



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

# LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

## سیاست کاری

C-22	کد:	مالی	طبقه بندی:
12/2017	تاریخ شروع اجراء:	سیاست کمک مالی	موضوع:
12/2016	جایگزین:		
1 از 13	صفحه:		

### هدف و منظور:

هدف و منظور از این سیاست، تعیین معیارها و موازینی برای استفاده Loma Linda University Medical Center، Loma Linda University East Campus Hospital و Loma Linda University Surgical Hospital (از این پس کلاً با عنوان LLUMC از آنها یاد می شود) است تا با شرایط و الزامات تعیین شده در قوانین فدرال و ایالتی، شامل بخش 501(r) از مقررات درآمدهای داخلی (Internal Revenue Code, IRC) مصوب 1986 و اصلاحات متعاقب آن و مقررات ذکر شده در قانون سیاست های قیمت گذاری عادلانه بیمارستان های کالیفرنیا (California Hospital Fair Pricing Policies Act) هماهنگی داشته باشد.

بیمارستان های مراقبت های حاد کالیفرنیا باید سیاست ها و شیوه های اجرائی را بکار گیرند که با قوانین ایالت کالیفرنیا و بخش 501(r) از مقررات IRC، شامل الزامات سیاست های کتبی برای ارائه تخفیف و مراقبت های خیریه برای بیماران واجد شرایط مالی، هماهنگی و مطابقت داشته باشند. این سیاست سعی دارد این تعهدات و الزامات قانونی را برآورده ساخته و پیش بینی مراقبت های خیریه و تخفیف برای بیماران واجد شرایط مالی بر اساس شرایط LLUMC سیاست امداد مالی (Financial Assistance Policy, FAP) در آن شده است.

### ابعاد سیاست:

این سیاست درباره کمک های مالی ارائه شده به بیماران توسط LLUMC برای خدمات دارای ضرورت پزشکی می باشد. به تمام درخواست های کمک مالی از سوی بیماران، خانواده های بیماران، پزشکان و یا کارکنان بیمارستان باید بر اساس این سیاست رسیدگی شود. این سیاست برای خدمات پزشکان که در LLUMC ارائه می شود کاربرد ندارد. پزشکان اورژانس تحت استخدام LLUMC نیستند و یک سیاست جداگانه برای ارائه تخفیف به بیماران فاقد بیمه یا بیمارانی دارند که مخارج پزشکی آنها بسیار بالا است. (فهرست ارائه کنندگانی که تحت پوشش LLUMC FAP نیستند در اینجا موجود است)

<https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>

### فلسفه کاری:

LLUMC بعنوان یک نهاد دینی سعی دارد نیازهای بهداشتی و درمانی بیماران را در حوزه جغرافیائی خدمات رسانی خود برآورده سازد. مأموریت LLUMC "ادامه دادن به شفابخشی عیسی مسیح و ایجاد انسان کامل" است. مأموریت LLUMC در FAP آن به روشنی شرح داده شده است. نخستین و مهمترین مأموریت LLUMC این است که مطمئن شود بیماران مراقبت های پزشکی دلسوزانه، به موقع و مناسب دریافت می کنند و به حریم خصوصی و حیثیت آنها احترام گذاشته شده و می توانند آگاهانه رضایت بدهند.

LLUMC بطور مرتب خدمات بیمارستانی به بیمارانی ارائه می کند که در Loma Linda و مناطق نزدیک آن زندگی می کنند. LLUMC یک دانشگاه آموزشی و بیمارستان تخصصی مطرح است که بعنوان یک مرجع منطقه ای نیز فعالیت داشته و به مراقبت از بیماران دارای نیازهای پیچیده پرداخته و بطور معمول بیماران انتقالی از بیمارستان های متعدد دیگری را می پذیرد. LLUMC معالجات فوق تخصصی متعددی ارائه می کند که برخی از آنها منحصر بفرد می باشند. LLUMC برای کمک به

تأمین نیازهای بیماران خود متعهد به ارائه امکان دسترسی به برنامه های کمک مالی جهت بیماران فاقد بیمه یا فاقد بیمه کافی است که شاید برای پرداخت صورتحساب بیمارستان خود نیاز به کمک داشته باشند. این برنامه ها شامل برنامه های پوشش حمایت شده دولتی، مراقبت های خیریه و مراقبت های خیریه تخفیفی است که در اینجا ذکر خواهند شد.

LLUMC طبق قانون فدرال معالجات پزشکی اضطراری و زایمان (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) از مبادرت به هرگونه اقدامی منع شده است که باعث صرفنظر افراد از دریافت مراقبت های پزشکی اضطراری می شود، مانند طلب پول از بیمار توسط بخش اورژانس پیش از درمان عارضه های پزشکی اضطراری یا فعالیت های وصول مطالبات که در روند ارائه بدون تبعیض مراقبت های پزشکی اضطراری اختلال ایجاد می کنند.

معنی اصطلاحات:

مبالغ مطالبه شده معمول (Amount Generally Billed, AGB):

Internal Revenue Service از LLUMC می خواهد که در روال های اجرائی خود به گونه ای پیش بینی نمایند که مبلغی بیش از AGB از بیماران واجد شرایط کمک مالی برای خدمات اضطراری و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی مطالبه نشود. برای منظور برآورده ساختن این الزامات، LLUMC از نرخ های Medicare استفاده خواهد کرد و آنها را مبنا قرار می دهد.

مراقبت های خیریه:

مراقبت های خیریه به معنی کلیه خدمات بستری یا غیربستری بیمارستانی دارای ضرورت پزشکی ارائه شده به بیمارانی است که درآمدهای کمتر از 200% خط فقر فعلی فدرال بوده و بر اساس الزامات و شرایط مندرج در FAP LLUMC واجد شرایط تشخیص داده شده اند.

پرداخت تخفیفی جزئی برای مراقبت های خیریه:

پرداخت تخفیفی بر اساس FAP به معنی مراقبت های خیریه جزئی است که برای خدمات دارای ضرورت پزشکی از نوع بسیاری یا غیربستری بیمارستانی به بیمارانی ارائه می شود که فاقد بیمه بوده یا پوشش بیمه آنها تکافوی تخفیف از نرخ های عادی و معمول LLUMC را نمی کند؛ و (1) برای پرداخت صورتحساب بیمارستانی خود نیاز به کمک دارند؛ (2) درآمدهای 350% خط فقر فدرال یا کمتر است؛ و (3) بر اساس شرایط و معیارهای ذکر شده در LLUMC FAP واجد شرایط تشخیص داده می شوند.

هزینه های ناخالص:

به جمع کل هزینه ها بر اساس نرخ های کامل سازمان برای ارائه خدمات مراقبتی به بیماران پیش از اعمال کسورات از درآمد گفته می شود.

برنامه پرداخت واجد شرایط:

برنامه های پرداخت توافق شده توسط بیمارانی که بر اساس FAP واجد شرایط پرداخت تخفیفی محسوب می شوند بعنوان برنامه های پرداخت واجد شرایط شناخته می شوند. هزینه بهره در برنامه های پرداخت واجد شرایط برای هیچیک از بدهی های بیمار/ضامن اعمال نمی شود. در صورتی که LLUMC و بیمار/ضامن نتوانند بر سر یک برنامه پرداخت واجد شرایط توافق کنند، بیمارستان از فرمول شرح داده شده در بخش (i) 127400 مقررات بهداشت و ایمنی (Health & Safety Code) برای تعیین شرایط یک "برنامه پرداخت معقول" در چارچوب قوانین استفاده خواهد کرد.

معیار خط فقر فدرال (Federal Poverty Level, FPL):

معیارهای درآمد ناخالص و تعداد نفرات خانواده برای استفاده از مراقبت های خیریه و وضعیت پرداخت تخفیفی مطابق با توضیحات این سیاست بر اساس معیارها و موازین FPL تعیین می شود. معیارها و موازین FPL بطور دوره ای توسط اداره بهداشت و خدمات انسانی آمریکا بروز می شوند.

تخمین از روی حسن نیت:

مبلغ اظهار شده توسط کارکنان ثبت LLUMC که بیانگر تخمین معقولی از هزینه واقعی قابل پرداخت برای خدمات دریافت شده توسط بیمار در LLUMC می باشد. کارکنان ثبت تمام تلاش خود را برای تهیه و اظهار یک تخمین از روی حسن نیت بکار

خواهند برد؛ اما باید توجه داشت که کارکنان ثبت شاید نتوانند هزینه کامل خدمات پزشکی را که بعداً توسط پزشک(های) معالج، درمان کننده یا متخصص سفارش داده می شود، دقیقاً تخمین بزنند.

اداره خدمات بین المللی:

تمام موارد خیریه بین المللی باید بر اساس معیارهای بودجه سالیانه (سیاست مرجع، مزایای بین المللی (International Benefit)) (C-51)) به بررسی و تأیید کمیته بین المللی خیریات برسد. موارد بررسی و تأیید شده توسط کمیته واجد شرایط دریافت کمک مالی بواسطه FAP نخواهند بود.

الزامات و شرایط استفاده از سیاست امداد مالی LLUMC:

بسته به شرایط و وضعیت هر بیمار، امکان دارد کمک مالی LLUMC بصورت مراقبت خیریه یا پرداخت تخفیفی جزئی مراقبت خیریه اعطاء شود. اگر شخصی درخواست مراقبت خیریه یا پرداخت تخفیفی بنماید اما موفق به ارائه اطلاعاتی نشود که برای تصمیم گیری LLUMC معقول و لازم هستند، LLUMC می تواند موضوع عدم ارائه اطلاعات را در تصمیم گیری خود لحاظ نماید. اگر بیمار/فرد مسئول حائز شرایط و معیارهای LLUMC FAP نباشد امکان دارد با ارائه کمک مالی موافقت نشود.

خدمات دارای ضرورت پزشکی:

کمک مالی بر اساس این سیاست به خدمات دارای ضرورت پزشکی اطلاق می شود به طوریکه در قانون رفاه و نهادهای کالیفرنیا بخش 14059.5 تعریف شده است. خدماتی دارای ضرورت پزشکی یا لزوم پزشکی می باشند که برای حمایت از جان، پیشگیری از بیماری عمده یا ناتوانی عمده معقول و لازم بوده یا درد شدید را تسکین دهند. خدمات زیبایی سازی و/یا جراحی پلاستیک؛ (2) خدمات پزشکی مؤثر وجود دارند جزو این تعریف نمی شوند. چند مثال: (1) خدمات زیبایی سازی و/یا جراحی پلاستیک؛ (2) خدمات ناباروری؛ (3) تصحیح قوه بینایی؛ (4) پروتوتون درمانی؛ (5) روال های روباتی؛ (6) ارتوز/پروتز؛ (7) بارداری در رحم جایگزین؛ (8) سایر خدماتی که اصولاً برای راحتی بیمار و/یا ایجاد سهولت برای بیمار هستند.

خانواده بیمار: این شرایط در تمام موارد LLUMC FAP اعمال می شود:

1. برای افراد 18 ساله و بزرگتر، همسر، شریک زندگی عرفی، مطابق با تعریف بخش 297 از مقررات خانواده کالیفرنیا (California Family Code)، و فرزندان وابسته زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند و چه خیر.

1.1 شریک زندگی عرفی: زندگی عرفی در کالیفرنیا به حالتی گفته می شود که هر دو نفر بر اساس مفاد این بند یک اظهارنامه زندگی عرفی (Declaration of Domestic Partnership) به معاونت ایالت داده و در زمان تسلیم اظهارنامه مذکور تمام شرایط زیر برقرار بوده باشد:

- هر دو نفر باید در یک محل سکونت داشته باشند.
- هیچیک از آنها نباید با شخص دیگری ازدواج کرده باشد یا در یک زندگی عرفی دیگر با شخص دیگری باشد که خاتمه نیافته، منحل نشده و یا رسماً باطل نشده است.
- و نفر نباید به هیچ ترتیب فامیل محسوب نشوند، منظور فامیل از نوعی است که در این ایالت ازدواج آنها منع قانونی داشته باشد.
- هر دو نفر باید حداقل 18 سال سن داشته باشند.
- یکی از این دو حالت:

(1) هر دو نفر همجنس هستند

(2) یک یا هر دو نفر بر اساس بخش II از قانون تأمین اجتماعی (Act Social Security) که در بخش 402(a) از 42 U.S.C. برای مزایای بیمه سنین بالا یا بخش XVI از Social Security Act در بخش 1381 از 42 U.S.C. برای افراد سالمند تعریف شده است واجد شرایط باشند. بدون خدشه دار ساختن اعتبار مفاد هیچیک از بندهای دیگر این قسمت، افراد غیر همجنس نمی توانند در یک زندگی عرفی باشند مگر آنکه یک یا هر دو نفر بالای 62 سال سن داشته باشند.

f. هر دو نفر قادر باشند برای زندگی عرفی رضایت بدهند.

2. برای افراد زیر 18 سال، ولی، بستگان مراقبت کننده یا سایر کودکان زیر 21 سال آن ولی یا بستگان مراقبت کننده.

**A. مسئولیت های کلی بیماران**

1. رعایت صداقت: بیماران باید موقع ارائه تمام اطلاعات درخواست شده توسط LLUMC بعنوان بخشی از فرایند غربالگری کمک مالی صادق باشند. بیماران باید مدارک دقیق و صحیح تعیین صلاحیت را که بطور معقول و منطقی برای پوشش کمک مالی از طریق هر یک از برنامه های پوشش دولتی یا LLUMC FAP به آنها نیاز است ارائه نمایند. منظور از صداقت، ارائه کامل تمام اطلاعات و/یا مدارک و مستندات لازم است.
2. شرکت فعال و تکمیل فرایند غربالگری کمک مالی: تمام بیماران فاقد بیمه و متقاضیان کمک مالی باید یک FAP تکمیل نمایند. بیماران پیش از ترک LLUMC باید سوال کرده و ببینید چه مدارک یا اطلاعات دیگری باید به LLUMC فرستاده شود. بیماران نیز مسئول آگاه بودن و رعایت مهلت های زمانی تسلیم مدارک به LLUMC یا سایر برنامه های مالی می باشند.
3. پرداخت کلیه مبالغ نقدی معوقه لازم: از بیماران انتظار می رود و ملزم هستند که تمام مبالغ معوقه را در زمان ارائه خدمات پرداخت کنند. مبالغ فوق می تواند شامل موارد زیر باشد اما محدود به آنها نخواهد بود:
  - 3.1 فرانشیزها
  - 3.2 کسورات
  - 3.3 ودیعه ها
  - 3.4 مبالغ سهم هزینه Medi-Cal/Medicaid
  - 3.5 تخمین های از روی حسن نیت
4. سهم شدن در مسئولیت مراقبت های بیمارستانی: کلیه بیماران در مسئولیت مراقبت های بیمارستانی که دریافت می کنند سهم هستند. این شامل پیگیری جهت دریافت نسخه ها یا سایر مراقبت های پزشکی بعد از ترخیص می باشد. بیماران همچنین در مسئولیت حصول اطمینان از تکمیل توافق بر سر نحوه پرداخت حساب نیز سهم می باشند. ضروری است که تمام بیماران یا نماینده خانواده های آنها در طول ارائه خدمات و بعد از آن با کارکنان LLUMC همکاری داشته باشند.

**B. فرایند و مسئولیت های بیمارستان**

1. کلیه بیمارانی که درآمد خانواده شان کمتر از 350% خط فقر فدرال فعلی بوده و تحت پوشش هیچ بیمه ثالثی نباشند، یا بیمه ثالث داشته اما پوشش آن برای پرداخت کامل حساب کفایت نکند بر اساس LLUMC FAP واجد شرایط تشخیص داده می شوند.
2. LLUMC FAP از یک سیستم درخواست واحد و یکپارچه برای مراقبت های خیریه و پرداخت تخفیفی استفاده می کند. فرایند طوری طراحی شده است که متقاضیان از فرصت دریافت حداکثر سقف مزایای کمک مالی که واجد شرایط آن هستند استفاده نمایند. درخواست کمک مالی (Financial Assistance Application, FAA) اطلاعات بیماران را که برای تعیین صلاحیت شان توسط بیمارستان لازم است فراهم کرده و این اطلاعات برای تعیین صلاحیت بیماران یا نماینده خانواده های آنها برای دریافت حداکثر پوشش موجود از طریق برنامه های دولتی و/یا LLUMC FAP استفاده می شود.

3. بیماران واجد شرایط می توانند برای درخواست LLUMC FAP دستورالعمل ها را دنبال کرده و تمام تلاش خود را جهت ارائه مدارک لازم و اطلاعات پوشش مزایای بهداشتی و درمانی به LLUMC خواهند کرد تا LLUMC بتواند درباره صلاحیت بیمار جهت دریافت پوشش در برنامه مناسب تصمیم گیری نماید. داشتن شرایط صلاحیت به تنهایی نمی تواند به منزله قطعی بودن صلاحیت تحت LLUMC FAP تلقی گردد. LLUMC باید یک فرایند ارزیابی برای متقاضیان انجام داده و صلاحیت را تأیید کند تا بعد مراقبت های خیریه یا تخفیف در پرداخت اعطا گردد.

4. LLUMC FAP به همکاری تک تک بیمارانی که شاید واجد شرایط دریافت کمک های کامل یا غیرکامل باشند نیاز دارد. برای کمک به دریافت اطلاعات مالی دقیق و به موقع از بیماران، LLUMC از یک FAA استفاده می کند. به کلیه بیمارانی که نتوانند پوشش مالی از سوی بیمه گذاران ثالث ارائه نمایند، فرصت تکمیل FAA داده خواهد شد.

5. بیماران فاقد بیمه نیز اطلاعات و کمک دریافت کرده و به برنامه های دولتی که شاید واجد شرایط آنها باشند معرفی خواهند شد. اطلاعاتی درباره پوشش بیمه از طریق Covered California نیز ارائه خواهد شد. مشخصات تماس برنامه های محلی کمک حقوقی مخصوص مصرف کنندگان که می توانند در دریافت پوشش به بیماران فاقد بیمه کمک کنند در اختیار بیماران فاقد بیمه قرار داده خواهد شد.

6. آن دسته از بیمارانی که فاقد بیمه کافی هستند و درآمدشان کمتر از 350% خطر فقر فدرال است و بعد از اینکه بیمه آنها پرداخت را انجام داد کماکان مبلغی را بدهکار خواهند بود هم شاید واجد شرایط دریافت کمک مالی باشند. از کلیه بیمارانی که درخواست کمک مالی می نمایند خواسته خواهد شد یک FAA تکمیل نمایند.

7. به محض اینکه مشخص گردید بیمار احتمالاً به کمک مالی نیاز دارد باید FAA تکمیل شود. فرم درخواست را می توان پیش از ارائه خدمات، در طول مدت بستری بیمار و یا بعد از انجام خدمات و ترخیص بیمار تکمیل نمود.

8. با تکمیل FAA:

8.1 اطلاعات لازم در اختیار LLUMC قرار داده می شود تا بتواند مشخص سازد که آیا بیمار دارای درآمد کافی برای پرداخت هزینه خدمات است یا خیر؛

8.2 مدارک مفید برای تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی در اختیار قرار می گیرد؛ و

8.3 تعهد LLUMC به ارائه کمک مالی مستند و مکتوب خواهد شد.

9. اما در صورتیکه LLUMC بنا به تشخیص خود به این نتیجه برسد که اطلاعات مالی کافی از بیمار برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت دریافت کمک مالی در اختیار دارد، نیاز به تکمیل FAA نخواهد بود. (به بخش E. شرایط ویژه مراقبت های خیریه)

### C. تعیین صلاحیت: مراقبت های خیریه کامل و مراقبت های خیریه با پرداخت تخفیف:

1. تعیین صلاحیت برای پرداخت کامل یا اعطای تخفیف در پرداخت صرفاً بر اساس توانایی پرداخت بیمار و/یا نماینده خانواده بیمار انجام می شود. تعیین صلاحیت برای کمک مالی به هیچ ترتیب بر اساس سن، جنسیت، هویت جنسی، جهت گیری جنسی، قومیت، اصلی ملی، وضعیت بازنشستگی نیروهای مسلح و یا دین انجام نخواهد شد. اگرچه کمک مالی نباید با اعمال تبعیض و یا بصورت تصادفی ارائه گردد، اما LLUMC بر اساس قوانین و مقررات این حق را برای خود محفوظ می دارد که شرایط و معیارهای صلاحیت را تعیین کرده و در مورد کافی بودن مدارک صلاحیت دریافت کمک مالی بیماران تصمیم گیری نماید.

2. LLUMC برای کمک به تکمیل LLUMC مستقیماً به بیماران یا نماینده خانواده های آنها در طول ثبت نام کمک خواهد کرد. برای تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی نیاز به تکمیل FAA و ارسال کلیه اطلاعات تکمیلی لازم می باشد.
3. با توجه به اینکه LLUMC حجم بالایی از خدمات مراقبت های اضطراری با وخامت پایین تر و مراقبت های فوری به جامعه محلی ارائه می کند، در برخی موارد تلاش خواهد شد تا بار این درخواست ها کاهش داده شود. اگرچه هزینه مراقبت های پزشکی اضطراری نسبتاً بالاست اما تعداد این موارد از بسیاری از ویزیت های نیازمند مراقبت های جزئی کمتر است. هنگامی که هزینه مراقبت های اضطراری یا مراقبت های فوری کمتر از \$5,000 است، بیمار یا نماینده خانواده وی فقط شاید ملزم به ارائه یک فرم FAA کامل و امضاء شده باشند. در این موارد نیاز به فرم های اظهارنامه مالیاتی یا فیش های حقوق اخیر نیست. اما اگر هزینه ها از \$5,000 بیشتر بود، بیمار یا نماینده خانواده وی باید مدارک نشان دهنده درآمد، بصورت فرم اظهارنامه مالیات فدرال یا کپی حداقل دو فیش حقوق اخیر را ارائه نمایند.
4. در مواردی نیاز خواهد بود که بیمار یا نماینده خانواده وی مدارک تکمیلی به LLUMC ارائه کنند. دستورالعمل ارائه مدارک تکمیلی باید در زمان تکمیل FAA به بیمار داده شود. بیمار و/یا نماینده خانواده وی که برای برآورده ساختن تعهد مالی خود به LLUMC درخواست کمک می کنند باید تمام تلاش خود را جهت ارائه اطلاعات لازم به LLUMC برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت دریافت کمک مالی بنمایند. FAA و مدارک تکمیلی لازم باید به Patient Business Office ارسال شود. محل این دفتر باید در دستورالعمل های درخواست مشخص شده باشد.
5. LLUMC باید پرسنلی در اختیار بگذارد که برای بررسی کامل و دقیق بودن FAA ها آموزش دیده اند. درخواست ها در اسرع وقت و با توجه به نیاز بیمار به پاسخ در وقت مقتضی بررسی خواهند شد.
6. مسائلی که در هنگام بررسی واجد صلاحیت بودن یک فرد برای دریافت کمک مالی بر اساس این سیاست به آنها توجه می شود:
- 6.1 درآمد خانواده بر اساس فرم های اظهارنامه مالیاتی، فیش های حقوق اخیر، یا سایر اطلاعات مرتبط که توسط بیمار در نبود مدارک یاد شده ارائه می شود؛ و
- 6.2 تعداد نفرات خانواده
7. کمک مالی می تواند بصورت مراقبت های خیریه یا تخفیف در پرداخت اعطاء شود و این موضوع به سطح صلاحیت بیمار یا نماینده خانواده وی بر اساس معیارهای تعیین شده در این FAP بستگی دارد. تصمیم گیری در مورد کمک مالی فقط توسط کارکنان مجاز LLUMC و با توجه به سطوح اختیار زیر انجام خواهد شد:
- 7.1 رئیس Patient Business Office: حساب های با مبلغ کمتر از \$50,000
- 7.2 مدیر Patient Business Office: حساب های با مبلغ کمتر از \$100,000
- 7.3 مدیر ارشد Business Office: حساب های با مبلغ کمتر از \$250,000
- 7.4 معاونت، چرخه درآمد: حساب های با مبلغ بیشتر از \$250,000

8. بعد از بررسی و تصمیم گیری، صلاحیت دریافت کمک مالی در مورد خدمات و تاریخ های خدمات خاصی اعمال خواهد شد که درخواست برای آن توسط بیمار و/یا نماینده خانواده بیمار داده شده است. در مورد مراقبت های ادامه دار مربوط به تشخیص پزشکی بیمار که نیازمند خدمات مستمر است، LLUMC صرفاً بر اساس تشخیص خود می تواند مراقبت های ادامه دار را بعنوان یک مورد واحد در نظر بگیرد که تمام خدمات مستمر ارائه شده توسط LLUMC را در بر می گیرد. سایر مبالغ بدهی مانده از حساب های قبلی بیمار در زمان تعیین صلاحیت از سوی LLUMC بنابه تشخیص و صلاحدید مدیریت LLUMC بعنوان واجد شرایط حذف تشخیص داده خواهند شد.
9. تعهدات بیماران برای پرداخت سهم هزینه Medi-Cal/Medicaid تحت هیچ شرایطی قابل حذف نمی باشد. اما بعد از وصول سهم هزینه بیمار، سایر مبالغ بدهی فاقد پوشش یا پرداخت نشده مربوط به سهم هزینه Medi-Cal/Medicaid بیمار را می توان جزو مراقبت های خیریه در نظر گرفت.
10. مبلغی که بیماران بین 201% و 350% از FPL می پردازند از آنچه که Medicare معمولاً برای خدمات مشابه پرداخت می کند بیشتر نخواهد بود. این شامل کلیه خدمات دارای ضرورت پزشکی اعم از بستری بیمارستانی، غیربستری، مکرر و اضطراری ارائه شده توسط LLUMC می باشد.
11. مبلغی که از بیماران واجد شرایط FAP مطالبه می شود کمتر از رقم ناخالص هزینه ها خواهد بود.

#### D. خیریه کامل و پرداخت تخفیفی - سطوح صلاحیت درآمدی بیماران فاقد بیمه

1. اگر درآمد خانواده یک بیمار فاقد بیمه 200% خط فقر درآمدی تعیین شده بر اساس معیارها و موازین فعلی FPL یا کمتر بوده و بیمار سایر شرایط صلاحیت کمک مالی را داشته باشد، آن بیمار واجد شرایط مراقبت های خیریه کامل خواهد بود.
2. اگر درآمد خانواده یک بیمار بین 201% و 350% خط فقر درآمدی تعیین شده بر اساس معیارها و موازین فعلی FPL بوده و بیمار سایر شرایط صلاحیت کمک مالی را داشته باشد، این موارد مصداق خواهند داشت:
- 2.1 اگر خدمات توسط هیچ پرداخت کننده ثالثی پوشش داده نشود و بیمار مسئول پرداخت کل مبالغ صورتحساب ها باشد، تعهد پرداخت بیمار درصدی از مبلغ Medicare (نرخ کامل Medicare، بعنوان مثال شاخص دستمزد، IME، DME و غیره و تعهد پرداخت بیمار) می باشد که برنامه Medicare در صورتی که بیمار یک ذینفع Medicare می بود پرداخت می کرد. درصد حقیقی پرداخت شده توسط یک بیمار منفرد بر اساس مقیاس متغیر نشان داده شده در جدول I خواهد بود:

## جدول 1

## جدول مقیاس متغیر تخفیف

درصد پرداخت OOP بیمار (از M/Care)	تخفیف مجاز از M/Care	درصد خانواده از FPL
25%	75%	201 – 260%
50%	50%	261 – 320%
75%	25%	321 – 350%

3. اگر درآمد خانواده یک بیمار بیشتر از 350% خط فقر درآمدی تعیین شده بر اساس معیارها و موازین فعلی FPL بوده و بیمار سایر شرایط صلاحیت کمک مالی را داشته باشد، این موارد مصداق خواهند داشت:

3.1 اگر خدمات توسط هیچ پرداخت کننده ثالثی پوشش داده نشود و بیمار مسئول پرداخت کل مبالغ صورتحساب ها باشد، کل تعهد پرداخت بیمار معادل 100% مبلغ ناخالص (نرخ کامل Medicare، بعنوان مثال شاخص دستمزد، DME، IME، و غیره و تعهد پرداخت بیمار) می باشد که برنامه Medicare در صورتی که بیمار یک ذینفع Medicare می بود پرداخت می کرد.

## بیماران دارای بیمه

1. اگر درآمد خانواده یک بیمار دارای بیمه بین 201% و 350% خط فقر درآمدی تعیین شده بر اساس معیارها و موازین فعلی FPL بوده و بیمار سایر شرایط صلاحیت کمک مالی را داشته باشد، این موارد مصداق خواهند داشت:

1.1 برای خدمات دریافت شده توسط بیماران پوشش داده از سوی پرداخت کنندگان ثالث بطوریکه بیمار فقط مسئول پرداخت بخشی از مبلغ صورتحساب (مانند کسورات یا فرانشیز) است، تعهد پرداخت بیمار برابر اختلاف مبلغی که بیمه پرداخت کرده و مبلغ Medicare (نرخ کامل Medicare، بعنوان مثال شاخص دستمزد، DME، IME، و غیره و تعهد پرداخت بیمار) می باشد که برنامه Medicare در صورتی که بیمار یک ذینفع Medicare می بود پرداخت می کرد (یعنی مثلاً اگر بیمه بیشتر از مقدار مجاز Medicare پرداخت کرده است، بیمار دیگر نباید چیزی پرداخت کند اما اگر بیمه بیمار کمتر از مقدار مجاز Medicare پرداخت کرده است، بیمار باید اختلاف بین مبلغ پرداخت شده توسط بیمه و مقدار مجاز Medicare را بپردازد).

2. اگر درآمد خانواده یک بیمار بیشتر از 350% خط فقر درآمدی تعیین شده بر اساس معیارها و موازین فعلی FPL باشد، این موارد مصداق خواهند داشت:

2.1 برای خدمات دریافت شده توسط بیماران پوشش داده از سوی پرداخت کنندگان ثالث بطوریکه بیمار فقط مسئول پرداخت بخشی از مبلغ صورتحساب (مانند کسورات یا فرانشیز) است، تعهد پرداخت بیمار برابر اختلاف مبلغی که بیمه پرداخت کرده و مبلغی است که Medicare برای آن خدمات پرداخت می کرد بعلاوه بیست درصد (20%). بعنوان مثال اگر بیمه بیشتر از مقدار مجاز Medicare بعلاوه 20% پرداخت کرده است، بیمار دیگر نباید چیزی پرداخت کند؛ اما اگر بیمه بیمار کمتر از مقدار مجاز Medicare بعلاوه 20% پرداخت کرده است، بیمار باید اختلاف بین مبلغ پرداخت شده توسط بیمه و مقدار مجاز Medicare بعلاوه 20% را بپردازد.



**E. شرایط ویژه مراقبت های خیریه**

1. اگر کارکنان ثبت LLUMC تشخیص دهند که بیمار بی خانمان و فاقد پوشش پرداخت کننده ثالث است، بیمار بطور خودکار واجد شرایط مراقبت خیریه کامل است.
2. بیماران فوت کرده که پوشش پرداخت کننده ثالث، ماترک قابل شناسائی ندارند و یا هیچ جلسه رسیدگی به انحصار وراثت قرار نیست برای آنها تشکیل شود باید بطور خودکار واجد شرایط مراقبت خیریه کامل تشخیص داده شوند.
3. بیمارانی که بر اساس یک حکم ورشکستگی از دادگاه های فدرال در دوازده (12) ماه گذشته اعلام ورشکستگی کرده اند باید واجد شرایط مراقبت خیریه کامل تشخیص داده شوند. بیمار یا نماینده خانواده باید یک نسخه از حکم دادگاه را همراه با درخواست خود ارائه کنند.
4. برای بیمارانی که در بخش اورژانس خدمات دریافت کرده و LLUMC قادر نیست برای آنها صورتحساب صادر کند این امکان وجود دارد که از هزینه های حسابشان بعنوان مراقبت های خیریه کامل صرفنظر شود (مثلاً در حالتی که بیمار پیش از دریافت اطلاعات صورتحساب دهی آنجا را ترک می کند). تمام اینگونه شرایط باید در یادداشت های حساب بیمار بعنوان بخشی مهم از فرایند مستندسازی درج گردد.
5. LLUMC آن دسته از بیمارانی را که واجد شرایط برنامه های دولتی کمک مخصوص افراد کم درآمد هستند (مانند California Children's Services، Medi-Cal/Medicaid و هر برنامه ایالتی یا محلی کمک مخصوص افراد کم درآمد) در صورتیکه برنامه دولتی پرداخت نکند، بطور خودکار واجد شرایط مراقبت خیریه کامل تشخیص می دهد. بعنوان مثال در مورد بیمارانی که واجد شرایط Medi-Cal/Medicaid و سایر برنامه های دولتی مخصوص بیماران کم درآمد (مثل CHDP و برخی از CCS ها) هستند، اگر برنامه هزینه تمام خدمات یا روزهای بستری بیمارستانی را پرداخت نکند واجد شرایط پوشش کمک مالی خواهند بود. بر اساس LLUMC FAP، این قبیل بدهی های بازپرداخت نشده حساب بیماران بعنوان مراقبت خیریه کامل قابل صرفنظر هستند. بطور خاص هزینه های مربوط به روزهای بستری رد شده یا روزهای مراقبت رد شده جزو مراقبت خیریه محسوب می شوند. کلیه موارد رد درخواست های مجوز درمان (Treatment Authorization Request, TAR) ارائه شده به Medi-Cal/Medicaid و سایر بیماران تحت پوشش برنامه های واجد شرایط مخصوص افراد کم درآمد و سایر انواع رد (مانند پوشش محدود شده) باید جزو مراقبت خیریه محسوب شود.
6. هرگونه ارزیابی برای کمک مالی در ارتباط با بیماران تحت پوشش برنامه Medicare باید شامل یک تحلیل معقول از تمام دارایی ها، دیون، درآمد و مخارج بیمار، قبل از تعیین صلاحیت برای برنامه کمک مالی باشد. این ارزیابی های مالی باید قبل از تکمیل خدمات توسط LLUMC انجام شوند.
  - 6.1 بدون خدشه دار ساختن اعتبار موارد فوق، بخش Medicare حساب بیمار (a) که مسئولیت مالی آن بر عهده بیمار است (کارمزد متغیر و کسورات)، (b) توسط هیچ بیمه یا پرداخت کنندگان دیگر اعم از Medi-Cal/Medicaid پوشش داده نشده، و (c) توسط Medicare بعنوان بدهی بد بازپرداخت نمی شود می تواند در شرایط زیر جزو مراقبت های خیریه محسوب گردد:
    - a. بیمار ذینفع Medi-Cal/Medicaid یا سایر برنامه های تأمین کننده نیازهای بهداشتی و درمانی بیماران کم درآمد است؛ یا
    - b. بیمار بر اساس این سیاست واجد شرایط دریافت کمک مالی می باشد و در آن صورت تا سقف مجاز پیش بینی شده برای حذف هزینه اقدام می گردد.
7. هر بیمار فاقد بیمه که درآمد وی بیشتر از 350% از FPL فعلی است و دچار یک وضعیت پزشکی بحرانی می شود می تواند واجد شرایط کمک مالی در نظر گرفته شود. این گروه بیماران که درآمد بالاتری دارند واجد شرایط مراقبت های خیریه کامل یا مراقبت با تخفیف در پرداخت نخواهند بود. اما برای وضعیت های بحرانی پزشکی بصورت موردی بررسی و تصمیم گیری خواهد شد. تعیین تکلیف و تصمیم گیری در مورد یک وضعیت بحرانی پزشکی باید بر اساس مقدار بدهی بیمار از صورتحساب ها و با در نظر گرفتن درآمد و دارایی

های گزارش شده بیمار در زمان وقوع وضعیت انجام شود. در مورد وضعیت های بحرانی پزشکی، مدیریت بنابه صلاحدید و تشخیص خود تصمیم گیری خواهد نمود. بعنوان یک راهنمای کلی، برای حساب هائی که بدهی بیماران از بابت خدمات ارائه شده فراتر از \$200,000 است می تواند برای صلاحیت بعنوان وضعیت بحرانی پزشکی مد نظر قرار گیرد.

8. هر حساب بازگردانده شده به LLUMC از یک شرکت وصول مطالبات که به این نتیجه رسیده که بیمار یا نماینده خانواده از منابع کافی برای پرداخت صورتحساب بی بهره اند نیز می تواند برای مراقبت خیریه واجد صلاحیت تشخیص داده شود. مدارک و مستندات عدم توانائی بیمار یا نماینده خانواده برای پرداخت هزینه خدمات در پرونده مدارک مراقبت های خیریه نگهداری خواهد شد.

#### F. معیارهای تغییر وضعیت از بدهی بد به مراقبت خیریه

1. کلیه شرکت های وصول مطالبات تحت قرارداد با LLUMC برای پیگیری حساب ها و/یا وصول مطالبات بدهی های بد از معیارهای زیر برای تشخیص تغییر وضعیت از بدهی بد به مراقبت خیریه استفاده می کنند:
  - 1.1 حساب های بیمار نباید مشمول هیچگونه بیمه (شامل برنامه های پوشش دولتی یا سایر پرداخت کنندگان ثالث) باشد؛ و
  - 1.2 نمره اعتباری و/یا نمره رفتار مالی بیمار یا نماینده خانواده باید در پایین ترین صدک 25<sup>ام</sup> نمرات اعتباری برای هر شیوه ارزیابی اعتباری استفاده شده باشد؛ و
  - 1.3 بیمار یا نماینده خانواده ظرف مدت 150 روز از محول شدن کار به شرکت وصول مطالبات هیچ پرداختی انجام نداده اند؛
  - 1.4 شرکت وصول مطالبات به این نتیجه رسیده است که بیمار/نماینده خانواده قادر به پرداخت نیستند؛ و/یا
  - 1.5 بیمار یا نماینده خانواده یک شماره سوشال سکيوریتی معتبر و/یا یک آدرس دقیق و صحیح محل سکونت ندارند که بتوان بر اساس آن نمره اعتباری شان را بدست آورد.
2. کلیه حساب های برگردانده شده از شرکت های وصول مطالبات برای تغییر وضعیت از حساب بد به مراقبت خیریه، پیش از هرگونه تغییر وضعیت در سیستم حسابداری و سوابق بیمارستان توسط کارکنان بخش صورتحساب های LLUMC مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

#### G. اعلام به بیمار

1. بعد از اینکه در مورد واجد صلاحیت بودن تصمیم گیری شد، یک نامه اعلام وضعیت به بیمار یا نماینده خانواده ارسال خواهد شد. در نامه اعلام وضعیت یکی از موارد زیر بیان می گردد:
  - 1.1 تأیید: مورد تأیید قرار گرفتن حساب، میزان تأیید شده و هر مبلغ معوقه ای از بابت بدهی بیمار در نامه ذکر می شود. اطلاعات و راهنمایی های مربوط اقدامات بعدی که بیمار باید انجام دهد نیز ارائه می گردد.
  - 1.2 رد: دلایل رد شدن صلاحیت بر اساس FAA برای بیمار توضیح داده می شود. هر مبلغ معوقه ای از بابت بدهی بیمار نیز مشخص خواهد شد. مشخصات تماس و دستور العمل پرداخت نیز ارائه خواهد شد.
  - 1.3 تعلیق: دلایل عدم تکمیل FAA به اطلاع متقاضی رسانده می شود. اطلاعاتی که ناقص هستند مشخص می شود و در اعلامیه درخواست می گردد که بیمار یا نماینده خانواده آن اطلاعات را برای LLUMC ارسال نمایند.

**H. برنامه های پرداخت واجد شرایط**

1. بعد از اینکه LLUMC در مورد تخفیف تصمیم گیری کرد، بیمار این اختیار را خواهد داشت که تمام مبلغ معوقه را یکجا یا از طریق یک برنامه پرداخت واجد شرایط مدت دار بپردازد.
2. LLUMC با بیمارانی که درخواست پرداخت مدت دار کرده اند درباره گزینه های برنامه پرداخت گفتگو خواهد کرد. برنامه های پرداخت فردی بر اساس توانایی بیمار در برآورده ساختن شرایط پرداخت تنظیم خواهند شد. اما بعنوان یک راهنمای کلی، برنامه های پرداخت حداکثر برای پرداخت در یک دوره 12 ماهه می باشند.
3. LLUMC با رعایت حسن نیت با بیماران مذاکره خواهد کرد؛ اما هیچ تعهدی برای پذیرفتن شرایط پرداخت پیشنهاد شده از سوی بیماران وجود ندارد. در صورتیکه LLUMC و یک بیمار یا ضامن نتوانند بر سر یک برنامه پرداخت واجد شرایط توافق نمایند، بیمارستان از فرمول "برنامه پرداخت معقول" تعریف شده در بخش (i) 127400 از Health & Safety Code بعنوان مبنای برنامه پرداخت استفاده خواهد کرد. منظور از "برنامه پرداخت معقول" پرداخت های ماهیانه ایست که بدون در نظر گرفتن مخارج ضروری زندگی، بیشتر از 10 درصد درآمد ماهیانه خانواده بیمار نمی باشند. برای اعمال فرمول "برنامه پرداخت معقول" LLUMC طبق قانون اطلاعاتی درباره درآمد خانواده بیمار و "مخارج ضروری زندگی" گردآوری می کند. LLUMC برای گردآوری این اطلاعات از یک فرم استاندارد استفاده خواهد کرد. هر بیمار یا ضامنی که خواستار تنظیم یک برنامه پرداخت با استفاده از فرمول "برنامه پرداخت معقول" باشند باید اطلاعات درخواست شده درباره درآمد و مخارج خانواده را ارائه نمایند مگر اینکه نمایندگان LLUMC اعلام کنند نیازی به ارسال این اطلاعات نیست.
4. برای مدت برنامه های پرداخت تنظیم شده بر اساس شرایط و مفاد FAP هیچ بهره ای بر حساب های بیماران واجد شرایط منظور نمی شود.
5. پس از تأیید برنامه پرداخت توسط LLUMC هرگونه قصور در پرداخت کلیه پرداخت های متوالی در یک دوره 90 روزه به منزله کوتاهی و تخطی از برنامه پرداخت تلقی خواهد شد. در صورت تغییر شرایط و عدم امکان برآورده ساختن شرایط برنامه، بیمار یا ضامن مسئول می باشند که با LLUMC Patient Business Office تماس بگیرند. با این وجود در صورت کوتاهی و تخطی از برنامه پرداخت، LLUMC در حد معقول تلاش خواهد کرد با بیمار یا نماینده خانواده وی تماس تلفنی گرفته و نیز موضوع کوتاهی و تخطی را کتباً نیز اعلام خواهد کرد. بیمار این فرصت را خواهد داشت تا درباره برنامه پرداخت مدت دار دوباره مذاکره نماید. برای این کار باید ظرف مدت چهارده (14) روز از تاریخ اعلامیه کتبی کوتاهی و تخطی از برنامه پرداخت مدت دار با نماینده Patient Business Office تماس بگیرد. اگر بیمار ظرف مدت چهارده (14) روز درخواست مذاکره مجدد برای برنامه پرداخت مدت دار را ندهد، برنامه پرداخت غیرفعال تلقی شده و حساب برای وصول مطالبات ارجاع داده خواهد شد.
6. ترجیحاً تمام برنامه های پرداخت باید توسط یک تأمین کننده مستقل خدمات تبادل الکترونیکی وجود (EFT) پردازش شوند. اما اگر بیمار یا نماینده خانواده اعلام کنند که مایلند بدون استفاده از تأمین کنندگان مستقل EFT پرداخت های برنامه را انجام دهند، LLUMC با درخواست آنها موافقت خواهد کرد اما بشرطی که بیمار پرداخت های برنامه پرداخت مدت دار را از طریق کارت اعتباری، دستور پرداخت (مانی اوردن)، چک و یا بصورت نقدی انجام دهد.

**I. حل اختلاف**

1. در صورت بروز اختلاف در مورد صلاحیت استفاده از برنامه کمک مالی، بیمار می تواند یک درخواست کتبی تجدیدنظر به LLUMC بدهد. درخواست کتبی تجدیدنظر باید حاوی یک توضیح کامل از مسئله مورد اختلاف بیمار و دلیل تجدیدنظر باشد. هرگونه مدرک تکمیلی مربوط به ادعای بیمار باید به درخواست کتبی تجدیدنظر ضمیمه گردد.
2. تمام درخواست های تجدیدنظر توسط مدیر ارشد Business Office بررسی خواهند شد. مدیر ارشد تمام اظهارنامه های کتبی مسائل مورد اختلاف و مدارک ضمیمه شده را مد نظر قرار خواهد داد. مدیر ارشد بعد از

بررسی ادعای بیمار، یک توضیح کتبی از یافته ها و تصمیم گرفته شده را به بیمار ارائه خواهد کرد. کلیه تصمیمات گرفته شده توسط مدیر ارشد قطعی و نهائی می باشند. پس از آن دیگر امکان تجدیدنظر وجود ندارد.

## J. اعلامیه های عمومی

1. LLUMC برای آگاهی عموم مردم اعلامیه هائی را درباره FAP، FAA، خلاصه به زبان ساده (Plain Language Summary) و سیاست صورتحساب ها و وصول مطالبات (Billing and Collection Policy) درج خواهد کرد. این اعلامیه ها در نقاط پر رفت و آمد بخش های خدمات بستری و غیربستری LLUMC، شامل ولی نه محدود به بخش اورژانس، دفتر صورتحساب ها، پذیرش بستری و پذیرش غیربستری یا سایر قسمت های عمومی انتظار بیماران LLUMC قرار داده می شوند. اعلامیه ها در قسمت هائی که بیماران کار پرداخت صورتحساب های خود را انجام می دهند نیز قرار داده خواهند شد. در اعلامیه های مذکور، مشخصات تماس جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره کمک مالی و نیز محل درخواست برای این کمک ها ذکر خواهد شد.
- 1.1 این اعلامیه ها طبق الزامات بخش 501(r) از IRC به زبان های انگلیسی و اسپانیائی درج می شوند.
2. علاوه بر این، متن سیاست امداد مالی، درخواست نامه امداد مالی، خلاصه به زبان ساده و سیاست صورتحساب ها و وصول مطالبات بصورت آنلاین در این آدرس موجود می باشد  
<https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. در صورت درخواست، نسخه های کاغذی نوشتارهای فوق باید بدون هیچ هزینه اضافی در اختیار عموم قرار داده شود. LLUMC در وقت مقتضی به این قبیل درخواست ها پاسخ می دهد.

## K. گزارش دهی مراقبت های خیریه کامل و پرداخت تخفیفی

1. LLUMC مراقبت های خیریه ارائه شده در عمل را بر اساس الزامات نظارتی اداره برنامه ریزی و توسعه بهداشت (Health Planning and Development, OSHPD) در سرتاسر ایالت که در راهنمای حسابداری و گزارش دهی برای بیمارستان ها، نگارش دوم (Accounting and Reporting Manual for Hospitals, Second Edition) ذکر شده است، گزارش خواهد کرد. LLUMC برای اجرای این الزامات، مستندات کتبی در خصوص معیار مراقبت های خیریه خود نگهداری خواهد کرد و برای بیماران، LLUMC مدارک و مستندات کتبی در خصوص تمام تصمیم گیری های مراقبت های خیریه نگهداری خواهد نمود. مطابق با الزامات OSHPD، مراقبت های خیریه ارائه شده به بیماران بر اساس هزینه های واقعی خدمات ارائه شده ثبت می گردد.
2. LLUMC یک نسخه از این FAP را که شامل متن سیاست های کامل مراقبت خیریه و پرداخت تخفیفی است در یک نوشتار واحد در اختیار OSHPD قرار خواهد داد. FAP همچنین شامل این موارد است: (1) کلیه شرایط صلاحیت روال های تعیین صلاحیت بیماران؛ (2) روال درخواست یکپارچه برای مراقبت های خیریه و پرداخت تخفیفی؛ و (3) روال بررسی برای مراقبت های خیریه و پرداخت تخفیفی. این نوشتارها باید هر دو سال یک بار و یا هرگاه تغییر عمده ای در آنها داده می شود به OSHPD ارائه گردند.

## L. سایر

1. محرمانگی - این آگاهی وجود دارد که نیاز به کمک مالی یک مسئله حساس و بسیار شخصی برای دریافت کنندگان است. محرمانگی درخواست ها، اطلاعات و تأمین بودجه برای تمام کسانی که خواستار کمک مالی هستند یا آنرا دریافت می کنند رعایت خواهد شد. آموزش و گزینش کارکنانی که این سیاست را اجراء می کنند بر اساس این ارزش ها صورت می گیرد.
2. الزامات از روی حسن نیت - LLUMC بر اساس حسن نیت نسبت به فراهم کردن کمک مالی برای بیماران واجد شرایط اقدام می کند و فرض را بر این می گذارد که اطلاعات ارائه شده از سوی بیمار یا نماینده خانواده

کامل و صحیح می باشند. اگر بیمار یا نماینده خانواده اطلاعات کذب ارائه کرده یا عمداً اطلاعات نادرست ارائه نمایند، فراهم شدن کمک مالی باعث حذف حق صدور صورتحساب بابت خدمات گذشته یا در زمان ارائه خدمات، برای تمام خدمات نخواهد شد. علاوه بر این LLUMC حق استفاده از کلیه راه حل ها، چه از نوع مدنی و چه از نوع کیفری را در خصوص آن دسته از بیماران یا نمایندگان خانواده ها که برای کسب صلاحیت برخوردار از LLUMC FAP اطلاعات کذب ارائه کرده یا عمداً اطلاعات نادرست ارائه کرده اند، برای خود محفوظ می دارد.

3. سیاست اعتبار و وصول مطالبات - LLUMC یک سیاست صورتحساب ها و وصول مطالبات دارد که متن آن در

قابل مشاهده است. کلیه اقدامات LLUMC برای کسب اطلاعات اعتباری در خصوص یک بیمار/طرف مسئول یا در ارتباط با ارجاع دادن بیمار/طرف مسئول به شرکت های وصول مطالبات مطابق با اعتبار و وصول مطالبات خواهد بود.

تأیید شده توسط: مدیریت اجرایی بیمارستان، هیئت مدیره LLUMC، مدیر ارشد اجرایی LLUMC، معاونت امور مالی  
Carolyn Marovitch ،LLUMC