

COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

DATE: December 8, 2022

TO: County of Santa Clara Health System
Executive Leadership Group

FROM: René G. Santiago, Deputy County Executive and
Director, County of Santa Clara Health System

DocuSigned by:
René G. Santiago
A968A3B7E216400...

SUBJECT: Patient Debt Collection Policy

REFERENCES: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS Policy #715.0 (Healthcare Access Program)

DEFINITIONS:

1. **Patient:** For purposes of this policy, Patient includes any individual who received health care items and/or services from CSCHS and, if not the same person, their Guarantor.
2. **Guarantor:** The individual who has accepted financial responsibility for payment of a Patient Debt.
3. **Patient Debt:** The amount that a Patient owes CSCHS for health care items and/or services.
4. **DTAC:** The County of Santa Clara's Department of Tax and Collections, which collects Patient Debt on behalf of CSCHS.
5. **Financial Assistance:** A full or partial discount on a Patient Debt authorized by CSCHS under the terms of the CSCHS Financial Assistance Policy.
6. **CSCHS Policy #715.0 or CSCHS Financial Assistance Policy:** A separate policy describing CSCHS's Financial Assistance program, also known as the Healthcare Access Program (HAP), which offers discounts on health care items and/or services provided by CSCHS to certain eligible Patients with low or moderate incomes. The CSCHS Financial Assistance Policy is available online at: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Individuals may also obtain a copy of the CSCHS Financial Assistance Policy by calling the CSCHS Patient Access Department at (866) 967-4677 (8am to 5pm, Monday to Friday).

BACKGROUND:

The purpose of this policy is to define standards and practices for the collection of Patient Debt owed to the County of Santa Clara Health System (CSCHS).

POLICY:

It is the policy of CSCHS to bill Patients in a manner that is accurate, timely, and consistent with applicable laws and regulations, including, but not limited to, applicable provisions of the California Health and Safety Code, the California Civil Code, and the United States Code.

PROCEDURE:

Responsible Party	Action
CSCHS Patient Business Services	1. Under the authority of the CSCHS Chief Financial Officer, CSCHS will pursue payment for Patient Debts owed for health care items and/or services provided by CSCHS, including by designating unpaid amounts as bad debt and referring such amounts to DTAC for collection. Collection actions will be undertaken at CSCHS's and DTAC's discretion and will comply with all applicable state and federal laws and regulations, including the California Hospital Fair Pricing Policies law (California Health and Safety Code, sections 127400 <i>et seq.</i>), the Emergency Physician Fair Pricing Policies law (California Health and Safety Code, sections 127450 <i>et seq.</i>), the Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (California Civil Code, sections 1788 <i>et seq.</i>), and the federal Fair Debt Collection Practices Act (United States Code, Title 15, sections 1692 <i>et seq.</i>). 2. CSCHS will obtain a written agreement from DTAC that DTAC will adhere to this Policy in its entirety. The written agreement will not be construed to create a joint venture between CSCHS and DTAC, or otherwise to allow CSCHS governance of DTAC. 3. Before referring a Patient Debt to DTAC, CSCHS will do all of the following: a. Make all reasonable efforts to obtain from Patients information about whether private or public health insurance or sponsorship may

fully or partially cover the charges for care rendered by CSCHS.

- b. Provide Patients who do not indicate health care coverage by a third-party payer, or who request a discounted price or charity care, with an application for the Medi-Cal program or other state- or county-funded health coverage programs.
- c. Inform Patients of their financial responsibilities by mailing Patients at least four (4) account statements for the services rendered at CSCHS.
- d. Inform Patients of available financial assistance options by providing notice of the CSCHS Financial Assistance Policy and application on or soon after the date(s) of service, at the time of billing, and at least 30 days before referring a Patient Debt to DTAC.
- e. Take steps, when Patients contact the CSCHS Patient Access Department about available financial assistance options, to help those Patients complete applications for Medi-Cal, other government-funded healthcare coverage, and the Healthcare Access Program, as applicable.
- f. Send Patients a notice—otherwise known as the “Goodbye Letter”—at least 60 days before referring a Patient Debt to DTAC. This notice will include:
 - i. The date(s) of service of the bill that is being referred to DTAC;
 - ii. DTAC’s full name and address;
 - iii. A statement informing the Patient how to obtain an itemized bill from CSCHS;
 - iv. The name and type of health coverage

for the Patient on record with CSCHS at the time of service, or a statement that CSCHS does not have that information;

v. A copy of the CSCHS Financial Assistance application; and

vi. The date(s) the Patient was originally sent a notice about applying for Financial Assistance, the date(s) the Patient was originally sent an application for Financial Assistance, and, if applicable, the date that CSCHS made a decision on the Patient's application for Financial Assistance.

g. Wait at least 180 days after initial billing before referring a Patient Debt to DTAC.

4. Once the steps listed in paragraph (3) above are complete, CSCHS may refer the Patient Debt to DTAC to pursue one or more of the following collection actions:

a. Engage in standard collection efforts, including, but not limited to, the use of billing statements, written correspondence, and phone calls;

b. Commence civil action against the Patient in a manner that complies with all applicable laws. By way of a written interagency agreement, CSCHS will ensure that DTAC does not commence a civil action against a Patient if that Patient has a pending appeal for coverage of the items or services for which they received a bill from CSCHS (as defined in California Health and Safety Code, section 127426, subdivision (b)), until a final determination of that appeal is made, if the Patient makes a reasonable effort to communicate with CSCHS and DTAC about the progress of any pending appeals. A pending appeal includes health plan grievances, independent medical reviews conducted by the Department of Managed

Health Care or Department of Insurance, Medi-Cal fair hearings, and Medicare appeals, which are described in California Health and Safety Code, section 127426, subdivision (b).

5. By way of a written interagency agreement, CSCHS will ensure that with any document indicating that the commencement of collection activities may occur, DTAC will send the Patient a notice containing a plain language summary of the Patient's rights pursuant to the Hospital Fair Pricing Policies law, the Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act, and the federal Fair Debt Collection Practices Act, which will include a statement that nonprofit credit counseling services may be available in the Patient's area, consistent with Health and Safety Code section 127430; and that in the first written communication to the Patient, DTAC will provide a copy of the Goodbye Letter and a statement that more than 180 days have passed from the date the Patient was initially billed for the medical services that are the basis of the debt, that DTAC may file a lawsuit against the patient to collect the debt, and that DTAC will not report adverse information to a credit reporting agency.
6. CSCHS will not engage in any of the following collection actions:
 - a. Report adverse information about a Patient Debt to a consumer credit reporting agency or credit bureau;
 - b. Sell a Patient debt to a debt buyer;
 - c. Defer or deny, or require a payment before providing, medically necessary care because of a Patient's nonpayment of one or more bills for previously provided care;
 - d. Foreclose on a Patient's real property;
 - e. Attach or seize a Patient's bank account or other personal property; or
 - f. Use wage garnishments or a lien on a primary

residence as a means of collecting unpaid hospital bills from a Patient found eligible for Financial Assistance.

7. Any Patient may ask to set up an interest-free payment plan for payment of a Patient Debt.
 - a. In negotiating the terms of a payment plan with the Patient, CSCHS will take into consideration the Patient's family income and living expenses.
 - b. If CSCHS and a Patient who has qualified for Financial Assistance cannot agree on the payment plan, CSCHS will use the formula and definitions described in subdivision (i) of California Health and Safety Code section 127400 to create a reasonable payment plan consisting of monthly payments that are not more than 10 percent of a Patient's family income for a month, excluding deductions for essential living expenses.
 - c. A payment plan may be declared inoperative after the Patient's failure to make all consecutive payments due during a 90-day period.
 - d. Before declaring a payment plan inoperative, CSCHS will:
 - i. Make reasonable attempts to contact the Patient by telephone, give notice in writing that the payment plan may become inoperative, and inform the Patient of the opportunity to try to renegotiate the terms of the defaulted payment plan.
 - ii. At the Patient's request, attempt to renegotiate the terms of the defaulted payment plan.
 - e. CSCHS will not commence a civil action against

a Patient for nonpayment prior to the time the payment plan is declared inoperative.

8. CSCHS will not use pay stubs, income tax returns, or documentation of assets obtained from Patients during the Financial Assistance application process for collection activities.
9. In the event that the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee reviews an application for Financial Assistance submitted more than 180 days after initial billing, the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee will request that DTAC pause collection activities, including staying civil actions, until the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee has rendered a decision on the application. In the event that a patient is found eligible for Financial Assistance after civil action has commenced, CSCHS will work with DTAC to dismiss the lawsuit with prejudice.
10. Nothing in this Policy precludes CSCHS or DTAC from pursuing third party liability in a manner consistent with applicable laws.

Patients

1. Patients should direct questions about this policy to CSCHS Patient Business Services. Patients may reach CSCHS Patient Business Services by phone at (408) 885-7470 (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or in person at 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8am to 4:30pm, Monday to Friday).
2. Patients should make all reasonable efforts to promptly respond to billing statements and related communications from CSCHS and DTAC.
3. Patients should make all reasonable efforts to inform CSCHS if they have health insurance coverage, Medicare, Medi-Cal, or other third-party coverage that might pay for all or some of the health care items and/or services received at CSCHS.
4. Patients are encouraged to review the CSCHS Financial Assistance Policy and, if they believe they are eligible for

Financial Assistance, complete and submit a Financial Assistance application as soon as possible. Patients may review the full CSCHS Financial Assistance Policy and download a copy of the CSCHS Financial Assistance application at <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Patients may also contact the CSCHS Patient Access Department at (866) 967-4677 (8am to 5pm, Monday to Friday) with any questions about the Financial Assistance policy.

Issued: 12/08/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

FECHA: 8 de Diciembre de 2022

A: Sistema de Salud del Condado de Santa Clara
Grupo de Dirección Ejecutiva

DE: René G. Santiago, Ejecutivo Adjunto del Condado y
Director del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara

ASUNTO: **Póliza de cobro de deudas de los pacientes**

REFERENCIAS: Código de Salud y Seguridad de California, §§ 127400-127462
Código Civil de California , §§ 1788-1788.33
15 U.S.C. §§ 1692-1692p
CSCHS Póliza #715.0 (Programa de Acceso a la Atención Médica)

DEFINICIONES:

1. **Paciente:** Para propósitos de esta póliza, paciente incluye cualquier individuo que recibió artículos y/o servicios de atención médica del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés) y, si no es la misma persona, su garante.

Garante: El individuo que ha aceptado la responsabilidad financiera del pago de una deuda del paciente.

2. **Deuda del Paciente:** La cantidad que un paciente adeuda al CSCHS por concepto de artículos y/o servicios de atención médica.
3. **El DTAC:** El Departamento de Impuestos y Cobros del Condado de Santa Clara, que cobra la deuda del paciente en nombre del CSCHS.
4. **Asistencia Financiera:** Un descuento total o parcial de una deuda del paciente autorizado por el CSCHS bajo los términos de la póliza de asistencia financiera del CSCHS.
5. **Póliza del CSCHS #715.0 o Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS:** Una póliza separada que describe el programa de Asistencia Financiera del CSCHS, también conocido como el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés), que ofrece descuentos en artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS a ciertos pacientes elegibles con ingresos bajos o moderados. La Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS está disponible en línea en: <https://health.sccgov.org/healthcare->

[access-program](#). Las personas también pueden obtener una copia de la Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS llamando al Departamento de Acceso al Paciente del CSCHS al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.).

ANTECEDENTES:

El propósito de esta póliza es definir las normas y prácticas para el cobro de las deudas de los pacientes con el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS).

PÓLIZA:

La póliza del CSCHS es facturar a los pacientes de manera precisa, oportuna y coherente con las leyes y reglamentos aplicables, incluidas, entre otras, las disposiciones aplicables del Código de Salud y Seguridad de California, el Código Civil de California y el Código de los Estados Unidos.

PROCEDIMIENTO:

Parte Responsable

Acción

Servicios Comerciales para
Pacientes del CSCHS

1. Bajo la autoridad del Director Financiero del CSCHS, el CSCHS perseguirá el pago de las deudas de pacientes adeudadas por artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS, incluso designando las cantidades impagadas como deudas incobrables y remitiendo dichas cantidades al DTAC para su cobro. Las acciones de cobro se llevarán a cabo a discreción del CSCHS y del DTAC y cumplirán con todas las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables, incluyendo la ley de Pólizas de Precios Justos para Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400 y siguientes), la Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Sala de Emergencias (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127450 y siguientes), la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código Civil de California, secciones 1788 y siguientes) y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código de los Estados Unidos, Título 15, secciones 1692 y siguientes).
2. El CSCHS obtendrá un acuerdo por escrito del DTAC en el sentido de que el DTAC se adherirá a esta póliza en su totalidad. El acuerdo escrito no se interpretará en el sentido de crear una empresa conjunta entre el CSCHS y el

DTAC, ni de permitir de otro modo que el CSCHS gobierne el DTAC.

3. Antes de enviar una deuda del paciente al DTAC, el CSCHS hará todo lo siguiente:
 - a. Realizar todos los esfuerzos razonables para obtener de los pacientes información acerca de si el seguro médico privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el CSCHS.
 - b. Proporcionar a los pacientes que no indiquen cobertura de atención médica por parte de un tercer pagador, o que soliciten un precio con descuento o atención de caridad, una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el Condado.
 - c. Informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras enviándoles por correo al menos cuatro (4) estados de cuenta de los servicios prestados en el CSCHS.
 - d. Informar a los pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles mediante el envío de un aviso sobre la póliza de asistencia financiera del CSCHS y la solicitud en la(s) fecha(s) de servicio o poco después, en el momento de la facturación y al menos 30 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
 - e. Tomar medidas, cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes del CSCHS sobre las opciones de asistencia financiera disponibles, para ayudar a esos pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda.

- f. Enviar a los pacientes un aviso -también conocido como "Carta de Despedida"- al menos 60 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC. Este aviso incluirá:
 - I. La(s) fecha(s) de notificación de la factura que se envíe al DTAC;
 - II. El nombre completo y la dirección del DTAC;
 - III. Una declaración informando al paciente de cómo obtener una factura detallada del CSCHS;
 - IV. El nombre y tipo de cobertura de salud del paciente registrado con el CSCHS en el momento del servicio, o una declaración de que el CSCHS no tiene esa información;
 - V. Una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS; y
 - VI. La(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, la(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que el CSCHS tomó una decisión sobre la solicitud de Asistencia Financiera del Paciente.
 - g. Esperar al menos 180 días tras la facturación inicial antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
4. Una vez completados los pasos enumerados en el párrafo (3) anterior, el CSCHS podrá enviar la deuda del paciente al DTAC para que lleve a cabo una o más de las siguientes acciones de cobro:
- a. Llevar a cabo las gestiones de cobro habituales, que incluyen, entre otras cosas, el uso de

extractos de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas;

- b. Iniciar acciones civiles contra el paciente de forma que se cumplan todas las leyes aplicables. Mediante un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que el DTAC no inicie una acción civil contra un paciente si dicho paciente tiene una apelación pendiente por la cobertura de los artículos o servicios por los cuales recibió una factura del CSCHS (según se define en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b)), hasta que se tome una determinación final de dicha apelación, si el paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con el CSCHS y el DTAC sobre el progreso de cualquier apelación pendiente. Una apelación pendiente incluye quejas del plan de salud, revisiones médicas independientes realizadas por el Departamento de Atención Médica Administrada o el Departamento de Seguros, audiencias imparciales de Medi-Cal y apelaciones de Medicare, que se describen en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b).
5. Por medio de un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que con cualquier documento que indique que el inicio de las actividades de cobro puede ocurrir, el DTAC enviará al paciente un aviso que contenga un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del paciente de conformidad con la ley de Pólizas de Precios Justos del Hospital, la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, que incluirá una declaración de que los servicios de asesoría de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área del paciente, de conformidad con el Código de Salud y Seguridad sección 127430; y que en la primera comunicación por escrito al paciente, el DTAC proporcionará una copia de la Carta de Despedida y una

declaración de que han pasado más de 180 días desde la fecha en que el paciente fue inicialmente facturado por los servicios médicos que son la base de la deuda, que el DTAC puede presentar una demanda contra el paciente para cobrar la deuda, y que el DTAC no reportará información adversa a una agencia de informes de crédito.

6. El CSCHS no participará en ninguna de las siguientes acciones de cobro:
 - a. Reportar información adversa sobre una deuda del paciente a una agencia de informes de crédito del consumidor o a una oficina de crédito;
 - b. Vender una deuda del paciente a un comprador de deudas;
 - c. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un paciente de una o más facturas por atención proporcionada previamente;
 - d. Embargar la propiedad inmobiliaria de un paciente;
 - e. Embargar o incautar la cuenta bancaria u otros bienes personales de un paciente; o
 - f. Utilizar embargos salariales o un impuesto sobre una residencia principal como medio de cobro de facturas hospitalarias impagadas de un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera.
7. Cualquier paciente puede solicitar el establecimiento de un plan de pagos sin intereses para el pago de una deuda del paciente.
 - a. Al negociar los términos de un plan de pago con el paciente, el CSCHS tendrá en cuenta los ingresos familiares y los gastos de subsistencia

del paciente.

- b. Si el CSCHS y un paciente que ha calificado para recibir asistencia financiera no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, el CSCHS utilizará la fórmula y las definiciones descritas en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
 - c. Un plan de pago puede declararse inoperante después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días.
 - d. Antes de declarar inoperante un plan de pagos, el CSCHS:
 - I. Va a realizar intentos razonables para ponerse en contacto con el paciente por teléfono, notificar por escrito que el plan de pago puede quedar inoperativo e informar al paciente de la oportunidad de intentar renegociar los términos del plan de pago incumplido.
 - II. A petición del paciente, va a intentar renegociar las condiciones del plan de pagos incumplido.
 - e. El CSCHS no iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago antes del momento en que el plan de pago sea declarado inoperante.
8. El CSCHS no utilizará talones de pago, declaraciones de impuestos, o documentación de bienes obtenida de los pacientes durante el proceso de solicitud de asistencia financiera para actividades de cobranza.

9. En el caso de que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado revise una solicitud de asistencia financiera presentada más de 180 días después de la facturación inicial, el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado solicitará que el DTAC detenga las actividades de cobro, incluyendo la suspensión de acciones civiles, hasta que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado haya tomado una decisión sobre la solicitud. En el caso de que un paciente se encuentre elegible para la asistencia financiera después de que la acción civil haya comenzado, el CSCHS trabajará con el DTAC para desestimar la demanda con perjuicio.
10. Nada en esta póliza a impide al CSCHS o al DTAC de perseguir la responsabilidad de terceros de una manera consistente con las leyes aplicables.

Pacientes

1. Los pacientes deben dirigir sus preguntas sobre esta póliza a los Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS. Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio de Atención al Paciente del CSCHS por teléfono al (408) 885-7470 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.) o personalmente en 770 S. Bascom Ave, San José, CA 95128 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.).
2. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para responder con prontitud a las declaraciones de facturación y comunicaciones relacionadas del CSCHS y del DTAC.
3. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para informar al CSCHS si tienen cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura de terceros que pudiera pagar por todos o algunos de los artículos y/o servicios de atención médica recibidos en el CSCHS.
4. Se recomienda a los pacientes que revisen la Póliza de Asistencia Financiera de CSCHS y, si creen que son elegibles para recibir asistencia financiera, completen y envíen una solicitud de asistencia financiera lo antes posible. Los pacientes pueden revisar la Póliza de

Asistencia Financiera completa del CSCHS y descargar una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Acceso al Paciente de CSCHS llamando al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8am a 5pm) para hacer cualquier pregunta sobre la póliza de asistencia financiera.

Emitido: 08/12/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

NGÀY: 8 tháng 12 năm 2022

KÍNH GỬI: Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara
Ban Lãnh đạo Điều hành

NGƯỜI GỬI: René G. Santiago, Phó Giám đốc Điều hành Hạt và
Giám đốc, Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara

CHỦ ĐỀ: Quy định thu hồi khoản nợ của bệnh nhân

THAM CHIẾU: Cal. Đạo luật về An toàn & Sức khỏe, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Đạo luật, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
Quy định CSCHS số 715.0 (Chương trình Tiếp cận dịch vụ y tế)

ĐỊNH NGHĨA:

1. **Bệnh nhân:** Theo chủ định của Quy định này, Bệnh nhân là bất kỳ cá nhân nào đã nhận các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ CSCHS và là người bảo lãnh của họ, nếu không phải là cùng một người.
2. **Người bảo lãnh:** Cá nhân đã nhận trách nhiệm tài chính để thanh toán khoản nợ của bệnh nhân.
3. **Khoản nợ của Bệnh nhân:** Số tiền mà Bệnh nhân nợ CSCHS cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
4. **DTAC:** Phòng Thuế vụ và Thu nợ Hạt Santa Clara, là cơ quan thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân thay mặt cho CSCHS.
5. **Hỗ trợ Tài chính:** Giảm trừ toàn bộ hoặc một phần Khoản nợ của Bệnh nhân được CSCHS cho phép theo các điều khoản của Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS.
6. **Quy định CSCHS số 715.0 Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS:** Một Quy định riêng mô tả chương trình Hỗ trợ Tài chính của CSCHS, còn được gọi là Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế (HAP), cung cấp giảm trừ cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp cho một số Bệnh nhân đủ điều kiện có thu nhập thấp hoặc trung bình. Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS được đăng trên mạng: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Các cá nhân cũng có thể lấy một bản sao Quy định Hỗ trợ Tài chính của

CSCHS bằng cách gọi đến Phòng Patient Access của CSCHS số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu).

BỐI CẢNH:

Mục đích của Quy định này là xác định các tiêu chuẩn và thông lệ cho việc thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân đang nợ Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS).

QUY ĐỊNH:

Quy định của CSCHS là lập hóa đơn cho Bệnh nhân một cách chính xác, kịp thời và phù hợp với các luật và quy định hiện hành, bao gồm nhưng không giới hạn ở các điều khoản hiện hành của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, Bộ luật Dân sự California và Bộ luật Hoa Kỳ.

QUY CÁCH:

Bên Chịu trách nhiệm

Hành động

Patient Business Services
(Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS

1. Dưới sự ủy quyền của Giám đốc Tài chính CSCHS, CSCHS sẽ thúc đẩy việc thanh toán các Khoản nợ của Bệnh nhân đối với các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp, bao gồm bằng cách chỉ định các khoản chưa thanh toán là nợ khó đòi và chuyển các khoản đó cho DTAC để thu hồi. Các hành động thu nợ sẽ được thực hiện theo quyết định của CSCHS và DTAC và sẽ tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang, bao gồm luật Quy định Giá Công bằng của Bệnh viện California (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, các phần 127400 và tiếp theo), luật Quy định Giá Công bằng dành cho Bác sĩ Cấp cứu (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127450 và tiếp theo), Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal (Bộ luật Dân sự California, mục 1788 và tiếp theo), và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang (Bộ luật Hoa Kỳ, Tiêu đề 15, phần 1692 và tiếp theo).
2. CSCHS sẽ lấy được thỏa thuận bằng văn bản từ DTAC rằng DTAC sẽ tuân thủ toàn bộ Quy định này. Thỏa thuận bằng văn bản sẽ không được hiểu là tạo ra một liên doanh giữa CSCHS và DTAC, hoặc cho phép CSCHS quản lý DTAC theo cách khác.
3. Trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC, CSCHS sẽ thực hiện tất cả những bước sau:

- a. Thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để lấy thông tin từ Bệnh nhân về việc bảo hiểm y tế từ nhân hoặc công cộng hoặc bên tài trợ có thể chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc do CSCHS cung cấp hay không.
- b. Cung cấp cho những Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế của bên thứ ba, hoặc những người yêu cầu giảm giá hoặc chăm sóc từ thiện, đơn đăng ký chương trình Medi-Cal hoặc các chương trình bảo hiểm y tế khác do Tiểu bang hoặc Hạt tài trợ.
- c. Thông báo cho Bệnh nhân về trách nhiệm tài chính của họ bằng cách gửi cho Bệnh nhân qua đường bưu điện ít nhất bốn (4) bản sao kê tài khoản cho các dịch vụ được cung cấp tại CSCHS.
- d. Thông báo cho Bệnh nhân về các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có bằng cách cung cấp thông báo về Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và đơn đăng ký vào hoặc ngay sau (các) ngày cung cấp dịch vụ, tại thời điểm lập hóa đơn và ít nhất 30 ngày trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
- e. Thực hiện các bước, khi Bệnh nhân liên hệ với phòng Patient Access của CSCHS để hỏi các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có, để giúp những Bệnh nhân đó hoàn thành đơn đăng ký Medi-Cal, bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ tài trợ và Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế, nếu có.
- f. Gửi cho Bệnh nhân một thông báo—còn được gọi là “Thư Tạm biệt”—ít nhất 60 ngày trước khi chuyển Khoản nợ của Bệnh nhân cho DTAC. Thông báo này sẽ bao gồm:
 - i. (Các) ngày đã gửi những hóa đơn đang được chuyển đến DTAC;

- ii. Tên đầy đủ và địa chỉ của DTAC;
 - iii. Một tuyên bố thông báo cho Bệnh nhân cách lấy hóa đơn được lập thành từng khoản từ CSCHS;
 - iv. Tên và loại bảo hiểm y tế cho Bệnh nhân đã lưu trong hồ sơ của CSCHS tại thời điểm cung cấp dịch vụ, hoặc tuyên bố rằng CSCHS không có thông tin đó;
 - v. Bản sao đơn xin Hỗ trợ Tài chính của CSCHS; và
 - vi. (Những) ngày Bệnh nhân được gửi thông báo lần đầu về việc đăng ký Hỗ trợ Tài chính, (những) ngày Bệnh nhân được gửi đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính lần đầu, và ngày mà CSCHS đưa ra quyết định về đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của bệnh nhân, nếu có.
- g. Đợi ít nhất 180 ngày kể từ ngày lập hóa đơn lần đầu trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
4. Sau khi hoàn thành các bước nêu trong đoạn (3) trên đây, CSCHS có thể chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC để thực hiện một hoặc nhiều hành động thu nợ sau:
- a. Thực hiện các nỗ lực thu hồi nợ tiêu chuẩn, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc sử dụng các bảng sao kê thanh toán, thư từ bằng văn bản và các cuộc gọi điện thoại;
 - b. Khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân theo cách tuân thủ tất cả các luật hiện hành. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng DTAC không khởi kiện dân sự chống lại Bệnh nhân nếu Bệnh nhân đó có kháng cáo đang chờ xử lý về việc chi trả bảo hiểm cho các hạng mục hoặc dịch vụ mà họ đã nhận được hóa

đơn từ CSCHS (như được định nghĩa trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127426, tiểu mục (b)), cho đến khi có quyết định cuối cùng về kháng cáo đó, nếu Bệnh nhân nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS và DTAC về tiến trình của bất kỳ kháng cáo nào đang chờ xử lý. Kháng cáo đang chờ xử lý bao gồm các khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế, đánh giá y tế độc lập do Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe hoặc Sở Bảo hiểm tiến hành, các phiên điều trần công bằng của Medi-Cal và các kháng cáo của Medicare, như được mô tả trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127426, tiểu mục (b).

5. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng với bất kỳ tài liệu nào cho biết có thể bắt đầu các hoạt động thu nợ, DTAC sẽ gửi cho Bệnh nhân một thông báo có chứa bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu về các quyền của Bệnh nhân theo luật Quy định Giá cả Công bằng của Bệnh viện, Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang, trong đó sẽ bao gồm một tuyên bố rằng có thể có các dịch vụ tư vấn tín dụng phi lợi nhuận trong khu vực của Bệnh nhân, phù hợp với Bộ luật An toàn và Sức khỏe California phần 127430; và rằng trong lần liên lạc bằng văn bản đầu tiên với Bệnh nhân, DTAC sẽ cung cấp một bản sao của Thư Tạm biệt và tuyên bố rằng đã hơn 180 ngày trôi qua kể từ ngày Bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu cho các dịch vụ y tế là cơ sở của khoản nợ, rằng DTAC có thể đệ đơn kiện bệnh nhân để thu hồi nợ, và rằng DTAC sẽ không báo cáo thông tin bất lợi cho cơ quan báo cáo tín dụng.
6. CSCHS sẽ không tham gia vào bất kỳ hành động thu hồi nợ nào sau đây:
 - a. Báo cáo thông tin bất lợi về Khoản nợ của Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng;
 - b. Bán Khoản nợ của Bệnh nhân cho bên mua nợ;

- c. Trì hoãn hoặc từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do Bệnh nhân không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp trước đó;
 - d. Tịch thu bất động sản của Bệnh nhân;
 - e. Tịch biên hoặc thu giữ tài khoản ngân hàng của Bệnh nhân hoặc tài sản cá nhân khác; hoặc
 - f. Khấu trừ lương hoặc quyền nắm giữ nơi cư trú chính như một phương tiện để thu các hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán từ Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.
7. Bất kỳ Bệnh nhân nào cũng có thể yêu cầu thiết lập một kế hoạch thanh toán không lãi suất để thanh toán Khoản nợ của Bệnh nhân.
- a. Khi thương lượng các điều khoản của kế hoạch thanh toán với Bệnh nhân, CSCHS sẽ xem xét thu nhập và chi phí sinh hoạt của gia đình Bệnh nhân.
 - b. Nếu CSCHS và Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính không thể đi đến thống nhất về kế hoạch thanh toán, CSCHS sẽ sử dụng công thức và định nghĩa nêu trong tiểu mục (i) của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127400 để lập một kế hoạch thanh toán hợp lý, bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm thu nhập gia đình của Bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản khấu trừ cho chi phí sinh hoạt thiết yếu.
 - c. Kế hoạch thanh toán có thể được tuyên bố là không được thực hiện sau khi Bệnh nhân không thực hiện tất cả các khoản thanh toán liên tiếp đến hạn trong khoảng thời gian 90 ngày.

- d. Trước khi tuyên bố kế hoạch thanh toán không được thực hiện, CSCHS sẽ:
 - i. Tiến hành các nỗ lực hợp lý để liên hệ với Bệnh nhân qua điện thoại, đưa ra thông báo bằng văn bản rằng kế hoạch thanh toán không được thực hiện, và thông báo cho Bệnh nhân về cơ hội thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ đó.
 - ii. Theo yêu cầu của Bệnh nhân, cố gắng thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ.
 - e. CSCHS sẽ không khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân vì lý do không thanh toán trước thời điểm kế hoạch thanh toán được tuyên bố là không được thực hiện.
8. CSCHS sẽ không sử dụng cuống phiếu trả lương, tờ khai thuế thu nhập hoặc tài liệu về tài sản thu được từ Bệnh nhân trong quá trình đăng ký Hỗ trợ Tài chính cho các hoạt động thu hồi nợ.
9. Trong trường hợp Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định xem xét đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính gửi muộn hơn 180 ngày sau ngày lập hóa đơn lần đầu, Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định sẽ yêu cầu DTAC tạm dừng các hoạt động thu nợ, bao gồm việc tiếp tục các vụ kiện dân sự, cho đến khi Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định đã đưa ra quyết định về đơn đăng ký này. Trong trường hợp bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sau khi đã khởi kiện dân sự, CSCHS sẽ làm việc với DTAC để rút đơn kiện.
10. Không có nội dung nào trong Quy định này ngăn cản CSCHS hoặc DTAC truy cứu trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba theo cách phù hợp với luật hiện hành.

Bệnh nhân

1. Bệnh nhân nên chuyển câu hỏi về Quy định này đến Bộ phận Patient Business Services (Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS. Bệnh nhân có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Công việc Bệnh nhân của CSCHS qua điện thoại theo số (408) 885-7470 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) hoặc trực tiếp tại 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu).
2. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để phản hồi kịp thời bản kê hóa đơn và thông tin liên lạc liên quan từ CSCHS và DTAC.
3. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS nếu họ có bảo hiểm y tế, bảo hiểm Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm bên thứ ba khác mà có thể bao trả tất cả hoặc một số hạng mục và/hoặc dịch vụ y tế nhận được tại CSCHS.

Bệnh nhân nên xem xét Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và nếu họ tin rằng mình đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, hãy hoàn thành và nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính càng sớm càng tốt. Bệnh nhân có thể xem xét toàn bộ Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và tải xuống bản sao của đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của CSCHS tại <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Bệnh nhân cũng có thể liên hệ với Phòng Patient Access của CSCHS theo số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) nếu có bất kỳ câu hỏi nào về Quy định Hỗ trợ Tài chính.

Ban hành: 08/12/2022



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件者： 聖塔克拉拉縣衛生系統
執行領導小組

寄件者： René G. Santiago, 副縣長暨
聖塔克拉拉縣衛生系統主任

主旨： 患者債務催收政策

参考文献： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (醫療保健獲取計劃)

定義：

1. **患者**：就本政策而言，患者包括從 CSCHS 獲得醫療保健項目和/或服務的任何個人，如果非同一人，則包括他們的擔保人。
2. **擔保人**：承擔患者債務支付責任的個人。
3. **患者債務**：患者欠 CSCHS 療保健項目和/或服務的金額。
4. **DTAC**：聖塔克拉拉縣稅務和收款部 (The County of Santa Clara's Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者債務。
5. **財務援助**：根據 CSCHS 財務援助政策的條款，由 CSCHS 授權患者債務的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 醫療保健獲取政策**：一項 CSCHS 財務援助計劃的單獨政策，也稱為醫療保健獲取計劃 (HAP)，該計劃為 CSCHS 向某些符合條件的低收入或中等收入患者其醫療保健項目和/或服務提供折扣付款。CSCHS 財務援助政策可在線獲取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景：

本政策目的是為向患者收取欠聖塔克拉拉縣衛生系統 (CSCHS) 債務而定義的標準和實踐。

政策:

CSCHS 的政策是以準確，及時且符合適用法律和法規的方式向患者收費，包括但不限於《加州衛生安全法》、《加州民法》及《美國法》的適用條款。

程序:

責任方

行動

CSCHS 患者業務服務

1. 在 CSCHS 首席財務官的授權下，CSCHS 將追討患者因 CSCHS 提供的醫療保健項目和/或服務而欠下的債務，包括將未支付的金額指定為壞賬並將此類金額提交給 DTAC 進行催收。催收行動將由 CSCHS 和 DTAC 自行決定並遵守所有適用的州和聯邦法規，包括加州醫院公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127400 節等）、急診醫師公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127450 條及以下各節）、Rosenthal 公平債務催收實務法（加州民法，第 1788 條及以下各條）和聯邦公平債務催收實務法（美國法，第 15 條）。
2. CSCHS 將獲得 DTAC 的書面協議，即 DTAC 將完全遵守本政策。書面協議不會被解釋為在 CSCHS 和 DTAC 之間建立合資企業，或以其他方式允許 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在將患者債務轉介給 DTAC 之前，CSCHS 將執行以下所有操作：
 - a. 盡一切合理努力從患者那裡獲得有關私人或政府健康保險或贊助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的醫護費用的信息。
 - b. 為沒有第三方付款人提供醫療保險的患者，或要求折扣價格或慈善註銷關懷的患者，提供 Medi-Cal 計劃或其他州或縣資助的醫療保險計劃的申請。
 - c. 向患者郵寄至少四 (4) 份 CSCHS 提供服務的帳單，告知患者其財務責任。

- d. 在服務日期當天或之後、在開帳單時、以及在將患者債務提交給 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 財務援助政策和申請通知，告知患者財務援助參考選項。
 - e. 當患者聯繫 CSCHS Patient Access 部門瞭解財務援助選項時，必需採取措施幫助這些患者完成 Medi-Cal、其他政府資助醫療保險或醫療保健獲取計劃的申請（如有適用）。
 - f. 在將患者債務轉給 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者發送通知（也稱為“告別信”）。該通知將包括：
 - i. 將帳單轉給 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何從 CSCHS 獲得細目帳單的聲明;
 - iv. 接受醫療服務時在 CSCHS 病歷登記患者健康保險的名稱和類型，或登記 CSCHS 沒有該筆資料的聲明;
 - v. CSCHS 財務援助申請表的紙本; 以及
 - vi. 患者最初收到申請財務援助通知的日期、患者最初收到財務援助申請的日期、以及 CSCHS 對患者的財務援助申請做出決定的日期（如有適用）。
 - g. 在初始帳單發出至少等待 180 天之後，才將患者債務轉交給 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 條所列的步驟，CSCHS 可以將患者債務轉交給 DTAC，並採取以下一項或多項催收行動：
- a. 參與標準收款工作，包括但不限於使用帳

單、書面信函和電話;

- b. 以符合所有適用法律的方式對患者提起民事訴訟。通過書面機構間協定，CSCHS 將確保 DTAC 不會對患者提起民事訴訟，如果該患者對其收到 CSCHS 帳單的項目或服務(定義見《加州衛生安全法》第 127426 節第(b)小節)的承保範圍有未決上訴，且患者做出合理努力與 CSCHS 和 DTAC 溝通任何未決上訴的進展。未決上訴包括對醫保計劃不滿申訴、管理醫療保健部或保險部進行的獨立醫療審查、Medi-Cal 公平聽證會和 Medicare 上訴，詳見《加州衛生安全法》第 127426 節 (b)小節。
- 5. 透過書面機構間協定，CSCHS 將確保於收到任何表示可能開始催收活動的文件後，DTAC 將向患者發送一份通知，其中包含患者根據《醫院公平定價政策法》、《Rosenthal 公平債務催收實踐法》，以及《聯邦公平債務催收慣例法案》，該法案將包括一項聲明，即根據《衛生安全法》第 127430 節，患者所在地區可提供非營利信用諮詢服務; 並且在與患者的第一次書面溝通中，DTAC 將提供一份《告別信》紙本和一份聲明，聲明自患者最初為債務基礎的醫療服務開具帳單之日起已超過 180 天，DTAC 可對患者提起訴訟，以收回債務，DTAC 不會向信用機構通報患者不利資訊。
- 6. CSCHS 不會參與以下任何催收行動:
 - a. 向消費者信用報告機構或信用卡局報告患者債務的不利資訊;
 - b. 向債務買家出售患者債務;
 - c. 因患者先前未支付醫療護理的一張或多張帳單，而推遲或拒絕患者，或在提供醫療必要護理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不動產的贖回權;
 - e. 查封或扣押患者的銀行帳戶或其他個人財產;或
 - f. 使用工資扣押或對主要住所有留置權作為手段，向有資格獲得財務援助的患者收取未付醫院帳單。
7. 任何患者都可以要求建立無息支付計劃，支付患者債務。
- a. 在與患者協商付款計劃的條款時，CSCHS 要考慮患者的家庭收入和生活費用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合財務援助資格的患者無法就付款計劃達成一致時，CSCHS 將使用《加州衛生安全法》第 127400 節第(i) 小節中所述的公式和定義，制定一個合理的付款計劃，除扣除基本生活費用外，每月不超過患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天內連續支付所有到期款項，則付款計劃可能會被宣布無效。
 - d. 在宣布付款計劃無效之前，CSCHS 將：
 - i. 合理嘗試通過電話聯繫患者，以書面形式通知付款計劃可能失效，並告知患者有機會嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - ii. 應患者要求，嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - e. 在付款計劃被宣佈無效之前，CSCHS 不會因患者未付款而對患者提起民事訴訟。
8. CSCHS 不會使用付款存根、所得稅申報表或在財務援

助申請過程中從患者處獲得的資產文件進行索款。

9. 如果 CSCHS 收入週期主管或其指定人員審查在初始帳單發出後超過 180 天才提交財務援助申請時，CSCHS 收入週期主管或其指定人員將請求 DTAC 暫停收款活動，包括中止民事訴訟，直至 CSCHS 收入週期主管或其指定人員對申請作出決定。如果在民事訴訟開始後發現患者有資格獲得財務援助，CSCHS 將與 DTAC 合作以對法定利益有損的方式駁回訴訟。
10. 本政策中的任何內容均不妨礙 CSCHS 或 DTAC 以符合適用法律的方式追究第三方責任。

患者

1. 患者應直接向 CSCHS 患者業務服務提出本政策有關問題。患者可以透過電話 (408) 885-7470 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 或親自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 聯繫 CSCHS 患者業務服務。
2. 患者應盡一切合理努力及時回覆 CSCHS 和 DTAC 的帳單和相關通信。
3. 如果患者有健康保險、紅藍白卡 (Medicare、Medi-Cal) 或其他第三方保險，可能會支付在 CSCHS 接受的所有或部分醫療項目和/或服務，患者應盡一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓勵患者閱讀完整 CSCHS 財務援助政策，如果他們認為自己有資格獲得財務援助，請儘快完成並提交財務援助申請。患者可以查看 CSCHS 財務援助政策並在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下載申請表。患者如果對財務援助政策有任何疑問，也可以致電 (866) 967-4677 (週一至週五上午 8 點至下午 5 點) 聯繫 CSCHS Patient Access 部門。

發佈日期: 12/08/2022



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件人： 圣塔克拉拉县卫生系统
执行领导小组

发件人： René G. Santiago, 副县长暨
圣塔克拉拉县卫生系统主任

主旨： 患者债务催收政策

参考文献： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (医疗保健获取计划)

定义：

1. **患者:** 就本政策而言，患者包括从 CSCHS 获得医疗保健项目和/或服务的任何个人，如果非同一人，则包括他们的担保人。。
2. **担保人:** 承担患者债务支付责任的个人。
3. **患者债务:** 患者欠 CSCHS 疗保健项目和/或服务的金额。
4. **DTAC:** 圣塔克拉拉县税务和收款部 (The County of Santa Clara’s Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者债务。
5. **财务援助:** 根据 CSCHS 财务援助政策的条款，由 CSCHS 授权患者债务的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 医疗保健获取政策:** 一项 CSCHS 财务援助计划的单独政策，也称为医疗保健获取计划 (HAP)，该计划为 CSCHS 向某些符合条件的低收入或中等收入患者其医疗保健项目和/或服务提供折扣付款。CSCHS 财务援助政策可在线获取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景：

本政策目的是为向患者收取欠圣塔克拉拉县卫生系统 (CSCHS) 债务而定义的标准和实践。

政策:

CSCHS 的政策是以准确、及时且符合适用法律和法规的方式向患者收费，包括但不限于《加州卫生安全法》、《加州民法》及《美国法》的适用条款。

程序:

责任方

行动

CSCHS 患者业务服务

1. 在 CSCHS 首席财务官的授权下，CSCHS 将追讨患者因 CSCHS 提供的医疗保健项目和/或服务而欠下的债务，包括将未支付的金额指定为坏账并将此类金额提交给 DTAC 进行催收。催收行动将由 CSCHS 和 DTAC 自行决定并遵守所有适用的州和联邦法规，包括加州医院公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127400 节等）、急诊医师公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127450 条及以下各节）、Rosenthal 公平债务催收实务法（加州民法，第 1788 条及以下各条）和联邦公平债务催收实务法（美国法，第 15 条）。
2. CSCHS 将获得 DTAC 的书面协议，即 DTAC 将完全遵守本政策。书面协议不会被解释为在 CSCHS 和 DTAC 之间建立合资企业，或以其他方式允许 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在将患者债务转介给 DTAC 之前，CSCHS 将执行以下所有操作：
 - a. 尽一切合理努力从患者那里获得有关私人或政府健康保险或赞助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的医护费用的信息。
 - b. 为没有第三方付款人提供医疗保险的患者，或要求折扣价格或慈善注销关怀的患者，提供 Medi-Cal 计划或其他州或县资助的医疗保险计划的申请。
 - c. 邮寄患者至少四 (4) 份 CSCHS 提供服务的账单，告知患者其财务责任。在服务日期当

天或之后、在开账单时、以及在将患者债务提交给 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 财务援助政策和申请通知，告知患者财务援助参考选项。

- d. 当患者联系 CSCHS Patient Access 部门了解财务援助选项时，必需采取措施帮助这些患者完成 Medi-Cal、其他政府资助医疗保险或医疗保健获取计划的申请（如有适用）。
 - e. 在将患者债务转给 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者发送通知(也称为“告别信”)。该通知将包括:
 - i. 将账单转给 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何从 CSCHS 获得细目账单的声明;
 - iv. 接受医疗服务时在 CSCHS 病历登记患者健康保险的名称和类型，或登记 CSCHS 没有保险的声明;
 - v. CSCHS 财务援助申请表的纸本; 以及
 - vi. 患者最初收到申请财务援助通知的日期、患者最初收到财务援助申请的日期、以及 CSCHS 对患者的财务援助申请做出决定的日期（如有适用）。
 - f. 在初始账单发出至少等待 180 天之后，才将患者债务转交给 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 条所列的步骤，CSCHS 可以将患者债务转交给 DTAC，并采取以下一项或多项催收行动:
- a. 參與標準收款工作，包括但不限于使用账

单、书面信函和电话;

- b. 以符合所有适用法律的方式对患者提起民事诉讼。通过书面机构间协议，CSCHS 将确保 DTAC 不会对患者提起民事诉讼，如果该患者对其收到 CSCHS 账单的项目或服务（定义见《加州卫生安全法》第 127426 节第(b)小节）的承保范围有未决上诉，且患者做出合理努力与 CSCHS 和 DTAC 沟通任何未决上诉的进展。未决上诉包括对医保计划不满申诉、管理医疗保健部或保险部进行的独立医疗审查、Medi-Cal 公平听证会和 Medicare 上诉，详见《加州卫生安全法》第 127426 节 (b)小节。
- 5. 透过书面机构间协议，CSCHS 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后，DTAC 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后、《Rosenthal 公平债务催收实践法》，以及《联邦公平债务催收惯例法案》，该法案将包括一项声明，即根据《卫生安全法》第 127430 节，患者所在地区可提供非营利信用咨询服务；并且在与患者的第一次书面沟通中，DTAC 将提供一份《告别信》纸本和一份声明，声明自患者最初为债务基础的医疗服务开具账单之日起已超过 180 天，DTAC 可对患者提起诉讼，以收回债务，DTAC 不会向信用机构通报患者不利信息。
- 6. CSCHS 不会参与以下任何催收行动:
 - a. 向消费者信用报告机构或信用卡局报告患者债务的不利信息;
 - b. 向债务买家出售患者债务;
 - c. 因患者先前未支付医疗护理的一张或多张账单，而推迟或拒绝患者，或在提供医疗必要护理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不动产的赎回权;
 - e. 查封或扣押患者的银行账户或其他个人财产; 或
 - f. 用扣留工资或对主要住所有留置权作为手段，向有资格获得财务援助的患者收取未付医院账单。
7. 任何患者都可以要求建立无息支付计划，支付患者债务。
- a. 在与患者协商付款计划的条款时，CSCHS 要考虑患者的家庭收入和生活费用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合财务援助资格的患者无法就付款计划达成一致时，CSCHS 将使用《加州卫生安全法》第 127400 节第(i) 小节中所述的公式和定义，制定一个合理的付款计划，除扣除基本生活费用外，每月不超过患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天内连续支付所有到期款项，则付款计划可能会被宣布无效。。
 - d. 在宣布付款计划无效之前，CSCHS 将：
 - i. 合理尝试通过电话联系患者，以书面形式通知付款计划可能失效，并告知患者有机会尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - ii. 应患者要求，尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - e. 在付款计划被宣布无效之前，CSCHS 不会因患者未付款而对患者提起民事诉讼。
8. CSCHS 不会使用付款存根、所得税申报表或在财务援

助申请过程中从患者处获得的资产文件进行索款。

9. 如果 CSCHS 收入周期主管或其指定人员审查在初始账单发出后超过 180 天才提交财务援助申请时，CSCHS 收入周期主管或其指定人员将请求 DTAC 暂停收款活动，包括中止民事诉讼，直至 CSCHS 收入周期主管或其指定人员对申请作出决定。如果在民事诉讼开始后发现患者有资格获得财务援助，CSCHS 将与 DTAC 合作以对法定利益有损的方式驳回诉讼。
10. 本政策中的任何内容均不妨碍 CSCHS 或 DTAC 以符合适用法律的方式追究第三方责任。

患者

1. 患者应直接向 CSCHS 患者业务服务提出本政策有关问题。患者可以通过电话 (408) 885-7470 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 或亲自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 联系 CSCHS 患者业务服务。
2. 患者应尽一切合理努力及时回复 CSCHS 和 DTAC 的账单和相关通信。
3. 如果患者有健康保险、红蓝白卡(Medicare、Medi-Cal)或其他第三方保险，可能会支付在 CSCHS 接受的所有或部分医疗项目和/或服务，患者应尽一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓励患者阅读完整 CSCHS 财务援助政策，如果他们认为自己有资格获得财务援助，请尽快完成并提交财务援助申请。患者可以查看 CSCHS 财务援助政策并在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下载申请表。患者如果对财务援助政策有任何疑问，也可以致电 (866) 967-4677 (周一至周五上午 8 点至下午 5 点) 联系 CSCHS Patient Access 部门。

发布日期: 12/08/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

PETSA: Disyembre 8, 2022

PARA SA: County of Santa Clara Health System
Grupo ng Namumunong Executive

MULA KAY: René G. Santiago, Deputy na Executive ng County at
Direktor, County of Santa Clara Health System

PAKSA: **Patakaran sa Pagkolekta ng Utang ng Pasyente**

MGA SANGGUNIAN: Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, §§ 127400–127462
Civ. Code ng California, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
Patakaran ng CSCHS #715.0 (Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan)

MGA KAHULUGAN:

1. **Pasyente:** Para sa mga layunin ng patakarang ito, ang Pasyente ay kinabibilangan ng sinumang indibidwal na nakatanggap ng mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa CSCHS at, kung hindi iisang tao, ang kanyang Guarantor.
2. **Guarantor:** Ang indibidwal na tumanggap ng pinansyal na responsibilidad para sa pagbabayad ng Utang ng Pasyente.
3. **Utang ng Pasyente:** Ang halagang dapat bayaran ng Pasyente sa CSCHS para sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
4. **DTAC:** Ang Departamento sa Buwis at Mga Pagkolekta ng County ng Santa Clara, na nangongolekta ng Utang ng Pasyente sa ngalan ng CSCHS.
5. **Pinansyal na Tulong:** Isang buo o bahagyang diskwento sa Utang ng Pasyente na pinapahintulutan ng CSCHS sa ilalim ng mga tuntunin ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS.
6. **Patakaran ng CSCHS #715.0 o Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS:** Isang hiwalay na patakarang naglalarawan sa programang Pinansyal na Tulong ng CSCHS, na kilala rin bilang Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan (Healthcare Access Program, HAP), na nag-aalok ng mga diskwento sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinibigay ng CSCHS sa ilang partikular na karapat-dapat na Pasyenteng may mga

mababa o katamtamang kita. Available ang Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS online sa: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Maaari ding kumuha ang mga indibidwal ng kopya ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS sa pamamagitan ng pagtawag sa Departamento ng Access ng Pasyente ng CSCHS sa (866) 967-4677 (8am hanggang 5pm, Lunes hanggang Biyernes).

BACKGROUND:

Ang layunin ng patakarang ito ay bigyang-kahulugan ang mga pamantayan at kagawian para sa pagkolekta ng Utang ng Pasyente sa County of Santa Clara Health System (CSCHS).

PATAKARAN:

Ito ang patakaran ng CSCHS na singilin ang Mga Pasyente sa paraang tumpak, napapanahon, at naaayon sa mga naaangkop na batas at regulasyon, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, mga naaangkop na probisyon ng Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, ang Civil Code ng California, at ang Code ng United States.

PAMAMARAAN:

May Pananagutang Partido

Pagkilos

Mga Serbisyo sa Negosyo ng Pasyente ng CSCHS

1. Sa ilalim ng awtoridad ng Punong Opisyal sa Pananalapi ng CSCHS, hahabulin ng CSCHS ang pagbabayad para sa Mga Utang ng Pasyente para sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay ng CSCHS, kasama ang sa pamamagitan ng pagtatalaga ng mga hindi nabayarang halaga bilang hindi magandang utang at pagsangguni ng mga naturang halaga sa DTAC para sa pagkolekta. Isasagawa ang mga pagkilos para sa pagkolekta sa pagpapasya ng CSCHS at DTAC at susunod sa lahat ng naaangkop na batas at regulasyon ng estado at pederal, kasama ang batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital ng California (Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, mga seksyon 127400 *et seq.*), batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Pang-emerhensiyang Doktor ng California (Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, mga seksyon 127450 *et seq.*), ang Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang ng Rosenthal (Civil Code ng California, mga seksyon 1788 *et seq.*), at ang pederal na Batas sa Mga

Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang (Code ng United States, Pamagat 15, mga seksyon 1692 *et seq.*).

2. Kukuha ang CSCHS ng nakasulat na kasunduan mula sa DTAC na susunod ang DTAC sa buong Patakarang ito. Hindi bibigyang-kahulugan ang nakasulat na kasunduan upang gumawa ng joint venture sa pagitan ng CSCHS at DTAC, o kung hindi ay upang bigyang-daan ang pamamahala ng CSCHS ng DTAC.
3. Bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC, gagawin ng CSCHS ang lahat ng sumusunod:
 - a. Gawin ang lahat ng makatuwirang pagsisikap upang malaman mula sa impormasyon ng Pasyente kung maaaring sagutin nang buo o bahagya ng pribado o pampublikong seguro o sponsorship sa kalusugan ang mga singil para sa pangangalaga na ibinigay ng CSCHS.
 - b. Magbigay sa Mga Pasyenteng hindi magsasaad ng saklaw na pangangalagang pangkalusugan ng nagbabayad na third party, o hihiling ng may diskwentong halaga o pangkawanggawang pangangalaga, ng aplikasyon para sa programa ng Medi-Cal o iba pang programang saklaw ng kalusugan na pinopondohan ng estado o county.
 - c. Ipaalam sa Mga Pasyente ang kanilang mga responsibilidad sa pananalapi sa pamamagitan ng pagpapadala sa Mga Pasyente sa koreo ng hindi bababa sa apat (4) na pahayag ng account para sa mga serbisyong ibinigay sa CSCHS.
 - d. Ipaalam sa Mga Pasyente ang mga available na opsyon sa pinansyal na tulong sa pamamagitan ng pagbibigay ng abiso sa Patakarang sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at aplikasyon sa o pagkatapos kaagad ng (mga) petsa ng serbisyo, sa

panahon ng pagsingil, at hindi bababa sa 30 araw bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC.

- e. Magsagawa ng mga hakbang, kapag nakipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Departamento ng Access ng Pasyente ng CSCHS tungkol sa mga available na opsyon sa pinansyal na tulong, upang tulungan ang Mga Pasyenteng kumpletuhin ang mga aplikasyon para sa Medi-Cal, iba pang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan na pinopondohan ng gobyerno, at ang Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan, kung naaangkop.
- f. Magpadala sa Mga Pasyente ng abiso—na kilala rin bilang “Liham Pamamaalam”—nang hindi bababa sa 60 araw bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC. Mapapabilang sa abisong ito ang:
 - i. Ang (mga) petsa ng serbisyo ng pagsingil na inirerekomenda sa DTAC;
 - ii. Buong pangalan at address ng DTAC;
 - iii. Isang pahayag na nagpapaalam sa Pasyente kung paano kumuha ng naka-itemize na singil mula sa CSCHS;
 - iv. Ang pangalan at uri ng saklaw ng kalusugan para sa Pasyente na nakatala sa CSCHS sa panahon ng serbisyo, o isang pahayag na walang ganoong impormasyon ang CSCHS;
 - v. Isang kopya ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS; at
 - vi. Ang (mga) petsa kung kailan orihinal

na pinadalhan ng abiso ang Pasyente tungkol sa pag-apply para sa Pinansyal na Tulong, ang (mga) petsa kung kailan orihinal na pinadalhan ang Pasyente ng aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, at, kung naaangkop, ang petsa kung kailan gumawa ng desisyon ang CSCHS tungkol sa aplikasyon ng Pasyente para sa Pinansyal na Tulong.

- g. Maghintay nang hindi bababa sa 180 araw pagkatapos ng paunang pagsingil bago irekomenda ang isang Utang ng Pasyente sa DTAC.
4. Kapag kumpleto na ang mga hakbang na nakalista sa talata (3) sa itaas, maaaring irekomenda ng CSCHS ang Utang ng Pasyente sa DTAC upang habulin ang isa o higit pa sa mga sumusunod na pagkilos sa pagkolekta:
 - a. Makipag-ugnayan sa mga karaniwang pagsisikap sa pagkolekta, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, paggamit ng mga pahayag sa pagsingil, nakasulat na pakikipag-ugnayan, at mga tawag sa telepono;
 - b. Magsimula ng aksyong sibil laban sa Pasyente sa paraang sumusunod sa lahat ng naaangkop na batas. Sa pamamagitan ng nakasulat na interagency na kasunduan, titiyakin ng CSCHS na hindi magsisimula ng aksyong sibil ang DTAC laban sa isang Pasyente kung ang Pasyenteng iyon ay may nakabinbing apela para sa saklaw ng mga item o serbisyo kung saan sila nakatanggap ng singil mula sa CSCHS (tulad ng tinutukoy sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, seksyon 127426, subdibisyon (b)), hanggang sa maisagawa ang pinal na pagtukoy ng apelang iyon, kung gagawa ang Pasyente ng makatuwirang pagsisikap

na makipag-ugnayan sa CSCHS at DTAC tungkol sa pag-usad ng anumang nakabinbing apela. Kasama sa nakabinbing apela ang mga hinaing sa planong pangkalusugan, mga independiyenteng medikal na pagsusuri na isinagawa ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan o Departamento ng Seguro, mga patas na pagdinig ng Medi-Cal, at mga apela sa Medicare, na inilalarawan sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, seksyon 127426, subdibisyon (b).

5. Sa pamamagitan ng nakasulat na interagency na kasunduan, titiyakin ng CSCHS na sa anumang dokumentong nagsasaad na posibleng magsimula ang mga aktibidad ng pagkolekta, papadalan ng DTAC ang Pasyente ng abisong naglalaman ng buod ng mga karapatan ng Pasyente na may simpleng pananalita alinsunod sa batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital, ang Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang ng Rosenthal, at ang pederal na Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang na maglalaman ng pahayag na posibleng maging available ang mga nonprofit na serbisyo sa pagpapayo sa credit sa lugar ng Pasyente, alinsunod sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 127430; at sa unang nakasulat na pakikipag-ugnayan sa Pasyente, magbibigay ang DTAC ng kopya ng Liham Pamamaalam at isang pahayag na 180 araw na ang lumipas mula noong petsa kung kailan unang siningil ang Pasyente para sa mga medikal na serbisyo na batayan ng utang, na maaaring magsampa ng kaso ang DTAC laban sa pasyente upang singilin ang utang, at hindi mag-uulat ang DTAC ng mapanganib na impormasyon sa isang ahensyang nag-uulat ng credit.
6. Hindi gagawin ng CSCHS ang anuman sa mga sumusunod na pagkilos sa pagkolekta:
 - a. Mag-ulat ng mapanganib na impormasyon tungkol sa Utang ng Pasyente sa isang ahensyang nag-uulat ng credit ng

consumer o bureau ng credit;

- b. Magbenta ng utang ng Pasyente sa isang bumibili ng utang;
 - c. Magpaliban o tumanggi sa, o humiling ng bayad bago magbigay ng, medikal na kinakailangang pangangalaga dahil sa hindi pagbabayad ng Pasyente ng isa o higit pang singil para sa nakaraang ibinigay na pangangalaga;
 - d. Iremata ang real property ng Pasyente;
 - e. Maglakip o magsamsam ng bank account ng Pasyente o iba pang personal na ari-arian; o
 - f. Gumamit ng mga garnishment ng sahod o lien sa isang pangunahing tirahan bilang paraan ng pagkolekta ng mga hindi binayarang singil sa ospital mula sa isang Pasyenteng karapat-dapat para sa Pinansyal na Tulong.
7. Maaaring humiling ang sinumang Pasyente na magtakda ng walang interes na plano ng pagbabayad para sa pagbabayad sa Utang ng Pasyente.
- a. Sa pakikipagkasundo sa Pasyente tungkol sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad, isasaalang-alang ng CSCHS ang kita ng pamilya at mga gastusin sa pamumuhay ng Pasyente.
 - b. Kung hindi magkakasundo sa plano ng pagbabayad ang CSCHS at isang Pasyente na naging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, gagamitin ng CSCHS ang formula at mga kahulugang inilalarawan sa subdibisyon (i) ng Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California seksyon 127400 upang gumawa ng makatuwirang plano ng pagbabayad na binubuo ng mga buwanang pagbabayad na hindi hihigit sa 10 porsyento ng kita ng

pamilya ng Pasyente sa loob ng isang buwan, hindi kasama ang mga deduction para sa mahahalagang gastusin sa pamumuhay.

- c. Maaaring ideklarang hindi na gumagana ang isang plano ng pagbabayad pagkatapos hindi maisagawa ng Pasyente ang lahat ng sunud-sunod na pagbabayad na dapat isagawa sa loob ng 90 araw.
 - d. Bago ideklarang hindi na gumagana ang isang plano ng pagbabayad, ang CSCHS ay:
 - i. Magsasagawa ng mga makatuwirang pagtatangkang makipag-ugnayan sa Pasyente sa pamamagitan ng pagtawag, magbibigay ng nakasulat na abiso na maaaring hindi na gumana ang plano ng pagbabayad, at ipapaalam sa Pasyente ang tungkol sa pagkakataong subukang makipagkasundong muli tungkol sa mga tuntunin ng na-default na plano ng pagbabayad.
 - ii. Sa kahilingan ng Pasyente, susubukang makipagkasundong muli tungkol sa mga tuntunin ng na-default na plano ng pagbabayad.
 - e. Hindi magsisimula ang CSCHS ng aksyong sibil laban sa Pasyente para sa hindi pagbabayad bago ideklarang hindi na gumagana ang plano ng pagbabayad.
8. Hindi gagamit ang CSCHS ng mga stub ng pagbabayad, income tax return, o dokumentasyon ng mga asset na nakuha mula sa Mga Pasyente sa panahon ng proseso ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong para sa mga aktibidad sa pagkolekta.
9. Kung sakaling susuriin ng Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga ang isang aplikasyon

para sa Pinansyal na Tulong na isinumite nang lampas sa 180 araw pagkatapos ng paunang pagsingil, hihilingin ng Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga na ihinto muna ng DTAC ang mga aktibidad ng pagkolekta, kasama ang pagpapatigil sa mga aksyong sibil, hanggang sa magbaba ng desisyon ang Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga tungkol sa aplikasyon. Kung sakaling makitang karapat-dapat ang isang pasyente para sa Pinansyal na Tulong pagkatapos magsimula ng aksyong sibil, makikipagtulungan ang CSCHS sa DTAC upang permanenteng i-dismiss ang kaso.

10. Walang anuman sa Patakarang ito ang humahadlang sa CSCHS o DTAC sa paghabol sa pananagutan ng third party sa paraang naaayon sa mga naaangkop na batas.

Mga Pasyente

1. Dapat idirekta ng mga pasyente ang mga tanong tungkol sa patakarang ito sa Mga Serbisyo ng Negosyo para sa Pasyente ng CSCHS. Maaaring makipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Mga Serbisyo ng Negosyo para sa Pasyente ng CSCHS sa pamamagitan ng pagtawag sa (408) 885-7470 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) o nang personal sa 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes).
2. Dapat gawin ng Mga Pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap na makatugon kaagad sa mga pahayag sa pagsingil at mga kaugnay na pakikipag-ugnayan mula sa CSCHS at DTAC.
3. Dapat gawin ng Mga Pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap na ipaalam sa CSCHS kung mayroon silang saklaw sa seguro sa kalusugan, Medicare, Medi-Cal, o iba pang saklaw ng third party na maaaring magbayad para sa lahat o ilan sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugang natanggap sa CSCHS.
4. Hinihikayat ang Mga Pasyente na suriin ang Patakan sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at, kung sa tingin nila ay karapat-dapat sila para sa

Pinansyal na Tulong, kumpletuhin at isumite ang isang aplikasyon sa Pinansyal na Tulong sa lalong madaling panahon. Maaaring suriin ng Mga Pasyente ang buong Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at mag-download ng kopya ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS sa <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Maaari ding makipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Departamento sa Access ng Pasyente ng CSCHS sa (866) 967-4677 (8am hanggang 5pm, Lunes hanggang Biyernes) para sa anumang tanong tungkol sa patakaran sa Pinansyal na Tulong.

Ibinigay
noong:

12/08/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

ਮਿਤੀ: 8 ਦਸੰਬਰ, 2022

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ: County of Santa Clara Health System
ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਲੀਡਰਸ਼ਿਪ ਗਰੁੱਪ

ਇਹਨਾਂ ਵਲੋਂ: René G. Santiago, ਡਿਪਟੀ ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਤੇ
ਡਾਇਰੈਕਟਰ, County of Santa Clara Health System

ਵਿਸ਼ਾ: ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ

ਹਵਾਲੇ: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS Policy #715.0 (Healthcare Access Program)

ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

1. **ਮਰੀਜ਼:** ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜਿਸਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਅਤੇ, ਜੋ ਸਮਾਨ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਗਾਰੰਟਰ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।
2. **ਗਾਰੰਟਰ:** ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀ ਹੈ।
3. **ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼:** ਰਕਮ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ CSCHS ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਦੇਣੀ ਹੈ।
4. **DTAC:** County of Santa Clara's Department of Tax and Collections (ਕਾਉਂਟੀ ਔਫ਼ ਸਾਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਦਾ ਕਰ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਵਿਭਾਗ), ਜੋ CSCHS ਦੇ ਵਲੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।
5. **ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ:** CSCHS ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ CSCHS ਦੁਆਰਾ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉੱਤੇ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ।

6. **CSCHS ਪਾਲਿਸੀ #715.0 ਜਾਂ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ:** ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਨੀਤੀ ਜੋ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ Healthcare Access Program (HAP) ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ CSCHS ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਘੱਟ ਜਾਂ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਖਾਸ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਛੋਟ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਲੋਕੀ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਕਾਲ ਕਰਕੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪਿਛੋਕੜ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ County of Santa Clara Health System (CSCHS) ਨੂੰ ਦੇਣ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਮਿਆਰਾਂ ਅਤੇ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਨੀਤੀ:

ਇਹ CSCHS ਦੀ ਨੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਭੇਜੇ ਜੋ ਸਟੀਕ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਕਸਾਰ ਹੋਵੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Health and Safety Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ), California Civil Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ), ਅਤੇ United States Code (ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਕੋਡ) ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਕਾਰਜਵਿਧੀ:

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ

ਕਾਰਵਾਈ

CSCHS Patient Business Services

1. CSCHS ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਤਹਿਤ, CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਕਰਜ਼ ਲਿੱਤੀ ਰਕਮ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਅਨੁਸਰਣ CSCHS ਕਰੇਗਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਨਾ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਪੈਸਿਆਂ ਵਜੋਂ ਮਨੋਨੀਤ ਕੀਤੀਆਂ ਭੁਗਤਾਨ-ਰਹਿਤ ਰਕਮਾਂ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਗਰਾਹੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ CSCHS ਦੇ ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਵੇਕ 'ਤੇ ਪੂਰੀਆਂ

ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨਗੀਆਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Hospital Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 *et seq.*), Emergency Physician Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127450 *et seq.*), Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (California Civil Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 1788 *et seq.*), ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act (United States Code, ਟਾਈਟਲ 15, ਸੈਕਸ਼ਨ 1692 *et seq.*) ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

2. CSCHS ਨੂੰ DTAC ਵਲੋਂ ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ DTAC ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਆਪਣੇ ਵਲੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਲਣ ਕਰੇਗਾ। ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਅਰਥ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਵਪਾਰ ਦਾ ਨਿਰਮਾਣ ਕਰਨ ਵਜੋਂ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ DTAC ਦੇ CSCHS ਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਕੱਢਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
3. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਸਾਰਾ ਕੁਝ ਕਰੇਗਾ:
 - a. ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਪਬਲਿਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ।
 - b. ਅਜਿਹੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ-ਪਾਰਟ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ, ਜਾਂ ਜੋ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਕੀਮਤ ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਰਾਜ- ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ-ਦੁਆਰਾ-ਫੰਡ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।

- c. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਚਾਰ (4) ਖਾਤੇ ਦੀਆਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਕੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- d. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇਤੀ ਹੀ, ਬਿੱਲਿੰਗ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ, ਅਤੇ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ਾ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- e. ਕਦਮ ਪੁੱਟਣਾ, ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Access Department ਦੇ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ Medi-Cal, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ, Healthcare Access Program, ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।
- f. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ਾ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 60 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣਾ—ਜਿਸ ਨੂੰ ਉੱਝ “ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ” ਵਜੋਂ—ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ:
 - i. ਉਸ ਬਿੱਲ ਦੀ ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜੋ DTAC ਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ;
 - ii. DTAC ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ;
 - iii. ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਰਹੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਵਲੋਂ ਵਸਤੂ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿੱਲ ਕਿਵੇਂ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਹੈ;

- iv. ਸੇਵਾ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ CSCHS ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕਿਸਮ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਕੋਲ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ;
 - v. CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ; ਅਤੇ
 - vi. ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜੀ ਗਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਮਿਤੀ ਜਦੋਂ CSCHS ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ।
- g. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ (Patient Debt) ਭੇਜਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 180 ਦਿਨ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ।
4. ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਪਰੋਕਤ ਪੈਰਾਗ੍ਰਾਫ (3) ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਕਦਮ ਪੂਰੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਗਰਾਰੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ:
- a. ਮਿਆਰੀ ਉਗਰਾਰੀ ਕੇਸ਼ਿਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁੱਝਣਾ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਲਿਖਤ ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ, ਅਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਾਲਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ;
 - b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਜੋ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜ਼ੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਦੁਆਰਾ,

CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ DTAC ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਵਸਤਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪੀਲ ਲੰਬਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਬਿੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਹੈ), ਜਦੋਂ ਤਕ ਉਸ ਅਪੀਲ ਦਾ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਤਰੱਕੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ, Department of Managed Health Care (ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਭਾਗ) ਜਾਂ Department of Insurance (ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ) ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਲਿਤ ਸੁਤੰਤਰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ, Medi-Cal ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ Medicare ਅਪੀਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ California Health and Safety Code, section 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

5. ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੁਆਰਾ, CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋ ਦਰਸਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, DTAC ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇਗਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ Hospital Fair Pricing Policies ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ, Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act, ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ ਸਰਲ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਗੈਰ-ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਉਧਾਰ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ, Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127430 ਦੇ ਅਨੁਰੂਪ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ; ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਪਹਿਲੇ ਲਿਖਤ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ, DTAC ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 180 ਤੋਂ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ ਲੰਘ ਗਏ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਕਿ DTAC ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ DTAC ਉਧਾਰ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

6. CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ:

- a. ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਇੱਕ ਉਪਭੋਗਤਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬਿਊਰੋ ਨੂੰ ਦੇਣਾ;
- b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਨੂੰ ਕਰਜ਼ ਖਰੀਦਾਰ ਨੂੰ ਵੇਚਣਾ;
- c. ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਟਾਲਣਾ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ;
- d. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਪੱਤੀ ਉੱਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾ ਦੇਣਾ;
- e. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ ਨੂੰ ਨੱਥੀ ਜਾਂ ਜ਼ਬਤ ਕਰਨਾ; ਜਾਂ
- f. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਜੋਂ, ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਉੱਤੇ ਵੇਜ਼ ਗਾਰਨਿਸ਼ਮੈਂਟ ਜਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ।

7. ਕੋਈ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- a. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, CSCHS ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰੇਗੀ।
- b. ਜੇ CSCHS ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਿਆ ਹੈ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ CSCHS ਅਜਿਹੇ ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੋ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ California Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 ਦੇ ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (i) ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮੂਲੇ ਅਤੇ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗੀ।
- c. ਮਰੀਜ਼ ਵਲੋਂ 90-ਦਿਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਸਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- d. ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਕਰੇਗਾ:
 - i. ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ, ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣੀ ਕਿ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬੇਅਸਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਮੌਕੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
 - ii. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ, ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ

ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ 'ਤੇ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਸ਼ਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨੀ।

- e. CSCHS ਕਿਸੇ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
- 8. CSCHS ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਹਾਸਲ ਤਨਖਾਹ ਸਟੱਬ, ਇਨਕਮਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਸ, ਜਾਂ ਪੂੰਜੀਆਂ ਦੇ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
- 9. ਅਜਿਹੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ 180 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰੇਗਾ ਕਿ DTAC ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਸਮੇਤ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕੇ, ਜਦੋਂ ਤਕ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਦਿੰਦੇ। ਉਸ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS ਪੱਖਪਾਤ ਵਾਲੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਨੂੰ ਖਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ।
- 10. ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ CSCHS ਜਾਂ DTAC ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੀਰਕੇ ਵਿੱਚ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦੀ।

ਮਰੀਜ਼

- 1. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ CSCHS Patient Business Services ਨੂੰ ਪੁੱਛਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Business Services ਨਾਲ ਫ਼ੋਨ ਦੁਆਰਾ (408) 885-7470 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਜਾਂ ਆਪ ਜਾ ਕੇ 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

2. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਵਲੋਂ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਅਤੇ ਸਬੰਧਤ ਸੰਚਾਰਾਂ ਦਾ ਫੌਰਨ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।
3. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ, Medicare, Medi-Cal, ਜਾਂ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਪਾਰਟ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ CSCHS 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
4. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ, ਜੇ ਉਹ ਮੰਨਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਦਰਜ ਕਰੋ। ਮਰੀਜ਼ ਪੂਰਨ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਸੰਪਰਕ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ: 12/08/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

تاریخ: 8 دسامبر 2022

به: سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
گروه مدیریت اجرایی

از طرف: René G. Santiago، معاون اجرایی شهرستان و
سرپرست، سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا

موضوع: خط مشی وصول بدهی بیمار

ارجاعات: کالیفرنیا قانون ایمنی و سلامتی، §§ 127400-127462
کالیفرنیا مدنی قانون، §§ 1788-1788.33
15 U.S.C. §§ 1692-1692p
خط مشی شماره CSCHS 715.0 (طرح دسترسی به مراقبت های سلامتی)

تعاریف:

1. بیمار: در جهت اهداف این خط مشی، بیمار به فرد و یا ضامن وی اطلاق میگردد که کالا و/یا خدمات مراقبت های سلامتی را از CSCHS دریافت نموده است.
2. ضامن: فردی که مسئولیت مالی پرداخت بدهی بیمار را تقبل کرده است.
3. بدهی بیمار: مبلغی است که بیمار برای کالا و/یا خدمات مراقبت های سلامتی به CSCHS بدهکار است.
4. DTAC: اداره مالیات و جمع آوری شهرستان سانتا کلارا که بدهی بیماران را به نمایندگی از CSCHS وصول می کند.
5. پشتیبانی مالی: یک تخفیف کامل یا جزئی در بدهی بیمار که توسط CSCHS تحت شرایط خط مشی پشتیبانی مالی CSCHS، مجاز است.
6. خط مشی شماره CSCHS 715.0 یا خط مشی پشتیبانی مالی CSCHS: یک خط مشی انحصاری که طرح پشتیبانی مالی CSCHS را شرح می دهد، همچنین تحت عنوان طرح دسترسی به مراقبت های سلامتی (HAP) شناخته می شود که در کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه شده توسط CSCHS به بیماران خاص واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط، تخفیف ارائه می دهد. خط مشی پشتیبانی مالی CSCHS، به طور آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> موجود است. افراد همچنین می توانند جهت دریافت یک کپی از خط مشی پشتیبانی مالی CSCHS، با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 967-4677 (8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه) تماس برقرار نمایند.

پیشینه:

هدف این خطمشی، تعریف استانداردها و روش‌های وصول بدهی بیمار به سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) است.

خطمشی:

خطمشی CSCHS که صورتحساب بیماران را به شیوه‌ای دقیق، کارآمد و منطبق با قوانین و مقررات ذیربط، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) مفاد ذیربط قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، قانون مدنی کالیفرنیا و قانون ایالات متحده، صدور می‌نماید.

دستورالعمل:

طرف مسئول	اقدام
خدمات تجاری بیمار CSCHS	1. CSCHS تحت اختیار مدیر ارشد مالی CSCHS، پرداخت بدهی‌های بیمار برای کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه‌شده توسط CSCHS را با تعیین مبالغ پرداخت‌نشده به عنوان مطالبات مشکوک الوصول و ارجاع چنین مبالغی به DTAC برای وصول، مورد پیگیری قرار می‌دهد. اقدامات وصولی به صلاحدید CSCHS و DTAC انجام خواهد شد و با تمام قوانین و مقررات ذیربط ایالتی و فدرال، از جمله قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان کالیفرنیا (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127400 و مابعد)، قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه پزشکان اورژانس (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127450 و مابعد)، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال (قانون مدنی کالیفرنیا، بخش‌های 1788 و مابعد) و قانون روش‌های وصول عادلانه بدهی فدرال (قانون ایالات متحده، عنوان 15، بخش‌های 1692 و مابعد) مطابقت خواهد داشت.
	2. CSCHS یک قرارداد کتبی با DTAC منعقد می‌کند که DTAC به طور کامل به خطمشی آن پایبند خواهد بود. این قرارداد کتبی به عنوان ایجاد یک سرمایه‌گذاری مشترک فی‌مابین CSCHS و DTAC تلقی نخواهد شد یا از طرف دیگر به CSCHS، امکان نظارت بر DTAC را نمی‌دهد.
	3. CSCHS قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، تمام امور زیر را انجام می‌دهد:
	أ. تمام تلاش منصفانه خود را انجام می‌دهد تا از بیماران اطلاعاتی به دست آورد مبنی بر اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی، دولتی یا پشتیبانی مالی، این امکان را دارد که هزینه‌های مراقبت ارائه‌شده توسط CSCHS را به طور کامل یا جزئی تحت پوشش قرار دهد یا خیر.
	ب. به بیماران فاقد پوشش مراقبت‌های سلامتی توسط یک پرداخت‌کننده شخص ثالث یا برای کسانی که تقاضای تخفیف در قیمت یا مراقبت‌های خیریه‌ای دارند، درخواستی برای طرح Medi-Cal یا سایر طرح‌های پوشش سلامتی با بودجه ایالتی یا شهرستانی فراهم می‌کند.

ت. با ارسال حداقل چهار (4) صورتحساب به بیماران برای خدمات ارائه‌شده در CSCHS، آنها را در جریان مسئولیت‌های مالی خود قرار می‌دهد.

ث. از طریق ارائه اطلاعیه در مورد خط‌مشی و درخواست پشتیبانی مالی CSCHS در تاریخ(های) خدمات یا بلافاصله پس از آن، در زمان صدور صورتحساب و حداقل 30 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود به بیماران اطلاع رسانی می‌کند.

ج. هنگامی که بیماران در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود با بخش دسترسی بیمار CSCHS تماس می‌گیرند، اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به آن بیماران در تکمیل درخواست‌های Medi-Cal، سایر پوشش‌های مراقبت سلامتی با بودجه دولت و طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی کمک نماید.

ح. حداقل 60 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، اطلاعیه‌ای — از طرف دیگر تحت عنوان "نامه خداحافظی" شناخته می‌شود — برای بیماران ارسال می‌کند. این اطلاعیه شامل موارد زیر خواهد بود:

1. تاریخ(های) خدمات صورتحساب که به DTAC ارجاع می‌شود.

2. نام و آدرس کامل DTAC؛

3. بیانی‌ای که به بیمار اطلاع می‌دهد چگونه می‌توان یک صورتحساب دقیق از CSCHS دریافت نمود؛

4. نام و نوع پوشش سلامتی بیمار که در CSCHS در زمان خدمت ثبت گردیده است، یا بیانی‌ای مبنی بر اینکه CSCHS فاقد آن اطلاعات است؛

5. یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS؛ و

6. تاریخ(هایی) که برای اولین بار، اطلاعیه‌ای در مورد تقاضای دریافت پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد، تاریخ(هایی) که برای اولین بار، درخواست پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد و در صورت امکان، تاریخی که CSCHS در مورد درخواست بیمار برای پشتیبانی مالی تصمیم‌گیری نمود.

خ. قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، حداقل به مدت 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه صبر می‌نماید.

4. CSCHS پس از تکمیل مراحل عنوان‌شده در پاراگراف (3) بالا، ممکن است بدهی بیمار را به DTAC ارجاع دهد تا یک یا چند مورد از اقدامات وصولی زیر را پیگیری نماید:

أ. مشاركت در اقدامات وصولی استاندارد، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) استفاده از صدور صورتحساب، مکاتبات کتبی و تماس‌های تلفنی؛

ب. اقامه دعوی مدنی علیه بیمار به نحوی که با تمام قوانین ذیربط مطابقت داشته باشد. اگر بیمار دارای درخواست تجدیدنظر بلا تکلیفی برای پوشش کالاها یا خدماتی که برای آنها صورتحساب از CSCHS دریافت کرده است باشد، تا زمانی که تصمیم نهایی در مورد آن تجدیدنظر گرفته شود در صورتیکه بیمار تلاش منصفانه‌ای برای برقراری ارتباط با CSCHS و DTAC در مورد پیشرفت هرگونه درخواست تجدیدنظر انجام داده باشد، CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC به دعوی مدنی علیه آن بیمار اقدام نکند (همانطور که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا تعریف شده است، بخش 127426، زیر بخش (ب)). یک درخواست تجدیدنظر بلا تکلیف شامل شکایات طرح سلامت، بررسی‌های پزشکی مستقل اجرا شده توسط سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده یا سازمان بیمه، جلسات دادرسی منصفانه Medi-Cal و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare است که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش 127426، زیر بخش (b) شرح داده شده است.

5. CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC با هر مدرکی که نشان‌دهنده امکان شروع فعالیت‌های وصولی باشد، اطلاعیه‌ای به زبان قابل فهم به بیمار ارسال می‌کند که خلاصه‌ای است از حقوق بیمار بر اساس قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال و قانون روش‌های وصول منصفانه بدهی فدرال و شامل بیانیه‌ای است مبنی بر اینکه خدمات مشاوره اعتباری غیرانتفاعی ممکن است در منطقه بیمار در دسترس باشد، مطابق با قانون سلامت و ایمنی بخش 127430 باشد؛ و اینکه در اولین ارتباط کتبی با بیمار، DTAC یک کپی از نامه خداحافظی و بیانیه‌ای ارائه می‌دهد که بیش از 180 روز از تاریخ صدور صورتحساب بیمار برای اولین بار برای خدمات پزشکی که مبنای بدهی است، گذشته است، که DTAC ممکن است علیه بیمار برای وصول بدهی شکایت کند و DTAC اطلاعات مغایری را به مؤسسه اعتبارسنجی گزارش نمی‌کند.

6. CSCHS تعهدی در هیچ‌یک از اقدامات وصولی زیر نخواهد داشت:

- أ. گزارش اطلاعات مغایر در مورد بدهی بیمار به مؤسسه اعتبارسنجی مصرف‌کننده یا مؤسسه اطلاعات اعتباری؛
- ب. فروش بدهی بیمار به خریدار بدهی؛

ت. به تعویق انداختن یا رد کردن یا درخواست پرداخت قبل از ارائه مراقبت‌های پزشکی ضروری، به علت عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب از سوی بیمار برای مراقبت‌های قبلی ارائه‌شده؛

ث. ضبط اموال غیرمنقول بیمار؛

ج. توقیف یا ضبط حساب بانکی یا سایر اموال شخصی بیمار؛ یا

ح. بهره‌گیری از توقیف دستمزد یا حق تصرف اقامتگاه اصلی به عنوان وسیله‌ای برای وصول صورتحساب‌های بیمارستانی پرداخت‌نشده از بیمار واجد شرایط پشتیبانی مالی.

7. هر بیمار ممکن است برای تنظیم یک طرح پرداخت بدون بهره به منظور پرداخت بدهی بیمار درخواست نماید.

أ. CSCHS هنگام مذاکره شرایط یک طرح پرداخت با بیمار، درآمد خانواده و هزینه‌های زندگی بیمار را مد نظر قرار می‌دهد.

ب. در صورتیکه CSCHS و بیماری که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی است نتوانند در مورد طرح پرداخت به توافق برسند، CSCHS از دستورالعمل و تعاریف تشریح شده در زیر بخش (i) از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 برای ایجاد یک طرح پرداخت منطقی متشکل از پرداخت‌های ماهانه که بیشتر از 10 درصد از درآمد خانواده بیمار برای یک ماه نیست، بدون احتساب کسر هزینه‌های ضروری زندگی استفاده می‌کند.

ت. اگر بیمار نتواند تمامی بدهی‌ها در طول یک دوره 90 روزه را به طور مستمر پرداخت نماید، طرح پرداخت ممکن است غیرفعال اعلام گردد.

ث. CSCHS قبل از اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت:

1. به طور منصفانه تلاش خواهد کرد که از طریق تلفن با بیمار تماس برقرار کند، به طور کتبی اعلام کند که طرح پرداخت ممکن است غیرفعال شود و به بیمار در مورد امکان تلاش برای مذاکره مجدد در مورد شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض اطلاع‌رسانی نماید.

2. در صورت درخواست بیمار، سعی خواهد کرد که شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض را مجدداً مورد مذاکره قرار دهد.

ج. در صورت عدم پرداخت قبل از زمان اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت، CSCHS هیچگونه اقامه دعوی مدنی را علیه بیمار آغاز

نخواهد کرد.

8. CSCHS از فیش حقوقی، اظهارنامه مالیات بر درآمد یا اسناد اموال به دست آمده از بیماران، در طول فرآیند درخواست پشتیبانی مالی برای اقدامات وصولی استفاده نخواهد کرد.

9. در صورتی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها، یک درخواست پشتیبانی مالی ارائه شده در بیش از 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه را بررسی نماید، سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها از DTAC درخواست خواهد کرد که اقدامات وصولی، از جمله اقدامات مدنی باقی مانده را تا زمانی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها در مورد درخواست تصمیم بگیرد، متوقف نماید. در صورتی که پس از شروع اقامه دعوی مدنی، بیماری واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی تشخیص داده شود، CSCHS با DTAC همکاری خواهد نمود تا دعوی را با پیش دآوری رد کند.

10. هیچ چیز در این خطمشی مانع CSCHS یا DTAC برای پیگرد قانونی مسئولیت شخص ثالث به روشی مطابق با قوانین ذیربط نیست.

بیماران

1. بیماران باید سوالات مرتبط با این خطمشی را به خدمات تجاری بیمار CSCHS ارسال نمایند. بیماران می توانند از طریق شماره (408) 885-7470 (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه) و یا به صورت مراجعه حضوری به آدرس خیابان S.Bascom 770، سن خوزه، کالیفرنیا 95128، (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)، با خدمات تجاری بیمار CSCHS در تماس باشند.

2. در جهت پاسخگویی به صورتحساب ها و ارتباطات مرتبط با CSCHS و DTAC در اسرع وقت، بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را انجام دهند.

3. بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را برای اطلاع رسانی به CSCHS انجام دهند، در صورتیکه دارای پوشش بیمه سلامتی، Medicare، Medi-Cal یا سایر پوشش های شخص ثالث باشند که ممکن است همه یا برخی از کالاهای و/یا خدمات مراقبت های سلامتی دریافت شده در CSCHS را پرداخت نماید.

4. از بیماران درخواست می شود که خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و اگر معتقدند که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی هستند، یک درخواست پشتیبانی مالی را در اسرع وقت تکمیل و ارسال کنند. بیماران می توانند خطمشی کامل پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS را از طریق <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> دانلود کنند. همچنین در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد خطمشی پشتیبانی مالی، بیماران می توانند با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 4677-967 (8 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)

تماس برقرار نمایند.

صادر شده: 2022/08/12