



عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)	شماره: L3003
دفترچه راهنما: اجرایی	قسمت: امور مالی
	تاریخ اجرایی شدن: 09/28/2026

ا. هدف:

A.

برای اهداف مربوط به سیاست برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف، «سازمان بیمارستان کودکان شهرستان Orange (Children's Hospital of Orange County) CHOC» به شبکه جمعی متشکل از سازمان‌های مراقبت‌های سلامت، خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات اطلاق می‌شود که وابسته به CHOC هستند. سازمان CHOC شامل نهادهای زیر است:

1. بیمارستان CHOC – بیمارستان اصلی کودکان واقع در Orange, California که خدمات پزشکی تخصصی و مراقبت‌های ویژه برای کودکان ارائه می‌دهد.
2. CHOC در بیمارستان Mission – یک مرکز مراقبت‌های سلامت واقع در بیمارستان Providence Mission در Mission Viejo, California که خدمات تخصصی و مراقبت‌های پزشکی کودکان را ارائه می‌دهد.
3. متخصصان CHOC – گروهی از متخصصان کودکان که در زیرشاخه‌های تخصصی مختلف پزشکی کودکان، مراقبت‌های تخصصی را در سراسر شبکه CHOC ارائه می‌دهند.
4. شبکه مراقبت‌های اولیه CHOC – شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه وابسته به CHOC که خدمات جامع مراقبت‌های سلامت را از بدو تولد تا پایان دوران نوجوانی برای کودکان فراهم می‌کنند.

این نهادها در کنار یکدیگر سازمان CHOC را تشکیل می‌دهند (که از این پس تحت عنوان CHOC نامیده می‌شود) که خدمات مراقبتی باکیفیت از کودکان را در حوزه‌های تخصصی و مکان‌های مختلف ارائه می‌دهد و تابع شرایط و ضوابط مندرج در این «سیاست کمک مالی به بیماران» است.

B.

CHOC متعهد است بدون توجه به وضعیت مالی بیمار، مراقبت‌های سلامت باکیفیت را به تمامی بیماران ارائه دهد. بیمارانی که معیارهای مقرر شده در برنامه کمک مالی (Financial Assistance Program) را داشته باشند، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی برای پوشش دادن تمام یا بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های سلامت خود باشند. برای درخواست کمک مالی، لطفاً به وبسایت ما (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill) مراجعه کنید. وبسایت CHOC همچنین در زمینه آموزش پزشکی و تحقیقات پزشکی، خدماتی را به عموم جامعه ارائه می‌دهد. طبق این سیاست، کمک مالی را می‌توان به بیمارانی ارائه کرد که فاقد بیمه هستند یا بیمه کافی ندارند و نمی‌توانند هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی یا هزینه‌های نقدی خارج از پوشش بیمه را پرداخت کنند. تعیین واجدین شرایط در برنامه کمک مالی به هیچ وجه نباید بر اساس سن، جنسیت، گرایش جنسی، قومیت، ملیت، معلولیت یا مذهب باشد.

D.

در برخی موارد، ممکن است کمک مالی به بیمارانی ارائه شود که وضعیت مالی‌شان پرداخت هزینه‌های خدمات پزشکی ضروری را برای آن‌ها غیرعملی یا غیرممکن می‌کند. ارزیابی ضرورت درمان پزشکی در CHOC بر اساس قضاوت بالینی خواهد بود. قضاوت بالینی پزشک بیمار یا پزشک بخش اورژانس تنها معیار تعیین‌کننده برای دریافت خدمات توسط بیمار در CHOC خواهد بود. CHOC اقداماتی را که مانع از مراجعه افراد برای دریافت مراقبت‌های پزشکی اورژانسی شود، انجام نخواهد داد.

ا. دامنه فعالیت:

این سیاست برای تمامی بیماران بستری و سرپایی CHOC، شامل CHOC Medical Foundation قابل اعمال است و تمامی مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری را دربرمی‌گیرد. CHOC

دفتريچه راهنما: اداري	شماره: L3003
بخش: مالي	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

تعيين واجد شرايط بودن براي «دريافت کمک مالی» را بر مبنای درخواست های مالی فعلی انجام می دهد. CHOC براي تعيين واجدين شرايط در برنامه کمک مالی (FAP) به منابع خارجي مراجعه نمی کند.

III. تعاریف:

- A. مبلغی که عموماً صورت حساب می شود (Amount Generally Billed, AGB):** روش بررسی گذشته نگر مورد استفاده CHOC براي محاسبه سقف مبالغ قابل مطالبه از شرکت کنندگان در برنامه کمک مالی
- B. مراقبت خيريه:** مراقبت های سلامت رایگان
- C. برنامه مزایای مشارکت در هزینه ها (Cost Sharing Benefit Program, CSBP):** برنامه مبتنی بر عضویت که در آن عضو هزینه عضویت معمول (معمولاً ماهیانه) را پرداخت می کند و هزینه ها هر ماه برای اعضایی که نیاز به کمک در پرداخت هزینه های پزشکی دارند توزیع می شود. معمولاً برنامه های مزایا موافقت نمی کنند که صورت حساب مستقیماً برای آنها صادر شود و با اعضای خود توافق کرده اند که هزینه های پزشکی آنان را به آنها بازپرداخت کنند.
- D. پرداخت با تخفیف یا پرداخت تخفیف دار:** هرگونه هزینه خدمات مراقبتی که کاهش یافته باشد، اما رایگان نباشد.
- E. اطلاعات بیمار:** شماره پرونده پزشکی، نام بیمار، تاریخ تولد، وضعیت بیمه، واجد شرايط بودن براي دریافت سایر حمایت ها.
- F. خانواده بیمار:** براي اهداف این سیاست، عبارت است از:
1. براي افراد 18 سال به بالا، همسر، شریک زندگی مطابق تعریف بخش 297 مجموعه قوانین خانواده California؛ و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در منزل ساکن باشند یا خیر؛
 2. براي افراد زیر 18 سال یا فرزند تحت تکفل 18 تا 20 سال: والدین، بستگان سرپرست، و سایر فرزندان تحت تکفل والدین یا بستگان سرپرست که زیر 21 سال سن دارند (یا در هر سنی در صورت داشتن معلولیت)، مطابق با بخش 1614(a) قسمت A، عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی.

IV. سیاست:

- A.** عبارت است از سیاست CHOC براي تعيين واجدين شرايط براي «کمک مالی» در زمان ثبت نام، از طريق فرايند غربالگری مالی براي تمام بیمارانی که از عهده پرداخت های الزامی CHOC بر نمی آیند.
- B.** این سیاست بين بیماری که بدهی غیر قابل وصول دارد و بیماری که واجد شرايط دریافت «کمک مالی» است، تمایز قائل می شود؛ این تمایز بر این اساس است که بیمار یا خانواده اش تمایلی به پرداخت ندارند یا اینکه ثابت شده است توانایی پرداخت ندارند. اگر بیمار و/یا خانواده بیمار اطلاعات لازم برای اثبات ناتوانی در پرداخت را ارائه ندهند، ممکن است منجر به از بین رفتن حق آنها برای بررسی شدن شرايطشان جهت دریافت برنامه کمک مالی شود.
- C.** هدف CHOC این است که بیمار واجد شرايط براي دریافت کمک مالی در همان زمان ثبت نام شناسایی شود؛ با این حال، اگر به دلیل درمان اضطراری اطلاعات کامل مربوط به بیمه یا وضعیت مالی بیمار در دسترس نباشد، یا اگر وضعیت مالی بیمار/ضامن یا خانواده بیمار تغییر کند، تعیین وضعیت بیمار به عنوان واجد شرايط دریافت «کمک مالی» ممکن است پس از ارائه خدمات و در برخی موارد حتی پس از صدور صورت حساب بیمار انجام شود.
- D.** اگر پزشک یا درمانگر بخواهد از قبل براي بیمار شناخته شده ای درخواست کمک مالی ارائه دهد، پروتکل مربوط به درخواست کمک مالی در Paws و در بخش بانک فرم های آنلاین موجود است.
- E.** براي تمامی افرادی که درخواست خدمات کمک مالی می کنند یا این خدمات به آنها ارائه می شود، محرمانه بودن اطلاعات و حفظ کرامت بیمار رعایت خواهد شد.

دفتريچه راهنما: اداري	شماره: L3003
بخش: مالي	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

F. بیمارانی که در بخش اورژانس بیمارستان خدمات دریافت می‌کنند، واجد شرایط دریافت کمک مالی برای پرداخت هزینه‌های پزشکی اورژانس نیز خواهند بود. شرکت صدور صورتحساب پزشک اورژانس، طبق بند 127405(a)(1)(B) قانون سلامت و ایمنی، به تشخیص بیمارستان در مورد واجد شرایط بودن FAP استناد خواهد کرد.

G. در ادامه فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات، به غیر از خود بیمارستان، که مراقبت‌های پزشکی ضروری را در بیمارستان ارائه می‌دهد، ارائه شده است. برای راحتی کار، آن‌ها بر اساس دسته‌بندی مراقبت فهرست شده‌اند. این فهرست مشخص می‌کند که آیا ارائه‌دهندگان خدمات تحت پوشش FAP بیمارستان هستند یا خیر.

بخش/تخصص پزشکی	تحت پوشش FAP بیمارستان قرار دارد	تحت پوشش FAP بیمارستان قرار ندارد
آلرژی و ایمونولوژی	X	
بی‌هوشی		X
بیماری‌های قلبی-عروقی	X	
دندان‌پزشکی		X
رادیولوژی تشخیصی	X	
بخش اورژانس		X
بیماری‌های گوارشی	X	
پزشکی عمومی/پزشکی خانواده	X	
جراحی عمومی		X
پزشکی داخلی	X	
جراحی مغز و اعصاب		X
عصب‌شناسی	X	
زنان و زایمان	X	
طب کار	X	
انکولوژی	X	
چشم‌پزشکی	X	
همه جراحان		X
گوش، حلق و بینی	X	
پاتولوژی		X
پزشکی اطفال	X	
طب فیزیکی/توانبخشی	X	
جراحی پلاستیک	X	
پاپزشکی		X
بیماری‌های ریوی	X	
رادیولوژی درمانی	X	
جراحی قفسه سینه		X
اورولوژی	X	
سایر: روانپزشکی	X	
سایر: ژنتیک بالینی	X	
سایر: پوست‌شناسی	X	
سایر: غدد درون‌ریز	X	

حق نشر 2026. بیمارستان کودکان اورنج کانتی (Children's Hospital of Orange County). تمام حقوق محفوظ است. هیچ بخشی از این مطالب نباید بدون اجازه کتبی از مدیریت CHOC به هیچ شکلی تکثیر شود.

دفترچه راهنما: اداری	شماره: L3003
بخش: مالی	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

سایر: هماتولوژی	X	
سایر: پزشکان مستقر در بیمارستان	X	
سایر: بیماری عفونی	X	
سایر: پزشکی نوزادان	X	
سایر: نفرولوژی (کلیه و مجاری ادرار)	X	
سایر: روماتولوژی	X	
سایر، پزشکی خواب	X	

۷. رویه:

A. واجدین شرایط

1. شناسایی کمک مالی از طریق تعیین وضعیت مالی بیمار یا خانواده بیمار انجام می‌شود. این تعیین وضعیت باید در زمان ثبت‌نام یا قبل از آن، یا در اسرع وقت پس از آن انجام شود. در برخی موارد، مانند پذیرش‌های اورژانسی، ممکن است تعیین واجد شرایط بودن برای «برنامه کمک مالی» تا پس از ترخیص بیمار امکان‌پذیر نباشد. در چنین مواردی، یا در مواردی که در طول اقامت بیمار یا پس از آن اتفاقاتی رخ دهد که وضعیت مالی بیمار یا خانواده‌اش را تغییر دهد، واجد شرایط بودن بیمار برای برنامه کمک مالی به‌هیچ‌وجه تحت تأثیر این موضوع قرار نمی‌گیرد که چه زمانی واجد شرایط بودن بیمار تشخیص داده شده است.
2. مسئولیت تشخیص واجد شرایط بودن بیمار برای برنامه کمک مالی، در زمان مراجعه بیمار به CHOC یا قبل از آن، بر عهده بخشی است که مسئول ثبت‌نام بیمار است. این امر مستلزم آن است که بیمار یا خانواده بیمار فرم «اظهارنامه مالی» (Financial Disclosure) را تکمیل کنند. همچنین ممکن است برای تعیین درآمد سالانه خانواده بیمار، ارائه نسخه‌هایی از مدارک مرتبط (مانند فیشهای حقوقی اخیر، اظهارنامه‌های مالیاتی یا سایر مدارک) الزامی باشد. در موارد فوق که در آنها امکان تعیین واجد شرایط بودن در زمان ارائه خدمات وجود ندارد، بخش خدمات مالی بیمار با بیمار یا خانواده او همکاری خواهد کرد تا واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی را تعیین کند.
3. بیمار یا خانواده بیمار که بیمه دارند نیز ممکن است برای آن بخش از صورتحساب که تحت پوشش بیمه قرار ندارد، مشمول «برنامه کمک مالی» شوند. این امر ممکن است شامل سهم بیمه‌گذار، سهم پرداخت مشترک و خدماتی باشد که تحت پوشش نیستند. تعیین واجد شرایط بودن یک بیمار تابع همان دستورالعملهایی خواهد بود که برای بیماران بیمه‌نشده اعمال می‌شود.
4. بیماری که هزینه‌های درمانی سنگینی دارد، اعم از اینکه دارای بیمه باشد یا نباشد، ممکن است واجد شرایط برنامه کمک مالی باشد. این مورد شامل بیماران می‌شود. هزینه‌هایی که توسط ضامن پرداخت شده اما مربوط به بیمار نیست، در این محاسبات لحاظ نخواهد شد. ارائه رسید یا صورت فرآیند درخواست
5.
 - a. برای درخواست برنامه کمک مالی و درخواست تعیین واجد شرایط بودن، بیمار/ضامن باید فرم تکمیل‌شده «درخواست کمک مالی» را به مرکز منابع مالی خانواده CHOC ارسال کند.
 - b. فرم درخواست کمک مالی در وبسایت ما موجود است (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill). برای دریافت فرم درخواست و همچنین کسب راهنمایی درباره مراحل آن، می‌توانید با «مرکز منابع مالی خانواده CHOC» به شماره 714 509-8600 تماس بگیرید. ارسال این فرم‌ها از طریق ایمیل یا پست (USPS) بدون هیچ‌گونه هزینه اضافی امکان‌پذیر است. همچنین می‌توانید این فرم‌ها را از «بخش مشاوره مالی CHOC» به نشانی زیر دریافت کنید:
1201 W. La Veta Avenue, Orange, California 9286

دفتريچه راهنما: اداري	شماره: L3003
بخش: مالي	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

- c. هنگام ارزیابی اولیه برای تعیین واجد شرایط بودن جهت «پرداخت با تخفیف»، بیمارستان ممکن است بیمار/ضامن را ملزم به شرکت در فرآیند ارزیابی واجد شرایط بودن برای طرح «Medi-Cal» کند. بیمارستان نباید بیمار را ملزم کند پیش از انجام ارزیابی یا دریافت مزایای «پرداخت با تخفیف»، برای دریافت پوششهای بیمهای Medicare، Medi-Cal یا سایر طرحهای پوشش بیمه اقدام نماید. با این حال، بیمارستان ممکن است بیمار را ملزم کند که پیش از انجام ارزیابی یا دریافت «خدمات درمانی خیریه»، برای دریافت پوششهای بیمهای Medicare، Medi-Cal یا سایر طرحهای پوشش بیمه اقدام کند.
- d. بیمار/ضامن باید پیش از بررسی درخواست، تمام تلاش معقول خود را برای ارائه مدارک مربوط به درآمد بیمار/خانواده به کار گیرد. درآمد باید از طریق اظهارنامههای مالیاتی سال اخیر و/یا فیشهای حقوقی اخیر تأیید شود. در صورت امکان، میتوان سایر مدارک درآمدی را نیز ارائه کرد.
- e. چنانچه والد/ضامن درآمدی نداشته باشد یا نتواند مدارک درآمد خود را ارائه کند، CHOC میتواند بنا به صلاحدید خود از بیمار/ضامن بخواهد اظهارنامه‌ای را که تحت سوگند و با مسئولیت کیفری ناشی از ادای شهادت دروغ امضا شده است ارائه کند که در آن موارد زیر تأیید شود: (i) صحت اطلاعات درآمدی ارائه‌شده در فرم درخواست کمک مالی؛ (ii) توضیح علت عدم ارائه مدارک درآمد؛ و (iii) در صورت نداشتن درآمد، توضیح درباره نحوه تأمین هزینه‌های زندگی خود/خانواده.
6. دوره صلاحیت.
- a. بیمارانی که واجد شرایط تشخیص داده می‌شوند، می‌توانند به‌مدت شش ماه واجد شرایط دریافت کمک مالی باشند.
7. محاسبه میزان کمک مالی.
- a. CHOC اطلاعات مربوط به درآمد خانواده بیمار را جمع‌آوری خواهد کرد که شامل دستمزد و حقوق، پرداخت‌های رفاهی، پرداخت‌های تأمین اجتماعی، مزایای ایام اعتصاب، مزایای ایام بیکاری، نفقه فرزند، نفقه همسر، سود سهام و بهره بانکی است. درآمد کل خانواده با جدول (جدول A را مشاهده کنید) مقایسه خواهد شد تا واجد شرایط بودن بیمار برای دریافت کمک مالی ذیل دستورالعمل‌های فقر فدرال تعیین شود. هر بیمار فاقد بیمه یا بیماری که هزینه‌های پزشکی بالایی دارد و درآمد سالانه خانوارش برابر یا کمتر از 550% دستورالعمل‌های فقر فدرال باشد، واجد شرایط درخواست «کمک مالی» خواهد بود. برای بیمارانی که درآمد آن‌ها بیش از 400% و کمتر از 550% دستورالعمل‌های فقر فدرال است، ممکن است کمک مالی به‌صورت جزئی در نظر گرفته شود.
- b. خانواده‌هایی که درآمد سالانه آن‌ها برابر یا کمتر از 400% دستورالعمل‌های فقر فدرال باشد، واجد شرایط تعدیل 100% کمک مالی خواهند بود. بیماران بیمه‌نشده یا بیمارانی که پوشش بیمه‌های کافی ندارند و درآمد خانوار آنها، بر اساس اطلاعات مندرج در فرم درخواست کمک مالی، کمتر از یا مساوی 400% دستورالعمل‌های فقر فدرال باشد، خدمات مراقبتی را به‌صورت رایگان دریافت خواهند کرد.
- c. در ارائه مراقبت‌های خیریه، CHOC مطابق قانون موظف است مبالغی را که معمولاً از افراد دارای پوشش بیمه برای مراقبت‌های اورژانسی یا سایر خدمات پزشکی ضروری دریافت میشود (که به آنها «مبالغ صورتحساب معمول» یا «AGB» گفته میشود) لحاظ کند و تضمین بدهد که از بیمارانی که برای دریافت مراقبت خیریه پذیرفته شده‌اند، بابت خدمات اورژانسی و سایر خدمات پزشکی ضروری، هزینه‌های بیشتر از AGB دریافت نخواهد کرد.

دفتريچه راهنما: اداري	شماره: L3003
بخش: مالي	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

d. بیماران CHOC Community Clinic طبق مفاد این سیاست واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند و از جدول B برای محاسبه پرداخت مشترک بر اساس مقیاس متغیر برای هر ویزیت، برای بیمارانی که درآمدشان کمتر از 550% دستورالعملهای فقر فدرال است، استفاده خواهد شد.

e. برای بیمارانی که برای دریافت کمک مالی درخواست داده‌اند و پرداخت کمک مالی به آنها به‌صورت کامل یا جزئی مورد موافقت قرار گرفته، تأییدیه پرداخت کمک مالی به شرکت صدور صورتحساب پزشکان بخش اورژانس ارسال خواهد شد تا آن را بررسی کنند. شرکت صدور صورتحساب پزشک اورژانس، طبق بند 127405(a)(1)(B) قانون سلامت و ایمنی، به تشخیص بیمارستان در مورد واجد شرایط بودن FAP استناد خواهد کرد.

8. سیاست پرداخت با تخفیف

a. برای بیمارانی که درآمد خانوار آنها بین 401% تا 450% «سطح فقر فدرال» است، ممکن است بیمارستان یک جدول تعرفه‌های پرداخت شخصی با تخفیف ارائه دهد که در آن، هزینه پزشکی مجاز معادل با 75% تخفیف نسبت به مبالغ صورتحساب‌شده خواهد بود. در این سطح، از بیمارانی که مشمول طرح پرداخت با تخفیف شده‌اند، برای خدمات اورژانسی و سایر خدمات ضروری پزشکی، مبلغی بیش از AGB دریافت نخواهد شد.

b. برای بیماران بیمه‌نشده که درآمد خانوار آنها بین 451% تا 550% «سطح فقر فدرال» است، ممکن است CHOC یک جدول تعرفه‌های پرداخت شخصی با تخفیف ارائه دهد که در آن، هزینه پزشکی مجاز معادل با 50% تخفیف نسبت به مبالغ صورتحساب‌شده خواهد بود. در این سطح، از بیمارانی که مشمول طرح پرداخت با تخفیف شده‌اند، برای خدمات اورژانسی و سایر خدمات ضروری پزشکی، مبلغی بیش از AGB دریافت نخواهد شد.

9. دستورالعملهای واجد شرایط بودن برای برنامه کمک مالی CHOC بر اساس جدیدترین نسخه منتشر شده «دستورالعملهای فقر فدرال» تنظیم شده‌اند. در جدول A آستانه درآمد خانوارها طبق «دستورالعملهای فقر فدرال»، که سالانه منتشر می‌شود، معین شده است.

10. اگر بیمار/ضامن برای کمک مالی تأیید شود، تمامی حسابهایی که در زمان تعیین واجد شرایط بودن، مانده بدهی قابل پرداخت توسط بیمار داشته باشند، بر اساس درصد تخفیفی که بیمار/ضامن طبق درخواست خود واجد شرایط دریافت آن است، تعدیل خواهند شد.

11. CHOC برای محاسبه AGB از روش زیر استفاده خواهد کرد: پس از پایان سال مالی قبل، یک بررسی سالانه به روش گذشته‌نگر بر اساس مبالغ واقعی مطالبات پرداخت‌شده به بیمارستان توسط Medicare به صورت کارمزد در ازای خدمت (Fee-for-Service)، به همراه تمامی بیمه‌گران خصوصی سلامت و برنامه مزایای مشارکت در هزینه‌ها (CSBP) انجام دهید.

12. تصمیم نهایی مبنی بر عدم واجد شرایط بودن برای «برنامه کمک‌هزینه مالی» تا حداقل 150 روز پس از صدور نخستین صورتحساب، اتخاذ نخواهد شد.

13. واجد شرایط بودن احتمالی: جدا از روند درخواست دستی، ممکن است واجد شرایط بودن بیماران برای دریافت کمک مالی بر اساس موارد زیر نیز به

a. وضعیت بیخانمانی یا پناهندگی، در صورتی که هیچگونه اطلاعات جمعیت‌شناختی از بیمار در دسترس نباشد.

b. شواهد ارائه‌شده از طریق ابزار ارزیابی شخص ثالث، صرف‌نظر از وضعیت بیمه.

c. بیمارانی که واجد شرایط بودن آنها قبلاً احراز شده است، ممکن است برای مدت شش ماه مشمول دریافت کمک مالی شوند.

دفترچه راهنما: اداری	شماره: L3003
بخش: مالی	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

14. شرایط واجد شرایط بودن برای طرح پرداخت ماهانه

- a. هر بیمار یا خانواده بیماری که واجد شرایط باشد و در «برنامه کمک مالی» پذیرفته شود و تخفیف جزئی در هزینه‌ها دریافت کند، واجد شرایط برنامه پرداخت ماهیانه نیز خواهد بود. CHOC و خانواده بیمار می‌توانند درباره شرایط برنامه پرداخت با یکدیگر مذاکره کنند. اگر خانواده بیمار و CHOC به توافق نرسند، خانواده بیمار ملزم خواهد بود فرم طرح پرداخت مدت‌دار CHOC FAP (جدول C) را تکمیل کند. پس از دریافت این فرم تکمیل‌شده، CHOC کل درآمد ماهیانه خانوار را با کسر مخارج ضروری زندگی خانواده ارزیابی خواهد کرد. سپس یک برنامه پرداخت ماهانه به خانواده پیشنهاد می‌شود که مبلغ آن از 10% درآمد (پس از کسر مخارج ضروری زندگی) بیشتر نخواهد بود. در طول دوره بازپرداخت تأییدشده، CHOC هیچ بهره‌ای بابت مانده بدهی تخفیف‌خورده اعمال نخواهد کرد.
- b. اگر بیمار یا خانواده بیمار چند قسط متوالی را طی دوره 90 روزه پرداخت نکند، ممکن است برنامه پرداخت تخفیف‌خورده بلندمدت دیگر اجرا نشود. پیش از آنکه یک طرح پرداخت بلندمدت غیرقابل اجرا اعلام شود، CHOC یا سازمان وصول مطالبات آن یا نماینده تعیین‌شده باید تلاش معقولی انجام دهد تا بیمار یا خانواده‌اش را از طریق تماس تلفنی با آخرین شماره تلفن موجود و نیز از طریق مکاتبات با آخرین نشانی ثبت‌شده مطلع سازد که ممکن است این طرح غیرقابل اجرا شود و در صورت درخواست بیمار یا خانواده‌اش، ممکن است امکان مذاکره مجدد درباره شرایط وجود داشته باشد.

B. موارد استثنا:

1. بدیهی است که شرایط استثنایی ممکن است رخ دهد که نیاز به بررسی ویژه در تأیید «کمک مالی» برای بیماران که معیارهای تعیین‌شده را ندارند، داشته باشد. نمایندگان CHOC باید هنگام ارزیابی پرونده‌های فردی بیماران برای «برنامه کمک مالی»، از این موضوع آگاه باشند. هرچند نمی‌توان فهرستی قطعی یا کامل از تمام شرایط استثنایی احتمالی ارائه کرد، اما موارد زیر از جمله عوامل مهمی هستند که باید لحاظ شوند:
- a. میزان بدهی بیمار یا خانواده‌اش نسبت به کل درآمد او. اگر مجموع هزینه‌های نقدی خارج از پوشش بیمه که بیمار در CHOC پرداخته کرده است بیش از 10% از درآمد سالانه بیمار یا خانواده‌اش در 12 ماه گذشته باشد.
- b. وضعیت پزشکی بیمار یا ارائه‌دهنده خدمات خانواده.
- c. تمایل بیمار یا خانواده‌اش برای همکاری با CHOC در استفاده کامل از سایر منابع پرداخت.

2. هرگونه شرایطی که در دسته‌بندی «شرایط استثنایی» قرار می‌گیرد، باید به اطلاع مدیر خدمات مالی بیماران رسانده شود. پرونده‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند ممکن است نیاز به تأیید معاون مالی یا مسئول ارشد مالی داشته باشند.

C. فرایند تأیید/رد/تجدیدنظرخواهی در برنامه کمک مالی

1. برای هر حساب بیمار که پس از تطابق با دستورالعمل‌های مقررشده در این سیاست، تعدیل جزئی یا کامل کمک مالی برای آن پیشنهاد شود، باید فرایند تأیید امضا به شرح زیر طی شود:

دفتربه راهنما: اداری	شماره: L3003
بخش: مالی	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

a. CHOC (بیمارستان و درمانگاه‌ها)

کارشناس چرخه درآمد	تا \$2,000
سرپرست بخش چرخه درآمد	تا \$10,000
مدیر بخش چرخه درآمد	تا \$50,000
مدیر ارشد بخش چرخه درآمد	تا \$100,000
مدیر ارشد اجرایی / مدیر عالی	تا \$250,000
معاون چرخه درآمد	تا \$1,000,000
مدیر ارشد مالی	بیش از \$1,000,000

b. CHOC Medical Foundation

کارشناس چرخه درآمد	تا \$2,000
سرپرست بخش چرخه درآمد	تا \$10,000
مدیر بخش چرخه درآمد	تا \$50,000
مدیر ارشد بخش چرخه درآمد	تا \$100,000
مدیر ارشد اجرایی / مدیر عالی	تا \$250,000
معاون چرخه درآمد	تا \$1,000,000
مدیر ارشد مالی	بیش از \$1,000,000

2. هنگام اتخاذ تصمیم برای تأیید یا رد حساب بیمار برای برنامه کمک مالی، نامهای جهت اطلاع‌رسانی درباره تصمیم اتخاذشده برای بیمار ارسال خواهد شد. اگر درخواست برنامه کمک مالی رد شود، یکی از نمایندگان CHOC با بیمار یا خانواده او تماس خواهد گرفت تا برای پرداخت هزینه‌ها هماهنگی‌های لازم را انجام دهد.

3. فرایند درخواست تجدیدنظر:

اگر در هر مرحله‌ای از فرایند تأیید کمک مالی، اختلاف نظری در مورد درخواست وجود داشته باشد، بیمار یا خانواده او از حق برخورداری که تقاضای بازنگری در درخواست را در سطح بعدی فرایند تأیید مطرح کند. تصمیم نهایی درباره رد درخواست کمک مالی، منحصراً بر عهده «معاون اجرایی ارشد» و مسئول ارشد مالی خواهد بود و تصمیم آنها نهایی محسوب می‌شود. درخواست تجدیدنظر بیمار یا خانواده او باید حداکثر ظرف سی (30) روز پس از دریافت اطلاعیه رد اولیه، به‌صورت کتبی به مدیر حسابداری بیماران ارائه شود.

4. چنانچه اطلاعات جعلی، نادرست یا ناقص در فرایند درخواست ارائه شده باشد، با وجود ارائه برنامه کمک مالی همچنان حق صدور صورت‌حساب، چه به‌صورت عطف‌به‌ماسبق و چه در زمان ارائه خدمات، برای تمامی خدمات محفوظ خواهد بود. علاوه بر آن، CHOC این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که تمامی راهکارهای قانونی جبرانی - از جمله، اما نه محدود به جبران خسارات مدنی و کیفری - را علیه افرادی که برای واجد شرایط شدن در برنامه کمک مالی، اطلاعات جعلی، نادرست یا ناقص ارائه کرده‌اند، پیگیری کند.

D. برنامه کمک مالی: اطلاع‌رسانی به بیمار یا خانواده بیمار

1. صورتحساب‌های بیماران CHOC حاوی اطلاعاتی خواهد بود که بیمار را از سیاست برنامه کمک مالی CHOC و اطلاعات تماس برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره کمک مالی مطلع می‌کند. این اطلاعیه باید شامل برگه‌ای با عبارت زیر باشد که به زبان انگلیسی و نیز به 15 زبان رایج اول در میان افراد دارای تسلط محدود به زبان انگلیسی (-Limited-English, LEP, proficient) در کالیفرنیا، طبق تعیین وزارت خدمات مراقبت‌های سلامت کالیفرنیا، ارائه شود.

دفتربه راهنما: اداری	شماره: L3003
بخش: مالی	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

"توجه: اگر برای دریافت خدمات به زبان خود به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره [شماره تلفنی که بیماران می‌توانند برای دریافت اطلاعات بیشتر با آن تماس بگیرند] تماس بگیرید. این دفتر در [ساعات کاری] فعال است و در [اطلاعات مربوط به محل دفتر] واقع شده است. امکانات و خدماتی برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی و سایر فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی، نیز فراهم است. این خدمات رایگان هستند." علاوه بر این، تمامی صورت حساب‌های بیماران حاوی اطلاعاتی در خصوص چگونگی دسترسی خانواده بیمار به اطلاعات مربوط به California Health Benefit Exchange و همچنین طرح‌های سلامت ایالتی و دولتی خواهد بود. فرم‌های درخواست برای طرح‌های ایالتی و دولتی در بیمارستان موجود خواهد بود و در اختیار متقاضیان قرار خواهد گرفت.

2. خلاصه‌ای از برنامه کمک مالی به همراه اطلاعات تماس، به زبان‌های انگلیسی و اسپانیایی در بخش‌های پرتردد CHOC از جمله پذیرش، بخش اورژانس، درمانگاه‌ها، بخش ثبت‌نام بیماران سرپایی و دفاتر حسابداری بیماران نصب خواهد شد.

3. CHOC در محل ارائه خدمات، به همه بیمارانی که هزینه‌های درمانی را شخصاً پرداخت می‌کنند، اطلاعاتی درباره برنامه کمک مالی و اطلاعات تماس و همچنین اطلاعات مربوط به برنامه‌های تحت حمایت دولت و اطلاعات تماس مربوط به California Health Benefits Exchange را ارائه می‌دهد.

E. فرایند وصول مطالبات:

1. اگر بیمار واجد شرایط کمک ذیل برنامه کمک مالی باشد و تمام تلاش خود را برای پرداخت بدهی‌های معوقه‌اش در مدت زمان منطقی انجام دهد، چنانچه ارجاع پرونده بدهی‌های معوق بیمار به سازمان‌های خارجی وصول مطالبات تأثیر منفی روی اعتبار مالی بیمار داشته باشد، CHOC یا نماینده آن این کار را انجام نخواهد داد و حتی در این مورد به بیمار اطلاعاتی نخواهد داد. اگر CHOC مجبور به ارجاع پرونده بیمار به یک سازمان خارجی وصول مطالبات شود، مبلغ ارجاع‌شده به آن سازمان باید مطابق با سطح پرداخت کاهش‌یافته‌ای باشد که بیمار طبق برنامه کمک مالی واجد آن بوده است. CHOC از به‌کارگیری اقدامات نامتعارف برای وصول بدهی‌ها خودداری خواهد کرد. اگر بیمار مبلغی بیشتر از سهم هزینه‌ای را که مسئول پرداخت آن است به CHOC پرداخت کند، CHOC هرگونه مازاد پرداختی را به همراه سود تعلق‌گرفته به آن مطابق با نرخ تعیین‌شده در قوانین موجود، از تاریخی که بیمارستان پرداخت را دریافت کرده و آن را به‌عنوان اعتبار بیمار شناسایی کرده است، به بیمار بازمی‌گرداند. با این حال، اگر مبلغ بدهی کمتر از \$5.00 باشد، CHOC موظف به بازپرداخت مبلغ یا پرداخت سود آن به بیمار نخواهد بود. بیمارستان این اعتبار \$5.00 را به مدت حداقل 60 روز در حساب بیمار لحاظ می‌کند و اگر در طول این مدت بدهی برای بیمار ایجاد شود آن را از این اعتبار کسر خواهد کرد.

2. CHOC در مواجهه با بیمارانی که فاقد بیمه هستند و درآمد آن‌ها برابر با یا کمتر از 400% «سطح فقر فدرال» است، از روش‌هایی مانند توقیف حقوق یا حق تصرف خانه اصلی بیمار یا خانواده‌اش برای وصول صورت حساب‌های پرداخت‌نشده CHOC استفاده نخواهد کرد. این شرط الزامی مانع از آن نمی‌شود که CHOC بازپرداخت هزینه‌ها از مبالغ تسویه‌شده بدهی‌های شخص ثالث را پیگیری کند.

F. بازپرداخت مبالغ مازاد دریافتی

1. CHOC مبالغی را که بیماران بیش از مبلغ مقرر در «برنامه کمک مالی» (FAP) پرداخت کرده‌اند — شامل بهره (سود) متعلقه — ظرف مدت 30 روز پس از تصویب درخواست کمک مالی آن‌ها، بازپرداخت خواهد کرد.

2. موارد زیر به عنوان مبالغی تلقی می‌شوند که بیش از مبلغ مقرر در «برنامه کمک مالی و تخفیف پرداخت برای بیماران» پرداخت شده‌اند:

دفتربه راهنما: اداری	شماره: L3003
بخش: مالی	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

- a. هرگونه پرداختی که بابت مانده حساب بیمار/خانواده در فاصله زمانی بین تاریخ ارائه درخواست کمک مالی و تاریخ تصویب آن صورت گرفته باشد.
- b. هرگونه پرداختی که پس از تصویب درخواست کمک مالی انجام شده و بیش از مبلغ بدهی تعیین شده بر اساس سطح تخفیف تأیید شده باشد.

G.

مدارک لازم برای تخفیف های برنامه کمک مالی

در پرونده هایی که تشخیص داده شده است بیمار واجد شرایط لازم برای «برنامه کمک مالی» است، لازم است که مستندات مناسب در پرونده بیمار درج شود تا هم شناسایی بیمار آسان باشد و هم سابقه مناسبی از دلایلی که باعث تأیید صلاحیت او برای دریافت کمک مالی شده است، ثبت گردد. حداقل مدارک مورد نیاز برای هر مورد کمک مالی ممکن است محدود به یکی از موارد زیر باشد:

1. کپی فرم تکمیل شده کاربرگ افزایش مالی بیمار یا خانواده بیمار، همراه با تمامی مدارک تأییدکننده مربوطه (مانند اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (مدرک ترجیحی)، فرم های W-2، یا فیش حقوقی فعلی).
2. کپی مدارک تکمیلی، یادداشت ها و سایر مدارکی که شرایط استثنایی ای را توضیح می دهند که در بررسی صلاحیت بیمار برای «برنامه کمک مالی» لحاظ شده اند (در صورت وجود یا نیاز).
3. کپی فرم «تأیید کمک مالی» که به امضای نماینده (های) مسئول بیمارستان رسیده است (در صورت وجود).
4. مدارک مربوط به ورشکستگی در یک سال گذشته (این اشخاص خودبه خود واجد شرایط برنامه کمک مالی هستند).

گزارش ها

H.

«کمک مالی» باید همراه با اطلاعات زیر ثبت و مستندسازی شود:

1. داده های بیمار که شامل اطلاعات سلامت حفاظت شده (PHI) است، به گونه ای نگهداری خواهد شد که حریم خصوصی و محرمانگی این اطلاعات حفظ شود، و تنها در صورت نیاز برای اجرای «برنامه کمک مالی» ثبت خواهد شد.
 - a. وضعیت بستری یا سرپایی بیمار
 - b. کل هزینه های بیمار
 - c. هزینه های مربوط به کمک مالی، تأیید شده و رد شده
 - d. تاریخ تأیید/رد درخواست
 - e. دلیل هرگونه رد درخواست
2. تمام پرونده های مربوط به درخواست ها محرمانه اند و در محل امنی به مدت حداقل سه سال پس از تاریخ ثبت درخواست و پایان حسابرسی سال مالی CHOC نگهداری خواهند شد. تمام گزارش های مربوط به برنامه کمک مالی به مدت هفت (7) سال نگهداری خواهند شد. در پایان دوره نگهداری مربوطه، تمام اطلاعات از بین برده می شوند یا به گونه ای نگهداری می شوند که حریم خصوصی بیمار و محرمانگی اطلاعات او حفظ گردد.
3. این سیاست را نمی توان به گونه ای تغییر داد که مزایای دریافت کنندگان کاهش یابد یا حذف شود. هرگونه تغییر پیشنهادی در این سیاست باید از پیش به تأیید «بخش تطبیق» برسد.

دفتريچه راهنما: اداري	شماره: L3003
بخش: مالي	عنوان: برنامه کمک مالی به بیماران و پرداخت با تخفیف (Patient Financial Assistance and Discount Payment Program)

VI. منابع:

- A.** Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates. December 2002.
- B.** California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient February 06, 2004.
- C.** American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, April 27, 2004.
- D.** Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E.** California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774 November 3, 2006.
- F.** Barclays California Code of Regulations, Title 22, Chapter 7, Section 75049.
- G.** Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines. <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- H.** Health Center Program Statute: Section 330 of the Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).
- I.** مقررات برنامه: بخش 51c عنوان 42 مجموعه مقررات فدرال (CFR, code of Federal Regulations) و بخش‌های تا 56.604-56.201 عنوان CFR 42 مربوط به مراکز سلامت جامعه و مراکز سلامت مهاجران؛ اطلاعیه CDPH در قالب AFL مرتبط با سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان‌های کالیفرنیا، 5 نوامبر 2014.
- J.** لایحه شماره 2297 مجلس (Assembly Bill 2297): سیاست‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان‌ها و پزشکان بخش اورژانس.

مشارکت‌کنندگان در تدوین سیاست، تأییدیه‌ها و سوابق

مشارکت‌کنندگان در تدوین سیاست	
تسهیل‌کننده:	مدیر حساب‌های بیماران
همکاران در تدوین سیاست:	
رئیس بخش:	مدیر اجرایی چرخه درآمد
عضو تیم مدیریت اجرایی:	Ken Baxter، معاون چرخه درآمد

مصوبات کمیته	
تأیید مدیر	تاریخ
هیئت مدیره	09/15/2026

جدول A

دستورالعملهای منتشرشده فدرال برای تعیین سطح فقر برای سال 2026				
تعداد اعضای خانوار	تا 100%	تا 400%	تا 450%	تا 550%
1	\$15,960	\$63,840	\$71,820	\$87,780
2	\$21,640	\$86,560	\$97,380	\$119,020
3	\$27,320	\$109,280	\$122,940	\$150,260
4	\$33,000	\$132,000	\$148,500	\$181,500
5	\$38,680	\$154,720	\$174,060	\$212,740
6	\$44,360	\$177,440	\$199,620	\$243,980
7	\$50,040	\$200,160	\$225,180	\$275,220
8	\$55,720	\$222,880	\$250,740	\$306,460
تخفیف	100%		75%	50% بیماران بیمه نشده

جدول B

جدول مقیاس متغیر هزینه‌ها - CMG دستورالعمل‌های درآمد ناخالص ماهانه بر اساس سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level, FPL) بر اساس تعداد اعضای خانوار - قابل اجرا از سال 2026			
قانون طرح سلامت	کمک خیریه مراقبت‌های اولیه	هزینه متغیر مراقبت‌های اولیه	پرداخت شخصی
دستورالعمل FPL	تا 400%	تا 450%	تا 550%
اندازه خانوار			
1	\$5,320	\$5,985	\$7,315
2	\$7,213	\$8,115	\$9,918
3	\$9,107	\$10,245	\$12,522
4	\$11,000	\$12,375	\$15,125
5	\$12,893	\$14,505	\$17,728
6	\$14,787	\$16,635	\$20,332
7	\$16,680	\$18,765	\$22,935
8	\$18,573	\$20,895	\$25,538
هزینه خدمات CMG	\$0 ویزیت بیمار \$0 فقط هزینه تزریق واکسن آنفلوانزا	\$30 ویزیت بیمار جدید/بیمار قبلی \$26 فقط واکسن آنفلوانزا تزریق	\$176 ویزیت مراقبت‌های جامع سلامت کودک (WCC) \$60 خدمات جزئی و خدمات غیر WCC \$26 فقط واکسن آنفلوانزا تزریق
Wellness on Wheels (خدمات سیار سلامت)	\$0 ویزیت مطب	\$25 ویزیت مطب	\$25 ویزیت مطب
آزمایشگاه‌ها	«صورت‌حساب بر عهده بیمار» مگر اینکه بیمار هزینه را در زمان ویزیت، با نرخ‌های کاهش‌یافته کلینیک، پرداخت کند؛ در این صورت «صورت‌حساب بر عهده کلینیک»	«صورت‌حساب بر عهده بیمار» مگر اینکه بیمار هزینه را در زمان ویزیت، با نرخ‌های کاهش‌یافته کلینیک، پرداخت کند؛ در این صورت «صورت‌حساب بر عهده کلینیک»	«صورت‌حساب بر عهده بیمار» (بیمار صورت‌حساب آزمایشگاه/رادیولوژی را با نرخ‌های معمول دریافت می‌کند)
رادیولوژی	«صورت‌حساب بر عهده بیمار»	«صورت‌حساب بر عهده بیمار»	«صورت‌حساب بر عهده بیمار» (بیمار صورت‌حساب رادیولوژی را با نرخ‌های معمول دریافت می‌کند)
داروهای نسخه‌ای	نسخه صادر شود- بیمار پرداخت می‌کند	نسخه صادر شود- بیمار پرداخت می‌کند	نسخه صادر شود- بیمار پرداخت می‌کند

*خانوار - اندازه خانواده

جدول C
فرم طرح پرداخت مدت‌دار FAP مربوط به CHOC/بیمارستان یادبود شهرستان Carroll (CCMH)

تاریخ:	تاریخ ارائه خدمات (DOS):
نام بیمار:	تاریخ تعدیل (ADJ):
مبلغ درآمد ماهیانه: \$	
مخرج ضروری زندگی کسر شود:	
اجاره / قسط خانه	\$
نگهداری	\$
غذا	\$
لوازم خانه	\$
خدمات عمومی آب و برق و ...	\$
پوشاک	\$
پرداخت هزینه‌های پزشکی	\$
بیمه	\$
مدرسه/مراقبت از کودک	\$
نفقه فرزند/همسر	\$
حمل و نقل	\$
هزینه‌های خودرو/بنزین/تعمیرات/بیمه	\$
قسط خودرو	\$
لباسشویی/نظافت	\$
مجموع هزینه‌ها	\$

_____ \$
 _____ \$

کل درآمد پس از کسر هزینه‌های زندگی
 برنامه پرداخت بلندمدت، پرداخت ماهانه