



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

# LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

## MŰKÖDÉSI IRÁNYELVEK

**KATEGÓRIA: PÉNZÜGY**

**KÓD:C-22**

**TÁRGY: PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS**

**HATÁLYOS:** 2017/12  
**FELVÁLTJA A KÖVETKEZŐT:** 2016/12  
**OLDALSZÁM:** 1 / 17

### CÉL

A jelen irányelv célja, hogy meghatározza azon kritériumokat, amelyeket a Loma Linda Egyetem Orvostudományi Központ, Loma Linda Egyetem Keleti Kampusz Kórház, Loma Linda Egyetem Sebészeti Kórház és Loma Linda Egyetem Egészségügy Beaumont-Banning (a továbbiakban együttesen "LLUMC") alkalmaz majd, hogy eleget tegyen az állami és szövetségi törvényekben szereplő követelményeknek, beleértve az 1986 évi Amerikai Szövetségi Adótörvény (IRC) 501(r) szakasza, módosított formájában, valamint a Kaliforniai Kórházak Méltányos Árképzési Törvénye (California Hospital Fair Pricing Policies Act) jogszabályokat.

A kaliforniai akut gondozást végző kórházaknak olyan szabályokat és gyakorlatokat kell alkalmazniuk, amelyek megfelelnek a kaliforniai törvényeknek, és az IRC 501(r) szakaszának beleértve az olyan írásos irányelvekre vonatkozó követelményeknek, amelyek kedvezményeket és jótékonyági ellátást biztosítanak a pénzügyileg jogosult betegek számára. A jelen irányelv célja, hogy megfeleljen az ilyen jogi kötelezettségeknek, és mind a jótékonyági ellátást, mind a betegeknek nyújtott kedvezményeket a LLUMC Pénzügyi Támogatási Irányelvek (FAP) szerint nyújtsa.

### AZ IRÁNYELV CÉLJA:

Ez az irányelv a LLUMC által a betegek számára orvosilag szükséges szolgáltatásokkal kapcsolatos pénzügyi támogatásokra vonatkozik. A betegek, betegek családtagjai, orvosok vagy kórházi személyzet által pénzügyi támogatás iránt begyűjtött mindennemű kérelmet ennek az irányelvnek megfelelően kell kezelni. Ez az irányelv nem vonatkozik a LLUMC-nél nyújtott orvosi szolgáltatásokra. A sürgősségi ellátást biztosító orvosok nem állnak a LLUMC alkalmazásában, és külön irányelveket fogadtak el, amely engedményeket biztosít a nem biztosított vagy a magas orvosi költségekkel élő betegek számára. (Azon szolgáltatók listája, akiket a LLUMC NEM fedez, a következő webhelyen érhető el:

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

### FILOZÓFIA:

Hit alapú szervezetként a LLUMC arra törekszik, hogy megfeleljen a betegek egészségügyi igényeinek a földrajzi szolgáltatási területén. A LLUMC küldetése, hogy „folytassa Jézus Krisztus gyógyító szolgálatát és az embereket teljessé tegye”. A LLUMC küldetését ez a FAP egyértelműen kifejezi. A

LLUMC elsődleges és legfontosabb felelőssége, hogy meggyőződjön arról, hogy betegei együtt érző, időszerű és megfelelő orvosi ellátásban részesülnek, figyelembe véve a betegek magánéletének védelmét, méltóságát és tájékozott beleegyezését.

A LLUMC rendszeresen nyújt kórházi szolgáltatásokat olyan betegeknek, akik Loma Lindában és környékén laknak. Mint jelentős egyetemi és tercier kórház, a LLUMC regionális erőforrásként is szolgál; a betegek komplex igényeit kielégítve, és rendszeresen fogad betegeket számos egyéb kórházból is. A LLUMC számos, nagy specializáltságú kezelési programot kínál, amelyek közül néhány egyedi jellegű. Betegei igényeinek kielégítése érdekében a LLUMC elkötelezett amellett, hogy hozzáférést biztosít a pénzügyi támogatási programoknak a nem vagy nem megfelelően biztosított betegek számára, akiknek segítségre lehet szükségük kórházi számláik kifizetésében. E programok közé tartoznak a kormányzatilag szponzorált fedezetet biztosító programok, a jótékonyági ellátás és az engedményes jótékonyági ellátás az itt meghatározott módon.

A Szövetségi Sürgősségi Orvosi Kezelési és Munkajogi Törvény (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) előírásainak megfelelően a LLUMC nem folytathat semmilyen olyan tevékenységet, amelyek elriaszthatják az egyéneket a sürgősségi orvosi ellátás igénybevételétől, mint például annak megkövetelése, hogy a sürgősségi orvosi ellátás igénybevétele előtt a beteg előre fizessen, vagy hogy lehetővé tegye az olyan adósságbehajtási tevékenységeket, amelyek megakadályozhatják a sürgősségi orvosi ellátást diszkriminációmentes biztosítását.

#### FOGALOMMEGHATÁROZÁSOK:

##### Általában számlázott összeg, (AGB):

A Szövetségi Adóhatóság (Internal Revenue Service) megköveteli, hogy a LLUMC olyan módszertant dolgozzon ki, amellyel a pénzügyi támogatásra jogosult betegeknek nem kerül felszámolásra az AGB-nél nagyobb összeg sürgősségi és egyéb, orvosi szempontból szükséges szolgáltatásokért. E követelmény alkalmazásában a LLUMC Medicare díjazáson alapuló prospektív módszert alkalmazza.

##### Jótékonyági ellátás:

A jótékonyági ellátás a meghatározás szerint olyan orvosilag szükséges kórházi vagy járóbeteg-ellátást jelent, amelyben olyan beteg részesül, akinek jövedelmi szintje a jelenlegi szövetségi szegénységi szint 200%-a alatt van, és aki jogosultságot szerzett a LLUMC FAP dokumentumban szereplő követelmények szerint.

##### Kedvezményes részleges jótékonyági ellátásért való fizetés:

A FAP révén teljesített kifizetés olyan részleges jótékonyági ellátásnak minősül, amely olyan betegnek nyújtott orvosilag szükséges járó- vagy fekvőbeteg kórházi ellátásból származik, akinek a biztosítási fedezete egyébként nem biztosít engedményt a LLUMC szokásos és rendszeres áraihoz képest; és 1) támogatásra van szüksége a kórházi számlája kifizetésében; 2) jövedelme a szövetségi szegénységi szint 350%-án vagy az alatt van; és 3) aki jogosultságát igazolta a LLUMC FAP követelményei szerint.

##### Bruttó díjak:

A szervezet teljes, bevett díjtételei alapján felszámított összes díjak a betegellátási szolgáltatások fejében, a jövedelemből történő levonás alkalmazása előtt.

Jogosult fizetési terv:

Olyan betegek által létrehozott fizetési tervek, akik jogosultak a kedvezményes fizetésre a FAP révén, jogosult fizetési tervnek minősülnek. A jogosult fizetési terv esetén kamatköltségek felszámítására nem kerül sor a beteg/kezes által fizetendő bármilyen esedékes egyenlegre. Abban az esetben, ha a LLUMC és a beteg/kezes nem képes megállapodásra jutni egy jogosult fizetési terv feltételeire vonatkozóan, a kórház az Egészségügyi és Biztonsági Törvénykönyv (Health & Safety Code) 127400 (i) szakaszában leírt képletet alkalmazza, hogy a törvényben meghatározott "ésszerű fizetési terv" feltételeit meghatározza.

A Szövetségi Szegénységi Szintre vonatkozó útmutató:

Az FPL útmutatásai meghatározzák a jótékonyági ellátásra és a kedvezményes fizetési státuszra vonatkozó jogosultsági kritériumokat a bruttó jövedelem és a család nagysága szerint, a jelen irányelvben leírt módon. Az FPL irányelveket az Egyesült Államok Egészségügyi és Humán Szolgáltatási Minisztériuma (United States Department of Health and Human Services) rendszeresen frissíti.

Jóhiszemű becslés:

A LLUMC regisztrációs munkatársai által megadott összeg, amely a LLUMC intézményben a beteg által kapott szolgáltatásért fizetett tényleges ár ésszerű közelítését mutatja. A regisztrációs munkatársak minden tőlük telhetőt megtesznek a jóhiszemű becslés meghatározása és megadása érdekében; azonban a regisztrációs munkatársak nem feltétlenül tudják teljes körűen megjósolni azokat a tényleges egészségügyi szolgáltatásokat, amelyeket a beteg gondozó, kezelő vagy tanácsadó orvosa(i) elrendel(nek).

Nemzetközi Szolgáltatások Osztálya:

Az összes nemzetközi jótékonyági ügyet a Nemzetközi Jótékonyági Bizottságnak felül kell vizsgálnia és jóvá kell hagynia az éves költségvetési kritériumainak megfelelően (referencia irányelv: [Nemzetközi juttatás \(C-51\)](#)) A Bizottság által felülvizsgált és jóváhagyott esetek nem jogosultak a FAP révén történő pénzügyi támogatásra.

LLUMC Pénzügyi Támogatási Irányelvek Jogosultsági Követelmények

A betegek egyéni jogosultságától függően a LLUMC pénzügyi támogatás adható jótékonyági ellátásra vagy engedményes részleges jótékonyági ellátás kifizetésére. Ha egy adott személy jótékonyági ellátást vagy kedvezményes fizetést kér, és nem szolgáltat olyan, indokolt és szükséges információkat, hogy a LLUMC döntést hozhasson a LLUMC ezt a mulasztást mérlegelheti a határozathozatala során. A pénzügyi támogatás elutasítható, ha a beteg/felelős személy nem tesz eleget a LLUMC FAP jogosultsági követelményeinek.

Orvosilag szükséges szolgáltatások:

A Kaliforniai Jóléti és Intézményi Törvénykönyv (California Welfare & Institutions Code) §14059.5 szerint meghatározott egészségügyi szolgáltatásokat jelenti. Egy adott szolgáltatás orvosilag szükséges, ha ésszerű és szükséges az élet védelme, jelentős betegség vagy rokkantság megelőzése vagy súlyos fájdalom enyhítése érdekében.” Ez a definíció nem foglalja magában az olyan egyedi szolgáltatásokat,

amelyeknél gyógyászatilag hatékony alternatív terápiák állnak rendelkezésre. Például: 1) Kozmetikai és/vagy plasztikai sebészeti szolgáltatások; 2) Meddőségi szolgáltatások; 3) Látásjavítás; 4) Protonterápia; 5) Robotokkal végzett eljárások; 6) Ortotika/protetika; 7) Béranyaság; vagy 8) Egyéb szolgáltatások, amelyek elsősorban a beteg kényelmét szolgálják.

A beteg családtagjai: Az alábbiak a LLUMC FAP hatálya alá tartozó összes esetre vonatkoznak:

1. 18 éves vagy annál idősebb személyek esetében a házastárs, élettárs a Kaliforniai Családi Törvénykönyv (California Family Code) 297. szakaszában meghatározottak szerint, valamint a 21 évesnél fiatalabb eltartott gyermekek, függetlenül attól, hogy otthon élnek-e.
  - 1.1 Élettárs: Élettársi kapcsolat akkor jön létre Kaliforniában, ha mindkét személy az állam jegyzőjénél (Secretary of State) Élettársi Nyilatkozatot (Declaration of Domestic Partnership) nyújt be a jelen szakasz szerint, és a benyújtás idejében az összes alábbi követelmény teljesül:
    - a. Mindkét személy közös lakóhellyel rendelkezik.
    - b. Egyik személy se él mással házasságban és nem vesz részt olyan másik élettársi kapcsolatban, amelyet nem szüntettek meg, nem oldottak fel, és nem nyilvánítottak semmissé.
    - c. A két személy nincs vérrokonságban egymással, amely megakadályozná, hogy ebben az államban házasságot kössenek.
    - d. Mindkét személy legalább 18 éves.
    - e. Az alábbiak közül bármelyik:
      - 1) A két személy azonos nemű
      - 2) Egyik vagy mindkét személy megfelel a Társadalombiztosítási Törvény (Social Security Act) II. címében szereplő kritériumnak, a 42 U.S.C. 402(a) szakaszában öregségi biztosítási ellátásokra vonatkozóan meghatározott, valamint a Társadalombiztosítási Törvény (Social Security Act) XVI címében szereplő kritériumnak, a 42 U.S.C. 1381. szakaszában idősekre vonatkozóan meghatározott jogosultsági kritériumnak. E szakasz bármely más rendelkezésének ellenére ellenkező nemű személyek nem alkothatnak élettársi kapcsolatot, kivéve, ha egyik vagy mindkét személy 62 évnél idősebb.
    - f. Mindkét személy képes hozzájárulást adni az élettársi kapcsolathoz.
2. 18 évesnél fiatalabb személyek esetében a szülő, a gondozást végző rokonok, és a szülő vagy gondozást végző rokon egyéb, 21 évesnél fiatalabb gyermekei.

#### A. A BETEG ÁLTALÁNOS KÖTELEZETTSÉGEI

1. A tisztesség érdekében a betegeknek becsületesen és nyíltan kell megadniuk a LLUMC által kért minden információt a pénzügyi támogatás kiválasztási folyamata során. A betegeknek pontos és hiteles jogosultsági dokumentumokat kell benyújtaniuk, amelyek indokoltan szükségesek a pénzügyi támogatási fedezethez bármilyen kormányzati

biztosítási program vagy a LLUMC FAP szerint. Az őszinteség magában foglalja és szükségessé teszi a kellő információk és/vagy dokumentációk teljes körű felfedését.

2. Az aktív részvétel és a pénzügyi ellenőrzés érdekében: Minden nem biztosított betegnek, valamint a pénzügyi támogatást igénylőknek ki kell tölteni egy FAP dokumentumot. A LLUMC elhagyása előtt a betegeknek ellenőrizniük kell, hogy milyen további információkat vagy dokumentációkat kell benyújtaniuk a LLUMC részére. A beteg osztozik a LLUMC vagy egyéb pénzügyi támogatási programok szerinti benyújtási határidő megértéséért és teljesítéséért vállalt felelősségben.
3. Mindennemű esedékes készkiadás megfizetése: A betegeknek számítaniuk kell arra, hogy bármilyen esedékes összeget a szolgáltatási idején kell megfizetniük. Az említett összegek a következőket foglalhatják magukban (nem kizárólagos felsorolás):
  - 3.1 Térítési díj
  - 3.2 Önrész
  - 3.3 Előleg
  - 3.4 A Medi-Cal/Medicaid részesedése a költségek összegéből
  - 3.5 Jóhiszemű becslések
4. A kórházi ellátásért való felelősség megosztása: Mindegyik beteg osztozik a kórházi ellátásáért vállalt felelősségben. Ez magában foglalja a receptek kiváltását vagy egyéb orvosi ellátást az elbocsátás után. A beteg úgyszintén osztozik az iránti felelősségben, hogy a számlája rendezésére vonatkozó intézkedéseket megtették. Lényeges, hogy minden beteg vagy családtagja együttműködjön és kommunikáljon a LLUMC személyzetével a szolgáltatások nyújtása alatt és után.

## B. KÓRHÁZI ELJÁRÁSOK és FELELŐSSÉGI KÖRÖK

1. A LLUMC FAP szerinti jogosultság minden olyan beteg számára biztosított, akinek a családi jövedelme kevesebb, mint a jelenlegi szövetségi szegénységi szint 350%-a, ha nem fedezi harmadik fél által nyújtott biztosítás vagy, ha olyan harmadik fél által nyújtott biztosítás révén élvez fedezetet, amely nem eredményezi a számla teljes kifizetését.
2. A LLUMC FAP egységes betegkérelmezési eljárást biztosít a teljes mértékben jótékonyági ellátás és a kedvezményes fizetés esetén egyaránt. A folyamatot úgy tervezték, hogy minden pályázónak lehetőséget biztosítson arra, hogy megkapja azt a maximális pénzügyi támogatást, amelyre jogosult. A Pénzügyi Támogatási Kérelem (FAA) megadja a beteg jogosultságának meghatározásához a kórház által igényelt beteginformációt, és ez az információ arra használatos, hogy jogosulttá tegye a beteget

vagy családi képviselőjét a kormányzati programok és/vagy a LLUMC FAP alapján elérhető maximális fedezetre vonatkozóan.

3. A jogosult betegek megkérvényezhetik a LLUMC FAP juttatást azáltal, hogy követik a kérelemre vonatkozó utasításokat és megtesznek minden ésszerű erőfeszítést, hogy a LLUMC számára biztosítsák a megfelelő dokumentációt és az egészségügyi juttatásokra vonatkozó információkat úgy, hogy a LLUMC meghatározhassa a beteg fedezeti jogosultságát a megfelelő program keretében. A jogosultság önmagában nem jelent jogcímet a LLUMC FAP szerint. A LLUMC feladata, hogy elvégezze a kérelmező értékelését és meghatározza a jogosultságát, mielőtt a teljes jótékonyági ellátásban vagy a kedvezményes jótékonyági ellátásban részesülhetne.
4. A LLUMC FAP az egyes betegek együttműködésére támaszkodik, akik teljes vagy részleges támogatásra lehetnek jogosultak. A betegre vonatkozó pénzügyi információk pontos és időszzerű átadásának megkönnyítése érdekében a LLUMC egy FAA-t alkalmaz. Minden olyan beteg, aki nem képes bemutatni a harmadik félként működő biztosítók által nyújtott pénzügyi fedezetet, lehetőséget kap az FAA kitöltésére.
5. A nem biztosított betegek számára úgyszintén felajánlják az államilag támogatott programokra vonatkozó információkat, támogatást és a kormányzat által szponzorált programokhoz való hozzáférést, amelyekre jogosultak lehetnek, valamint a Covered California (Biztosított Kalifornia) program révén fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó információkat. A nem biztosított betegek elérhetőségi információkat is kapnak a helyi fogyasztói jogsegélyprogramokra vonatkozóan is, amelyek segíthetnek a biztosítással nem rendelkező beteg számára a megfelelő fedezet megszerzésében.
6. Azok a nem kielégítően biztosított betegek, akiknek a bevétele a szövetségi szegénységi szint 350%-a alatt van, és akik személyesen tartoznak egy adott összeggel, miután a biztosításuk a megfelelő összeget kifizette, úgyszintén jogosultak lehetnek pénzügyi támogatásra. Minden olyan betegnek, aki pénzügyi támogatást kér, ki kell töltenie egy FAA-t.
7. Az FAA-t ki kell tölteni, amint jelzés mutatkozik arra vonatkozóan, hogy a betegnek pénzügyi segítségre lehet szüksége. A kérelmezési lap kitölthető a szolgáltatás előtt, a beteg kórházi tartózkodása alatt, vagy miután a szolgáltatásokat elvégezték és a betegek elbocsátották.
8. Az FAA kitöltése a következőt biztosítja:
  - 8.1 A LLUMC számára szükséges információ annak meghatározására, hogy a betegnek elég jövedelme van-e, hogy kifizesse a szolgáltatásokat.
  - 8.2 A pénzügyi támogatásra vonatkozó jogosultság meghatározásához szükséges dokumentáció.

8.3 Olyan ellenőrzési visszakövethetőség, amely dokumentálja a LLUMC pénzügyi segítségnyújtás melletti elkötelezettségét.

9. Azonban, a kitöltött FAA nem szükséges ahhoz, hogy a LLUMC, saját belátása szerint megállapítsa, hogy elegendő pénzügyi információ áll rendelkezésre a betegről, amely alapján eldöntheti a pénzügyi támogatásra való jogosultságot. (Lásd az E. szakaszt: **KÜLÖNLEGES JÓTÉKONYSÁGI KEZELÉSI KÖRÜLMÉNYEK**)

**C. TELJES JÓTÉKONYSÁGI ELLÁTÁSRA ÉS KEDVEZMÉNYES FIZETÉSI JÓTÉKONYSÁGI ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ JOGOSULTSÁG:**

1. A teljes vagy kedvezményes fizetési támogatásra vonatkozó jogosultságát csak a beteg és/vagy családi képviselőjének fizetési képessége határozza meg. A pénzügyi támogatásra való jogosultság semmilyen módon sem kötődhet a beteg életkorához, neméhez, nemazonosságához, szexuális orientációjához, etnikai hovatartozásához, nemzetiségétől, veterán státusától, bármilyen fogyatékoságától vagy vallási hovatartozásától. Míg a pénzügyi támogatás nem nyújtható diszkriminatív vagy önkéntes alapon, a LLUMC fenntartja a törvényekkel és rendeletekkel összhangban álló teljes mérlegelési jogkört a jogosultsági kritériumok meghatározására és annak megállapítására, hogy a beteg mikor adott megfelelő bizonyítékot a pénzügyi támogatásra való jogosultságára.
2. A LLUMC közvetlen támogatást nyújt a betegek vagy családtagjaik regisztrálása során az FAA kitöltésének megkönnyítése érdekében. Az FAA kitöltése és az összes kiegészítő információ benyújtása a pénzügyi támogatásra való jogosultság megállapítására lehet szükséges.
3. Felismerve, hogy a LLUMC nagy mennyiségű, alacsonyabb vészhelyzeti szintű és sürgősségi támogatásokat nyújt a helyi közösségek számára, bizonyos esetekben megfelelő erőfeszítésekre kerül sor a kérelemmel kapcsolatos terhek csökkentésére. Bár a sürgősségi orvosi ellátás díjai igen magasak lehetnek, az ilyen esetek ritkábban fordulnak elő, mint sok más csekélyebb szintű ellátással kapcsolatos látogatás. Amikor a vészhelyzeti vagy sürgősségi ellátással kapcsolatos látogatások költsége kevesebb, mint 5000 dollár, a beteg vagy családi képviselője csak akkor kötelezhető benyújtani a kitöltött és aláírt FAA-t. Az ilyen esetekben nem feltétlenül szükséges az adóbevallás, vagy közelmúltbeli fizetési szelvények benyújtása. Azonban, ha a díjak meghaladják az 5000 dollárt, a betegnek vagy családi képviselőjének be kell nyújtania a jövedelemmel kapcsolatos dokumentumokat vagy a szövetségi jövedelemadó-bevallás vagy legalább két legutóbbi fizetési szelvény másolata formájában.
4. Szükséges lehet az is, hogy a beteg és/vagy családi képviselője ezt követően igazoló dokumentumokat küldjön a LLUMC részére. Az igazoló dokumentumok benyújtására vonatkozó utasításokat az FAA kitöltésének időpontjában kell átadni a beteg részére. A beteg és/vagy családi képviselője, aki támogatást kér abban, hogy a LLUMC irányában fennálló pénzügyi kötelezettségének eleget tegyen, minden ésszerű erőfeszítést meg kell, hogy tegyen annak érdekében, hogy megadja a szükséges információkat a LLUMC

számára, hogy utóbbi meghatározhassa a pénzügyi támogatási jogosultságra vonatkozó döntését. Az FAA-t és a szükséges kiegészítési dokumentumokat a Betegek Gazdasági Irodájához (Patient Business Office) kell benyújtani. Ennek az irodának a helyét egyértelműen fel kell tüntetni a pályázati útmutatóban.

5. A LLUMC biztosítja a FAA-k felülvizsgálatára képzett személyzetet a teljesség és pontosság érdekében. A kérelmek átnézése a lehető leggyorsabban megtörténik, figyelembe véve a betegnek az időbeli válasz iránti szükségletét.
6. Azon tényezők, amelyeket figyelembe kell venni annak meghatározásakor, hogy egy adott személy jogosult-e pénzügyi támogatásra ezen irányelvek értelmében, a következőket foglalhatják magukban:
  - 6.1 Családi jövedelem a szövetségi jövedelemadó-bevallásokon, közelmúltbeli fizetési szelvényeken vagy a beteg által a szóban forgó dokumentumok hiányában adott egyéb releváns információ alapján, és
  - 6.2 A család mérete
7. A pénzügyi támogatásra való alkalmassági minősítés megadható jótékonyági ellátás vagy kedvezményes fizetés esetén, a beteg vagy családi képviselő jogosultsági szintjétől függően, a jelen FAA kritériumaiban meghatározottak szerint. A pénzügyi támogatás meghatározását csak arra felhatalmazott LLUMC személyzet végezheti el a következő felhatalmazási szintek szerint:
  - 7.1 A Beteg Gazdasági Iroda (Patient Business Office) vezetője dollárnál alacsonyabb számlák
  - 7.2 A Beteg Gazdasági Iroda (Patient Business Office) igazgatója 100000 dollárnál alacsonyabb számlák
  - 7.3 A Beteg Gazdasági Iroda (Patient Business Office) ügyvezető igazgatója: 250000 dollárnál alacsonyabb számlák
  - 7.4 Alelnök, bevételi ciklus 250000 dollárnál magasabb számlák.
7. Amint meghatározásra került, a pénzügyi támogatási jogosultság bizonyos konkrét szolgáltatásokra és szolgáltatási napokra vonatkozik, amelyekre vonatkozóan a beteg és/vagy családi képviselője kérelmet nyújtott be. Olyan ellátás esetén, amely folyamatos, kapcsolódó szolgáltatásokat igénylő diagnózissal kapcsolatos a LLUMC saját belátása szerint a folyamatos gondozást egyetlen esetként kezelheti, amelyre a jogosultsági minősítés a LLUMC által biztosított összes, kapcsolódó szolgáltatásra vonatkozik. A LLUMC által a jogosultság meghatározásának időpontjában esedékes bármilyen előzetes számlaegyenlet leírás szempontjából jogosultnak tekinthető a LLUMC vezetőségének kizárólagos döntése szerint.



9. A Medi-Cal/Medicaid és költségmegosztáson kifizetésekre vonatkozóan a beteg semmilyen körülmények között nem mentesül a fizetési kötelezettségei alól. Azonban, a beteg költségmegosztási hányadának beszedése után a fedezetlen vagy egyéb, kifizetetlen egyenleg egy Medi-Cal/Medicare költségmegosztásos beteg esetében jótékonyági ellátásnak tekinthető.
10. A szövetségi szegénységi szint 201%-a és 350%-a közötti betegek nem fizetnek többet, mint amit a Medicare általában fizetne hasonló szolgáltatási epizódért. Ez vonatkozik az összes orvosi szempontból szükséges kórházi fekvőbeteg, járóbeteg, visszatérő és sürgősségi ellátásra, amelyet a LLUMC biztosít.
11. A FAP-ra jogosult betegeknek a bruttó díjknál kevesebbet kell felszámítani.

#### D. TELJES JÓTÉKONYSÁGI ÉS KEDVEZMÉNYES FIZETÉS - JÖVEDELMI JOGOSULTSÁGI SZINTEK

##### BIZTOSÍTÁS NÉLKÜLI BETEG

1. Ha egy nem biztosított beteg családi jövedelme az aktuális FPL iránymutatások alapján megállapított szegénységi jövedelmi szint 200%-a vagy annál kevesebb és a beteg teljesíti az összes egyéb pénzügyi támogatásra vonatkozó jogosultsági követelményt, a beteg jogosult a teljes jótékonyági ellátásra.
2. Ha egy beteg családi jövedelme az aktuális FPL iránymutatások alapján megállapított szegénységi jövedelmi szint 201%-a és 350%-a között van és a beteg teljesíti az összes egyéb pénzügyi támogatásra vonatkozó jogosultsági követelményt, a következőket kell alkalmazni:
- 2.1 Ha a szolgáltatásokat nem fedezi semmilyen, harmadik félként közreműködő kifizető, tehát a beteg általában felelős lenne a teljes számlázott díjakért, a beteg fizetési kötelezettsége azon Medicare összeg adott százaléka lesz (teljesen felszámított Medicare fizetési arány, pl. bérindex, IME, DME, stb. és a beteg fizetési kötelezettsége), amelyet a Medicare program fizetett volna a szolgáltatásért, ha a beteg Medicare-kedvezményezett lett volna. Az egyes betegek által fizetett százalékos arány az alábbi 1. táblázatban szereplő mozgó skála szerint történik.

#### 1. TÁBLÁZAT

##### Mozgó skálájú kedvezmények táblázata

Az FPL családi százalékos aránya	Az M/Care-hez viszonyított megengedhető kedvezmény	A beteg OOP fizetési százaléka (az M/Care-hez viszonyítva)
201 – 260%	75%	25%
261 – 320%	50%	50%
321 – 350%	25%	75%

2. Ha egy beteg családi jövedelme az aktuális FPL iránymutatások alapján megállapított szegénységi jövedelmi szint 350%-ánál nagyobb és a beteg teljesíti az összes egyéb pénzügyi támogatásra vonatkozó jogosultsági követelményt, a következőket kell alkalmazni:
  - 3.1. Ha a szolgáltatásokat nem fedezi semmilyen, harmadik félként közreműködő kifizető, tehát a beteg általában felelős lenne a teljes számlázott díjakért, a beteg teljes fizetési kötelezettsége azon bruttó összeg 100%-a lesz (teljesen felszámított Medicare fizetési arány, pl. bérindex, IME, DME, stb. és a beteg fizetési kötelezettsége), amelyet a Medicare program fizetett volna a szolgáltatásért, ha a beteg Medicare-kedvezményezett lett volna.

### BIZTOSÍTOTT BETEG

1. Ha egy biztosított beteg családi jövedelme az aktuális FPL iránymutatások alapján megállapított szegénységi jövedelmi szint 201%-a és 350%-a között van és a beteg teljesíti az összes egyéb pénzügyi támogatásra vonatkozó jogosultsági követelményt, a következőket kell alkalmazni:
  - 1.1 A harmadik félként közreműködő kifizető által fedezett betegek által kapott szolgáltatásokért, amikor a beteg csak a számlázott díjak egy részéért felelős (pl. önrész vagy térítési díj) a beteg fizetési kötelezettsége a biztosító által fizetett díj és a Medicare összeg közötti különbséggel lesz egyenlő (teljes körű Medicare fizetési arány, azaz bérindex, IME, DME, stb. és a beteg fizetési kötelezettsége), amely összeget a Medicare fizetett volna, ha a beteg Medicare-kedvezményezett lett volna (azaz, ha a biztosító többet fizetett, mint a Medicare által engedélyezhető összeg, a betegnek nincs több tartozása, de ha a biztosított kevesebbet fizetett, mint a Medicare által engedélyezhető összeg, a beteg kifizeti a különbséget a biztosító által fizetett összeg és a Medicare által engedélyezhető összeg között).
2. Ha a beteg családi jövedelme magasabb, mint a megállapított szegénységi jövedelmi szint 350%-a az aktuális FPL iránymutatások szerint, a következőket kell alkalmazni:
  - 2.1 A harmadik félként közreműködő kifizető által fedezett betegek által kapott szolgáltatások esetében, ha a beteg csak a számlázott díjak csak egy részéért felelős (pl. önrész vagy térítési díj) a beteg fizetési kötelezettsége olyan összeg lesz, amely megegyezik a biztosító által fizetett összeg és a Medicare által feltételesen fizethető bruttó összeg közötti különbség plusz húsz százalékkal (20%). Például, ha a biztosító többet fizetett, mint a Medicare megengedett összege plusz 20%, a betegnek nincs több tartozása, de ha a beteg biztosítója kevesebbet fizetett, mint a Medicare megengedett összege plusz 20%, a beteg megfizeti a különbséget a kifizetett biztosítási összeg, valamint a Medicare megengedett összeg plusz 20% között.

**E. KÜLÖNLEGES JÓTÉKONYSÁGI KEZELÉSI KÖRÜLMÉNYEK**

1. Ha a betegről a LLUMC regisztrációs munkatársai megállapítják, hogy hajléktalan, és nincs harmadik félként működő kifizető általi fedezete automatikusan jogosultnak tekintendő a teljesjótékonyági ellátásra.
2. Azon elhunyt betegek, akik nem rendelkeznek semmilyen, harmadik fizető fél általi fedezettel, meghatározható örökséggel, vagy akikre vonatkozóan nem kerül sor örökösödési tárgyalásra, automatikusa úgy tekintendők, hogy teljes körű jótékonyági ellátásra jogosultak.
3. Azon betegek, akiket az elmúlt tizenkét (12) évben szövetségi csődbírói végzésben csődbe mentnek nyilvánítottak, teljes jótékonyági ellátásra jogosultnak tekintendők. A betegnek vagy családi képviselőjének a kérelem részeként másolatot kell adnia a bírósági végzésről.
4. A sürgősségi osztályon kezelt azon betegek esetében, akiknek a LLUMC nem képes számlakimutatást kiállítani, a teljes számlázott díj leírható jótékonyági ellátásként (azaz a beteg elhagyja az intézményt a számlázással kapcsolatos információk beszerzése előtt). Minden ilyen körülményt fel kell jegyezni a beteg számlájához fűzött megjegyzésekben, mint a dokumentációs folyamat lényeges részét.
5. A LLUMC úgy ítéli meg, hogy azok a betegek, akik jogosultak a kormány által támogatott alacsony jövedelmű támogatási programokra (pl. Medi-Cal/Medicaid, Kaliforniai Gyermekvédelmi Szolgáltatások és bármely egyéb vonatkozó állami vagy helyi program az alacsony jövedelműek számára), automatikusan jogosultak a teljes jótékonyági ellátásra, ha az adott kormányprogram általi kifizetés nem teljesül. Például azok a betegek, akik jogosultak a Medi-Cal/Medicaid-re vagy egyéb kormányzati programokra, amelyek az alacsonyabb jövedelmű betegek igényeit elégítik ki (pl. Child Health & Disability Prevention (CHDP) és néhány California Children's Services (CCS)), ahol a program nem fizet a kórházi tartózkodás során felmerült összes szolgáltatásért vagy az összes napért, jogosultak a pénzügyi támogatásra. A LLUMC FAP alapján ezek a nem visszatérített betegszámlák jogosultak a jótékonyági ellátás keretében teljes leírásra. Különösen a jótékonyági ellátás alá esnek az elutasított kórházi napokra vagy elutasított ellátásra vonatkozó költségek. Az összes elutasított kezelési engedélykérelem (TAR) amelyet a Medi-Cal/Medicaid és egyéb alacsony jövedelműeknek szóló programok által fedezett betegek nyújtottak be, valamint az összes egyéb elutasítást (pl. korlátozott fedezet) jótékonyági ellátás (Charity Care) kategóriájába esik.
6. Bármely olyan pénzügyi támogatás elbírálásának, amely a Medicare program által fedezett betegekkel kapcsolatos, tartalmaznia kell a beteg összes vagyontárgyának, tartozásának, jövedelmének és költségeinek összesítését mielőtt alkalmassá nyilváníthatnák a pénzügyi támogatási programra. Az ilyen pénzügyi támogatások elbírálását a LLUMC végzi a szolgáltatás befejezése előtt.

- 6.1 Az előzőek ellenére a Medicare betegszámlák azon része(a) amelyért a beteg pénzügyileg felelős (együttes biztosítási és önrész összegek) (b) amelyeket nem fedez a biztosító vagy bármely más fizető fél, beleértve a Medi-Cal/Medicaid-et és (c) amelyet a Medicare nem térít vissza rossz adósságként, nem feltétlenül jogosult jótékonyági ellátásra, ha
- a. A beteg a Medi-Cal/Medicaid vagy más, alacsony jövedelmű betegek egészségügyi szükségleteit kiszolgáló program kedvezményezettje.
  - b. A beteg egyébként jogosult a jelen irányelvek értelmében elérhető pénzügyi támogatásra, és csak a jelen irányelvben ismertetett leírás mértékéig.
7. Bármilyen, nem biztosított beteg, akinek jövedelme meghaladja az aktuális FPL 350%-át és katasztrófális egészségügyi eseményt él át, jogosultnak tekinthető a pénzügyi támogatásra. Azon betegek, akiknek jövedelme magasabb, nem jogosultak rutinszerű teljes jótékonyági ellátásra vagy kedvezményezett fizetéses ellátásra. Azonban, eseti alapon figyelembe vehetők a katasztrófális orvosi események. A katasztrófális orvosi esemény meghatározásának a betegnek a számlázott díjakra vonatkozó tartozásán, és a beteg jövedelmén és vagyonán (az előfordulás idején bejelentett állapot szerint) alapulva kell történnie. A vezetőségnek ésszerűen kell mérlegelni az ügyet saját belátása szerint a katasztrófális orvosi esemény esetén. Általános iránymutatásként a 200000 dollárt meghaladó szolgáltatásokra vonatkozó betegszámlák jogosultnak tekinthetők katasztrófális orvosi eseményként történő elbírálásra.
8. Bármely olyan számla, amelyet a LLUMC visszakap egy behajtó cégtől, azzal, hogy a beteg vagy családi képviselője nem rendelkezik megfelelő forrásokkal a számlája kifizetésére, jogosultnak tehető a jótékonyági ellátásra (Charity Care) A beteg vagy családi képviselője fizetési képtelenségére vonatkozó dokumentációt a jótékonyági ellátás (Charity Care) dokumentációs aktában kell őrizni.

#### F. A ROSSZ ADÓSSÁGNAK JÓTÉKONYSÁGI ELLÁTÁSHOZ VALÓ ÁTCSOPORTOSÍTÁSÁNAK KRITÉRIUMAI

1. Minden olyan külső behajtó cég, amely szerződött a LLUMC-vel hogy számlakövetési és/vagy rossz adósság-behajtási szolgáltatásokat végezzen, a következő kritériumokat alkalmazza majd a rossz adósságtól jótékonyági ellátásra történő átváltás azonosításához:
  - 1.1 A beteg számlájára nem alkalmazható semmilyen biztosítás, beleértve a kormányzati biztosítási programokat vagy más, harmadik félként működő kifizetőt), és
  - 1.2 A betegnek vagy családi képviselőjének hitelminősítési és/vagy magatartásminősítési pontszámának bármilyen hitelminősítés alkalmazásakor a

hitelminősítési pontszámok legalacsonyabb 25 százalékba kell esnie.

- 1.3 A beteg vagy családi képviselője nem teljesített semmilyen fizetést a behajtó cégnek való átadást követő 150 napon belül.
  - 1.4 A behajtó cég megállapította, hogy a beteg/családi képviselő nem képes fizetni, és/vagy
  - 1.5 A beteg vagy családi képviselője nem rendelkezik érvényes társadalombiztosítási számmal és/vagy pontosan megadott lakcímmel a hitelminősítési pontszám meghatározásához.
2. Minden olyan számlát, amelyet egy adott behajtó cég visszaküldött a rossz adósságból jótékonyági ellátásba való átcsoportosítás érdekében, a LLUMC Számlázási Osztály munkatársai értékelnek, mielőtt a kórházi számviteli rendszerben és iratokban átcsoportosítanák őket.

#### G. A BETEG ÉRTESÍTÉSE

1. Amint a jogosultság megállapításra került a beteg vagy családi képviselője levelet kap a státusának megállapításáról. A státus megállapítását tartalmazó levél az alábbiak egyikét jelzi majd:
  - 1.1 Jóváhagyás: levélben meg kell adni, hogy a számla jóváhagyásra került, a jóváhagyás szintjét és a beteg által fizetendő bármilyen hátralékos összeget. A beteg által megteendő bármilyen további intézkedésre vonatkozó információ és utasítás úgyszintén megadásra kerül.
  - 1.2 Elutasítás. Az FAA alapján történő elutasítás indoklásra kerül a beteg számára. A beteg által fizetendő bármilyen hátralékos összeget úgyszintén azonosítani kell. Emellett a megfelelő elérhetőségi információ és a fizetéssel kapcsolatos utasítások úgyszintén megadásra kerülnek.
  - 1.3 Függgőben: A kérelmező tájékoztatást kap arról, hogy miért hiányos az FAA. Minden hiányzó információ azonosításra kerül és az értesítés felszólítást tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a megfelelő információt a beteg vagy családi képviselője adja meg a LLUMC számára.

#### H. JOGOSULT FIZETÉSI ÜTEMEZÉSEK

1. Ha a LLUMC az engedményt megállapította, a beteg jogosult arra, hogy bármilyen vagy minden esedékes hátralékot egy összegben fizessen meg, vagy egy Jogosult Fizetési Ütemezés szerint.
2. A LLUMC megbeszéli a fizetési ütemezési opciókat minden olyan beteggel, aki fizetési ütemezést kér. Az egyéni fizetési ütemezések megállapítására a beteg azon képessége

alapján kerül sor, hogy hatékonyan eleget tegyen a fizetési feltételeknek. Általános iránymutatásként, a fizetési ütemezés futamideje nem lehet 12 hónapnál hosszabb.

3. A LLUMC jóhiszemű tárgyalásokat folytat a beteggel, azonban nem köteles elfogadni a beteg által indítványozott fizetési feltételeket. Abban az esetben, ha a LLUMC és az egyéni beteg vagy kezes nem képes megállapodni egy Jogosult Fizetési Ütemezés létrehozásában, a kórház az „Ésszerű fizetési ütemezés” képletet használja a fizetési ütemezés alapjaként, amint az Egészségügyi és Biztonsági Törvénykönyv Health & Safety Code 127400 (i) szakaszában meghatározásra került. Az "Ésszerű fizetési ütemezés" olyan havi kifizetéseket jelent, amelyek nem haladják meg a beteg havi családi jövedelmének 10 százalékát, nem beleszámítva az alapvető életszükségletek költségeire vonatkozó levonásokat. Az „Ésszerű fizetési ütemezés” képlet alkalmazásához a LLUMC a beteg családjára vonatkozó információkat gyűjt a jövedelemre és a „Lényeges megélhetési költségekre” vonatkozóan a szóban forgó törvénykönyv szerint. A LLUMC szabványosított formanyomtatványt használ az ilyen információk összegyűjtésére. Minden beteg vagy kezes, aki egy fizetési ütemezést szeretne létrehozni az „Ésszerű fizetési ütemezés” alkalmazásával a kérésnek megfelelő családi jövedelmi és kiadási információt benyújtja, kivéve, ha a LLUMC képviselői mentesítették az információ benyújtása alól.
4. Az FAP rendelkezései szerinti bármilyen fizetési ütemezés időtartamára semmilyen kamat felszámítására nem kerül sor a minősített betegszámlákra vonatkozóan.
5. Amint a fizetési ütemezést a LLUMC jóváhagyta, az összes, egymást követő részlet bármilyen elmulasztása egy adott 90-napos időtartam alatt a fizetési ütemezésre vonatkozó mulasztásnak tekintendő. A beteg vagy a kezes felelőssége, hogy érintkezésbe lépjen a LLUMC Beteg Gazdasági Irodával (Patient Business Office), ha a körülményei megváltoznak és a fizetési ütemezés feltételei nem teljesíthetők. Azonban, ha a fizetési tervvel kapcsolatos mulasztásra kerül sor, a LLUMC ésszerű kísérletet tesz arra, hogy telefonon kapcsolatba lépjen a beteggel vagy családi képviselőjével, és a mulasztásról írásban is értesítést küldjön. A betegnek lehetősége lesz a meghosszabbított fizetési ütemezés újratárgyalására, és ezt úgy teheti meg, hogy a Beteg Gazdasági Iroda Patient Business Office képviselőjével a meghosszabbított fizetési ütemezés elmulasztásával kapcsolatos értesítést követő tizennégy (14) napon belül érintkezésbe lép. Ha a beteg nem kérelmezi a meghosszabbított fizetési ütemezés újratárgyalását tizennégy (14) napon belül, a fizetési ütemezés működésképtelennek tekintendő és a számlát átadják behajtásra.
6. Lehetőleg az összes fizetési ütemezést külső elektronikus pénzáttaló (EFT) szállítón keresztül kell feldolgozni. Abban az esetben azonban, ha a beteg vagy családi képviselője kifejezi hajlandóságát egy fizetési ütemezés szerinti megfelelő részletfizetésre külső EFT szolgáltató igénybevétele nélkül, a LLUMC törekszik arra, hogy eleget tegyen az ilyen kéréseknek, feltéve, hogy a beteg kifizetést teljesít a Meghosszabbított Fizetési Ütemezés (Extended Payment Plan) szerint készpénz, csekk, utalvány vagy hitelkártya révén.

**I. VITARENDEZÉS**

1. Abban az esetben, ha vita merül fel a Pénzügyi Segítségnyújtási Programra való alkalmasság vonatkozásában a beteg írásbeli fellebbezést nyújthat be a LLUMC az ügye felülvizsgálata érdekében. az írásbeli fellebbezésnek tartalmaznia kell annak indoklását, hogy a beteg miért vitatja a korábbi döntést és az újbóli elbírálásra vonatkozó indokot. A beteg igényét alátámasztó bármilyen további, lényeges dokumentációt csatolni kell az írásos fellebbezéshez.
2. Minden fellebbezés elbírálását a Beteg Gazdasági Iroda Patient BusinessOfficeügyvezető igazgatója végzi. Az ügyvezető igazgató figyelembe veszi az összes írásbeli fellebbező nyilatkozatot és minden csatolt dokumentációt. A beteg igénybejelentésének felülvizsgálata után az ügyvezető igazgató írásos indoklást küld a betegnek a megállapításairól és a döntéséről. Az ügyvezető igazgató minden döntése végleges. További fellebbezésnek helye nincs.

**J. NYILVÁNOS FELHÍVÁS**

1. LLUMC felhívásokat tesz közzé, amelyben tájékoztatja a lakosságot az FAP-ra, az FAA-ra, az egyszerű nyelvű összefoglalóra (Plain Language Summary) valamint a számlázási és beszedési irányelvekre (Billing and Collection Policy) vonatkozóan. Az ilyen felhívások közzétételére a LLUMC nagy forgalmú fekvő- és járóbeteg szolgáltatási területein kerül sor, beleértve, korlátozás nélkül, a sürgősségi osztályt, a számlázási irodát, a fekvőbeteg-felvételi osztályt és a járóbeteg-regisztrációs részeket és a LLUMC egyéb, gyakorta várakozásra használt területeit. A felhívásokat minden olyan helyre is ki kell helyezni, ahol a betegek a számláikat befizethetik. A felhívásoknak tartalmazniuk kell az elérhetőségi információkat arra vonatkozóan, hogy a beteg hogyan kaphat további információkat a pénzügyi támogatásról, valamint, hogy hol kérhet ilyen támogatást.

1.1 Ezeket a felhívásokat angolul és spanyolul valamint az IRC 501(r) szakasza által előírt bármely más nyelven kell közzétenni.

2. Ezenkívül, a Pénzügyi Támogatási Irányelvek (FAP), a Pénzügyi Támogatási Kérelem (FAA), az Egyszerű Nyelvű Összefoglaló (PLS) valamint a Számlázási és Beszedési Irányelvek (BCP) a következő weboldalon érhető el <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. A fent hivatkozott dokumentumok papíralapú példányait indokolt kérésre, további költségek nélkül hozzáférhetővé kell tenni. A LLUMC az ilyen kérdésekre időben választ ad.

**K. TELJES JÓTÉKONYSÁGI ELLÁTÁSSAL ÉS KEDVEZMÉNYES FIZETÉSSSEL KAPCSOLATOS JELENTÉSTÉTEL**

1. LLUMC köteles jelentést tenni a ténylegesen biztosított jótékonyági ellátásról, az Állami Egészségtervezési és Fejlesztési Hatóság (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) szabályozási követelményei szerint, amint az a Kórházak

Számlázási és Beszámolási Kézikönyve (Accounting and Reporting Manual for Hospital) második kiadása megszabja. A szabályoknak való megfelelés érdekében a LLUMC írásos dokumentációt tart fenn a jótékonyági ellátás feltételeire vonatkozóan és az egyedi betegekre vonatkozóan, a LLUMC írásos dokumentációt tart fenn a jótékonyági ellátásra vonatkozó összes határozat vonatkozásában. Az OSHPD előírásai szerint, a betegeknek nyújtott jótékonyági ellátás a szolgáltatások tényleges díja alapján kerül rögzítésre.

2. LLUMC az OSHPD részére másolatot küld erről az FAP-ról, amely tartalmazza a teljes jótékonyági eljárásra és a kedvezményes fizetésre vonatkozó irányelvet egy dokumentumon belül. Az FAP a következőket is tartalmazza: 1) minden jogosultsági és betegminősítési eljárást; 2) a teljes jótékonyági ellátásra és a kedvezményes fizetésre vonatkozó egységes kérelmet, és 3) a teljes jótékonyági ellátás és kedvezményes kifizetés felülvizsgálati folyamatát. Ezeket a dokumentumokat kétfévente, vagy jelentős változáskor be kell nyújtani az OSHPD részére.

#### L. EGYÉB

1. Titoktartás - Elismert tény, hogy a pénzügyi támogatás iránti igény érzékeny és mélyen bizalmas kérdés a kedvezményezettek számára. A kérelmek, információk és a finanszírozás titkossága minden, pénzügyi támogatást kérő vagy kapó személy számára megerősítésre kerül. Az ezeket az irányelveket alkalmazó személyzet tájékoztatóját és a személyzet kiválasztását ezen értékrendnek kell vezérelnie.
2. Jóhiszeműsége vonatkozó követelmények - A LLUMC jóhiszeműen intézi a jogosult betegek pénzügyi támogatását, és arra a tényre támaszkodik, hogy a beteg vagy családi képviselője által benyújtott információk teljeseek és pontosak. A pénzügyi támogatás nyújtása nem zárja ki a számlázási jogot, vagy visszamenőlegesen vagy a szolgáltatás idején, minden olyan szolgáltatásra vonatkozóan, amennyiben a beteg vagy családi képviselője hamis vagy szándékosan pontatlan tájékoztatást adott. Továbbá a LLUMC fenntartja magának a jogot arra, hogy bármilyen polgári vagy bünyügyi jogorvoslatra tartson igényt azoktól a betegektől vagy családi képviselőktől, akik hamis vagy szándékosan pontatlan információkat adtak meg annak érdekében, hogy jogosultak legyenek a LLUMC FAP-ra.
3. Beszedési és beszedési irányelvek - A LLUMC megfelelő számlázási és beszedési szabályzatot alkotott, amely online elérhető: <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. A LLUMC minden olyan intézkedésének, amelyet a hitelinformáció beszerzéséért tesz egy betegre/felelős félre vonatkozóan vagy a beteg/felelős fél ügyének egy behajtó cégnek való átadásával kapcsolatos, összhangban kell lennie a hitelezési és beszedési irányelvekhez.

JÓVÁHAGYVA: Kórház felsővezetése, LLUMC Igazgatótanács, LLUMC Vezérigazgató, LLUMC Rangidős Pénzügyi Alelnök, Carolyn Marovitch