสินในการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน

1. CMC จะพิจารณาใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ยื่นคำขอแต่ละราย และจะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ด้านบน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้หรือสินทรัพย์ที่ได้รับที่เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการคัดเลือกคุณสมบัติ จะได้รับการเก็บรักษาไว้โดยแยกจากแฟ้มข้อมูลที่ใช้ในการติดตามหนี้ และจะไม่ถูกนำมาตรวจสอบในขั้นตอนการติดตามหนี้
3. หากผู้ป่วยไม่ส่งเอกสารแสดงรายได้ และ/หรือ ประกันสุขภาพ และ CMC สามารถตัดสินโดยสมเหตุสมผลแม้จะขาดเอกสารที่กำหนด CMC ควรทำการตัดสินโดยใช้ข้อมูลที่ทราบ หากผู้ป่วยไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นและสมเหตุสมผล อาทิ เอกสารแสดงรายได้ และ/หรือ ประกันสุขภาพ CMC อาจทำการไม่ให้ข้อมูลนั้นมาตัดสินถึงคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน
4. ผู้ป่วยอาจสมัครขอรับความช่วยเหลือจากโครงการของรัฐบาล
 - . CMC ควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติในการขอรับความช่วยเหลือจากรัฐบาลหรือความช่วยเหลืออื่น ๆ หรือไม่ หรือผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในโครงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ด้านสุขภาพของรัฐแคลิฟอร์เนีย (กล่าวคือ โครงการ Covered California) หรือไม่
 - a. หากผู้ป่วยสมัครหรือกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการสมัครเข้าโครงการประกันสุขภาพกับอีกที่หนึ่งในเวลาเดียวกันที่ผู้ป่วยสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน การสมัครเข้าโครงการประกันสุขภาพกับอีกที่หนึ่งดังกล่าวจะไม่ขัดขวางความมีคุณสมบัติของผู้ป่วยสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
5. CMC จะตรวจสอบใบสมัครโดยทันที และจะทำการตัดสินความมีคุณสมบัติภายใน 45 วันนับจากวันที่ได้รับใบสมัคร ทั้งนี้ จะไม่ถือว่าขั้นตอนการสมัครเสร็จสมบูรณ์หากประกันสุขภาพหรือแหล่งของการชำระเงินอื่น ๆ ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ
6. เมื่อมีการตัดสินเกี่ยวกับการดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบให้ส่วนลด การดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง หรือการดูแลรักษาเพื่อการกุศลเป็นกรณีพิเศษ CMC จะส่ง "แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบ" (เอกสารแนบ D) แก่ผู้สมัครแต่ละรายเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการตัดสินของ CMC
7. หากผู้ป่วยได้รับการอนุมัติภายใต้นโยบายนี้ แต่หลังจากขั้นตอนการสมัครครั้งแรกและการอนุมัติได้มีการตัดสินว่าผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิเนื่องจากมีผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สาม ค่าใช้จ่ายจะถูกเรียกคืน และ CMC จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามบัญชีของผู้ป่วยจากผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สาม หากในเวลาต่อมาได้มีการตัดสินว่าผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลที่สามไม่ต้องรับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือคืนโดยไม่ต้องแสดงแบบฟอร์มการประเมินทางการเงินใหม่
8. เมื่อมีการตัดสินว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน จะถือว่าผู้ป่วยมีสิทธิดังกล่าวเป็นเวลาหกเดือนหลังจากที่โรงพยาบาลได้ออกแบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบแก่ผู้ป่วย หลังจากหนึ่งปีผู้ป่วยต้องสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินใหม่
9. หากการตัดสินในการให้ความช่วยเหลือทางการเงินทำให้เกิดยอดดุลเครดิตแก่ผู้ป่วย การจ่ายคืนยอดดุลเครดิตนั้นจะรวมดอกเบี้ยของเงินที่ชำระเกินนับจากวันที่จ่ายเงินของผู้ป่วยในอัตราดอกเบี้ยตามกฎหมาย (10% ต่อปี) ตามประมวลกฎหมายว่าด้วยสุขภาพและความปลอดภัยมาตรา 127400 อย่างไรก็ตาม ไม่มีการกำหนดให้ CMC จ่ายคืนยอดดุลเครดิตพร้อมดอกเบี้ยที่มีจำนวนเงินต่ำกว่า 5 เหรียญสหรัฐฯ (\$5.00)

D. ข้อโต้แย้ง

1. ผู้ป่วยสามารถขอให้มีการทบทวนคำตัดสินของ CMC ในการปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน โดยการแจ้งไปยังฝ่ายบริการการเงินสำหรับผู้ป่วยถึงมูลฐานของการโต้แย้งและความช่วยเหลือที่ต้องการภายในเวลาสามสิบ (30) วันนับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับใบแจ้งถึงสถานการณ์ที่นำไปสู่การโต้แย้ง ผู้ป่วยอาจยื่นข้อโต้แย้งทางวาจาโดยการโทรศัพท์ไปที่ฝ่ายบริการการเงินสำหรับผู้ป่วยที่หมายเลข (559) 459-3939 หรืออาจยื่นเป็นลายลักษณ์อักษรโดยการส่งข้อมูลด้านบนทางไปรษณีย์ไปที่ Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715 ฝ่ายบริการการเงินสำหรับผู้ป่วยจะตรวจสอบข้อโต้แย้งของผู้ป่วยโดยทันที และจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับคำตัดสิน

E. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน

1. ภาษา: นโยบายนี้จะมีให้เป็นภาษาหลักของพื้นที่ที่ให้บริการของ CMC นอกจากนี้ ใบแจ้ง/การสื่อสารทั้งหมดที่แสดงในส่วนนี้จะมิให้เป็นภาษาหลักของพื้นที่ที่ให้บริการของโรงพยาบาลและในลักษณะที่เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบของรัฐบาลกลางและมลรัฐ ภาษาหลักของพื้นที่ที่ให้บริการของ CMC คือภาษาที่ใช้โดยประชากรต่ำกว่า 1,000 คนหรือ 5% ของชุมชนที่ CMC ให้บริการหรือประชากรที่มีแนวโน้มว่าจะได้รับผลกระทบหรือพบพานกับ CMC CMC อาจกำหนด

- อัตราร้อยละหรือจำนวนบุคคลที่มีความสามารถทางภาษาอังกฤษจำกัดในชุมชนของ CMC หรือประชากรที่มีแนวโน้มว่าจะได้รับผลกระทบหรือพบพานกับ CMC โดยใช้วิธีการที่สมเหตุสมผล
2. ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยในระหว่างการให้บริการของโรงพยาบาล:
 - . ช่วงก่อนการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือการลงทะเบียน: ในช่วงก่อนการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือการลงทะเบียน (หรือทันทีหลังจากนั้นเท่าที่จะทำได้) CMC จะให้สำเนานโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน (เอกสารแนบ E) ที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไปแก่ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งจะมีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการขอการประเมินความรับผิดชอบทางการเงินของผู้ป่วยสำหรับบริการต่าง ๆ ตลอดจนจุดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถไปขอความช่วยเหลือในการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
 - a. บริการฉุกเฉิน: ในกรณีการให้บริการฉุกเฉิน CMC จะให้ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไปแก่ผู้ป่วยทุกรายโดยทันทีหลังจากที่อาการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยคงที่หรือทันทีที่ออกจากโรงพยาบาล
 - b. การให้บริการในสมัคร ณ เวลาที่ออกจากโรงพยาบาล: ณ เวลาที่ออกจากโรงพยาบาล CMC จะให้ ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไป (เอกสารแนบ E) แก่ผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพทุกรายจะได้รับใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal และบริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับเด็กของรัฐแคลิฟอร์เนีย หรือโครงการของรัฐโครงการอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง
 3. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาอื่น ๆ:
 - . ข้อมูลการติดต่อ: ผู้ป่วยสามารถติดต่อแผนกผู้ป่วยในของ CMC ทางโทรศัพท์ได้ที่หมายเลข (559) 459-2998 หรือติดต่อด้วยตนเอง ณ จุดต่าง ๆ ที่แสดงไว้ในเอกสารแนบ C เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินและเพื่อขอความช่วยเหลือในขั้นตอนการสมัคร
 - a. ใบแจ้งยอดชำระเงิน: CMC จะแจ้งยอดชำระเงินแก่ผู้ป่วยตามนโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของ CMC ใบแจ้งยอดชำระเงินที่ส่งให้แก่ผู้ป่วยจะประกอบด้วยข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไปที่มีชื่อว่า "ข้อมูลการแจ้งหนี้ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย" (เอกสารแนบ E) หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน และที่อยู่เว็บไซต์ที่ผู้ป่วยสามารถอ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งได้แก่ นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไป และใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วยจะปรากฏอยู่ในเอกสารแนบ F และจะรวมอยู่ในใบแจ้งยอดชำระเงินขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน
 - b. เมื่อมีการขอ: CMC จะให้สำเนากระดาษของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไปแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยขอโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใด ๆ
 4. การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน:
 - . ผู้ป่วยได้รับสำเนาเอกสาร: CMC จะให้สำเนากระดาษของข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไปแก่ผู้ป่วยโดยเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการรับผู้ป่วยในหรือขั้นตอนการออกจากโรงพยาบาล
 - a. การประกาศบนใบแจ้งยอดชำระเงิน: CMC จะแสดงประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรที่เห็นได้ชัดเจนบนใบแจ้งยอดชำระเงินที่จะประกาศและแจ้งให้ผู้รับทราบถึงการมีความช่วยเหลือทางการเงินให้ภายใต้ันโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ CMC และรวมถึงที่อยู่เว็บไซต์โดยตรงที่ท่านจะสามารถเข้าถึงนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไป และแบบฟอร์มใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ตลอดจนหมายเลขโทรศัพท์ของแผนกผู้ป่วยในซึ่งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและให้ความช่วยเหลือในขั้นตอนการสมัคร
 - b. การประกาศในที่สาธารณะ: CMC จะติดประกาศที่เห็นได้ชัดเจนในที่สาธารณะ (หรือในรูปแบบอื่น ๆ ที่คาดการณ์ตามเหตุผลแล้วว่าจะดึงดูดความสนใจของผู้ป่วย) ที่ประกาศและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้ในจุดสาธารณะต่าง ๆ ที่ CMC รวมถึงอย่างน้อยที่สุดคือที่ห้องฉุกเฉินและพื้นที่บริการผู้ป่วยใน

- c. เว็บไซต์: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไป จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนบนเว็บไซต์ของ CMC (www.communitymedical.org) ผู้ที่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกขอให้สร้างบัญชีผู้ใช้หรือให้ข้อมูลส่วนบุคคลก่อนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน
- d. ไปรษณีย์: ผู้ป่วยสามารถขอสำเนานโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นภาษาธรรมดาทั่วไป ให้ส่งทางไปรษณีย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ
- e. การโฆษณา/ข่าวประชาสัมพันธ์: หากจำเป็น CMC จะลงโฆษณาเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินที่ CMC มีให้ในหนังสือพิมพ์หลัก ๆ ในชุมชนที่ CMC ให้บริการ หากไม่สามารถทำได้ CMC จะออกข่าวประชาสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยข้อมูลดังกล่าวหรือใช้วิธีการอื่น ๆ ที่ CMC ตัดสินว่าจะเป็นการเผยแพร่นโยบายดังกล่าวอย่างกว้างขวางแก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบในชุมชนของเรา

F. เบ็ดเตล็ด

1. การเก็บรักษาบันทึก: บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทางการเงินต้องสามารถเข้าถึงได้ทุกเมื่อ CMC ต้องรักษาข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่ได้รับบริการจาก CMC จำนวนของใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จำนวนของใบสมัครที่ได้รับอนุมัติ มูลค่าเป็นเงินโดยประมาณของผลประโยชน์ด้านประกันสุขภาพที่จัดให้ จำนวนของใบสมัครที่ถูกปฏิเสธและเหตุผลในการถูกปฏิเสธ นอกจากนี้ ควรใส่หมายเหตุต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอนุมัติหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วยไว้ในบัญชีของผู้ป่วย
2. แผนการผ่อนชำระค่าบริการ: ผู้ป่วยอาจมีคุณสมบัติตามแผนการผ่อนชำระค่าบริการ โดยจะมีการเสนอและต่อรองแผนการผ่อนชำระค่าบริการตามนโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของ CMC
3. การแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงิน: CMC อาจใช้ความพยายามอย่างสมเหตุสมผลในการเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วย CMC หรือธุรกิจทวงถามหนี้ของ CMC จะไม่นำข้อมูลที่ได้ในระหว่างขั้นตอนการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินมาใช้ในขั้นตอนการเรียกเก็บเงิน การดำเนินการเรียกเก็บเงินโดยทั่วไปอาจประกอบด้วย การออกใบแจ้งยอดชำระเงินแก่ผู้ป่วย การโทรศัพท์ติดต่อ และการส่งต่อใบแจ้งยอดชำระเงินที่ได้ส่งให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับรองไปแล้วให้แก่ธุรกิจทวงถามหนี้ ศูนย์พยาบาลในเครือและแผนกจรรยาได้ต้องจัดทำระเบียบการต่าง ๆ เพื่อความแน่ใจว่าค่าถามและชำระเรียนเกี่ยวกับใบเรียกเก็บเงินของผู้ป่วยจะได้รับการค้นคว้าและแก้ไขตามความเหมาะสมพร้อมการติดตามผลกับผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ทั้ง CMC และธุรกิจทวงถามหนี้ของ CMC จะไม่ดำเนินการเรียกเก็บเงินแบบพิเศษ (ดังที่ให้ค่าจำกัดความไว้ในนโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของ CMC) ผู้ป่วยสามารถอ่านสำเนานโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของ CMC ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ บนเว็บไซต์ของ CMC ที่ www.communitymedical.org
4. การยื่นเอกสารต่อสำนักงานวางแผนสุขภาพและการพัฒนาที่ครอบคลุมทั่วทั้งรัฐ (OSHPD): CMC จะยื่นนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินต่อสำนักงานวางแผนสุขภาพและการพัฒนาที่ครอบคลุมทั่วทั้งรัฐ ("OSHPD") ท่านสามารถอ่านนโยบายต่าง ๆ บนเว็บไซต์ของ OSHPD ตามที่อยู่: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>

G. จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป

1. CMC นำวิธีการของการประกันสุขภาพแบบ Medicare ที่ได้รับการยื่นเสนอมมาใช้สำหรับจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป โดยเป็นไปตามประมวลรัฐฎากร มาตรา 1.501(r)(5) ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงินมากกว่าจำนวนที่เรียกเก็บโดยทั่วไป

V. อ้างอิง

ประมวลร้ษฎาการ มาตรา 501(r)

ลักษณะ 26 ประมวลระเบียบข้บบังคับของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา 1.501(r)

ประมวลระเบียบว่าด้วยสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 124700-127446

เอกสารอ้างอิง

ประเภทของการอ้างอิง	ชื่อ	หมายเหตุ
เอกสารต่าง ๆ ที่เอกสารฉบับนี้อ้างอิง		
เอกสารอ้างอิง	ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน	
เอกสารอ้างอิง	ที่ตั้งของ CMC	
เอกสารอ้างอิง	แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบ	
เอกสารอ้างอิง	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วย	
เอกสารอ้างอิง	www.communitymedical.org	
เอกสารอ้างอิง	ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน	
เอกสารอ้างอิง	ความช่วยเหลือทางการเงิน (ที่ตั้ง)	
เอกสารอ้างอิง	ค่าแจ้งสิทธิเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน	
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลการแจ้งหนี้ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย	
เอกสารอ้างอิง	แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบ	

สำเนากระดาษของเอกสารฉบับนี้อาจไม่ทันสมัยและไม่ควรนำมาอ้างอิงสำหรับวัตถุประสงค์ที่เป็นทางการ เวอร์ชันปัจจุบันของเอกสารนี้อยู่ใน Lucidoc ที่

<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>