นโยบายการเงิน: นโยบายการแทนที่	วันที่ร่างนโยบาย วันที่มีผลบังคับใช้: วันที่อนุมัติขั้นสุดท้าย: วันที่ปรับปรุงแก้ไข: วันที่ทบทวนครั้งถัดไป:	07/28/2015 12/31/2015 1/1/2019
	เจ้าของ:	เจฟฟ์ สปราก (Jeff Sprague) ประธานเจ้าหน้าที่บริหารฝ่ายการเงิน
	ขอบเขตนโยบาย:	การเงิน
	อ้างอิง:	

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลรักษาเพื่อการกุศล)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่อ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลรักษาเพื่อการกุศล) ที่มีให้บริการ ณ สถานพยาบาลต่างๆ ของโรงพยาบาล Sutter Health
และเพื่อสรุปย่อขั้นตอนการตรวจสอบคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

นโยบาย

เป็นนโยบายของโรงพยาบาล Sutter Health
ที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นเอกสารที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินที่ยึดตามรายได้ (การดูแลรักษาเพื่อการกุศล) ให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ

ขอบเขต

นโยบายนี้จะบังคับใช้กับสถานพยาบาลต่างๆ ของโรงพยาบาลทั้งหมดที่ได้รับใบอนุญาตที่ดำเนินการโดย Sutter Health หรือ กิจการในเครือ (ได้นิยามคำนี้ไว้ในกฎระเบียบข้อบังคับของ Sutter Health) และโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหมดที่ซึ่ง Sutter Health และ/หรือ
กิจการในเครือมีการควบคุมด้วยการลงคะแนนเสียงในลักษณะโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือ
มีหุ้นทุนอยู่ในจำนวนมากกว่า 50% ต่อจากนี้เรียกว่า "โรงพยาบาล" หรือ "โรงพยาบาล Sutter Health"
(ดังที่ได้แสดงไว้ใน เอกสารแนบ ช) นโยบายนี้จะไม่บังคับใช้กับแพทย์หรือผู้ให้บริการเวชกรรมอื่นๆ ที่รวมถึงแพทย์ห้องฉุกเฉิน วิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสี แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พยาธิแพทย์ ฯลฯ ที่การบริการของพวกเขามิได้นำมารวมไว้ในใบแจ้งหนี้ของโรงพยาบาลเว้นแต่ได้ระบุไว้เป็นอย่างอื่น
นโยบายนี้ไม่ได้ทำให้เกิดเป็นหน้าที่รับผิดชอบสำหรับโรงพยาบาลที่จะจ่ายสำหรับการบริการของแพทย์ดังกล่าว หรือผู้ให้บริการทางเวชกรรมอื่นๆ
ในรัฐแคลิฟอร์เนียแพทย์ฉุกเฉินผู้ให้บริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลจะต้องให้ส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงผู้ที่อยู่ในระดับความยากจนของรัฐบาลกลางที่ระดับ 350 เปอร์เซ็นต์หรือต่ำกว่า

คำจำกัดความ

<u>การบริการที่ซับซ้อน/พิเศษ</u>: "การบริการที่ซับซ้อน/พิเศษ" คือการบริการที่โรงพยาบาล Sutter Health หรือโรงพยาบาลกำหนดเป็นการบริการที่ซับซ้อนและพิเศษ (เช่น การปลูกถ่าย การบริการตรวจและทดลองต่างๆ) และการบริการแบบไม่เร่งด่วนบางการบริการที่โดยทั่วไปแล้วจะไม่รวมไว้ในหลักประกันสุขภาพตามข้อตกลงของแผนประกันสุขภาพ (เช่น การทำหัตถการด้านความงาม)

<u>ระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง (FPL)</u>: "ระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง" คือมาตรวัดระดับรายได้ที่ได้มีการตีพิมพ์ประจำทุกปีโดยกระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาและโรงพยาบาลได้นำมาใช้เพื่อกำหนดความมีคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน

<u>ความช่วยเหลือทางการเงิน</u>*:* “ความช่วยเหลือทางการเงิน” หมายถึง การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมดและการรักษาพยาบาลเพื่อการกุศลสำหรับกรณีที่มีค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูง (ที่ได้สรุปย่อไว้ในหัวข้อ A.1 ความมีคุณสมบัติ)

<u>บริการของโรงพยาบาล</u>: “บริการของโรงพยาบาล” คือการบริการทั้งหมดที่โรงพยาบาลได้รับอนุญาตให้บริการที่รวมถึงการให้การดูแลรักษาที่จำเป็นและการบริการฉุกเฉิน (ยกเว้นการบริการที่ซับซ้อน/พิเศษ)

<u>ภาษาหลักของเขตพื้นที่การบริการของโรงพยาบาล:</u> “ภาษาหลักของเขตพื้นที่การบริการของโรงพยาบาล" คือภาษาที่ใช้ที่มีผู้ใช้ภาษาจำนวนน้อยกว่า 1,000 คน หรือ 5% ของคนในชุมชนที่โรงพยาบาลให้บริการโดยยึดตามการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน (Community Health Needs Assessment) เมื่อเร็วๆ นี้ที่โรงพยาบาลได้จัดทำขึ้น

<u>ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ</u>: "ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ" คือผู้ป่วยผู้ที่ไม่มีแหล่งชำระเงินบุคคลที่สามที่จะชำระเงินในส่วนใดส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลต่างๆ ที่รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะประกันสุขภาพของเอกชนทั่วไปและการประกันอื่นๆ โครงการประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้สนับสนุนหรือภาระผูกพันของกลุ่มบุคคลที่สามและจะรวมถึงผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพจากแหล่งการชำระค่ารักษาพยาบาลที่อาจมีทั้งหมดนั้นได้ใช้สิทธิการประกันนั้นหมดสิ้นก่อนการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

<u>ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ</u>: "ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ" คือผู้ป่วยผู้ที่มีแหล่งชำระเงินที่เป็นบุคคลที่สามสำหรับค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของพวกเขาในบางส่วนแต่ไม่รวมผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพ Medi-Cal

<u>ความรับผิดชอบของผู้ป่วย</u>: "ความรับผิดชอบของผู้ป่วย" คือจำนวนเงินที่ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะต้องจ่ายนอกรายการภายหลังการหักจากการประกันสุขภาพที่กลุ่มบุคคลที่สามของผู้ป่วยได้กำหนดยอดจำนวนเงินที่อยู่ภายใต้ประกันสุขภาพของผู้ป่วย

ขั้นตอนวิธีการ

ก. **การคัดเลือกคุณสมบัติ**

1. <u>เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติ</u>: ในระหว่างขั้นตอนการเปิดรับสมัครที่ได้กำหนดไว้ในหัวข้อ ข และ ค ด้านล่างนั้น
โรงพยาบาลจะใช้เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติดังต่อไปนี้เพื่อการรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ประเภทของความช่วยเหลือทางการเงิน	เกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติของผู้ป่วย	ส่วนลด
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมด	ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้ครัวเรือน (ดังที่ได้นิยามไว้ด้านล่าง) ที่ระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ล่าสุดของรัฐบาลกลาง	การให้ส่วนลดทั้งหมดของค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการบริการของโรงพยาบาล
การดูแลรักษาเพื่อการกุศลกรณีที่มีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง (สำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ)	1. ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่มีรายได้ครัวเรือน (ดังที่ได้นิยามไว้ด้านล่าง) ที่ระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ล่าสุดของรัฐบาลกลาง **<u>และ</u>** 2. ค่ารักษาพยาบาลสำหรับพวกเขาหรือครอบครัวของพวกเขา (ที่ได้เกิดขึ้น ณ โรงพยาบาลหรือที่ได้จ่ายให้กับผู้ให้บริการอื่นๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ที่เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย	การให้ส่วนลดสำหรับค่าใช้จ่ายที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยสำหรับการบริการของโรงพยาบาล

2. การคำนวณรายได้ครัวเรือน:
เพื่อหาความมีคุณสมบัติของผู้ป่วยสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินดังนั้นโรงพยาบาลจึงทำการคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ได้ดังนี้:

ก. ครอบครัวของผู้ป่วย: ครอบครัวของผู้ป่วยจะทำการตรวจสอบในลักษณะดังต่อไปนี้:

1) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีนั้นครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส คนที่อยู่กินกันธรรมดาไม่ได้แต่งงานกัน และบุตรที่ต้องพึ่งพาที่อายุต่ำกว่า 21 ปี ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม

2) ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์: สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีนั้นครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ ญาติผู้ดูแล และ ลูกคนอื่นๆ ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีของพ่อและแม่(พ่อหรือแม่) หรือ ญาติผู้ดูแล

ข. การพิสูจน์รายได้ครัวเรือน:
ผู้ป่วยจะต้องให้หลักฐานรายละเอียดค่าจ้างหรือแบบรายงานภาษีเป็นการเอกสารพิสูจน์แสดงรายได้
รายได้ครัวเรือนคือรายได้รายปีของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของผู้ป่วยจากช่วง 12 เดือนก่อนหรือก่อนปีภาษีที่ได้แสดงไว้ในรายละเอียดค่าจ้างล่าสุดหรือรายงานภาษีรายได้หักค่าเลี้ยงดูและเงินอุดหนุนดูแลบุตร
รายได้ที่นำมาใช้ในการคำนวณในที่นี้คือแหล่งของรายได้ทุกรูปแบบ เช่น เงินเดือนและค่าจ้าง รายได้เกษียณอายุ ความช่วยเหลือที่ใกล้เคียงกับเงินแจกจากรัฐ เช่น โครงการแสตมป์อาหารและผลกำไรจากการลงทุน
รายได้รายปีคือรายได้ครัวเรือนรายล่าสุดที่คำนวณแบบรายปี โรงพยาบาล Sutter อาจทำการตรวจสอบรายได้โดยการใช้บริการของผู้ให้บริการภายนอกสำหรับการตรวจสอบความมีคุณสมบัติตามข้อสันนิษฐานหากบริการดังกล่าวเป็นเพียงการตรวจสอบความมีคุณสมบัติที่ใช้เฉพาะข้อมูลที่นโยบายนี้ได้กำหนดไว้เท่านั้น

ค. การคำนวณรายได้ครัวเรือนสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต:
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ไม่มีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่นั้นถือว่าไม่มีรายได้สำหรับการคำนวณรายได้ครัวเรือน
ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีเอกสารหลักฐานสำหรับการแสดงรายได้ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต
อย่างไรก็ตามเอกสารด้านทรัพย์สินอาจจำเป็น
คู่สมรสที่มีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตอาจยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้

3. การคำนวณรายได้ครัวเรือนเป็นค่าร้อยละของระดับวามยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง:
ภายหลังการหารายได้ครัวเรือนแล้วโรงพยาบาลอาจจะคำนวณระดับรายได้ครัวเรือนเปรียบเทียบกับระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางที่ได้แสดงไว้ในค่าร้อยละของระดับความยากจน
ตัวอย่างเช่น
หากระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลางสำหรับครอบครัวหนึ่งที่มีสมาชิกในครอบครัวสามคนมีรายได้ 20,000 ดอลลาร์และรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยคือ 60,000 ดอลลาร์ดังนี้โรงพยาบาลจะคำนวณรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ 300% ของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

โรงพยาบาลจะใช้วิธีการคำนวณนี้ในระหว่างขั้นตอนการรับสมัครเพื่อที่จะทราบว่าผู้ป่วยนั้นเข้าเกณฑ์รายได้ที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่

4. <u>กรณีพิเศษ – ประกันสุขภาพได้ใช้สิทธิ์จนหมดในระหว่างการพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน</u>:
กรณีที่ประกันสุขภาพจากบุคคลที่สามของผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพนั้นสามารถจ่ายได้เฉพาะจำนวนเงินที่คาดว่าจะได้รับส่วนหนึ่งสำหรับการพักรักษาตัวของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยได้ใช้สิทธิ์จนครบของประกันสุขภาพของพวกเขาเรียบร้อยแล้วในระหว่างการพักรักษาตัวดังนี้โรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยในยอดคงเหลือของยอดเงินที่เบิกคืนได้นั้นที่แต่เดิมผู้จ่ายที่เป็นบุคคลที่สามอาจจะต้องจ่ายหากผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพจนครบแล้ว
โรงพยาบาลจะไม่ติดตามเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยในจำนวนที่เกินจำนวนที่ครบกำหนดจ่ายจากผู้จ่ายที่เป็นบุคคลที่สามหากยังไม่ได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพจนครบและรวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายร่วมหรือประกันร่วมของผู้ป่วย
ผู้ป่วยผู้ที่มีค่าใช้จ่ายเกินระดับความคุ้มครองของประกันสุขภาพในระหว่างการพักรักษาตัวนั้นมีคุณสมบัติที่จะสามารถยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้
หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโรงพยาบาลจะให้ส่วนลดสำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการบริการที่โรงพยาบาลได้ให้บริการภายหลังที่ผู้ป่วยมียอดเกินระดับความคุ้มครองของประกัน

5. <u>การไม่มีคุณสมบัติ/เกณฑ์การคัดออกในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน</u>:
กรณีดังต่อไปนี้จะไม่สามารถขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ภายใต้นโยบายนี้:

    ก. <u>ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพที่ต้องการรับบริการที่ซับซ้อน/พิเศษ</u>:
    โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพผู้ที่ต้องการการบริการที่ซับซ้อน/พิเศษ (เช่น การปลูกถ่าย
    การตรวจหรือการทดลอง)และต้องการที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับการบริการดังกล่าวต้องได้รับการอนุมัติจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในฝ่ายการเงินของโรงพยาบาล (หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย)
    ก่อนที่จะให้การบริการดังกล่าวเพื่อที่จะมีสิทธิที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนั้น
    โรงพยาบาลจะจัดทำขั้นตอนหนึ่งขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการอนุมัติก่อนสำหรับการบริการที่จำเป็นต้องมีการอนุมัติดังกล่าวนั้น
    การบริการแบบไม่เร่งด่วนที่โดยปกติแล้วมักจะไม่รวมไว้ในหลักประกันสุขภาพตามข้อตกลงของแผนประกันสุขภาพ (เช่น
    การทำหัตถการด้านความงาม)นั้นไม่เข้าเกณฑ์สำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

    ข. <u>ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal ที่มีการจ่ายร่วม</u>:
    ผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal
    ผู้ที่รับผิดชอบที่จะจ่ายร่วมในค่าใช้จ่ายนั้นไม่มีคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อลดจำนวนเงินที่ต้องจ่ายร่วมนั้น
    โรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินสำหรับจำนวนเงินนี้จากผู้ป่วย

    ค. <u>ผู้ป่วยปฏิเสธไม่รับการบริการที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสุขภาพ</u>:
    ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพผู้ที่เลือกที่จะขอรับการบริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของข้อตกลงประกันสุขภาพของผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วยในองค์กรจัดการสุขภาพ (HMO)
    ผู้ที่ร้องขอรับบริการนอกเครือข่ายจาก Sutter หรือ

ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อจากโรงพยาบาล Sutter ไปยังสถานพยาบาลในเครือ)
นั้นไม่มีคุณสมบัติที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ง. <u>ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้จ่ายที่เป็นบุคคลที่สาม:</u>ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากผู้จ่ายที่เป็นบุคคลที่สามที่ปฏิเสธที่จะจ่ายค่าบริการเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้จ่ายในการที่จะตรวจสอบได้ว่าเป็นภาระหน้าที่ของผู้จ่ายที่เป็นบุคคลที่สามนั้นจะไม่มีคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

จ. <u>ผู้จ่ายจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง:</u>
หากผู้ป่วยได้รับค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจากผู้จ่ายที่เป็นแบบเรียกคืนค่าสินไหม โครงการประกันสุขภาพ Medicare Supplement หรือ ผู้จ่ายรายอื่นๆ
ผู้ป่วยรายนี้จะไม่มีคุณสมบัติที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับการบริการต่างๆ

ฉ. <u>การปลอมแปลงข้อมูล</u>:
โรงพยาบาลอาจปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยผู้ที่ปลอมแปลงข้อมูลเกี่ยวกับ รายได้ครัวเรือน ขนาดของครัวเรือน หรือ ข้อมูลอื่นๆ
ในการสมัครสำหรับการคัดเลือกความมีคุณสมบัติของพวกเขา

ช. <u>ส่วนรับคืนจากบุคคลที่สาม</u>:
หากผู้ป่วยได้รับการชำระหนี้หรือการตัดสินทางการเงินจากผู้ละเมิดที่เป็นบุคคลที่สามที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยดังนี้ผู้ป่วยต้องใช้สิทธิในการชำระหนี้หรือการตัดสินทางการเงินนั้นเพื่อจ่ายชำระในยอดคงเหลือในบัญชีของผู้ป่วยและไม่มีคุณสมบัติที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ซ. <u>การบริการทางวิชาชีพ (แพทย์):</u> การบริการของแพทย์ต่างๆ เช่น วิสัญญีแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสี แพทย์ที่ประจำที่โรงพยาบาล พยาธิแพทย์ ฯลฯ
จะไม่ได้อยู่ภายใต้ในข้อกำหนดของนโยบายนี้ ข้อยกเว้นได้อธิบายไว้ใน เอกสารแนบ ก
แพทย์จำนวนมากมีนโยบายการดูแลรักษาเพื่อการกุศลที่จะให้ผู้ป่วยสามารถยื่นขอรับการรักษาแบบฟรีหรือแบบมีส่วนลดได้
ผู้ป่วยควรขอข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดูแลรักษาเพื่อการกุศลของแพทย์โดยตรงจากแพทย์ของพวกเขา

ข. ขั้นตอนการรับสมัคร

1. โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะพยายามอย่างเต็มความสามารถในการขอข้อมูลจากผู้ป่วยเกี่ยวกับว่าการประกันสุขภาพหรือการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสุขภาพจากภาครัฐหรือภาคเอกชนนั้นครอบคลุมในการบริการต่างๆ ที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยแบบทั้งหมดหรือไม่หรือว่าเพียงบางส่วน ผู้ป่วยผู้ที่ระบุไว้ ณ ช่วงเวลาใดๆ
ว่าไม่มีความสามารถทางการเงินที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการของโรงพยาบาลจะได้รับการประเมินสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
เพื่อการคัดเลือกคุณสมบัติว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพดังนั้นผู้ป่วยหรือผู้รับรองของผู้ป่วยจะต้องพิสูจน์ยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ตระหนักรู้ถึงสิทธิในประกันสุขภาพหรือโครงการรัฐที่จะจ่ายหรือได้ส่วนลดในค่าใช้จ่ายนี้

ควรขอให้ผู้ป่วยทั้งหมดตรวจสอบสิทธิของพวกเขาที่อาจมีในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลหากพวกเขายังไม่ได้มีการตรวจสิทธิ์ดังกล่าว

2. ผู้ป่วยผู้ที่ต้องการที่จะสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือจะใช้แบบฟอร์มใบสมัครมาตรฐานของโรงพยาบาล Sutter Health ก็คือ "แบบฟอร์มใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน" เอกสารแนบ ข

3. ผู้ป่วยอาจขอความช่วยเหลือด้วยการกรอกใบสมัครคำร้องเพื่อขอความช่วยเหลือทางการเงินด้วยตัวเองที่โรงบาลต่างๆ ของโรงพยาบาล Sutter Health ที่ได้แสดงรายชื่อไว้ใน เอกสารแนบ ก หรือโทรศัพท์ติดต่อไปยังหมายเลข 855-398-1633, ผ่านทางอีเมล์ หรือ ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Sutter Health (www.sutterhealth.org)

4. ผู้ป่วยควรส่งใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินไปยังที่อยู่นี้ Sutter Health, P. O. Box 619010, Roseville, CA 95661-9998 Attn: Charity Care Application

5. ผู้ป่วยควรกรอกใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือให้เร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ภายหลังได้รับการบริการจากโรงพยาบาล กรณีไม่กรอกและส่งคืนใบสมัครภายใน 240 วันนับจากวันที่โรงพยาบาลได้จัดส่งใบเรียกเก็บเงินหลังการออกจากโรงพยาบาลไปยังผู้ป่วยนั้นอาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินได้

ค. การตรวจสอบเพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงิน

1. โรงพยาบาลจะพิจารณาใบสมัครของผู้ยื่นคำขอแต่ละรายสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงิน และจะให้ความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การมีคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ใน เอกสารแนบ ก.1 และได้รับ(หรือจะได้รับ) การบริการของโรงพยาบาล

2. นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถยื่นคำขอเพื่อรับความช่วยเหลือจากโครงการรัฐได้ซึ่งอาจจะต้องรอบคอบระมัดระวังหากผู้ป่วยบางรายต้องการการบริการที่ต่อเนื่อง

   a) โรงพยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการตรวจสอบว่าพวกเขามีคุณสมบัติที่จะขอรับความช่วยเหลือจากภาครัฐหรือความช่วยเหลืออื่นหรือไม่ หรือว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในโครงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ด้านสุขภาพของแคลิฟอร์เนีย (นั่นคือ โครงการ Covered California)

   b) หากผู้ป่วยสมัคร หรือมีใบสมัครที่อยู่ระหว่างการดำเนินการสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่น ณ เวลาเดียวกันกับที่ผู้ป่วยรายนี้ได้ยื่นคำร้องเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนั้นใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นนจะไม่ขัดขวางต่อความมีคุณสมบัติของผู้ป่วยสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินแต่อย่างใด

3. เมื่อได้ตรวจสอบว่าเป็นการดูแลรักษาเพื่อการกุศลแบบฟรีทั้งหมดหรือว่าเป็นการดูแลรักษาเพื่อการกุศลสำหรับกรณีที่มีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง เรียบร้อยแล้วโรงพยาบาลจะส่ง "แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบ" (เอกสารแนบ ง) ไปยังผู้ยื่นคำขอแต่ละรายเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการตัดสินใจของโรงพยาบาล

4. โดยผู้ป่วยจะมีคุณสมบัติสำหรับขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเป็นระยะเวลาหนึ่งปีหลังจากที่โรงพยาบาลได้ออกแบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบเพื่อส่งไปยังผู้ป่วย
หลังจากระยะเวลาหนึ่งปีผู้ป่วยต้องสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินใหม่อีกครั้ง

5. หากการตรวจสอบสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนั้นทำให้เกิดยอดคงเหลือทางด้านเครดิตแก่ผู้ป่วยการจ่ายคืนเงินยอดคงเหลือทางด้านเครดิตนั้นจะรวมถึงดอกเบี้ยจากยอดจำนวนเงินที่ชำระเกินนับจากวันที่จ่ายเงินของผู้ป่วยในอัตราดอกเบี้ยตามกฎหมาย (10% ต่อปี)
ตามประมวลกฎข้อบังคับด้านความปลอดภัยและสุขภาพ มาตรา 127440
ที่ได้บัญญัติไว้ว่าโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องจ่ายคืนยอดคงเหลือทางด้านเครดิตพร้อมดอกเบี้ยที่มีจำนวนเงินต่ำกว่าห้าดอลลาร์ (5 ดอลลาร์)

ง. ข้อโต้แย้ง

ผู้ป่วยอาจยื่นขอให้มีการทบทวนในการตัดสินใจของโรงพยาบาลในการปฏิเสธสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินที่การแจ้งไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทางการเงินของโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายได้รับทราบในมูลฐานของข้อโต้แย้งและการช่วยเหลือที่ต้องการภายในสามสิบ (30)
วันนับจากที่ผู้ป่วยได้รับหนังสือแจ้งที่นำไปสู่การเกิดข้อโต้แย้ง
ผู้ป่วยอาจยื่นข้อโต้แย้งโดยทางวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทางการเงินของโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจะพิจารณาทบทวนในข้อโต้แย้งของผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดและแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรของการตัดสินใจ

จ. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน

1. **ภาษา**: นโยบายนี้จะเขียนไว้ในภาษาหลักของเขตพื้นที่การบริการของโรงพยาบาล
นอกจากนี้หนังสือบอกกล่าว/การสื่อสารทั้งหมดที่ให้ในที่นี้จะมีอยู่ในหัวข้อ
ภาษาหลักของเขตพื้นที่การบริการของโรงพยาบาลและเป็นไปตามกฎหมายและกฎข้อบังคับแห่งรัฐและแห่งรัฐบาลกลาง

2. **ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในระหว่างการให้บริการของโรงพยาบาล**:

ก. การลงทะเบียน หรือ ก่อนการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล:
ในระหว่างช่วงก่อนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือในช่วงการลงทะเบียน
(หรือหลังจากนั้นไม่นานเท่าที่จะกระทำได้)โรงพยาบาลจะให้สำเนาเอกสารแนบ จ
หนึ่งชุดให้แก่ผู้ป่วยที่จะเป็นข้อมูลเสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เขียนในภาษาธรรมดาทั่วไปและนอกจากนี้ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของพวกเขาที่จะขอการประเมินความรับผิดชอบทางการเงินของพวกเขาสำหรับการบริการ
โรงพยาบาลจะระบุแผนกที่ผู้ป่วยสามารถที่จะติดต่อเพื่อขอข้อมูลและขอความช่วยเหลือในการยื่นคำร้องเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ข. ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน:
ผู้ป่วยผู้ที่อาจเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้นจะมีผู้ให้คำปรึกษาไว้คอยบริการซึ่งจะไปพบผู้ป่วยด้วยตนเองที่โรงพยาบาล
ผู้ให้คำปรึกษาทางการเงินนี้จะให้ใบสมัครแก่ผู้ป่วยสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและให้ข้อมูลติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้และช่วยเหลือในขั้นตอนการสมัคร

ค. บริการฉุกเฉิน:
กรณีการให้บริการฉุกเฉินโรงพยาบาลจะให้ข้อมูลสรุปย่อเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยในภาษาที่ธรรมดาทั่วไปโดยจะให้ข้อมูลโดยเร็วที่สุดภายหลังที่สภาวะทางร่างกายฉุกเฉินของผู้ป่วยนั้นมีความเสถียรภาพหรือทันทีที่ออกจากโรงพยาบาล

ง. การให้ใบสมัครในช่วงการออกจากโรงพยาบาล: ณ
ช่วงการออกจากโรงพยาบาลนั้นโรงพยาบาลจะให้สำเนาเอกสารแนบ จ
จำนวนหนึ่งชุดให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งจะให้ข้อมูลสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปที่อธิบายเ

กี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพจะได้รับ
ใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal และ
บริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับเด็กของรัฐแคลิฟอร์เนีย
หรือโครงการอื่นของรัฐที่อาจจะเกี่ยวข้อง

3. **<u>การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในช่วงเวลาอื่นๆ</u>**:

ก. <u>ข้อมูลติดต่อ</u>: ผู้ป่วยอาจโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-855-398-1633 หรือติดต่อฝ่ายต่างๆ
ของโรงพยาบาลที่ได้แสดงรายชื่อไว้ใน เอกสารแนบ ช
เพื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและความช่วยเหลือในขั้
นตอนการสมัคร

ข. <u>รายงานค่าใช้จ่าย</u>:
โรงพยาบาลจะส่งใบเรียกเก็บเงินที่เป็นไปตามนโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของโร
งพยาบาล Sutter Health รายงานค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยจะรวมเอา เอกสารแนบ จ
ซึ่งจะมีข้อมูลสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายการให้ความช่วยเหลือทางก
ารเงิน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถใช้เพื่อซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเ
งินและที่อยู่เว็บไซต์ที่ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเ
งินที่รวมถึง
นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นข้อมูลสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปและใบสมัคร
สำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
ข้อมูลสรุปย่อในสิทธิทางกฎหมายของคุณได้นำมาแสดงไว้ใน เอกสารแนบ ฉ
และยังแสดงไว้ในรายงานค่าใช้จ่ายขั้นสุดท้ายของผู้ป่วย

ค. <u>กรณีร้องขอ</u>: โรงพยาบาลอาจให้สำเนาเอกสารของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน
ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือ และ
สรุปย่อนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินที่ใช้ภาษาธรรมดาทั่วไปให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมีการร้
องขอและไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ

4. **<u>การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน</u>**:

ก. <u>การประกาศในที่สาธารณะ</u>:
โรงพยาบาลควรติดประกาศสำเนาเอกสารเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน
การสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และ
สรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินไว้ในสถานที่เ
ห็นได้ชัดเจนในห้องฉุกเฉิน พื้นที่การรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ
ในสถานที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลที่จะมีผู้ป่วยผ่านไปมาที่รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะห้องนั่งรอ
สำนักงานออกใบเรียกเก็บเงิน และส่วนการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
การติดประกาศให้สาธารณชนได้รับทราบนี้จะมีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการยื่นคำร้องเพื่อที่จะท
ราบถึงการประมาณจำนวนเงินที่จะต้องรับผิดชอบสำหรับการบริการต่างๆ

ข. <u>เว็บไซต์</u>: นโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงิน
ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปควรจะมีไว้ใ
นพื้นที่ที่โดดเด่นบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Sutter Health (www.sutterhealth.org)

และเว็บไซต์ของโรงพยาบาลในเครือแต่ละแห่ง
บุคคลที่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินไม่จำเป็นต้องสร้างบัญชีหรือให้ข้อมูลส่วนตัวก่อนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินนี้

ค. <u>ทางไปรษณีย์</u>:
ผู้ป่วยอาจร้องขอในสำเนาเอกสารของนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไปที่จัดส่งทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

ง. <u>การโฆษณา/ข่าวประชาสัมพันธ์</u> : เมื่อจำเป็นและอย่างน้อยในแต่ละปีโรงพยาบาล Sutter Health จะให้มีการโฆษณาเกี่ยวกับการมีโครงการช่วยเหลือทางการเงิน ณ ที่โรงพยาบาลโดยตีพิมพ์โฆษณาในหนังสือพิมพ์สำคัญๆ ในชุมชนที่โรงพยาบาล Sutter Health ให้บริการอยู่หรือเมื่อไม่ได้มีการให้บริการดังกล่าวโรงพยาบาลจะออกข่าวแจกที่แจ้งข้อมูลนี้ หรือใช้วิธีอื่นที่โรงพยาบาล Sutter Health ตัดสินว่าจะเผยแพร่นโยบายอย่างกว้างขวางเพื่อส่งผลต่อคนไข้ในชุมชน

จ. <u>การตระหนักรู้ในชุมชน</u>: โรงพยาบาล Sutter Health จะทำงานร่วมกับองค์กรต่างๆ ในเครือ แพทย์ คลินิกในชุมชนและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ เพื่อแจ้งให้สมาชิกในชุมชนได้รับทราบ (โดยเฉพาะผู้ที่น่าจะต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน)เกี่ยวกับการมีโครงการช่วยเหลือทางการเงินนี้

ฉ. เบ็ดเตล็ด

1. **<u>การบันทึกข้อมูลเอกสาร</u>**:
เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการความช่วยเหลือทางการเงินนี้จะต้องพร้อมที่จะเข้าถึงได้ โรงพยาบาลต้องเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพผู้ที่ได้รับบริการต่างๆ จากโรงพยาบาล จำนวนของใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ได้กรอก จำนวนของใบสมัครที่ผ่านการอนุมัติ
จำนวนเงินโดยประมาณของผลประโยชน์ด้านการประกันสุขภาพที่ได้รับ
จำนวนของใบสมัครที่ถูกปฏิเสธ และเหตุผลการถูกปฏิเสธ นอกจากนี้หมายเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอนุมัติ หรือ
การถูกปฏิเสธของผู้ป่วยสำหรับการยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนั้นควรป้อนข้อมูลลงในบัญชีของผู้ป่วยด้วย

2. **<u>แผนการชำระค่าบริการ</u>**
<u>ผู้ป่วยอาจมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ในแผนการชำระค่าบริการ โดยอาจมีเสนอและต่อรองในแผนการชำระค่าบริการนี้ภายใต้นโยบายการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล **Sutter Health**</u>

3. **<u>การแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงิน</u>**:
โรงพยาบาลอาจใช้ความพยายามตามความเหมาะสมในการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยสำหรับการชำระเงินค่าบริการ

ข้อมูลที่ได้มาในระหว่างขั้นตอนการสมัครสำหรับการยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจะต้องไม่นำมาใช้ในขั้นตอนของการเรียกเก็บเงินไม่ว่าจะกระทำโดยโรงพยาบาลหรือโดยหน่วยงานที่โรงพยาบาลให้ดูแลงานด้านการเรียกเก็บเงินก็ตาม การดำเนินการเรียกเก็บเงินทั่วไปอาจได้แก่ การออกรายงานค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย การโทรศัพท์ติดต่อ และการส่งต่อรายงานค่าใช้จ่ายไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับประกัน โรงพยาบาลในเครือและแผนกวงจรรายได้จะต้องจัดทำขั้นตอนวิธีการต่างๆ เพื่อให้แน่ใจว่าได้มีการศึกษาและแก้ไข (หากเกี่ยวข้อง) ในข้อสงสัยและการร้องเรียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับใบเรียกเก็บเงินพร้อมด้วยการติดตามผลกับผู้ป่วยในโอกาสที่เหมาะสม โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการการเรียกเก็บเงินจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพิเศษของการเรียกเก็บเงิน (ดังที่ได้อธิบายไว้ในนโยบายการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล Sutter Health)อาจขอสำเนาเอกสารนโยบายการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล Sutter Health ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Sutter Health ได้ที่ sutterhealth.org โดยการโทรศัพท์ติดต่อได้ที่หมายเลข 855-398-1633 หรือ ภายในฝ่ายทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล สำนักงานให้บริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยและแผนกบริการฉุกเฉิน

4. <u>การยื่นต่อสำนักงานวางแผนและพัฒนาสุขภาพทั่วรัฐ (OSHPD)</u>:
   โรงพยาบาล Sutter Health จะยื่นนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงินต่อสำนักงานวางแผนและพัฒนาด้านสุขภาพทั่วรัฐ (OSHPD) สามารถค้นหานโยบายต่างๆ ได้บนเว็บไซต์ของสำนักงานฯ ได้ที่นี่: https://syfphr.oshpd.ca.gov/

5. <u>จำนวนเงินที่จะเรียกเก็บโดยทั่วไป</u>
   <u>ตามประมวลสรรพากร มาตรา 1, 501 (r)-5</u>
   <u>นั้นโรงพยาบาลได้รับเอาวิธีการของการประกันสุขภาพแบบ **Medicare**</u>
   <u>แบบไปข้างหน้าสำหรับการคำนวณจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปอย่างไรก็ตามผู้ป่วยผู้ที่เข้าเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงินในจำนวนเงินที่มากกว่าจำนวนเงินที่จะเรียกเก็บโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์นี้ไม่ต้องจ่ายในจำนวนเงินใดๆ</u>
6.

อ้างอิง

ประมวลกฎข้อบังคับสรรพากร มาตรา 501 (r)

ประมวลกฎข้อบังคับรัฐบาลกลาง 26 ประการ มาตรา 1.501(r)-1 ถึง 1.501(r)-7

ประมวลกฎระเบียบด้านสุขภาพและความปลอดภัยแคลิฟอร์เนีย มาตรา 124700 ถึง 127446

นโยบายนี้มุ่งหมายที่จะให้อ่านประกอบกับนโยบายการแจ้งหนี้และเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล Sutter Health (นโยบายการเงิน 14-227)

เอกสารแนบ

เอกสารแนบ ก - ผู้ให้บริการที่อยู่และไม่ได้อยู่ภายใต้นโยบายนี้
เอกสารแนบ ข - ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
เอกสารแนบ ค - ใบงานสำหรับการคำนวณความช่วยเหลือทางการเงิน
เอกสารแนบ ง -
แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจสอบความมีคุณสมบัติสำหรับการดูแลรักษาเพื่อการกุศลของโรงพยาบาล Sutter Health
เอกสารแนบ จ - ข้อมูลสำคัญของการแจ้งหนี้สำหรับผู้ป่วย
เอกสารแนบ ฉ - หนังสือชี้แจงสิทธิ
เอกสารแนบ ช - สถานที่ตั้งและที่อยู่เว็บไซต์ของโรงพยาบาลในเครือของโรงพยาบาล Sutter Health สำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

เอกสารแนบ ก

ผู้ให้บริการที่อยู่และไม่ได้อยู่ภายใต้นโยบายนี้

รายชื่อผู้ให้บริการต่างๆ ที่ได้แสดงไว้ที่ http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html ถือว่า**อยู่** ภายใต้นโยบายนี้

รายชื่อของผู้ให้บริการที่ได้แสดงไว้ที่ http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html ถือว่า **ไม่ได้อยู่** ภายใต้นโยบายนี้

เอกสารแนบ ข
ใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ชื่อผู้ป่วย _____ คู่สมรส _____
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
บัญชี# _____ SNN _____ _____
(ผู้ป่วย) (คู่สมรส)

สถานะครอบครัว: โปรดแสดงรายชื่อของคู่สมรส คู่อยู่กันฉันสามีภรรยา หรือ ลูกๆ ที่อยู่ในวัยต่ำกว่า 21 ปี หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ ให้แสดงรายชื่อของพ่อและแม่ ญาติผู้ดูแล และพี่น้องที่อายุต่ำกว่า 21 ปี

ชื่อ	อายุ	ความสัมพันธ์
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

การจ้างงานและอาชีพ

นายจ้าง _____ ตำแหน่ง: _____
บุคคลติดต่อและโทรศัพท์:_____
กรณีธุรกิจส่วนตัว, ชื่อของธุรกิจ:_____

นายจ้างของคู่สมรส: _____ ตำแหน่ง: _____
ผู้ติดต่อและโทรศัพท์:_____
กรณีธุรกิจส่วนตัว, ชื่อของธุรกิจ_____

รายได้ต่อเดือนปัจจุบัน

		ผู้ป่วย	ครอบครัวอื่น
	Gross Pay (รายได้ก่อนหักภาษี)		
บวกเพิ่ม:	รายได้จากการประกอบธุรกิจ (กรณีธุรกิจส่วนตัว)	_____	_____
บวกเพิ่ม:	รายได้อื่นๆ: ดอกเบี้ยและเงินปันผล	_____	_____
	จากอสังหาริมทรัพย์หรือทรัพย์สินส่วนตัว	_____	_____
	ประกันสังคม	_____	_____
	อื่นๆ (โปรดระบุ):	_____	_____
	ค่าเลี้ยงดูหรือเงินอุดหนุนที่ได้รับ	_____	_____
หักออก:	ค่าเลี้ยงดู เงินอุดหนุนที่ได้จ่าย	_____	_____
เท่ากับ:	รายได้รายเดือนปัจจุบัน	_____	_____
	รายได้รายเดือนปัจจุบันทั้งหมด(บวกเพิ่ม ผู้ป่วย + คู่สมรส)	_____	_____
	รายได้จากรายการข้างต้น	_____	_____

ขนาดครอบครัว

จำนวนสมาชิกครอบครัวทั้งหมด _____
(บวกเพิ่ม ผู้ป่วย, พ่อแม่ (สำหรับผู้ป่วยผู้เยาว์) คู่สมรส และลูกๆ จากรายการข้างต้น)

	ใช่	ไม่ใช่
คุณมีประกันสุขภาพหรือไม่?	□	□

คุณมีประกันอื่นๆ หรือไม่ที่อาจเกี่ยวข้อง (เช่น นโยบายด้านยานยนต์)? □ □
คุณเคยบาดเจ็บที่เกิดจากบุคคลอื่น (เช่น ในระหว่างอุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือ การลื่นหกล้ม)หรือไม่? □ □

โดยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้เท่ากับว่าข้าพเจ้าเห็นพ้องยินยอมที่จะให้โรงพยาบาล Sutter Health ตรวจสอบการจ้างงานเพื่อที่จะทราบถึงความมีคุณสมบัติของข้าพเจ้าในการยื่นขอรับส่วนลดทางการเงิน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจจำเป็นจะต้องให้มีการพิสูจน์ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้นั้น

_____ _____
(ลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือผู้รับรอง) (วันที่)

_____ _____
(ลายมือชื่อของคู่สมรส) (วันที่)

เอกสารแนบ ค
ใบงานสำหรับการคำนวณความช่วยเหลือทางการเงิน

ชื่อผู้ป่วย: _____ บัญชีผู้ป่วย#*:* _____
โรงพยาบาล: _____

กรณี/ข้อพิจารณาพิเศษ: _____
_____
_____
_____

	ใช่	ไม่ใช่
ผู้ป่วยมีประกันสุขภาพหรือไม่?	□	□
ผู้ป่วยมีคุณสมบัติสำหรับโครงการ Medicare หรือไม่?	□	□
ผู้ป่วยมีคุณสมบัติสำหรับโครงการ Medi-Cal หรือไม่?	□	□
ผู้ป่วยมีคุณสมบัติสำหรับโครงการอื่นๆ ของรัฐ (นั่นคือ เหยื่ออาชญากรรม ฯลฯ) หรือไม่?	□	□

หากผู้ป่วยสมัคร หรือมีใบสมัครที่อยู่ระหว่างการดำเนินการสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่น ณ เวลาเดียวกันกับที่ผู้ป่วยรายนี้ได้ยื่นคำร้องสำหรับโครงการการให้ส่วนลดหรือโครงการการดูแลรักษาเพื่อการกุศลดังนี้ ใบสมัครนี้จะไม่ขัดขวางต่อความมีคุณสมบัติของผู้ป่วยสำหรับโครงการอื่น

ผู้ป่วยมีประกันภัยอื่น (นั่นคือ โครงการ medpay สำหรับยานยนต์) หรือไม่?	□	□
ผู้ป่วยได้รับการประกันสุขภาพจากบุคคลที่สามหรือไม่?	□	□
ผู้ป่วยจ่ายเงินเองใช่ไหม?	□	□

การคำนวณความช่วยเหลือทางการเงิน:
รายได้ครัวเรือนรายเดือนปัจจุบันรวมทั้งหมด _____ดอลลาร์
(ตั้งแต่การสมัครสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงิน)

ขนาดครอบครัว (ตั้งแต่การสมัครสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงิน) _____

เข้าเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโครงการความช่วยเหลือ เข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์

เอกสารแนบ ง

แบบฟอร์มการแจ้งให้ทราบ
โรงพยาบาล SUTTER HEALTH
การตรวจสอบความมีคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

โรงพยาบาล Sutter Health ได้จัดทำการตรวจสอบความมีคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับ:

_____	_____	_____
ชื่อผู้ป่วย	เลขที่บัญชี	วันที่เข้ารับบริการ

คำร้องเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้จัดทำโดยผู้ป่วยหรือในนามของผู้ป่วยเมื่อวันที่_____
การตรวจสอบนี้ได้เสร็จสมบูรณ์เมื่อวันที่ _____.

ได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติต่างๆ ดังต่อไปนี้โดยยึดจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือในนามผู้ป่วย:

คำร้องของคุณเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้รับการอนุมัติสำหรับการบริการต่างๆ ที่ได้รับเมื่อวันที่
_____
ภายหลังการหักลดจากความช่วยเหลือทางการเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวนที่ต้องจ่ายชำระคือ
_____*ดอลลาร์*

คำร้องของคุณสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินนั้นอยู่ระหว่างขั้นตอนการอนุมัติ
อย่างไรก็ตามจะต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้ก่อนที่จะสามารถปรับปรุงรายการในบัญชีของคุณได้

_____
_____
_____
_____
_____

คำร้องของคุณสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ถูกปฏิเสธเนื่องจาก:

เหตุผล: _____
_____
_____
_____
_____

การให้ความช่วยทางการเงินนั้นขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และความเที่ยงตรงของข้อมูลที่ให้แก่โรงพยาบาล
กรณีที่โรงพยาบาลทราบว่าคุณเคยมีอาการบาดเจ็บอันเนื่องจากบุคคลที่สาม คุณมีรายได้เพิ่มเติม
คุณมีการประกันสุขภาพอื่นเพิ่มเติม หรือ
ให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลที่ไม่เที่ยงตรงที่เกี่ยวกับความสามารถของคุณในการจ่ายค่าบริการที่ได้รับนั้นโรงพยา

บาลอาจยกเลิกการให้ความช่วยเหลือทางการเงินและให้คุณและ/หรือบุคคลที่สามนั้นรับผิดชอบสำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล

หากได้ส่งใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นในช่วงเวลาเดียวกับที่คุณได้ส่งใบสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนี้ใบสมัครนี้จะไม่ขัดขวางต่อการมีคุณสมบัติสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นแต่อย่างใด

หากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณสมบัติกรุณาติดต่อ:

_____

บริการทางการเงินแก่ผู้ป่วย
855-398-1633

เอกสารแนบ จ

ข้อมูลสำคัญของการแจ้งหนี้สำหรับผู้ป่วย
สรุปย่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยภาษาธรรมดาทั่วไป

ขอบคุณสำหรับการเลือกโรงพยาบาล Sutter Health
เอกสารประกอบนี้มุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยของเราเข้าใจเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินที่ให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เข้าใจในขั้นตอนการสมัครสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินและตัวเลือกต่างๆ
ในการจ่ายค่าบริการของคุณ ใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลของคุณจะไม่รวมเอาค่าใช้จ่ายต่างๆ
สำหรับการบริการที่คุณอาจได้รับในระหว่างการพักรักษาในโรงพยาบาลของคุณจากแพทย์ผู้รักษา
วิสัญญีแพทย์ นักวิชาชีพทางคลินิก บริษัทให้บริการรถพยาบาล และ
ผู้ให้บริการที่อาจส่งใบเรียกเก็บเงินไปยังคุณสำหรับบริการของพวกเขา
หากคุณต้องการขอความช่วยเหลือในการชำระค่าใช้จ่ายของคุณจากผู้ให้บริการอื่นๆ
เหล่านี้คุณจะต้องติดต่อกับผู้ให้บริการเหล่านั้นโดยตรง

บริการฉุกเฉิน:
หากคุณได้รับบริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลคุณจะได้รับใบเรียกเก็บเงินต่างหากสำหรับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน สำหรับข้อสงสัยต่างๆ
ที่เกี่ยวข้องกับการบริการของแพทย์ในห้องฉุกเฉินกรุณาติดต่อโดยตรงกับแพทย์ดังกล่าว
แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน ดังที่ได้ให้คำจำกัดความไว้ในมาตรา 127450
ของประมวลกฎข้อบังคับด้านความปลอดภัยและสุขภาพว่าเป็นผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้บริการรักษาแบบฉุกเฉินโดยกฎหมายบัญญัติให้มีการให้ส่วนลดแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงผู้ที่มีรายได้ในระดับ 350% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

ตัวเลือกการชำระค่าบริการ: โรงพยาบาล Sutter Health
มีหลายตัวเลือกที่จะช่วยคุณในการจ่ายค่าบริการของโรงพยาบาล

แผนการชำระค่าบริการ: ยอดคงเหลือในบัญชีของผู้ป่วยครบกำหนดชำระทันทีที่ได้รับ
ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะจัดการการชำระเงินสำหรับบิลค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
จะต้องมีการลงลายมือชื่อในข้อตกลงทางการเงินก่อนที่สำนักงานบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับในการจัดการชำระเงินต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจ่ายชำระค่าบริการของโรงพยาบาลเลยเวลาได้
การจัดการชำระเงินเหล่านี้เป็นไปในลักษณะปลอดดอกเบี้ยสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีประกันสุขภาพและสำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่มีรายได้ระดับหนึ่งที่มีรักษาพยาบาลระดับสูง
แผนการชำระเงินจะเป็นการต่อรองระหว่างโรงพยาบาลและผู้ป่วย

ความมีคุณสมบัติสำหรับโครงการประกันสุขภาพ Medi-Cal และโครงการของรัฐ:
คุณอาจมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์สำหรับโครงการประกันสุขภาพของรัฐ โรงพยาบาล Sutter Health
มีพนักงานที่พร้อมจะช่วยเหลือคุณในการสมัครเพื่อเข้าโครงการรัฐต่างๆ เช่น โครงการ Medi-Cal
กรุณาติดต่อฝ่ายความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลข (855) 398-1633
หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการของรัฐหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัครเข้าโครงการดังกล่าว สถานพยาบาลแห่งนี้ยังทำสัญญาร่วมกับองค์กรต่างๆ
ที่อาจช่วยคุณในการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือจากรัฐบาลหากคุณต้องการ

โครงการประกันสุขภาพCovered Califomia:
คุณอาจมีคุณสมบัติที่จะขอรับการประกันสุขภาพภายใต้โครงการ Covered California

ซึ่งเป็นโครงการการแลกเปลี่ยนการประกันสุขภาพแคลิฟอร์เนียภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยการดูแลรักษาในราคาที่ไม่แพง (Affordable Care Act)
กรุณาติดต่อแผนกความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาลได้ที่หมายเลข (855) 398-1633
สำหรับการขอรายละเอียดและความช่วยเหลือเพื่อที่จะทราบว่าคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับการประกันสุขภาพผ่านโครงการ Covered California หรือไม่

สรุปย่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลรักษาเพื่อการกุศล): โรงพยาบาล Sutter Health มุ่งมั่นที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่มีรายได้น้อยและผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพที่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสัดส่วนที่มาก
ในส่วนด้านล่างนี้จะเป็นสรุปย่อเกี่ยวกับข้อกำหนดด้านคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและขั้นตอนการยื่นคำขอสำหรับผู้ป่วยผู้ที่ต้องการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้ป่วยในหมวดหมู่ต่างๆ ดังต่อไปนี้เป็นผู้ป่วยผู้ที่มีสิทธิที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

- ผู้ป่วยผู้ที่ไม่มีผู้จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลที่เป็นบุคคลที่สาม เช่น บริษัทประกัน หรือ โครงการรัฐบาล สำหรับสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลของพวกเขา **และ** มีรายได้ครัวเรือนที่ระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

- ผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่มี (ก) รายได้ครัวเรือนในระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง **และ** (ข) ค่ารักษาพยาบาลสำหรับพวกเขาหรือครอบครัวของพวกเขา (ที่ได้เกิดขึ้น ณ โรงพยาบาลในเครือหรือที่ได้จ่ายให้กับผู้ให้บริการอื่นๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ที่เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่ได้ใช้สิทธิการประกันสุขภาพของพวกเขาหมดสิ้นก่อนหรือในระหว่างการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและมีรายได้ครัวเรือนในระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

คุณอาจยื่นคำขอเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงินได้โดยการใช้แบบฟอร์มคำขอที่มีให้ที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยซึ่งตั้งอยู่ที่แผนกทะเบียน/เข้าถึงผู้ป่วยของโรงพยาบาล
หรือโทรติดต่อที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 855-398-1633 หรือ
ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Sutter Health หรือของโรงพยาบาล (www.sutterhealth.org)
คุณยังสามารถยื่นคำขอได้โดยการติดต่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยผู้ที่จะช่วยคุณในการกรอกใบสมัคร
ในระหว่างขั้นตอนการสมัครนี้จะขอให้คุณให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของคุณ รายได้ประจำเดือนและข้อมูลอื่นๆ
ที่จะช่วยให้โรงพยาบาลทราบในคุณสมบัติของคุณสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
อาจขอให้คุณให้เอกสารด้านภาษีหรือรายละเอียดค่าจ้างเพื่อช่วยให้โรงพยาบาล Sutter ในการยืนยันรายได้ของคุณ

ภายหลังการยื่นใบสมัครเรียบร้อยแล้วโรงพยาบาลจะทบทวนในข้อมูลและแจ้งไปยังคุณในลักษณะเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณ หากคุณมีข้อสงสัยใดๆ
ระหว่างขั้นตอนการสมัครนี้คุณอาจติดต่อสำนักงานของฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (855) 398-1633

หากคุณไม่เห็นพ้องกับการตัดสินใจของโรงพยาบาลคุณอาจยื่นข้อโต้แย้งไปยัง
สำนักงานของฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้

สำเนาของนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล ข้อมูลสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไป และใบสมัครเช่นเดียวกับการสมัครเข้าโครงการของรัฐบาลนั้นจะมีไว้บริการ (ในหลายภาษา)สามารถติดต่อขอรับด้วยตนเองได้ที่สำนักงานของการบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยและที่เว็บไซต์ sutterhealth.org และโดยทางไปรษณีย์
นอกจากนี้เรายังสามารถส่งสำเนาของนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงินให้คุณได้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ หากคุณติดต่อสำนักงานบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยของเราที่หมายเลข 855-398-1633

ตามประมวลสรรพากร มาตรา , 501 (r)-5 นั้นโรงพยาบาลได้รับเอาวิธีการของการประกันสุขภาพแบบ Medicare
แบบไปข้างหน้าสำหรับการคำนวณจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปอย่างไรก็ตามผู้ป่วยผู้ที่เข้าเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงินในจำนวนเงินที่มากกว่าจำนวนเงินที่จะเรียกเก็บโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์นี้ไม่ต้องจ่ายในจำนวนเงินใดๆ
ใบสมัครอยู่ระหว่างการดำเนินการ:
หากได้ส่งใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นในช่วงเวลาเดียวกับที่คุณได้ส่งใบสมัครเพื่อการรับการรักษาเพื่อการกุศลนี้ใบสมัครนี้จะไม่ขัดขวางต่อการมีคุณสมบัติสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นแต่อย่างใด

หนังสือบอกกล่าวการให้บริการการประเมินค่าใช้จ่าย:
คุณอาจร้องขอการประเมินค่าใช้จ่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับค่าใช้จ่ายในส่วนความรับผิดชอบของคุณสำหรับค่าบริการของโรงพยาบาล การร้องขอการประเมินค่าใช้จ่ายนี้ต้องกระทำในระหว่างเวลาทำการ การประเมินค่าใช้จ่ายจะทำให้คุณทราบจำนวนเงินโดยประมาณที่โรงพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยจ่ายชำระสำหรับการบริการรักษาพยาบาล การทำหัตถการ และสิ่งต่างๆ ที่คาดว่าจะได้รับจากโรงพยาบาล การประเมินค่าจะยึดตามระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและบริการต่างๆ ที่ได้รับสำหรับการวินิจฉัยของผู้ป่วย
โดยอาจไม่สามารถให้คำมั่นสัญญาได้ว่าการบริการนั้นจะเป็นค่าใช้จ่ายที่คงที่ ความรับผิดชอบทางการเงินของผู้ป่วยอาจจะมากกว่า หรือ น้อยกว่าจำนวนที่ได้ประมาณค่าซึ่งจะยึดตามการบริการแท้จริงที่ผู้ป่วยได้รับ

โรงพยาบาลจะสามารถให้ตัวเลขประมาณค่าในจำนวนการบริการของโรงพยาบาล เท่านั้น อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการบริการจากแพทย์ในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคุณ เช่น ใบเรียกเก็บเงินจากแพทย์ส่วนตัว และจากวิสัญญีแพทย์ พยาธิแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสี บริษัทที่บริการรถพยาบาล หรือ นักวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆ ผู้ที่มิใช่พนักงานของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับบิลค่าใช้จ่ายต่างหากจากบริการต่างๆ เหล่านี้

หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับค่าประมาณที่เป็นลายลักษณ์อักษร กรุณาติดต่อฝ่ายเข้าถึงผู้ป่วยได้ที่หมายเลข 855-398-1637 หากคุณมีข้อสงสัยใดๆ หรือ หากคุณต้องการจ่ายโดยทางโทรศัพท์ กรุณาติดต่อฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วย ได้ที่หมายเลข 855-398-1633

เอกสารแนบ ฉ

<u>หนังสือชี้แจงสิทธิ</u>

ขอบคุณสำหรับการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล Sutter Health
ได้แนบเอกสารรายงานค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของคุณ
การชำระเงินครบกำหนดชำระในทันที.
คุณอาจมีสิทธิ์ที่จะได้รับส่วนลดหากคุณเข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติทางการเงินบางประการซึ่งได้อธิบายไว้ด้านล่าง หรือ
อาจได้ส่วนลดหากคุณทำการชำระเงินโดยทันที

กรุณาพึงทราบว่านี่เป็นใบเรียกเก็บเงินสำหรับค่าบริการของโรงพยาบาลเท่านั้น
อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการบริการจากแพทย์ในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคุณ เช่น
ใบเรียกเก็บเงินจากแพทย์ผู้รักษา และจากวิสัญญีแพทย์ พยาธิแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสี
การบริการรถพยาบาล หรือ นักวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆ ผู้ที่มิใช่พนักงานของโรงพยาบาล
คุณอาจได้รับใบเรียกเก็บเงินสำหรับบริการของพวกเขา

<u>สรุปย่อสิทธิของคุณ</u>:
กฎหมายแห่งรัฐและกฎหมายรัฐบาลกลางได้บัญญัติไว้ว่าผู้เรียกเก็บหนี้จะต้องปฏิบัติกับคุณอย่างเป็นธรรมและห้ามมิให้
ผู้เรียกเก็บหนี้จัดทำรายงานค่าใช้จ่ายที่เป็นเท็จหรือคุกคามด้วยความรุนแรงโดยการใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย หรือ
ดูหมิ่นหรือสื่อสารพูดคุยในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลที่สามที่รวมถึงนายจ้างของคุณ
ผู้เรียกเก็บหนี้จะต้องไม่ติดต่อคุณก่อนเวลา 8 นาฬิกาตอนเช้า หรือ หลังจาก 9
นาฬิกาตอนเย็นยกเว้นในบางสถานการณ์ที่ผิดปกติ
โดยทั่วไปผู้เรียกเก็บหนี้จะต้องไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหนี้ของคุณแก่ผู้อื่นนอกจากทนายหรือคู่สมรสของคุณ
ผู้เรียกเก็บหนี้อาจติดต่อผู้อื่นเพื่อยืนยันสถานที่อยู่ของคุณ หรือ เพื่อการบังคับคดี
สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินการต่างๆ
ในการเรียกเก็บหนี้คุณอาจติดต่อคณะกรรมการการค้าของรัฐบาลกลางที่หมายเลขโทรศัพท์ 1-877-FTC-HELP (382-4357) หรือติดต่อทางออนไลน์ได้ที่ www.ftc.gov

หน่วยงานไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการให้คำปรึกษาด้านหนี้สินต่างๆ เช่น
ความช่วยเหลือผู้บริโภคจากสำนักงานกฎหมายท้องถิ่นนั้นอาจมีให้บริการในพื้นที่ของคุณ
กรุณาติดต่อสำนักงานบริการทางการเงินของผู้ป่วยได้ที่หมายเลข 855-398-1633 สำหรับการส่งต่อ

โรงพยาบาล Sutter Health
มีข้อตกลงกับหน่วยงานเรียกเก็บเงินจากภายนอกเพื่อเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วย
หน่วยงานเรียกเก็บเงินจะต้องปฏิบัติตามนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาล
หน่วยงานเรียกเก็บเงินจะต้องปฏิบัติตามนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาล

<u>ความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลรักษาเพื่อการกุศล)</u>: โรงพยาบาล Sutter Health
มุ่งมั่นที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่มีรายได้น้อยและผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพที่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสัดส่วนที่มาก
ในส่วนด้านล่างนี้จะเป็นสรุปย่อเกี่ยวกับข้อกำหนดด้านคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและขั้นตอนการยื่นคำขอสำหรับผู้ป่วยผู้ที่ต้องการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้ป่วยในหมวดหมู่ต่างๆ
ดังต่อไปนี้เป็นผู้ป่วยผู้ที่มีสิทธิที่จะขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

- ผู้ป่วยผู้ที่ไม่มีผู้จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลที่เป็นบุคคลที่สาม เช่น บริษัทประกัน หรือ โครงการรัฐบาล สำหรับสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลของพวกเขา **และ** มีรายได้ครัวเรือนที่ระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

- ผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่มี (ก) รายได้ครัวเรือนในระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง **และ** (ข) ค่ารักษาพยาบาลสำหรับพวกเขาหรือครอบครัวของพวกเขา (ที่ได้เกิดขึ้น ณ โรงพยาบาลในเครือหรือที่ได้จ่ายให้กับผู้ให้บริการอื่นๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ที่เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่ได้ใช้สิทธิการประกันสุขภาพของพวกเขาหมดสิ้นก่อนหรือในระหว่างการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและมีรายได้ครัวเรือนในระดับ 400% หรือต่ำกว่าของระดับความยากจนตามเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง

คุณอาจยื่นคำขอเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงินได้โดยการใช้แบบฟอร์มคำขอที่มีให้ที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยซึ่งตั้งอยู่ที่แผนกทะเบียน/เข้าถึงผู้ป่วยของโรงพยาบาล
หรือโทรติดต่อที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 855-398-1633
หรือทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Sutter Health หรือของโรงพยาบาล (www.sutterhealth.org)
คุณยังสามารถยื่นคำขอได้โดยการติดต่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยผู้ที่จะช่วยคุณในการกรอกใบสมัคร ในระหว่างขั้นตอนการสมัครนี้จะขอให้คุณให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของคุณ รายได้ประจำเดือนและข้อมูลอื่นๆ
ที่จะช่วยให้โรงพยาบาลทราบในคุณสมบัติของคุณสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
อาจขอให้คุณให้เอกสารด้านภาษีหรือรายละเอียดค่าจ้างเพื่อช่วยให้โรงพยาบาล Sutter
ในการยืนยันรายได้ของคุณ

ภายหลังการยื่นใบสมัครเรียบร้อยแล้วโรงพยาบาลจะทบทวนในข้อมูลและแจ้งไปยังคุณในลักษณะเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณ หากคุณมีข้อสงสัยใดๆ
ระหว่างขั้นตอนการสมัครนี้คุณอาจติดต่อสำนักงานของฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (855) 398-1633

หากคุณไม่เห็นพ้องกับการตัดสินใจของโรงพยาบาลคุณอาจยื่นข้อโต้แย้งไปยัง
สำนักงานของฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้

สำเนาของนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล ข้อมูลสรุปย่อด้วยภาษาธรรมดาทั่วไป และใบสมัคร
เช่นเดียวกับการสมัครเข้าโครงการของรัฐบาลนั้นจะมีไว้บริการในหลายภาษาสามารถติดต่อขอรับด้วยตนเองได้ที่สำนักงานของการบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยและที่เว็บไซต์ sutterhealth.org และโดยทางไปรษณีย์
นอกจากนี้เรายังสามารถส่งสำเนาของนโยบายว่าด้วยความช่วยเหลือทางการเงินให้คุณได้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ หากคุณติดต่อสำนักงานบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วยของเราที่หมายเลข 855-398-1633

ตามประมวลสรรพากร มาตรา 1, 501 (r)-5 นั้นโรงพยาบาลได้รับเอาวิธีการของการประกันสุขภาพแบบ Medicare แบบไปข้างหน้าสำหรับการคำนวณจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป
อย่างไรก็ตามผู้ป่วยผู้ที่เข้าเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงินในจำนวนเงินที่มากกว่าจำนวนเงินที่จะเรียกเก็บโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์นี้ไม่ต้องจ่ายในจำนวนเงินใดๆ

ใบสมัครอยู่ระหว่างการดำเนินการ:
หากได้ส่งใบสมัครสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นในช่วงเวลาเดียวกับที่คุณได้ส่งใบสมัครเพื่อการรับการรักษาเพื่อการกุศลนี้ใบสมัครนี้จะไม่ขัดขวางต่อการมีคุณสมบัติสำหรับโครงการประกันสุขภาพอื่นแต่อย่างใด

ความช่วยเหลือทางการเงิน/หลักประกันสุขภาพโครงการรัฐ/ประกันสุขภาพ: หากคุณมีประกันสุขภาพ โครงการ Medicare, Medi-Cal, บริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับเด็กของรัฐแคลิฟอร์เนีย หรือ
แหล่งการชำระค่ารักษาพยาลแหล่งอื่นสำหรับใบเรียกเก็บเงินนี้
กรุณาติดต่อฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 855-398-1633 (หากเกี่ยวข้อง)
ฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยจะส่งใบเรียกเก็บเงินไปยังกิจการต่างๆ เหล่านั้นสำหรับการดูแลรักษาของคุณ

หากไม่มีการประกันสุขภาพหรือการคุ้มครองใดๆ จากหลักประกันสุขภาพของรัฐเช่น Medi-Cal หรือ Medicare
คุณอาจเข้าเกณฑ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากโครงการรัฐ
ฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยจะให้แบบฟอร์มการสมัครและช่วยเหลือคุณในขั้นตอนการกรอกใบสมัคร

หากคุณได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโรงพยาบาลที่คุณเชื่อว่าจะครอบคลุมในบริการต่างๆ
ในใบเรียกเก็บนี้กรุณาติดต่อฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 855-398-1633

โครงการการแลกเปลี่ยนการประกันสุขภาพแคลิฟอร์เนีย (Califomia Health Benefit Exchange):
คุณอาจมีสิทธิ์ที่จะได้รับการประกันสุขภาพจาก Covered California
กรุณาติดต่อฝ่ายธุรกิจของโรงพยาบาลเพื่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมและความช่วยเหลือเพื่อที่จะทราบว่าคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับการประกันสุขภาพจาก Covered California หรือไม่

ข้อมูลติดต่อ:
ฝ่ายบริการการเงินแก่ผู้ป่วยพร้อมตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของคุณหรือต้องการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล หมายเลขโทรศัพท์คือ 855-398-1633
เวลาทำการสำหรับรับโทรศัพท์ของเราคือตั้งแต่ 8 นาฬิกาตอนเช้าถึง 5 นาฬิกาตอนบ่าย วันจันทร์ถึงวันศุกร์

Exhibit G

Sutter Health Affiliate Hospitals, Physical Address and Website Address for Financial Assistance

Alta Bates Summit Medical Center

Patient Access/Registration

Ashby Campus
2450 Ashby Avenue
Berkeley, CA 94705
510-204-4444

Herrick Campus
2001 Dwight Way
Berkeley, CA 94704
510-204-4444

Summit Campus
350 Hawthorne Avenue
Oakland, CA 94609
510-655-4000

http://www.altabatessummit.org

California Pacific Medical Center

Patient Access/Registration

California Campus
3700 California Street
San Francisco, CA 94118
415-600-6000

Pacific Campus
2333 Buchanan Street
San Francisco, CA 94115
415-600-6000

Davies Campus
Castro and Duboce
San Francisco, CA 94114
415-600-6000

St. Luke's Campus
3555 Cesar Chavez St.
San Francisco, CA 94110
415-647-8600

http://www.cpmc.org

Eden Medical Center

Patient Access/Registration

Eden Campus
20103 Lake Chabot Road
Castro Valley, CA 94546
510-537-1234

http://www.edenmedicalcenter.org

Kahi Mohala, A Behavioral Healthcare System

Patient Access/Registration

91-2301 Fort Weaver Road
Ewa Beach, HI 96706
808-671-8511

http://www.kahimohala.org

Memorial Medical Center

Patient Access/Registration

1700 Coffee Road
Modesto, CA 95355
209-526-4500

http://www.memorialmedicalcenter.org

Memorial Hospital, Los Banos

Patient Access/Registration

520 I Street
Los Banos, CA 93635
209-826-0591

http://www.memoriallosbanos.org

Menlo Park Surgical Hospital

Patient Access/Registration

570 Willow Road
Menlo Park, CA 94025
650-324-8500

http://www.pamf.org/mpsh

Mills-Peninsula Health Services

Patient Access/Registration

1501 Trousdale Drive
Burlingame, CA 94010
(650) 696-5400

http://www.mills-peninsula.org

Novato Community Hospital

Patient Access/Registration

180 Rowland Way
Novato, CA 94945
415-897-3111

http://www.novatocommunity.org

Sutter Amador Hospital

Patient Access/Registration

200 Mission Blvd.
Jackson, CA 95642
209-223-7500

http://www.sutteramador.org

Sutter Auburn Faith Hospital

Patient Access/Registration

11815 Education Street
Auburn, CA 95602
530-888-4500

http://www.sutterauburnfaith.org

Sutter Coast Hospital

Patient Access/Registration

800 East Washington Blvd.
Crescent City, CA 95531
707-464-8511

http://www.suttercoast.org

Sutter Davis Hospital

Patient Access/Registration

2000 Sutter Place
(P.O. Box 1617)
Davis, CA 95617
530-756-6440

http://www.sutterdavis.org

Sutter Delta Medical Center

Patient Access/Registration

3901 Lone Tree Way
Antioch, CA 94509
925-779-7200

http://www.sutterdelta.org

Sutter Lakeside Hospital and Center for Health

Patient Access/Registration

5176 Hill Road East
Lakeport, CA 95453
707-262-5000

http://www.sutterlakeside.org

Sutter Maternity & Surgery Center of Santa Cruz

Patient Access/Registration

2900 Chanticleer Avenue
Santa Cruz, CA 95065-1816
831-477-2200

http://www.suttersantacruz.org

Sutter Medical Center, Sacramento

Patient Access/Registration

Sutter General Hospital
2801 L Street
Sacramento, CA 95816
916-454-2222

Sutter Memorial Hospital
5151 F Street
Sacramento, CA 95819

916-454-3333

Sutter Center for Psychiatry
7700 Folsom Blvd.
Sacramento, CA 95826
916-386-3000

http://www.suttermedicalcenter.org

Sutter Roseville Medical Center

Patient Access/Registration

One Medical Plaza
Roseville, CA 95661
916-781-1000

http://www.sutterroseville.org

Sutter Santa Rosa Regional Hospital

Patient Access/Registration

30 Mark West Springs Road
Santa Rosa, CA 95403
707-576-4000

http://www.suttersantarosa.org

Sutter Solano Medical Center

Patient Access/Registration

300 Hospital Drive
Vallejo, CA 94589
707-554-4444

http://www.suttersolano.org

Sutter Tracy Community Hospital

Patient Access/Registration

1420 N. Tracy Boulevard
Tracy, CA 95376-3497
209-835-1500

http://www.suttertracy.org