

مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی

تأیید شده توسط:	تاریخ آخرین تأیید:	تاریخ صدور:	نسخه:
			2022-1

نسخه‌های چاپی فقط جنبه مرجع دارند. برای جدیدترین نسخه، لطفاً به نسخه الکترونیکی رجوع کنید.

الزامات/ارجاعات نظارتی:

این مقررات مطابق با مفاد قسمت 501(r) از «قانون عواید داخلی» (Internal Revenue Code) و مقررات خزانه‌داری مربوطه است.

مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی

سیاست «مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا» (California Rehabilitation Institute) ارائه مراقبت‌های ضروری پزشکی به بیماران صرف‌نظر از نژاد، عقیده، یا استطاعت مالی آنها است. آن دسته از بیمارانی که از استطاعت مالی لازم برای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا برخوردار نیستند می‌توانند برای کمک‌های مالی درخواست دهند، و این‌گونه کمک‌ها منوط به شرایط و ضوابط ذیل پرداخت خواهد شد.

I. پیشینه

A. مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا یک بیمارستان توان‌بخشی ویژه بیماران بستری است که مطابق با الزامات قسمت 501(c)(3) از قانون عواید داخلی و مؤسسات خیریه مشمول قانون ایالتی اداره می‌گردد.

B. مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا متعهد به ارائه مراقبت‌های پزشکی ضروری است. «مراقبت‌های پزشکی ضروری» به بیماران صرف‌نظر از نژاد، عقیده یا استطاعت مالی آنها ارائه می‌گردد.

C. ذی‌نفعان اصلی «مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی» بیماران فاقد بیمه یا بیمارانی هستند که هزینه مراقبت‌های پزشکی آنها بالا است، در محدوده خدمات‌رسانی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا (یعنی شعاع 50 مایلی مرکز) ساکن هستند، و درآمد سالانه خانوار آنها بیشتر از 400% مبلغ تعیین شده در آیین‌نامه خط فقر فدرال (FPG) نیست، که هر از گاه توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده منتشر می‌شود و در تاریخ ارائه خدمات برای اعطای کمک‌های مالی مطابق با این مقررات، معتبر و قابل‌اجرا است. آن دسته از بیمارانی که دچار مضیقه مالی یا مشکلات شخصی و یا شرایط پزشکی خاص هستند نیز ممکن است واجد شرایط دریافت کمک‌های مالی باشند. تحت هیچ شرایطی از بیمارانی که بر اساس این مقررات واجد شرایط دریافت کمک‌های مالی باشند، هزینه‌ای بیشتر از مبالغی که عموماً برای این‌گونه مراقبت‌ها اخذ می‌گردد، مطالبه نخواهد شد.

D. از بیماران انتظار می‌رود در خصوص رویه‌های مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا برای اخذ کمک‌های مالی یا سایر پرداخت‌ها جهت پوشش دادن هزینه مراقبت‌های خود بر پایه استطاعت مالی شخصی‌شان با این مؤسسه همکاری کنند.

II. تعاریف

A. «درآمد سالانه خانوار» با استفاده از تعریف اداره سرشماری تعیین می‌گردد که هنگام محاسبه دستورالعمل‌های ایالتی درباره خط فقر، موارد زیر را لحاظ می‌کند:

- عواید، بیمه بیکاری، جبران خسارت شاغلان، سوشال سکوریتی، درآمد تکمیلی سوشال سکوریتی، کمک‌های دولتی، پرداخت‌های ویژه کهنه‌سربازان، مزایای بازماندگان، مستمری یا بازنشستگی، سود بانکی، سود سهام، اجاره‌بها، حق‌التألیف، درآمد حاصل از املاک، مستغلات و تراست‌ها، کمک‌هزینه تحصیلی، نفقه، کمک‌هزینه معاش فرزندان، کمک‌های دریافتی از خارج از خانوار، و سایر منابع متفرقه.
- مزایای غیرنقدی (مانند کوبین‌های غذایی و یارانه مسکن) احتساب نمی‌گردد.
- درآمد بر پایه مبلغ قبل از کسر مالیات تعیین می‌شود.
- اگر شخصی نزد خانواده بلافصل خود زندگی کند، «درآمد سالانه خانوار» شامل درآمد کلیه اعضای خانوار می‌باشد.

B. «درخواست» به معنای روند تقاضا بر اساس این مقررات است، از جمله از طریق (الف) تکمیل حضوری، اینترنتی یا تلفنی تقاضانامه کمک‌های مالی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا با کمک یک نماینده، یا (ب) ارسال پستی یا تحویل نسخه کاغذی تقاضانامه کمک‌های مالی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا.

C. «CBO» به معنای دفتر مرکزی مطالبه و وصول است.

D. «خانوار» برای بیماران 18 سال به بالا، به معنای همسر، هم‌خانه، به شرح مندرج در قسمت 297 از قانون خانواده (Family Code)، و فرزندان وابسته زیر 21 سال او است، چه در منزل خانوادگی وی زندگی بکنند یا خیر. برای بیماران زیر 18 سال، «خانوار» به معنای والد(ین)، خویشاوندان مسئول مراقبت و سایر فرزندان زیر 21 سال والد(ین) یا خویشاوند مسئول مراقبت است.

E. «FGP» به معنای آیین‌نامه خط فقر فدرال است که هرازگاهی توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده منتشر می‌شود و در تاریخ دریافت خدمات، معتبر و قابل اجرا است.

F. «بیمار دارای هزینه‌های پزشکی بالا» به شرح زیر تعریف می‌گردد:

- i. خودپرداخت نباشد (دارای پوشش ثالث باشد)
- ii. درآمد خانوار وی معادل یا کمتر از 400% از مبلغ خط فقر فدرال (FPL) باشد
- iii. هزینه‌های پزشکی پرداختی توسط خود بیمار ظرف دوازده (12) ماه قبل (اعم از هزینه‌های وارده در بیمارستان یا خارج از بیمارستان) از 10% درآمد خانوارش بیشتر باشد.

G. «بیماران بیمه شده» افرادی هستند که از بیمه درمانی دولتی یا شخصی برخوردار هستند.

H. «مراقبت‌های بهداشتی ضروری» به خدماتی اطلاق می‌شود که، طبق تعریف Medicare، برای تشخیص بیماری‌های جسمی یا روانی و ارائه درمان‌های پیشگیرانه، تسکین‌دهنده، علاج‌کننده یا سلامت‌بخش طبق استانداردهای حرفه‌ای رسمی و پذیرفته شده مراقبت‌های بهداشتی در زمان دریافت خدمات، منطقی و ضروری باشد. مراقبت‌های پزشکی ضروری شامل داروهای نسخه‌ای تجویز شده برای بیماران سرپایی نیست.

I. منظور از «مقررات»، «مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی» است که در زمان دریافت خدمات معتبر و قابل اجرا است.

J. «طرح پرداخت منطقی» شامل پرداخت‌های ماهانه‌ای است که بیش از 10 درصد درآمد ماهانه خانوار بیمار، بدون احتساب کسورات مربوط به مخارج ضروری زندگی، نباشد. «مخارج ضروری زندگی»، برای اهداف این بند، به منزله هزینه‌های هریک از این اقلام می‌باشد: اجاره مسکن و هزینه نگهداری آن، خوراک و ملزومات خانگی، خدمات شهری مثل آب، گاز، برق و تلفن، پوشاک، خدمات پزشکی و دندانپزشکی، بیمه، مدرسه یا مهدکودک، نفقه فرزندان یا همسر، حمل‌ونقل و خودرو، شامل بیمه، سوخت، و تعمیرات، پرداخت‌های قسطی، لباسشویی و نظافت، و سایر هزینه‌های فوق‌العاده.

K. «بیماران بیمه نشده» افرادی هستند که: (i) بیمه درمانی دولتی یا شخصی ندارند؛ (ii) مزایای بیمه آنها به اتمام رسیده؛ یا (iii) مزایای بیمه آنها هزینه مراقبت‌های پزشکی ضروری موردنظر را پوشش نمی‌دهد.

L. «بیماران خودپرداخت» افرادی هستند که از پوشش ثالث یک بیمه‌گر، طرح خدمات مراقبت‌های بهداشتی، Medicare یا Medicaid برخوردار نیستند و بیماری یا صدمات جسمی آنها مشمول جبران خسارت شاغلان، بیمه خودرو، یا سایر بیمه‌های تعیین شده توسط بیمارستان نمی‌گردد. بیماران خودپرداخت می‌توانند شامل بیماران تحت پوشش مراقبت‌های خیریه نیز باشند.

M. «بیمار تحت پوشش مراقبت‌های خیریه» - بیمار تحت پوشش مراقبت‌های خیریه یک بیمار خودپرداخت یا دارای هزینه‌های پزشکی بالا و واجد شرایط کمک‌های مالی است.

III. رابطه با سایر مقررات

A. مقررات مربوط به خدمات پزشکی اورژانسی - خدمات اورژانسی در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا ارائه نمی‌گردد.

B. پوشش داروهای نسخه‌ای - آن دسته از بیمارانی که برای تأمین هزینه داروهای خود نیازمند کمک هستند ممکن است واجد شرایط یکی از برنامه‌هایی باشند که توسط شرکت‌های دارویی برای کمک به بیماران ارائه می‌گردد.

IV. معیارهای صلاحیت برای کمک‌های مالی

آن دسته از بیماران متقاضی مراقبت‌های پزشکی در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا که واجد شرایط ذیل باشند صلاحیت دریافت کمک‌های مالی به شرح قسمت VII این مقررات را دارند.

A. کمک‌های مالی مبتنی بر درآمد -

1. بیمارانی که فاقد بیمه هستند و درآمد سالانه خانوار آنها بیش از 400% از FPG نیست،
2. که متقاضی مراقبت‌های ضروری پزشکی برای خدمات بستری در بیمارستان هستند، و
3. در محدوده خدمات‌رسانی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا (یعنی شعاع 50 مایلی این مرکز) ساکن هستند.

B. سایر روش‌های احراز صلاحیت - بیمارانی که به طرق دیگر واجد شرایط لازم برای اخذ کمک‌های مالی موضوع این مقررات شناخته نشوند اما توانایی پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی ضروری را نداشته باشند می‌توانند در شرایط زیر برای کمک‌های مالی درخواست بدهند:

1. شرایط خاص - بیمارانی که ثابت کنند که دچار مشکلات شخصی یا مالی شدید هستند (از جمله بیماری‌های لاعلاج یا سایر شرایط پزشکی وخیم).

2. شرایط پزشکی خاص - بیمارانی متقاضی درمان‌هایی که فقط قابل‌ارائه توسط کارکنان مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا باشد یا بیمارانی که از خدمات پزشکی مستمر مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا برای ادامه مراقبت‌ها بهره‌مند گردند.

درخواست کمک به واسطه شرایط خاص یا شرایط پزشکی خاص به‌صورت موردی ارزیابی و تصمیم نهایی درباره آنها توسط مدیری CBO صادر خواهد شد.

C. راستی‌آزمایی Medicaid - ممکن است یک نماینده با بیماران بیمه نشده متقاضی مراقبت‌های پزشکی در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا تماس بگیرد تا تعیین کند که آیا آنها واجد صلاحیت Medicaid یا سایر برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی هستند. بیماران بیمه شده باید در روند تعیین صلاحیت Medicaid همکاری

کنند تا صلاحیت آنها برای دریافت کمک‌های مالی موضوع این مقررات بررسی و تأیید گردد.

.V. نحوه درخواست

A. کمک‌های مالی مبتنی بر درآمد

1. کلیه بیماران متقاضی کمک‌های مالی مبتنی بر درآمد در هر مرحله‌ای طی روند برنامه‌ریزی یا صدور صورت‌حساب می‌توانند تقاضانامه کمک‌های مالی را تکمیل کنند، که در این صورت از آنها خواسته می‌شود اطلاعاتی را در خصوص درآمد سالانه خانوار طی سه ماه یا دوازده ماه قبل از تاریخ بررسی صلاحیت ارائه دهند. می‌توان از خدمات تأیید درآمد ثالث به‌عنوان شواهد درآمد سالانه خانوار استفاده کرد. تقاضانامه کمک‌های مالی را می‌توان از قسمت‌های پذیرش، به‌صورت اینترنتی از طریق وبسایت www.californiarehabinstitute.com یا از یکی از نمایندگان ما در دایره پذیرش مرکز دریافت نمود.

2. چنانچه بین دو منبع اطلاعات اختلاف‌نظر وجود داشته باشد، ممکن است نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا درخواست کند که متقاضی اطلاعات بیشتری را برای اثبات صحت درآمد سالانه خانوار ارائه دهد.

B. شرایط خاص

کارکنان مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا برای کلیه بیمارانی که متحمل هزینه‌های زیادی شده‌اند یا در معرض چنین خطری قرار دارند و یا گزارش کنند که دچار مشکلات شخصی و مالی شدید هستند، درخواست کمک‌های مالی خواهند کرد. در این صورت، کارکنان مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا اطلاعات مربوط به شرایط مالی و مشکلات شخصی را از بیماران موردنظر دریافت خواهند نمود.

C. شرایط پزشکی خاص

کارکنان مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا برای کلیه بیمارانی که طی روند برنامه‌ریزی یا پذیرش به‌عنوان اشخاص دچار شرایط پزشکی خاص شناسایی شوند، درخواست کمک‌های مالی خواهند کرد؛ به‌این‌ترتیب، یکی از نمایندگان مؤسسه از پزشک معالج بیمار موردنظر درخواست خواهد کرد که توصیه‌نامه‌ای را مبنی بر نیاز بیمار به مراقبت‌های پزشکی که فقط قابل‌ارائه توسط کارکنان پزشکی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا است یا بهره‌گیری بیمار از خدمات پزشکی مستمر مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا جهت تداوم مراقبت‌ها صادر کند. تصمیمات مربوط به شرایط پزشکی خاص توسط پزشک معالج و تحت نظارت مدیر پزشکی اتخاذ خواهد شد.

D. تقاضانامه‌های ناقص یا مفقود

نقص اطلاعات تقاضانامه به اطلاع بیماران خواهد رسید و به آنها فرصتی منطقی داده خواهد شد تا اطلاعات لازم را به‌صورت کامل ارائه دهند.

.VI. فرایند تعیین صلاحیت

A. مصاحبه مالی - یکی از نمایندگان مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا سعی خواهد کرد از طریق تلفن با کلیه بیماران فاقد بیمه و متقاضی کمک‌های مالی در زمان برنامه‌ریزی برای یک مصاحبه مالی تماس بگیرد. نماینده مذکور اطلاعاتی، مثل اندازه خانوار، منابع درآمدی خانوار و سایر شرایط مالی یا شرایط متضمن تخفیف که صلاحیت بیمار برای دریافت کمک‌های مالی بر اساس این مقررات را اثبات و به تکمیل تقاضانامه کمک کند، را جویا خواهد شد. در زمان ملاقات یا پس از پذیرش، از بیماران خواسته می‌شود که با نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا دیدار و تقاضانامه را امضا کنند.

B. تقاضانامه‌های دریافت شده - کلیه درخواست‌های ارائه شده برای کمک‌های مالی، اعم از حضوری، اینترنتی، یا پستی، برای ارزیابی و رسیدگی به نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا ارسال خواهد شد.

C. تعیین صلاحیت - یکی از نمایندگان مؤسسه توان بخشی کالیفرنیا تقاضانامه‌های کمک‌های مالی را مورد ارزیابی و رسیدگی قرار خواهد داد. تصمیمات اتخاذ شده درباره صلاحیت بیماران کتباً به اطلاع آنها خواهد رسید.

- عدم پیروی از پوشش Medicaid مؤسسه توان بخشی کالیفرنیا و روند راستی‌آزمایی کمک‌های مالی موجب سلب صلاحیت بیماران برای دریافت کمک‌های مالی خواهد شد.

- اگر اطلاعات آتی نشان دهد که اطلاعات قبلی ارائه شده به مؤسسه توان بخشی کالیفرنیا نادرست بوده است، تخفیف‌هایی که قبلاً اعطا شده تغییر خواهد یافت.

عبارت «مبلغ عموماً قابل مطالبه»، در این مقررات، همان معنایی را دارد که در قسمت 5(51r) از IRC و سایر مقررات یا دستورالعمل‌های صادره توسط وزارت خزانه‌داری ایالات متحده یا اداره عواید داخلی برای تعریف این اصطلاح ارائه شده است. برای مشاهده شرح دقیق نحوه محاسبه «مبلغ عموماً قابل مطالبه»، به پیوست A رجوع کنید. پیوست A سالانه به‌روزرسانی می‌شود؛ این پیوست را می‌توان به‌صورت آنلاین در نشانی www.californiarehabinstitute.com، در قسمت‌های پذیرش ما، و نیز حسب درخواست از نماینده مؤسسه توان بخشی کالیفرنیا دریافت کرد.

مادامی که مؤسسه توان بخشی کالیفرنیا تعیین کند که بیمار واجد صلاحیت کمک‌های مالی مبتنی بر درآمد است، این تصمیم به مدت نود (90) روز از تاریخ بررسی صلاحیت معتبر خواهد بود. پس از نود (90) روز، بیمار می‌تواند یک تقاضانامه جدید را برای دریافت کمک‌های مالی بیشتر تکمیل و تحویل نماید.

VII. مبنای محاسبه هزینه‌های قابل مطالبه از بیماران، دامنه، و مدت کمک‌های مالی

بیماران واجد صلاحیت دریافت کمک‌های مالی مبتنی بر درآمد بر اساس این مقررات کمک‌های مالی را طبق معیارهای درآمدی زیر دریافت خواهند کرد.

صلاحیت برای تخفیف 100% مراقبت‌های خیریه ویژه بیماران فاقد هرگونه پوشش ثالث

A. اگر درآمد سالانه خانوار بیمار حداکثر 200% از FPG باشد، از مراقبت‌های رایگان یا معافیت 100% از سهم بیمار برای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده برخوردار خواهد شد. معیارها و روند تعیین صلاحیت بیمار برای مراقبت‌های خیریه به شرح زیر است:

1. با بررسی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فدرال تسلیم شده یا فیش‌های حقوقی اخیر بیمار، تأیید می‌گردد که درآمد خانوار وی بیش از 200% از FPL نیست.

2. اولین 10,000 دلار از دارایی‌های پولی (دارایی‌های نقدی) در تعیین صلاحیت احتساب نمی‌شود.

3. فقط 50% از دارایی‌های پولی (دارایی‌های نقدی) بیمار پس از کسر 10,000 دلار اول در تعیین صلاحیت احتساب می‌گردد.

4. حساب‌های بازنشستگی و طرح‌های غرامت معوقه تعیین شده توسط IRS (اعم از واجد یا فاقد شرایط) جزء دارایی‌های پولی حساب نمی‌شوند و لذا در تعیین صلاحیت لحاظ نمی‌گردند.

5. دارایی‌های فراتر از مبالغ قانوناً مستثنی شده بیش از دارایی‌های مجاز تلقی می‌گردند و ممکن است به مخالفت با اعطای تخفیف‌های مراقبت‌های خیریه منجر گردند.

6. بیماران دارای هزینه‌های پزشکی بالا و فاقد هرگونه پوشش ثالث که درآمد خانوار آنها معادل یا کمتر از 200% از FPL است واجد صلاحیت معافیت 100% مراقبت‌های خیریه خواهند بود.

7. صلاحیت بیماران دارای هزینه‌های پزشکی بالا به‌صورت ماهانه ارزیابی خواهد شد و وضعیت آنها برای ماه جاری یا جدیدترین ماه خدماتی معطوف به دوازده ماه خدمات معتبر خواهد بود.

صلاحیت برای تخفیف جزئی مراقبت‌های خیریه ویژه بیماران فاقد هرگونه پوشش ثالث

1. اگر بیمار فاقد بیمه باشد و درآمد سالانه خانوار وی بیشتر از 200% اما کمتر از 400% از FPG باشد، ممکن است مشمول معافیت جزئی از هزینه‌های تحت پوشش قرار بگیرد. همچنین، بیماران ممکن است به صلاحیت مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا، واجد صلاحیت تخفیف‌های موردی بر حسب شرایط خاص، مثل بیماری صعب‌العلاج یا فقر پزشکی، شناخته شوند.
2. فرم «شرح مشکلات بیمار» (Hardship Disclosure) باید برای همه بیماران متقاضی تخفیف مراقبت‌های خیریه تکمیل گردد.
3. با بررسی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فدرال تسلیم شده یا فیش‌های حقوقی اخیر بیمار، درآمد خانوار بیمار تأیید خواهد شد.
4. مادامی که مشخص گردد که درآمد خانوار بیمار بین 201% تا 400% از FPL است، دارایی‌های پولی (دارایی‌هایی که به‌سادگی قابل تبدیل به وجه نقد هستند، مثل حساب‌های بانکی و سهامی که به‌صورت عمومی دادوستد می‌گردد) در تعیین صلاحیت وی برای تخفیف مراقبت‌های خیریه لحاظ خواهد شد.
5. پرداخت‌های دارای تخفیف به بالاترین سطح Medicare یا Medi-Cal محدود خواهد بود.

صلاحیت برای تخفیف جزئی مراقبت‌های خیریه ویژه بیماران دارای هزینه پزشکی بالا و پوشش ثالث

1. آن دسته از بیماران دارای هزینه پزشکی بالا و پوشش ثالث که درآمد خانوار آنها بین 201% تا 400% از FPL است.
2. این‌گونه بیماران موظف به ارائه شواهد و مستندات هزینه‌های پزشکی خود خواهند بود. ممکن است این شواهد و مستندات راستی‌آزمایی گردد.
3. فرم «اطلاعات مالی بیمار» (Patient Financial Information) باید برای همه بیماران متقاضی تخفیف مراقبت‌های خیریه تکمیل گردد. بیماران دارای هزینه‌های پزشکی بالا باید ماهانه مورد ارزیابی قرار بگیرند و بتوانند هزینه‌های پزشکی دوازده (12) ماه اخیر را دقیقاً توجیه کنند.
4. با بررسی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فدرال تسلیم شده یا فیش‌های حقوقی اخیر بیمار، تأیید خواهد شد که درآمد خانوار بیمار بین 201% تا 400% از FPL است.
5. مادامی که تعیین گردد درآمد خانوار بین 201% تا 400% از FPL است، هیچ یک از دارایی‌های وی در تعیین صلاحیت دریافت تخفیف مراقبت‌های خیریه لحاظ نخواهد شد. صلاحیت بیمار فقط بر پایه درآمد خانوار وی تعیین خواهد شد.
6. پرداخت‌های دارای تخفیف به بالاترین سطح Medicare یا Medi-Cal محدود خواهد بود.

7. با همفکری نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا و بیمار، یک طرح پرداخت با در نظر گرفتن درآمد خانوار و هزینه‌های زندگی ضروری وی تدوین خواهد شد. اگر مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا و بیمار نتوانند درباره طرح پرداخت به توافق برسند، مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا از فرمول مندرج در تعریف «طرح پرداخت منطقی»، قسمت II(J)، برای این منظور استفاده خواهد کرد. ممکن است به بیماران یک طرح پرداخت تمدید شده پیشنهاد گردد. طرح‌های پرداخت تمدید شده بدون بهره هستند. مدت استاندارد طرح پرداخت دوازده (12) ماه خواهد بود. طرح‌های پرداخت طولانی‌تر را می‌توان فقط در شرایط خیلی خاص

VIII. تعیین صلاحیت برای کمک‌های مالی قبل از اقدام برای وصول بدهی پرداخت نشده توسط بیمار

A. مطالبه بدهی و تلاش‌های منطقی برای تعیین صلاحیت دریافت کمک‌های مالی

مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا در صدد است تعیین کند که آیا یک بیمار قبل از یا در زمان پذیرش یا دریافت خدمات، واجد صلاحیت کمک‌های مالی موضوع این مقررات است. چنانچه بیماری قبل از ترخیص یا دریافت خدمات واجد صلاحیت کمک‌های مالی شناخته نشده باشد، مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا هزینه مراقبت‌ها را مطالبه خواهد کرد. اگر بیمار بیمه باشد، مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا هزینه‌های وارده را از بیمه‌گر مطالبه خواهد نمود. پس از پرداخت آن بخش از هزینه‌ها که بیمه‌گر تعهد کرده، مابقی مستقیماً از بیمار مطالبه خواهد شد. اگر بیمار بیمه نباشد، مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا هزینه‌های وارده را مستقیماً از بیمار مطالبه خواهد نمود. طی یک دوره 120 روزه، که پس از ترخیص بیمار آغاز خواهد شد، حداکثر چهار اعلان پرداخت بدهی به نشانی بیمار به شرح مندرج در پرونده وی ارسال خواهد شد. فقط آن دسته از بیمارانی که بدهی پرداخت نشده دارند اعلان پرداخت بدهی را دریافت خواهند کرد. اعلان پرداخت بدهی شامل خلاصه‌ای از این مقررات و نحوه درخواست برای کمک‌های مالی است. تلاش‌های منطقی برای تعیین صلاحیت عبارت‌اند از: اعلان مقررات به بیمار به‌محض پذیرش و مطلع ساختن وی از اعلان پرداخت بدهی به‌صورت کتبی و شفاهی، تلاش برای مطلع ساختن تلفنی بیمار از این مقررات و روند درخواست برای کمک حداکثر 30 روز قبل از اتخاذ اقدامات فوق‌العاده برای وصول بدهی، و پاسخ کتبی به هر یک از تقاضانامه‌های کمک‌های مالی موضوع این مقررات که ظرف 240 روز از تاریخ اولین اعلان پرداخت بدهی تسلیم گردد یا، اگر بعداً، در تاریخی که یک مؤسسه وصول بدهی، که به نمایندگی از مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا عمل می‌کند، بدهی پرداخت نشده را به بیمارستان برگرداند.

B. اقدامات وصول برای بدهی‌های پرداخت نشده

اگر بیماری تلاش کند که بر اساس مقررات مراقبت‌های خیریه بیمارستان واجد صلاحیت شناخته شود و با حسن‌نیت سعی در پرداخت بدهی معوقه داشته باشد، بیمارستان اعلان پرداخت بدهی را برای هیچ مؤسسه وصول بدهی یا سایر کارگزاران ارسال نخواهد کرد مگر آنکه مؤسسه یا شخص مربوطه موافقت کرده باشد که از این سیاست پیروی کند.

چنانچه بیماری پس از ابلاغ حداکثر چهار اعلان پرداخت بدهی در یک دوره 120 روزه، بدهی معوقه داشته باشد، بدهی معوقه وی به یک مؤسسه وصول بدهی ارجاع داده خواهد شد تا به نمایندگی از مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا در جهت وصول بدهی اقدام نماید. مؤسساتی که برای وصول بدهی به بیمارستان کمک می‌کنند:

a. نباید اطلاعات مخرب را به یک نهاد گزارش اعتبار مشتریان ارائه دهند یا علیه بیمار به دلیل عدم پرداخت در هر زمانی قبل از انقضای دوره 180 روزه پس از صدور اعلان پرداخت بدهی اولیه اقامه دعوی کنند.

b. نباید نسبت به توقیف حقوق و دستمزد بیمار اقدام کنند، مگر به‌حکم دادگاه و پیرو اخطار قبلی و منوط به ارائه مستنداتی مبنی بر اینکه چرا مؤسسه وصول بدهی معتقد است که بیمار می‌تواند بدهی خود را پیرو صدور حکم توقیف حقوق و دستمزد پرداخت کند. در این صورت، دادگاه درخواست مؤسسه وصل بدهی را با در نظر گرفتن میزان بدهی و اطلاعات تکمیلی ارائه شده توسط بیمار، قبل یا در جلسه رسیدگی، در خصوص استطاعت مالی بیمار، هزینه‌های پزشکی احتمالی آتی بر پایه وضعیت فعلی بیمار، و سایر تعهدات وی بررسی خواهد کرد.

c. نباید برای محل اقامت اصلی بیمار حکم تصرف بگیرند.

d. باید از تعریف و کاربرد طرح پرداخت منطقی به شرح مندرج در قسمت II(J) پیروی کنند.

مؤسسات وصول بدهی که به نمایندگی از مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا عمل می‌کنند از توانایی پیگیری وصول بدهی برای حداکثر 18 ماه از تاریخ ارسال صورت بدهی به مؤسسه وصول بدهی برخوردار هستند. بیمار حتی پس از آنکه بدهی پرداخت نشده وی به یک مؤسسه وصول بدهی ارجاع داده شود نیز می‌تواند برای

کمک‌های مالی درخواست دهد. پس از گذشت حداقل 180 روز از تاریخ صدور اولین اعلان پرداخت بدهی بعد از ترخیص، که شامل هزینه‌های پرداخت نشده است، و نیز به‌صورت موردی، مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا می‌تواند وصول بدهی را از طریق اقامه دعوی علیه بیمار پیگیری کند، البته چنانچه بیمار بدهکار در خصوص درخواست‌های مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا یا مؤسسه وصول بدهی برای ارائه اطلاعات لازم یا پرداخت بدهی همکاری نکند.

قبل از آنکه تلاش‌های منطقی برای تعیین صلاحیت بیمار جهت دریافت کمک‌های مالی صورت بگیرد، به‌هیچ‌وجه مراقبت‌های پزشکی ضروری بیمار به تعویق نخواهد افتاد یا از وی مضایقه نخواهد شد. در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا، یکی از نمایندگان مؤسسه با بیماری که فاقد بیمه و در صدد دریافت خدمات جدید است و واجد صلاحیت کمک‌های مالی شناخته نشده، تماس خواهد گرفت و وی را از این مقررات مطلع خواهد ساخت و حسب درخواست بیمار، به او کمک خواهد کرد تا تقاضانامه‌ای را برای کمک‌های مالی تسلیم نماید.

C. بررسی و تأیید

نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا موظف است بررسی و تعیین نماید که آیا تلاش‌های منطقی برای ارزیابی صلاحیت بیمار برای کمک‌های مالی موضوع این مقررات صورت‌گرفته است و بعد با اتخاذ اقدامات فوق‌العاده برای وصول بدهی پرداخت نشده موافقت کند.

IX. پزشکیانی که مشمول مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا نیستند

برخی از خدمات در بیمارستان توسط پزشکیانی ارائه می‌گردد که در استخدام «مرکز پزشکی Cedars-Sinai» یا «UCLA Health» هستند؛ در نتیجه این خدمات تحت پوشش مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا قرار نمی‌گیرند. به‌هرحال، ممکن است خدماتی که توسط این پزشکان ارائه می‌گردد مشمول مقررات کمک‌های مالی «مرکز پزشکی Cedars-Sinai» یا «UCLA Health» باشد.

آن دسته از پزشکیانی که در مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا کار می‌کنند و مشمول مقررات کمک‌های مالی و وصول بدهی مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا نیستند بر حسب نام در **پیوست B، فهرست ارائه‌دهندگان**، مشخص شده‌اند. این فهرست هر سه ماه یکبار به‌روزرسانی می‌شود و می‌توان آن را به‌صورت آنلاین در نشانی www.californiarehabinstitute.com، در قسمت‌های پذیرش ما، و نیز حسب درخواست از نماینده مؤسسه توان‌بخشی کالیفرنیا دریافت کرد.