

فرم شکایت درباره صورت‌حساب بیمارستان

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ شما می‌توانید شکایت خود را به صورت آنلاین از طریق تارنمای HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov ثبت کنید.
- ✓ برای دریافت کمک رایگان در مورد شکایت خود، می‌توانید با مراجعه به تارنمای healthconsumer.org یا تماس با شماره تلفن 804-3536-888 با اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance) تماس بگیرید.
- ✓ برای اینکه HCAI بررسی کند که آیا توسط بیمارستان به‌طور اشتباه از دریافت کمک در پرداخت صورت‌حساب‌های پزشکی خود محروم شده‌اید، باید قبل از ثبت این شکایت برای دریافت تخفیف در پرداخت هزینه و/یا مراقبت خیریه درخواست داده باشید.
- ✓ اگر قصد ارسال پستی مدارک خود را دارید، لطفاً فقط رونوشت مدارک را بگنجانید. از ارسال نسخه‌های اصلی خودداری کنید زیرا پس داده نمی‌شوند.

بخش 1: اطلاعات بیمار

- 1- نام، نام میانی، نام خانوادگی _____
- 2- نام ترجیحی (اختیاری) _____
- 3- جنسیت: زن مرد نامشخص ترجیح می‌دهم ذکر نکنم
- 4- تاریخ تولد: _____
- 5- آیا بیمار فوت کرده است؟ بله خیر
- 6- آیا بیمار خردسال است؟ بله خیر
- 7- برای بیماران خردسال، لطفاً نام ولی یا سرپرست قانونی آنها را وارد کنید: _____
- 8- نشانی پستی، شهر، ایالت، کد پستی (5 رقمی)، نام کشور _____

- 9- شماره تلفن اولیه _____
- 10- شماره تلفن ثانویه _____
- 11- نشانی رایانامه _____
- 12- آیا شخصی به غیر از ولی یا سرپرست قانونی کودک زیر 18 سال به شما در ثبت شکایت کمک می‌کند؟ بله خیر
برای پاسخ بله، لطفاً فرم نماینده تام‌الاختیار را تکمیل کنید.

بخش 2: اطلاعات خانواده

برای بیماران 18 ساله و بزرگتر، نام کامل، سن و نسبت با این افراد را ارائه دهید: همسر، شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال (چه همراه آنها زندگی کنند یا نکنند). برای بیماران زیر 18 سال، نام کامل، سن و نسبت با این افراد را ارائه دهید: والدین، بستگان سرپرست و سایر فرزندان زیر 21 سال والدین یا بستگان سرپرست. (اگر بیش از شش عضو خانواده را ذکر کرده‌اید، ضمیمه صفحه 10 را پر کنید.)

ردیف	نام کامل	سن	نسبت با بیمار
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

بخش 3: اطلاعات بیمارستانی

13- نام بیمارستان: _____

14- نشانی، شهر، ایالت، کد پستی (5 رقمی) _____

15- تاریخ ورود: _____ 16- تاریخ ترخیص: _____

17- آیا برآورد کتبی از بیمارستان دریافت کرده‌اید؟ بله خیر
برای پاسخ بله، در صورت امکان، اسناد پشتیبان را پیوست کنید.18- تاریخ‌های ارائه خدمات که برای آنها توسط بیمارستان صورت‌حساب صادر می‌شود: _____
در صورت وجود بیش از یکبار پذیرش یا چندین تاریخ جداگانه برای ارائه خدمات، لطفاً برای هر مورد یک شکایت جداگانه ارسال کنید.19- آیا مبلغی برای خدمات مورد نظر پرداخت کرده‌اید؟ بله خیر نامشخص
برای پاسخ بله، در صورت امکان، اسناد پشتیبان و تاریخ آخرین پرداخت را ارائه دهید: _____**بخش 4: اطلاعات طرح سلامت**21- آیا خدمات بیمارستان مربوط به آسیب‌های ناشی از شخص ثالث (مانند تصادف وسیله نقلیه موتوری، جرم یا جراحت ناشی از کار) بوده است؟ بله خیر نامشخص21- آیا برای هر یک از تاریخ‌های ارائه خدمات مورد نظر در طرح سلامت، طرح بیمه و/یا برنامه بیمه دولتی (به عنوان مثال، Medicare، Medi-Cal، بیمه تکمیلی Medicare و غیره) ثبت‌نام کرده‌اید؟ بله خیر نامشخص

برای پاسخ بله، در خصوص هر نوع پوشش، لطفاً نام طرح، تاریخ‌های اجرای پوشش و شماره شناسایی عضویت را ذکر کنید و در صورت امکان، نوع پوشش را از میان موارد فهرست شده در زیر مشخص کنید.

شماره شناسایی عضویت	تاریخ‌های پوشش	پوشش اولیه
_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> شرکت بیمه/کارفرما <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare بیمه تکمیلی	
شماره شناسایی عضویت	تاریخ‌های پوشش	پوشش ثانویه
_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> شرکت بیمه/کارفرما <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare بیمه تکمیلی	
شماره شناسایی عضویت	تاریخ‌های پوشش	پوشش ثانویه
_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> شرکت بیمه/کارفرما <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare بیمه تکمیلی	

22- آیا طرح سلامت، طرح بیمه و/یا برنامه بیمه دولتی هر یک از مطالبات مربوط به خدماتی را که برای آنها توسط بیمارستان صورت‌حساب صادر می‌شود، رسیدگی کرده است؟ بله خیر نامشخص نامشخص23- برای پاسخ بله، آیا بیمار در خصوص محرومیت از مساعدت، در طرح سلامت، طرح بیمه یا برنامه بیمه دولتی خود شکایت ثبت کرده یا درخواست تجدیدنظر داده است؟ بله خیر نامشخص نامشخص

برای پاسخ بله، نسخه‌ای از رأی طرح سلامت، طرح بیمه یا برنامه بیمه دولتی و تاریخ حل و فصل شکایت یا درخواست تجدیدنظر، در صورت امکان، گنجانده شود.

24- تاریخ حل و فصل شکایت یا درخواست تجدیدنظر در صورت امکان و در دسترس بودن:

بخش 5: اطلاعات مربوط به وصول بدهی

25- آیا بیمارستان صورت حساب پرداخت‌نشده (بدهی) پزشکی را به نهادهای تحویلدار واگذار کرده است یا شما در خطر معرفی به نهادهای تحویلدار هستید؟ بله خیر نامشخص

26- برای پاسخ بله، آیا بدهی به مرکز اعتبارسنجی گزارش شده است یا بر گزارش/امتیاز اعتباری شما تأثیر گذاشته است؟ بله خیر نامشخص نامشخص

برای پاسخ بله، لطفاً نسخه‌ای از گزارش اعتباری خود را ارائه دهید.

27- نام تحویلدار، در صورت امکان و در دسترس بودن:

28- تاریخ واگذاری بدهی به نهادهای تحویلدار، در صورت امکان و در دسترس بودن:

29- شماره حساب، در صورت امکان و در دسترس بودن:

تمام اطلاعاتی که در طرح این شکایت ارائه کردم تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است.

نام بیمار (خوانا)

امضای بیمار یا نماینده قانونی

لطفاً توجه داشته باشید: اگر بیمار قادر به تصمیم‌گیری پزشکی و/یا مالی نیست، مایل است نماینده‌ای برای کمک به طرح شکایت داشته باشد یا برای بیمارانی که فوت کرده‌اند، لطفاً فرم نماینده تام‌الاختیار پیوست شده را تکمیل کنید. بدون امضای معتبر از طرف بیمار، نماینده تام‌الاختیار باید مدارکی مبنی بر صلاحیت قانونی برای ایفای نقش به عنوان نماینده تام‌الاختیار بیمار (مانند وکالتنامه، اسناد کفالت حقوقی، نامه تعیین مجری و غیره) را ارائه دهد.

بخش 6: انتشار اطلاعات

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

اینجانب، [نام بیمار را وارد کنید] _____ اجازه می‌دهم [نام بیمارستان را وارد کنید] _____ به منظور مشخص شدن اینکه آیا مطابق با قانون صورت‌حساب عادلانه بیمارستان و مقررات مربوطه، طرح شکایت از بیمارستان نامبرده انجام شده است یا خیر، سوابق بهداشتی کامل من شامل، اما نه محدود به، اطلاعات مالی، صورت‌حساب، اطلاعات پزشکی، اطلاعات سلامت روان، سوء مصرف مواد، HIV، گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی و سایر سوابق مربوط به شکایتی که من یا از طرف من در اداره اطلاعات و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (HCAI) ذیل برنامه شکایت درباره صورت‌حساب بیمارستان (HBCP) ثبت شده است را به اشتراک بگذارد.

می‌دانم که سوابق سوء مصرف مواد من (در صورت وجود) تحت مقررات فدرال حاکم بر محرمانگی و بند 2 از عنوان 42 قوانین فدرال مربوط به سوابق بیمار دارای سوء مصرف مواد و بندهای 160 و 164 از عنوان 45 قوانین فدرال قانون انتقال و پاسخگویی الکترونیکی بیمه سلامت 1996 (HIPAA) محافظت می‌شود و بدون رضایت کتبی من قابل افشا نیست، مگر اینکه در مقررات به گونه دیگری مقرر شده باشد.

این مجوز برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات بهداشتی من تا زمانی که شکایت من در HCAI حل و فصل نشود، معتبر است. می‌دانم که در هر زمان مجاز به لغو این مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی هستم و می‌توانم این کار را به صورت کتبی از طریق ارسال پستی به نشانی زیر انجام دهم:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

این مجوز 12 ماه پس از تاریخ امضای این فرم یا زمانی که شکایت من مختومه می‌شود (هر کدام زودتر اتفاق بیفتد)، منقضی می‌گردد، مگر اینکه به نحو دیگری لغو شود. ابطال زمانی اعمال می‌شود که HBCP درخواست من را به صورت کتبی دریافت کند، به جز در صورتی که HBCP یا سایر برنامه‌ها از هم‌اکنون رضایت قبلی من را برای انتشار اطلاعات پزشکی پذیرفته باشند.

می‌دانم که این مجوز انتشار اطلاعات بهداشتی داوطلبانه است، اما HBCP نمی‌تواند برای شکایت من درباره صورت‌حساب بیمارستان بدون امضای این نسخه اقدام حقوقی انجام دهد.

در صورتی که HCAI مجوز دیگری کسب نکرده باشد، قانون کالیفرنیا HCAI را از افشای بیشتر اطلاعات بهداشتی من منع می‌کند مگر اینکه الزام قانونی داشته باشد. می‌دانم که اگر اجازه داده باشم اطلاعات بهداشتی خود را برای شخصی که از نظر قانونی ملزم به محرمانه نگه داشتن آن نیست، افشا کنم، آن اطلاعات ممکن است دیگر توسط قوانین محرمانگی ایالتی یا فدرال محافظت نشود.

می‌دانم که حق دریافت نسخه‌ای از این مجوز را دارم.

امضای بیمار: _____ تاریخ: _____

نام خود را وارد کنید: _____

اگر این فرم توسط شخصی که دارای اختیار قانونی برای اقدام از طرف یک فرد (مانند والدین یا سرپرست قانونی یک خردسال یا نماینده مراقبت‌های بهداشتی) است، تکمیل می‌شود، لطفاً اطلاعات زیر را کامل کنید:

نام فرد تکمیل‌کننده این فرم: _____

امضای فرد تکمیل‌کننده این فرم: _____

تاریخ: _____

در زیر توضیح دهید چگونه این شخص دارای اختیار قانونی برای امضای این فرم است:

اطلاعات مربوط به مشخصات فردی

سوالات مربوط به مشخصات فردی زیر فقط برای مقاصد گزارش‌دهی و تجزیه و تحلیل استفاده می‌شود. این اطلاعات اختیاری است. اگر مایل به ارائه این اطلاعات نیستید، این مسئله به هیچ وجه بر نتیجه شکایت شما تأثیری نخواهد داشت.

1- زبان

زبان ترجیحی مورد تکلم:

آیا مایل هستید به زبان دلخواهتان با شما ارتباط برقرار کنیم؟ بله خیر

2- نژاد و/یا قومیت

نژاد و/یا قومیت شما چیست؟

همه گروه‌ها و زیرگروه‌هایی را که صدق می‌کنند، انتخاب کنید و جزئیات تکمیلی را در فضاهاى زیر وارد نمایید. توجه داشته باشید که می‌توانید بیش از یک گروه را گزارش دهید.

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

ملت ناواهو گزینه نوشتنی:

آسیایی یا آمریکایی آسیایی‌تبار

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

هندی‌تبار کامبوجی چینی فیلیپینی همونگ ژاپنی کره‌ای لائوسی پاکستانی ویتنامی

گزینه نوشتنی:

سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

آمریکایی آفریقایی‌تبار باربادوسی اتیوپیایی غنائی هائیتیایی جامائیکایی کنیایی نیجریه‌ای سومالیایی

آفریقای جنوبی سودانی گزینه نوشتنی:

اسپانیایی یا لاتین‌تبار

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

کلمبیایی کوبایی دومینیکنی اکوادوری گواتمالایی هندوراسی مکزیکی یا آمریکایی مکزیکی‌تبار

پورتوریکویی السالوادوری اسپانیایی گزینه نوشتنی:

اهل خاورمیانه یا شمال آفریقا

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

افغان الجزایری ارمنی مصری ایرانی عراقی اسرائیلی کردی لبنانی مراکشی سوری

گزینه نوشتنی:

بومی هاوایی یا اهل جزایر اقیانوس آرام

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

چامورو چوکی فیجیایی گوآمی مارشالی بومی هاوایی پالائویی ساموایی تاهیتیایی تونگایی

گزینه نوشتنی:

سفیدپوست

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

هلندی انگلیسی فرانسوی آلمانی ایرلندی ایتالیایی نروژی لهستانی پرتغالی روسی اسکاتلندی

گزینه نوشتنی:

3- هویت جنسی

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

- زن مرد زن به مرد/مرد تراجنسیتی/مرد ترنس مرد به زن/زن تراجنسیتی/زن ترنس جنسیت کوئیر (منحصراً نه مرد و نه زن)
- اطلاع ندارم/ ترجیح می‌دهم ذکر نکنم گزینه نوشتنی:
-

اطلاعیه قانون رویه‌های اطلاعاتی 1977

قانون رویه‌های اطلاعاتی 1977 (بند 1798.17 قانون مدنی کالیفرنیا) نسبت به اطلاعیه ذیل الزام می‌دارد

- بند 127436 از قانون بهداشت و ایمنی به اداره اطلاعات و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (HCAI) این اختیار را می‌دهد که شکایات مربوط به صورت‌حساب بیمارستان در ارتباط با دریافت تخفیف در پرداخت هزینه و/یا سیاست‌های مراقبت خیریه بیمارستان را بررسی کند.
- برنامه صورت‌حساب منصفانه بیمارستان HCAI از اطلاعات شخصی‌تان برای بررسی شکایت صورت‌حساب بیمارستانی شما استفاده می‌کند.
- شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت داوطلبانه در اختیار HCAI قرار دهید، اگرچه الزامی نیست. با این حال، اگر اطلاعات درخواستی را ارائه ندهید، HCAI ممکن است نتواند شکایت شما را بررسی کند.
- HCAI می‌تواند اطلاعات شخصی شما را (در صورت لزوم) با بیمارستان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای بررسی شکایت شما به اشتراک بگذارد.
- HCAI همچنین در صورت لزوم یا مجاز بودن می‌تواند اطلاعات شما را با سایر سازمان‌های دولتی به اشتراک بگذارد.
- شما حق دارید اطلاعات شخصی خود را مشاهده کنید. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا سؤالی در مورد حفظ حریم خصوصی اطلاعات قابل شناسایی شخصی دارید که توسط HCAI نگهداری می‌شود، لطفاً با مسئول حفظ حریم خصوصی به مشخصات زیر تماس بگیرید:

Department of Health Care Access and Information
 Privacy Officer
 2020 West El Camino, Suite 800
 Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

قبل از تشکیل پرونده

اگر می‌خواهید HCAI بررسی کند که آیا از طرف بیمارستان به‌طور اشتباه از دریافت کمک در پرداخت صورت‌حساب‌های پزشکی خود محروم شده‌اید، باید از قبل برای دریافت کمک مالی در بیمارستانی که خدمات دریافت کرده‌اید، درخواست داده باشید. اگر هنوز به بیمارستان درخواست ن داده‌اید، باید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست با بیمارستان تماس بگیرید. اگر مایل به ارائه کمک هستید، می‌توانید با اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance) به شماره تلفن 888-804-3536 تماس بگیرید یا برای کسب اطلاعات بیشتر به تارنمای healthconsumer.org مراجعه کنید.

نحوه تشکیل پرونده

1. به صورت آنلاین در تارنمای HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov تشکیل پرونده دهید (این سریعترین روش برای تشکیل پرونده است). دستورالعمل‌های آنلاین را دنبال کرده و فرم شکایت را امضا کنید.
 2. اگر یک نماینده تام‌الاختیار را به‌کار گرفته‌اید، «فرم نماینده تام‌الاختیار» را تکمیل کنید.
 3. نسخه‌ای از فرم W-2 اخیر یا فیش‌های حقوقی شش ماه گذشته خود را پیوست کنید.
 4. می‌توانید اسناد دیگری را نیز مانند هر یک از موارد زیر که از درخواست شما پشتیبانی می‌کنند، بگنجانید:
 - برآورد کتبی از طرف بیمارستان.
 - هرگونه اسنادی که پرداخت‌های انجام‌شده برای خدماتی که برای آنها صورت‌حساب صادر شده است را نشان می‌دهد.
 - هرگونه ارتباط با طرح سلامت یا برنامه بیمه دولتی شما در مورد خدماتی که برای آنها صورت‌حساب صادر شده است.
 - مدارک مربوط به صورت‌حساب پرداخت نشده پزشکی به نهادهای تحصیلدار و اگذار شده‌اند یا در معرض ارسال به نهادهای تحصیلدار قرار دارند.
 - نسخه‌ای از گزارش اعتباری شما در صورتی که امتیاز اعتباری شما تحت تأثیر قرار گرفته باشد.
- لطفاً توجه داشته باشید که فقط اسنادی که مربوط به تاریخ(های) ارائه خدمات ذکر شده در شکایت شما باشد، در نظر گرفته خواهند شد.

5. در صورت عدم تمایل به ارسال آنلاین، لطفاً فرم شکایت خود و هرگونه اسناد پشتیبان را به نشانی زیر پست کنید:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

پیوست اعضای دیگر خانواده

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

اگر عضو خانواده دیگری برای اضافه کردن دارید، لطفاً این صفحه را تکمیل کنید. در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً نسخه‌های دیگری از این صفحه تهیه کرده و با نامه شکایت خود ارسال کنید.

اطلاعات خانواده

برای بیماران 18 ساله و بزرگتر، نام کامل، سن و نسبت با این افراد را ارائه دهید: همسر، شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال (چه همراه آنها زندگی کنند یا نکنند).

برای بیماران زیر 18 سال، نام کامل، سن و نسبت با این افراد را ارائه دهید: والدین، بستگان سرپرست و سایر فرزندان زیر 21 سال والدین یا بستگان سرپرست.

ردیف	نام کامل	سن	نسبت با بیمار
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

فرم نمایندگی مجاز

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- اگر می‌خواهید به شخص دیگری مجوز دهید تا نماینده شما باشد یا در مورد شکایت شما به شما کمک کند، بخش الف و ب را در زیر تکمیل کنید.
- اگر والدین یا سرپرست قانونی هستید که این شکایت را برای کودک زیر 18 سال خود تسلیم می‌کنید، به تکمیل این فرم نیازی ندارید.
- اگر این شکایت را برای یک بیمار ثبت می‌کنید و برابر قانون از جهت اقدام از طرف بیمار تعیین شده‌اید، لطفاً فقط قسمت ب را تکمیل کنید. لازم است شما یک رونوشت از اسنادی که به شما اختیار قانونی می‌دهد تا به عنوان نماینده مجاز بیمار عمل کنید، پیوست نمایید.

بخش الف: توسط بیمار تکمیل شود

اینجانب به شخصی که نام وی در بخش ب در زیر آمده است اجازه می‌دهم از طرف من در شکایتی که نزد اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت (HCAI) ثبت شده است، اقدام کند. من به کارکنان HCAI اجازه می‌دهم اطلاعات مالی و اطلاعات مربوط به وضعیت(های) پزشکی من و مراقبت‌های مربوطه را با شخصی که نام وی در زیر آمده است به اشتراک بگذارند. می‌دانم و تصدیق می‌کنم که این سوابق ممکن است شامل اطلاعات مالی، صورت‌حساب، گزارش‌های پزشکی، سلامت روان، سوء مصرف مواد، HIV، گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی و دیگر سوابق مرتبط با شکایت باشد.

تایید این نمایندگی داوطلبانه است و حق پایان دادن به آن را دارم. اگر بخواهم آن را به پایان برسانم، باید به صورت مکتوب این کار را انجام دهم.

2. نام بیمار را خوانا بنویسید

1. امضای بیمار

3. تاریخ:

بخش B: توسط شخص کمک کننده به بیمار تکمیل شود

4. نام بیمار:

5. نام نماینده مجاز:

6. نسبت با بیمار:

7. آدرس پستی، نام کشور، ایالت، شهر، کد پستی (5 رقمی)

9. نشانی رایانامه

8. شماره تلفن

11. تاریخ

10. امضای نماینده مجاز

12. اسناد صلاحیت قانونی من برای فعالیت به عنوان نماینده مجاز بیمار پیوست شده است. (در صورت لزوم بررسی کنید).