

Սոյն պրօշիրը կրնաք ունենալ  
Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache  
zur Verfügung.

Daim ntawv qhia no muaj ua ntawv Hmoob.

本パンフレットは日本語でご利用いただけ  
ます。

본 자료는 한국어로 이용하실 수 있습니다.

Эту брошюру можно получить на  
русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa  
Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

Programa de Asistencia Financiera

AdventistHealth.org/FAP  
844-827-5047

# 医療費の支払いに 対する支援

財政支援プログラム



AdventistHealth 

アドベンティストヘルスは、お客様に健康を維持していただけるよう、そのサポートに尽力しています。その取り組みには、医療費の支払いが困難な場合の支援があります。支払いが無理だと思われる場合でも、患者さんは治療を受けられるべきです。

## 医療費の支払いに対する支援が必要ですか？

医療費の支払いの支援を受ける対象になるかどうかを知るには、財政支援プログラムの申請書を提出してください。申請書は、治療を受けている間または治療後に請求書を受け取った時点で記入することができます。弊社は、申請書の情報を基に、申請者が医療費の支払いの支援対象になるかどうかを検討します。

一般的に：

- 年収が現在の連邦貧困ガイドラインの200%以下である場合、医療費の全額の割引を受けられる可能性があります。
- 年収が現在の連邦貧困ガイドラインの200%を超える場合、医療費の一部の割引を受けられる可能性があります。

## 申請方法

本パンフレット、財政支援方針、申請書は多言語で提供されており、以下の方法で、無料で入手することができます。

1. 登録所への訪問
2. ウェブサイトへのアクセス (AdventistHealth.org/FAP)
3. 844-827-5047まで電話による問い合わせ
4. 以下の住所まで書面による問い合わせ

Adventist Health  
ATTN: Patient Access  
726 4th St.  
Marysville, CA 95901

申請書の記入についてサポートが必要な場合は、お気軽にお問い合わせください。申請書の記入が完了しましたら、登録所の担当者に提出するか、ご郵送ください。

## 受けられる財政支援の金額はどのようにして決められるのですか？

請求された医療費を支払うために受けられる支援額は、お客様の経済的なニーズによって異なります。お客様が支援対象になった場合、弊社は保険に加入している患者さんが支払った平均額を用いて、緊急医療および必要な医療に対してお客様が支払う金額を決定します。

## 病院請求苦情プログラム

病院請求苦情プログラムは、州のプログラムで、お客様が入院費用の支払いの支援対象になるかどうかについての病院の決定を審査するものです。お客様がカリフォルニア州の患者さんで、財政支援を不当に拒否されたと思われる場合、病院請求苦情プログラムに苦情を申し出ることができます。hcai.ca.govの「病院請求苦情プログラム (Hospital Bill Complaint Program)」で、苦情の申し立てについての詳細情報をご確認ください。

## その他のサポート

患者さんが請求と支払いのプロセスについて理解するためのサポートを無料で提供する消費者擁護団体があります。詳細については、Health Consumer Alliance (888-804-3536) にお電話いただくか、HealthConsumer.orgにアクセスしてください。

財政支援の対象である個人に、AGB (一般的に請求される金額) を超える金額が請求されることはありません。

ご自分の言語でのサポートが必要な場合は、844-827-5047 にお電話いただくか、通常の営業時間内にお近くの登録所にお越しください。障がいのあるお客様には、点字、拡大文字、その他の電子形式での支援やサービスがご利用いただけます。これらのサービスは無料です。