

**HUNTINGTON HOSPITAL
ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE
BỆNH VIỆN HUNTINGTON
CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

CHỦ ĐỀ: CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH	CHÍNH SÁCH SỐ: 329	TRANG 1/18
PHÊ DUYỆT ĐƯỢC CẤP PHÉP: Lisa Maqueira	NGÀY HIỆU LỰC: 01/01/2024	THAY THẾ/THAY ĐỔI Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính 2023

I. MỤC ĐÍCH:

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., tên thương mại Huntington Hospital và Huntington Medical Foundation tên thương mại Huntington Health Physicians (gọi chung là “Tổ chức”) cam kết đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của tất cả bệnh nhân trong cộng đồng và dựa trên các nguyên tắc sau:
- Đối xử công bằng với tất cả mọi người, với thái độ có nhân phẩm, tôn trọng và lòng nhân ái;
 - Phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe khẩn cấp của tất cả mọi người, không tính đến khả năng chi trả của bệnh nhân; và
 - Hỗ trợ những bệnh nhân không thể chi trả một phần hoặc toàn bộ dịch vụ chăm sóc mà họ nhận được.

Chính sách này thể hiện cam kết của Tổ chức với sứ mệnh, tầm nhìn và nguyên tắc của chúng tôi bằng cách giúp đáp ứng các nhu cầu của những bệnh nhân không có bảo hiểm có thu nhập thấp và những bệnh nhân không có bảo hiểm trong cộng đồng. Là một phần quá trình thực hiện cam kết này, Tổ chức cung cấp các dịch vụ cần thiết về y tế, miễn phí hoặc giảm chi phí cho những bệnh nhân đủ điều kiện theo Chính sách này.

- b. Chính sách này cung cấp các hướng dẫn để xác định những bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và thiết lập tiêu chí sàng lọc tài chính để xác định những bệnh nhân nào đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.

II. CHÍNH SÁCH:

- a. **Định nghĩa.** Các thuật ngữ viết hoa được sử dụng trong Chính sách này được định nghĩa trong phần “Định nghĩa” ở cuối Chính sách này hoặc khi được sử dụng lần đầu tiên.
- b. **Được Chi trả theo Chính sách này.** Chỉ những dịch vụ do Tổ chức trực tiếp cung cấp mới được chi trả theo Chính sách này. Chỉ bao gồm các dịch vụ bác sĩ nếu dịch vụ này được Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) và Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”) cung cấp. Nó không bao gồm các địa điểm của Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC và Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC thuộc Tổ Chức.

c. **Cơ sở y tế, Bác sĩ và Nhà Cung Cấp Khác không được Chính Sách này chi trả có thể có Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Riêng Biệt.** Các thành viên cộng đồng là Nhân viên Y tế của Tổ chức (ví dụ, các nhà cung cấp không thuộc Tổ chức) cũng có thể cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân của họ. Nếu có yêu cầu, tổ chức sẽ cung cấp danh sách thông tin về các bác sĩ này, theo đó cho biết liệu các bác sĩ cụ thể (hoặc đội ngũ y tế của họ) có sẵn sàng: (i) cung cấp mức giảm giá tương đương trích từ phí dịch vụ hành nghề chuyên môn của bác sĩ cho bệnh nhân thu nhập thấp không có bảo hiểm như Tổ chức đưa ra, dựa trên các tiêu chí được đặt ra trong Chính sách; (ii) chấp nhận quyết định về khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân từ Tổ chức; và (iii) tuân thủ tất cả các luật, quy định, sắc lệnh và quy tắc hiện hành của liên bang, tiểu bang và địa phương liên quan đến việc thu nợ số dư của khách hàng. Tổ chức sẽ không chịu trách nhiệm về việc quản lý các chương trình hỗ trợ tài chính hoặc hoạt động thanh toán như vậy của bác sĩ.

d. **Trợ giúp trả hóa đơn của quý vị - Tiêu chí Hội đủ điều kiện**

- i. **Hỗ trợ Tài chính.** Hỗ trợ Tài chính Toàn phần sẽ được cung cấp cho những bệnh nhân có thu nhập và tài sản của gia đình bằng hoặc dưới 400% chuẩn nghèo liên bang (Federal Poverty Level, FPL) của năm hiện tại. Những bệnh nhân có thu nhập từ 401 đến 600% của FPL cũng đủ điều kiện để được hỗ trợ chi phí chăm sóc. Mặc dù tài sản được liệt kê trong đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (“Đơn đăng ký”), nhưng chúng sẽ không được xem xét để xác định hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí. Tài liệu đính kèm B nêu các phạm vi hỗ trợ tài chính có sẵn của Tổ chức.
- ii. **Bệnh nhân Trước khi Phục vụ (Chăm sóc Chọn lọc/Không Khẩn cấp).** Bệnh nhân được lên lịch là bệnh nhân nội trú tự chọn hoặc bệnh nhân ngoại trú không cấp cứu yêu cầu phải được phê duyệt trước bởi Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính hoặc người được họ chỉ định để được hỗ trợ tài chính. Chỉ những thủ tục cần thiết về mặt y tế mới đủ điều kiện để phê duyệt. Hỗ trợ tài chính cho các thủ tục tự chọn và chăm sóc theo dõi sau khi xuất viện được giới hạn cho những bệnh nhân sống trong khu vực dịch vụ của Tổ chức hoặc khi Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính hoặc người được chỉ định của họ chấp thuận. Tổ chức giữ quyền tiềm năng không cấp hỗ trợ tài chính liên quan đến dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp và không cần thiết về mặt y tế khác của bệnh nhân dựa trên nhu cầu của Tổ chức để phân bổ nguồn lực tài chính và lâm sàng một cách hợp lý.
- iii. **Nguồn tài chính Bổ sung và Sự hợp tác của Bệnh nhân Được yêu cầu.** Bệnh nhân được chấp thuận hỗ trợ theo Chính sách này đồng ý liên tục hợp tác trong quá trình cần thiết để nhận được khoản bồi hoàn cho các dịch vụ của Tổ chức từ các nguồn bên thứ ba như quỹ California Victims of Crime, Chương trình County Trauma, chương trình Medi-Cal và các chương trình y tế cung cấp bảo hiểm thông qua California Health Benefit Exchange (“Exchange”). Đơn đăng ký bảo hiểm của bệnh nhân với bên thứ ba về chi phí chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân sẽ không ngăn cản việc hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo Chính sách này. Một bệnh nhân, với điều kiện được hỗ trợ tài chính, sẽ đăng ký bảo hiểm theo Medi-Cal, Healthy Families, và Chương trình County Trauma nếu có và, nếu thích hợp, bảo hiểm theo Exchange. Những điều nêu trên cũng sẽ áp dụng cho những bệnh nhân cư trú ngoài tiểu bang và đơn đăng ký Medicaid trong tiểu bang của họ.

Tổ chức sẽ giới thiệu phù hợp đến các cơ quan địa phương cấp quận bao gồm Healthy Families, Covered California, Medi-Cal hoặc các chương trình khác để xác định khả năng hội đủ điều kiện.

Tổ chức sẽ có quyền thanh toán cho bất kỳ công ty bảo hiểm bên thứ ba nào cung cấp bảo hiểm cho bệnh nhân, bao gồm bất kỳ nguồn trách nhiệm nào của bên thứ ba. Các công ty bảo hiểm sức khỏe và chương trình bảo hiểm sức khỏe bị cấm giảm khoản bồi hoàn cho Tổ chức ngay cả khi Tổ chức đã từ bỏ toàn bộ hoặc một phần dự luật của bệnh nhân theo Chính sách này.

- iv. **Bệnh nhân tự trả.** Tổ chức đã đưa ra một giả định dựa trên kinh nghiệm trước của mình và môi trường bảo hiểm hiện tại rằng bệnh nhân thiếu bảo hiểm không có khả năng mua bảo hiểm. Tổ chức cho rằng những bệnh nhân này hội đủ điều kiện nhận các chương trình hỗ trợ tài chính và sẽ cung cấp hỗ trợ sau đây cho tất cả những bệnh nhân đó trừ khi bệnh nhân thực hiện các thỏa thuận khác cho các dịch vụ do Tổ chức cung cấp. Số tiền hỗ trợ chi phí, không được lập hóa đơn cho bệnh nhân, là dịch vụ chăm sóc không bồi thường sẽ được Tổ chức báo cáo phù hợp với hướng dẫn trong Sách hướng dẫn Bồi hoàn cho Nhà cung cấp của Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, chương 15-2, mục 4012.

1. Bệnh nhân tự trả sẽ tự động được lập hóa đơn với số tiền giảm giá áp dụng cho Tổ chức (Xem Tài liệu đính kèm C).
2. Bệnh nhân tự thanh toán hội đủ điều kiện nhận các khoản hỗ trợ chi phí này mà không cần nộp Đơn đăng ký. Hỗ trợ tài chính này không mở rộng đến các thủ tục tự chọn trừ khi có thỏa thuận cụ thể giữa Tổ chức và bệnh nhân.

- v. **Bệnh nhân Khó khăn về mặt Y tế (Không Hội Đủ điều kiện nhận Hỗ trợ chi phí).** Những bệnh nhân Khó khăn về mặt Y tế nhưng không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này vẫn có thể yêu cầu hỗ trợ tài chính theo quy trình được nêu trong Chính sách này. Yêu cầu hỗ trợ tài chính do Khó khăn về mặt Y tế phải được Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính, hoặc người được chỉ định, được chấp thuận theo quyết định của họ.

- e. **Quản lý Hỗ trợ Tài chính.** Tổ chức sử dụng một Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của bệnh nhân duy nhất, thống nhất. Quy trình này được thiết kế để tạo cơ hội cho mỗi đương đơn nhận được quyền lợi hỗ trợ tài chính tối đa mà họ có thể đủ điều kiện. Bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu hỗ trợ tài chính sẽ được yêu cầu hoàn thành Đơn đăng ký.

- i. **Cách đăng ký.** Quá trình Đăng ký có thể được bắt đầu bởi bệnh nhân hoặc bất kỳ nhân viên nào của Tổ chức bằng cách liên hệ: Tự Thanh toán, Dịch vụ Khách hàng theo số (323) 866-8600.

Tiến trình này bao gồm những điều sau đây:

1. Bệnh nhân được cung cấp Đơn đăng ký, Đơn đăng ký Medi-Cal và thông tin về Tư vấn Tín dụng.
2. Các ứng viên được hỗ trợ hoàn thành các mẫu đơn bởi các bộ phận sau: Tự thanh toán, Dịch vụ khách hàng, Đăng ký, Nhập viện và Phòng Cấp Cứu (Emergency Department, ED).

- Đơn đăng ký có thể được hoàn thành bằng miệng với sự hỗ trợ của nhân viên Tổ chức nhưng vẫn yêu cầu bệnh nhân hoặc đại diện ký Đơn.

ii. Xem xét đơn đăng ký

- Ra quyết định.** Hướng dẫn cách tính khả năng đủ điều kiện bằng cách sử dụng FPL hiện tại làm thước đo.
 - Quyết định của các chi nhánh và đối tác cộng đồng được phê duyệt.** Những bệnh nhân gần đây đã có đơn đăng ký hỗ trợ tài chính được chấp thuận bởi một số chi nhánh hoặc Đối tác Cộng đồng của Tổ chức, có thể được Tổ chức được chấp thuận trên cơ sở nhanh chóng, theo quyết định của Tổ chức. Tổ chức sẽ tư vấn cho bệnh nhân đăng ký hỗ trợ tài chính nếu có sự chấp thuận nhanh chóng đó.
 - Tài sản.** Việc xem xét tài sản để xác định đủ điều kiện được giới hạn trong định nghĩa trong Chính sách này.
 - Thu nhập** cho các giai đoạn một phần sẽ được đưa vào trang tính sử dụng dữ liệu hàng năm.
 - Khấu trừ.** Các nghĩa vụ tài chính khác bao gồm chi phí sinh hoạt và các khoản khác có tính chất hợp lý và cần thiết sẽ được xem xét.
 - Chi phí xuất tui tối đa của bệnh nhân.** Bất kỳ khoản thanh toán nào từ bệnh nhân cho các dịch vụ được chi trả bởi Chính sách này sẽ được giới hạn không lớn hơn Số tiền thường Được lập Hóa đơn (Amounts Generally Billed, AGB).
 - Đánh giá lại.** Tổ chức có thể đánh giá lại tính đủ điều kiện nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:
 - Thu nhập của bệnh nhân thay đổi.
 - Quy mô gia đình bệnh nhân thay đổi.
 - Một quyết định được đưa ra là bất kỳ phần nào của Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính là sai hoặc gây hiểu nhầm, trong trường hợp đó khoản hỗ trợ tài chính ban đầu có thể bị từ chối trở về trước.
- iii. **Gửi tài liệu cần thiết.** Tổ chức yêu cầu các tài liệu khác nhau từ những bệnh nhân đăng ký hỗ trợ tài chính để chứng minh tính đủ điều kiện của họ. Các tài liệu có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, những tài liệu sau đây:
- Đơn đăng ký Đã hoàn thành.
 - Các tài liệu thu nhập có thể bao gồm:
 - Cuống phiếu tính lương kỳ hiện tại,
 - Tờ khai thuế của năm trước, hoặc
 - Giải thích bằng văn bản.
 - Các tài liệu về tài sản có thể bao gồm:

- a. Bản sao của bảng sao kê ngân hàng của tháng trước (tất cả các trang),
- b. Sao kê tài khoản Thị trường tiền tệ,
- c. Cổ phiếu,
- d. Trái phiếu,
- e. Giấy chứng nhận Tiền gửi,
- f. Tài khoản môi giới (không bao gồm các tài liệu liên quan đến kế hoạch nghỉ hưu, kế hoạch bồi thường thiệt hại hoãn lại (cả đủ điều kiện và không đủ tiêu chuẩn theo Bộ luật IRS)), và
- g. Trợ cấp Thất nghiệp, An sinh xã hội, hoặc Trợ cấp khuyết tật vẫn còn sơ khai.

iv. **Gửi đơn đăng ký đã hoàn thành.** Nếu bệnh nhân nộp một Đơn đăng ký đã hoàn chỉnh, trong Thời gian Đăng ký, thì Tổ chức sẽ:

1. Thực hiện ngay lập tức tất cả các biện pháp hợp lý có sẵn để đình chỉ hoặc đảo ngược bất kỳ Hành động Thu nợ Đặc biệt (Extraordinary Collection Actions, ECA) nào được thực hiện đối với bệnh nhân để được thanh toán cho dịch vụ chăm sóc. Các biện pháp khả dụng hợp lý như vậy thường bao gồm, nhưng không giới hạn, khuyến cáo các cơ quan thu phí ngừng hoạt động thu tiền, các biện pháp xóa bỏ mọi phán quyết đối với bệnh nhân, dỡ bỏ bất kỳ khoản thu nào hoặc quyền cầm giữ tài sản của bệnh nhân và xóa khỏi báo cáo tín dụng của bệnh nhân bất kỳ thông tin bất lợi nào đã được báo cáo cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng.
2. Đưa ra quyết định về tính hội đủ điều kiện hoặc xác định nếu Đơn đăng ký không đầy đủ hoặc yêu cầu thông tin bổ sung, trong một thời gian hợp lý.
3. Thông báo kịp thời bằng văn bản cho bệnh nhân về việc xác định tính hội đủ điều kiện, bao gồm, nếu có, sự hỗ trợ mà bệnh nhân đủ điều kiện và cơ sở để quyết định.
4. Nếu bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, Tổ chức sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về tính hội đủ điều kiện, hỗ trợ sẵn có, cơ sở để xác định và ngày phục vụ được bảo hiểm.
 - a. Nếu không có trách nhiệm với bệnh nhân, thì không cần thực hiện thêm bước nào ngoài việc hoàn trả số tiền đã thanh toán như được cung cấp trong phần “Hoàn lại tiền”. Nếu số dư còn lại, Tổ chức cũng sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân, số tiền bệnh nhân nợ để chăm sóc và mô tả cách thức bệnh nhân có thể nhận được thông tin tài khoản bổ sung.
 - b. Sau khi bệnh nhân được chấp thuận hỗ trợ tài chính, bệnh nhân sẽ không bị tính phí cao hơn cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác so với AGB.

Việc phê duyệt tính hội đủ điều kiện chỉ có thể được thực hiện bởi các cá nhân được Tổ chức ủy quyền cụ thể. Cá nhân này hiện là Phó Chủ tịch,

Giám đốc Tài chính và Giám đốc Chu trình Kinh doanh hoặc người được chỉ định của họ.

- v. **Thư quyết định.** Sau khi bệnh nhân nộp đơn đăng ký đầy đủ và nộp các tài liệu cần thiết, Tổ chức sẽ gửi thư để cho biết quyết định phê duyệt hoặc từ chối do không đủ điều kiện. Thư sẽ bao gồm những nội dung sau:
1. Một tuyên bố rõ ràng về việc xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân.
 2. Nếu bệnh nhân không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, cần có tuyên bố rõ ràng giải thích lý do tại sao bệnh nhân bị từ chối.
 3. Nếu bệnh nhân không đủ điều kiện do dịch vụ yêu cầu không cần thiết về mặt y tế thì bác sĩ điều trị của dịch vụ đó sẽ chứng thực việc này trước khi từ chối.
 4. Nếu bệnh nhân được chấp thuận hỗ trợ tài chính, cần giải thích rõ ràng về hóa đơn được giảm và hướng dẫn bệnh nhân cách có thể lấy thông tin bổ sung về kế hoạch thanh toán hợp lý, nếu có
 5. Thông tin liên hệ của Tổ chức, bao gồm phòng ban, tên người liên hệ và nơi bệnh nhân có thể khiếu nại quyết định của bệnh viện.
 6. Thông tin về Chương Trình Khiếu Nại Về Hóa Đơn Bệnh Viện (Hospital Bill Complaint Program) của Bộ Thông tin và Tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Health Care Access and Information, HCAI).
 7. Thông tin về Liên Minh Người Tiêu Dùng Dịch Vụ Y Tế (Health Consumer Alliance).
- vi. **Bệnh nhân hạn chế thông tin để đăng ký.** Việc Tổ chức không có dữ liệu tài chính của bệnh nhân không loại trừ tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Khi đánh giá tất cả các yếu tố liên quan đến tình trạng lâm sàng, cá nhân và nhân khẩu học của bệnh nhân và tài liệu thay thế (bao gồm thông tin có thể được cung cấp bởi các tổ chức từ thiện khác), Tổ chức có thể xác định bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính bằng cách đưa ra các giả định hợp lý về thu nhập của bệnh nhân.
- vii. **Đơn đăng ký chưa hoàn chỉnh.** Nếu bệnh nhân nộp Đơn đăng ký Chưa đầy đủ, Tổ chức sẽ nhanh chóng cung cấp cho bệnh nhân một thông báo bằng văn bản mô tả thông tin và/hoặc tài liệu bổ sung cần thiết cho Đơn đăng ký và bao gồm thông tin liên hệ để xử lý Đơn đăng ký. Nếu sau đó bệnh nhân hoàn thành Đơn đăng ký với thông tin cần thiết trong Thời gian Đăng ký (hoặc khoảng thời gian dài hơn do Tổ chức bầu chọn), thì Đơn đăng ký sẽ được coi là hoàn chỉnh.
- viii. **Nộp lại đơn đăng ký đã hoàn chỉnh.** Nếu bệnh nhân đã nộp Đơn đăng ký chưa hoàn thành trong Thời hạn đăng ký nhưng sau đó lại hoàn thành Đơn đăng ký trong khoảng thời gian hợp lý được đưa ra để phản hồi các yêu cầu cung cấp thông tin và/hoặc tài liệu bổ sung thì bệnh nhân đó sẽ được coi là đã nộp Đơn đăng ký hoàn chỉnh và Tổ chức sẽ chỉ nỗ lực hợp lý để xác định xem bệnh nhân có hội đủ điều kiện hay không sau khi thực hiện các bước khác theo yêu cầu của Chính sách này đối với các Đơn đăng ký đã hoàn thành.

- ix. **Quy tắc Chống lạm dụng cho Đơn đăng ký có Thông tin Có thể nghi ngờ.** Tổ chức sẽ không đưa ra quyết định rằng một bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thông tin mà họ có lý do để tin rằng không đáng tin cậy hoặc không chính xác hoặc dựa trên thông tin thu được từ bệnh nhân khi bị ép buộc hoặc thông qua việc sử dụng các biện pháp cưỡng chế. Thực hành cưỡng chế bao gồm trì hoãn hoặc từ chối chăm sóc y tế khẩn cấp cho bệnh nhân cho đến khi bệnh nhân cung cấp thông tin được yêu cầu để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho việc chăm sóc bị trì hoãn hoặc từ chối hay không.
- x. **Xử lý Đơn đăng ký Không hoàn chỉnh.** Tổ chức có thể xem xét việc bệnh nhân không cung cấp tài liệu hợp lý và cần thiết để đưa ra quyết định hỗ trợ tài chính. Tuy nhiên, Tổ chức sẽ hành động một cách hợp lý và đưa ra quyết định tốt nhất có thể với các thông tin sẵn có.
- xi. **Đủ Điều kiện Giả định.** Tổ chức có thể xác định rằng bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ hiện tại dựa trên thông tin mà họ đã thu được hoặc đánh giá mà không cần đến bệnh nhân để cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu của quy trình đăng ký thông thường hoặc thực tế là bệnh nhân không có bảo hiểm y tế. Quyết định của Tổ chức có thể bao gồm việc dựa vào quyết định trước của Tổ chức, thông tin do một nhà cung cấp khác cung cấp cho bệnh nhân hoặc đánh giá chung về thông tin có sẵn cho nhân viên của Tổ chức. Trong những trường hợp như vậy, Tổ chức sẽ (a) thông báo cho bệnh nhân về cơ sở để xác định tính đủ điều kiện giả định và cách thức mà bệnh nhân có thể đăng ký để được hỗ trợ rộng rãi hơn theo Chính sách; (b) cho bệnh nhân Một Trăm Hai Mươi (120) ngày để xin hỗ trợ rộng rãi hơn; và nếu bệnh nhân nộp một Đơn đăng ký hoàn chỉnh để tìm kiếm sự hỗ trợ hào phóng hơn, sau đó xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện để hỗ trợ chi phí nhiều hơn hay không và thực hiện các bước khác theo yêu cầu của Chính sách này đối với các Đơn đăng ký đã hoàn thành. Bệnh nhân tự thanh toán nhận hỗ trợ chi phí được mô tả trong Chính sách này sẽ nhận được thông báo như vậy bằng Bản tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản (xem Đính kèm A) được in trên bản kê khai của họ.
- xii. **Sự miễn trừ của Bệnh nhân Không làm giảm Nghĩa vụ Thực hiện các Nỗ lực Hợp lý của Tổ chức.** Nhận được sự từ bỏ bằng lời nói hoặc bằng văn bản từ bệnh nhân, chẳng hạn như một tuyên bố có chữ ký rằng bệnh nhân không muốn đăng ký hỗ trợ theo Chính sách hoặc nhận thông tin được cung cấp cho bệnh nhân theo Chính sách này, bản thân nó sẽ không cấu thành một quyết định rằng bệnh nhân không hội đủ điều kiện và sẽ không đáp ứng yêu cầu nỗ lực hợp lý để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện hay không trước khi tham gia vào ECA chống lại bệnh nhân.
- xiii. **Kế hoạch Thanh toán.** Khi một bệnh nhân được xác định đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và số dư vẫn còn, thì họ sẽ có lựa chọn thanh toán thông qua một kế hoạch thanh toán theo kỳ hạn đã lên lịch. Tổ chức sẽ thảo luận về các lựa chọn chương trình với bệnh nhân và phát triển các kế hoạch thanh toán có kỳ hạn thường kéo dài không quá mười hai (12) tháng và không tính lãi suất. Xem Chính sách thu nợ của Tổ chức để biết thêm chi tiết.
- xiv. **Giải quyết Tranh chấp.** Trong trường hợp phát sinh tranh chấp liên quan đến tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính, bệnh nhân có thể gửi đơn khiếu nại để Tổ chức xem xét lại. Đơn kháng cáo phải giải thích lý do tranh chấp và bao gồm tài liệu hỗ trợ. Giám đốc

Dịch vụ Khách hàng và Hoạt động kinh doanh của Tổ chức sẽ nhanh chóng duyệt xét đơn kháng cáo và cung cấp cho bệnh nhân quyết định bằng văn bản. Trong trường hợp bệnh nhân cho rằng vẫn còn tranh chấp sau lần kháng cáo đầu tiên, bệnh nhân có thể yêu cầu bằng văn bản Phó Chủ tịch, Giám đốc Tài chính và Giám đốc Chu trình Kinh doanh của Tổ chức hoặc người được chỉ định của họ duyệt xét và đưa ra quyết định cuối cùng bằng văn bản.

- xv. **Tính bảo mật của Thông tin Đăng ký.** Tổ chức sẽ lưu giữ tất cả thông tin nhận được từ những bệnh nhân yêu cầu hội đủ điều kiện theo Chính sách này dưới dạng thông tin bí mật. Thông tin liên quan đến thu nhập và Tài sản có được như một phần của quy trình Đăng ký và phê duyệt sẽ được lưu giữ trong một tập tin tách biệt với thông tin có thể được sử dụng để thu thập số tiền nợ.
- xvi. **Khoảng thời gian hoàn thành đơn đăng ký (“Thời gian đăng ký”).** Bệnh nhân sẽ có Hai Trăm Bốn Mươi (240) ngày để hoàn thành Đơn đăng ký. Thời gian Đăng ký bắt đầu vào ngày chăm sóc tùy thuộc vào Đơn đăng ký được cung cấp lần đầu tiên (sử dụng thời gian bắt đầu đợt điều trị cuối cùng nếu áp dụng nhiều ngày dịch vụ).

f. Kỳ hạn

- i. Hỗ trợ tài chính ban đầu cho sự chấp thuận của Bệnh nhân Đủ điều kiện Tài chính có hiệu lực trong thời gian sáu (6) tháng kể từ ngày Đơn đăng ký được hoàn tất. Tính hội đủ điều kiện có thể được đánh giá lại, theo yêu cầu của bệnh nhân, vào cuối giai đoạn phê duyệt ban đầu. Tại cuộc bầu cử của Tổ chức, thời hạn phê duyệt mới sáu (6) tháng có thể được cho phép mà không cần Đơn đăng ký mới. Sau mười hai (12) tháng, bệnh nhân phải hoàn thành Đơn đăng ký mới. Bắt đầu từ ngày Đơn đăng ký cuối cùng được Chấp thuận, các tài khoản mở, đủ điều kiện sẽ được xóa nợ theo hạn mức hỗ trợ tài chính đã được duyệt. Trên cơ sở tiếp tục, các tài khoản đủ điều kiện trong sáu (6) tháng tiếp theo sẽ hội đủ điều kiện để được xóa nợ theo chính sách hỗ trợ tài chính.

g. Thông báo, thông tin liên lạc bằng văn bản và tuyên bố

- i. Tổ chức cung cấp các thông báo và thông tin sau đây về hỗ trợ tài chính:
 - 1. Chính sách này.
 - 2. Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản của Chính sách. Bản Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản phải là một tài liệu rõ ràng, ngắn gọn và dễ hiểu để thông báo cho bệnh nhân và các cá nhân khác rằng Tổ chức cung cấp hỗ trợ tài chính theo Chính sách này. Bản Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản sẽ được soạn thảo theo cách trình bày thông tin liên quan bao gồm thông tin theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và liên bang như các yêu cầu về tính hội đủ điều kiện và hỗ trợ được cung cấp theo Chính sách này, bản tóm tắt ngắn gọn về cách đăng ký hỗ trợ theo Chính sách này, và thông tin để có thêm thông tin và hỗ trợ, bao gồm các bản sao bằng các ngôn ngữ khác.
 - 3. Đơn đăng ký.
 - 4. Chính sách Thu hồi Nợ của Tổ chức.
- ii. Những tài liệu này sẽ được cung cấp theo nhiều cách khác nhau, bao gồm:

1. **Trang web.** Chính sách hỗ trợ tài chính, Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính và Bản tóm tắt Chính sách hỗ trợ tài chính bằng ngôn ngữ đơn giản có trên trang web của Tổ chức này. Các liên kết đến các tài liệu đó cũng sẽ được đăng trên Trang web.
 2. **Email hoặc bản sao cứng.** Có thể nhận được bản sao của bất kỳ tài liệu nào được đề cập trong Chính sách này bằng cách yêu cầu Tự thanh toán, Dịch vụ Khách hàng theo số (323) 866-8600.
 3. **Đăng bảng hiệu.** Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản sẽ được đăng ở các vị trí sau: Khoa Cấp cứu, Phòng Tiếp nhận, Phòng Thanh toán, các khu vực đăng ký tập trung và phân cấp và các cơ sở ngoại trú khác, bao gồm cả các đơn vị quan sát.
- iii. **Thông báo đăng ký và thanh toán.** Bệnh nhân sẽ được cung cấp nhiều thông tin và thông báo khác nhau trong các liên lạc đăng ký và thanh toán của họ. Ví dụ, hãy xem Chính sách Thu hồi Nợ của Tổ chức.
 - iv. **Thông báo cho Cộng đồng.** Tổ chức sẽ thực hiện nhiều nỗ lực khác nhau để công bố rộng rãi các chương trình Hỗ trợ Tài chính của mình, chẳng hạn như phân phối thông tin cho các tổ chức cộng đồng mục tiêu hoặc các phương tiện khác để cảnh báo cộng đồng về sự sẵn có của các chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tổ chức.
- h. **Dịch vụ biên dịch và phiên dịch.** Thông tin liên lạc với bệnh nhân phải tuân thủ các yêu cầu của Tổ chức. Không giới hạn những điều đã đề cập ở trên, các thông báo, liên lạc chính thức và biển báo theo Chính sách này sẽ bằng tiếng Anh và bằng các ngôn ngữ bổ sung theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và liên bang. Các ngôn ngữ bổ sung đó là tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Việt, tiếng Ả Rập, tiếng Séc, tiếng Nga, tiếng Armenia, tiếng Hàn và tiếng Tây Ban Nha. Ngoài ra, bệnh nhân có thể liên hệ với Tổ chức để được kết nối với các dịch vụ thông dịch hỗ trợ nắm bắt thông tin và dịch thuật các tài liệu liên quan đến Chính sách bằng ngôn ngữ nước ngoài khác và Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ (American Sign Language, ASL). Ngoài ra, bệnh nhân có thể yêu cầu Phòng Dịch vụ Bệnh nhân cấp bản sao của các tài liệu này dưới dạng chữ in lớn và âm thanh.
 - i. **Sự cần thiết Về mặt Y tế/Xác định Lâm sàng.** Việc đánh giá mức độ cần thiết phải điều trị y tế của bất kỳ bệnh nhân nào sẽ dựa trên đánh giá lâm sàng, bất kể tình trạng bảo hiểm hay tài chính. Trong trường hợp có tình trạng y tế khẩn cấp, bất kỳ đánh giá nào về thu xếp tài chính sẽ chỉ được thực hiện sau khi đã tiến hành kiểm tra sàng lọc y tế thích hợp và các dịch vụ ổn định cần thiết đã được cung cấp theo tất cả các luật hiện hành của tiểu bang và liên bang.
 - j. **Hoàn trả.** Tổ chức sẽ hoàn trả cho bệnh nhân số tiền mà bệnh nhân đã thanh toán vượt quá số tiền đến hạn theo Chính sách này, bao gồm mọi khoản lãi suất ở mức mười phần trăm (10%) một năm. Nếu số tiền mà bệnh nhân phải trả ít hơn \$5.00 (hoặc số tiền khác do Sở Thuế vụ ấn định), thì Tổ chức không bắt buộc phải hoàn trả cho bệnh nhân hoặc trả lãi. Tổ chức sẽ hoàn tiền cho bệnh nhân trong vòng 30 ngày.
 - k. **Thu nợ.** Để biết thêm thông tin về các hoạt động thu nợ, vui lòng xem Chính sách Thu hồi Nợ.
 - l. **Báo cáo.** Tổ chức sẽ gửi Chính sách này cho HCAI hai năm một lần, muộn nhất là vào ngày 1 tháng 1 hoặc trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày thực hiện bất kỳ cập nhật nào đối với Chính sách này. Nếu không có thay đổi đáng kể nào kể từ khi đệ trình Chính sách, Tổ chức phải thông báo cho HCAI trong vòng ba mươi (30) ngày trước ngày 1 tháng 1 kể từ ngày báo cáo hai

năm một lần tiếp theo của Tổ chức. Thay đổi đáng kể ở đây bao gồm bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận khoản thanh toán giảm giá hoặc bất kỳ biện pháp bảo vệ nào khác được nêu của bệnh nhân theo yêu cầu của liên bang và tiểu bang. Mỗi chính sách gửi tới HCAI phải bao gồm một tuyên bố chứng nhận (xem Tài liệu đính kèm D) sẵn sàng chịu hình phạt khai man, bao gồm những điều sau: (i) Xác nhận người gửi được ủy quyền hợp pháp để gửi chính sách và (ii) Các chính sách được gửi là bản sao đúng và chính xác của chính sách Tổ chức.

III. Chương Trình Khiếu Nại Về Hóa Đơn Bệnh Viện. Bệnh nhân nào cho rằng mình đã bị từ chối hỗ trợ tài chính không thỏa đáng có thể nộp đơn khiếu nại lên Chương Trình Khiếu Nại Về Hóa Đơn Bệnh Viện của Tiểu bang California. Để tìm hiểu thêm thông tin hoặc nộp đơn khiếu nại, hãy truy cập trang web HCAI hoặc HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

IV. Trợ giúp khác. Đối với những bệnh nhân cần trợ giúp thanh toán hóa đơn, hãy biết rằng hiện có các tổ chức bảo vệ người tiêu dùng miễn phí, có thể giúp bệnh nhân hiểu quy trình lập hóa đơn và thanh toán. Bệnh nhân có thể gọi đến Liên Minh Người Tiêu Dùng Dịch Vụ Y Tế theo số 888-804-3536 hoặc truy cập healthconsumer.org để biết thêm thông tin.

V. HỘI ĐỒNG QUẢN TRỊ PHÊ DUYỆT VÀ TIẾP TỤC XEM XÉT:

Chính sách này, Chính sách Thu hồi Nợ và tất cả những thay đổi quan trọng đối với các chính sách này phải được sự chấp thuận của Ban Giám đốc của Tổ chức. Tổ chức sẽ thường xuyên xem xét Chính sách này cùng với Chính sách Thu hồi Nợ và tình trạng của các nỗ lực thu nợ để đảm bảo rằng chúng phục vụ tốt nhất cho bệnh nhân và cộng đồng. Tuy nhiên, Ban quản lý có thể thực hiện những thay đổi hành chính đối với các Tài liệu đính kèm được xác định trong Phần VII của Chính sách này mà không cần sự chấp thuận của Hội đồng quản trị miễn là những thay đổi đó không mâu thuẫn với Chính sách này (ví dụ: giải thích rõ ý, thay đổi để phản ánh quy trình hoạt động thực hiện Chính sách, cập nhật để tuân thủ những thay đổi trong luật, quy định hiện hành hoặc hướng dẫn của IRS và các bản cập nhật để phản ánh Hướng dẫn về mức nghèo liên bang mới nhất).

VI. ĐỊNH NGHĨA

- a. **Số tiền thường Được lập Hóa đơn (“AGB”)** có nghĩa là số tiền thường được lập hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác cho bệnh nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó, được xác định theo 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b). Thông tin bổ sung về cách Tổ chức tính toán AGB và các cập nhật hàng năm liên quan tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được nêu trong Tài liệu đính kèm C của Chính sách này và sẽ được đưa vào hồ sơ cung cấp công khai cho công chúng trên trang web của Bộ Thông tin và Tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Tiểu bang California tại <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Đơn đăng ký** có nghĩa là Đơn xin hỗ trợ tài chính của Tổ chức.
- c. **Tài sản** chỉ có nghĩa là “tài sản tiền tệ”. Điều này bao gồm các tài sản có thể dễ dàng chuyển đổi thành tiền mặt, chẳng hạn như tài khoản ngân hàng và cổ phiếu được giao dịch công khai. Các kế hoạch nghỉ hưu, kế hoạch bồi thường thiệt hại hoãn lại (cả đủ điều kiện và không đủ tiêu chuẩn theo Bộ luật IRS) sẽ không được xem xét. Những điều sau đây được loại trừ khỏi Tài sản: Mười nghìn đô la (\$10,000) đầu tiên của tài sản tiền tệ của bệnh nhân và Năm mươi Phần trăm (50%) tài sản tiền tệ của bệnh nhân trên Mười nghìn Đô la đầu tiên (\$10,000).
- d. **Đối tác Cộng đồng** là các mối quan hệ hỗ trợ với các cơ quan cộng đồng khác.

- e. **Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu** là các chi phí cho bất kỳ khoản nào sau đây: tiền thuê nhà hoặc tiền nhà và bảo trì, thực phẩm và đồ dùng gia đình, tiện ích và điện thoại, quần áo, thanh toán y tế và nha khoa, bảo hiểm, trường học hoặc chăm sóc trẻ em, hỗ trợ vợ/chồng hoặc cấp dưỡng nuôi con, chi phí vận chuyển và ô tô, bao gồm bảo hiểm, xăng và sửa chữa, trả góp, giặt là và dọn dẹp, và các chi phí bất thường khác.
- f. **Hành động thu nợ đặc biệt (“ECA”)** nghĩa là các hoạt động thu nợ mà Tổ chức sẽ không thực hiện trước khi thực hiện những nỗ lực hợp lý để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này hay không. ECA được mô tả cụ thể trong Chính sách Thu hồi Nợ.
- g. **Gia đình** có nghĩa như sau: (1) Đối với người từ 18 tuổi trở lên, vợ/chồng, đối tác sống chung và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, cho dù sống tại nhà hay không, (2) Đối với người dưới 18 tuổi, cha mẹ, người thân của người chăm sóc và trẻ em khác dưới 21 tuổi của cha mẹ hoặc người thân của người chăm sóc.
- h. **Mức Nghèo Liên bang (“FPL”)** là phép đo được sử dụng để xác định tình trạng nghèo ở Hoa Kỳ và được Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Department of Health and Human Services, “DHHS”) công bố định kỳ trên trang web của họ, <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- i. **Bệnh nhân đủ điều kiện tài chính** có nghĩa là bệnh nhân đã yêu cầu Tổ chức hỗ trợ tài chính và đã nộp Đơn đăng ký hoàn chỉnh. Việc duyệt xét Đơn đăng ký cho thấy rằng bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và Đơn đăng ký được chấp thuận theo Chính sách này hoặc bệnh nhân đã được Tổ chức xác định là có đủ điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này.
- j. **Hỗ trợ Tài chính** có nghĩa là các thỏa thuận theo Chính sách này để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp miễn phí hoặc giảm chi phí cho bệnh nhân. Các khoản phí được giảm thường tuân theo kế hoạch thanh toán hoặc hỗ trợ chi phí tự động cho bệnh nhân Tự Thanh Toán.
- k. **Chi phí Y tế Cao** có nghĩa là chi phí tự trả hàng năm của một bệnh nhân có thu nhập gia đình vượt quá ngưỡng hỗ trợ tài chính của Tổ chức. Những chi phí này được xem xét nếu: (i) mức thanh toán bệnh nhân phải chịu tại bệnh viện của Tổ chức vượt quá mức thấp hơn của thu nhập gia đình hiện tại hoặc thu nhập gia đình trong mười hai (12) tháng trước đó, hoặc (ii) chi phí y tế tự chi trả vượt quá mười phần trăm (10%) thu nhập của gia đình bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân thanh toán trong mười hai (12) tháng trước đó.
- l. **Khó khăn về mặt Y tế** có nghĩa là một bệnh nhân không có khả năng thanh toán cho các dịch vụ do chăm sóc với chi phí cao ngoài dự kiến nhưng không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này.
- m. **Cần thiết về mặt y tế** có nghĩa là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được thực hiện để đánh giá, chẩn đoán hoặc điều trị cho bệnh nhân có tính cần thiết và phù hợp về mặt lâm sàng theo các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp nhận chung chứ không chủ yếu nhằm mục đích tạo sự thuận tiện cho bệnh nhân hoặc nhà cung cấp dịch vụ.
- n. **Kế hoạch Thanh toán** có nghĩa là một thỏa thuận bằng văn bản giữa Tổ chức và bệnh nhân, theo đó Tổ chức đã đề nghị và bệnh nhân đã chấp nhận, cơ hội thanh toán khoản phải trả của họ

bằng các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10% thu nhập của gia đình bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản khấu trừ cho các chi phí sinh hoạt thiết yếu.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Các luật của tiểu bang và liên bang được tham khảo trong quá trình thiết kế Chính sách này bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- i. Bộ luật Thuế vụ Hoa Kỳ Mục 501(r)(3).
- ii. Bộ luật An toàn & Sức khỏe California Mục 127400-127462 (Chính sách Định giá Công bằng của Bệnh viện và Chính sách Định giá Công bằng của Bác sĩ Cấp cứu).
- iii. Dự luật 1020 của Quốc hội California: Thanh toán Nợ và Thanh toán Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2022.
- iv. Dự luật 532 của Quốc hội California: Chính sách Thanh toán Công bằng, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2022.
- v. Hướng dẫn của Văn phòng Tổng cục, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (“OIG”) về hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân có bảo hiểm dưới mức, và các quy định của IRS.
- vi. Bất kỳ quy định thực hiện nào và hướng dẫn của cơ quan liên quan đến bất kỳ điều nào ở trên.

VIII. DANH SÁCH TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM

- A. Tóm tắt Hỗ trợ Tài chính - Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản
- B. Giảm giá hỗ trợ tài chính
- C. Số tiền thường trả
- D. Tuyên bố xác nhận



TÓM TẮT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH VÀ BIỆN PHÁP BẢO VỆ TRƯỚC CÁC HÓA ĐƠN THANH TOÁN BẤT NGỜ

Là một phần trong sứ mệnh của chúng tôi, Pasadena Hospital Association, Ltd., tên thương mại Huntington Hospital và Huntington Medical Foundation tên thương mại Huntington Health Physicians (“Tổ Chức”) cam kết cung cấp quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho cộng đồng và đối xử với tất cả bệnh nhân với sự công bằng, lòng trắc ẩn và sự tôn trọng. Bao gồm cung cấp các dịch vụ miễn phí hoặc với mức giá giảm đáng kể cho những bệnh nhân đủ điều kiện không có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc theo chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi (“Chính Sách”). Chúng tôi cũng cung cấp cho bệnh nhân nhiều kế hoạch thanh toán và lựa chọn khác nhau để đáp ứng nhu cầu tài chính của họ, ngay cả khi họ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ. Tài liệu này là bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản của chúng tôi (“Tóm Tắt”) về Chính Sách.

Giúp trả hóa đơn của quý vị

Hỗ trợ tài chính sẽ được cung cấp cho những bệnh nhân đang nhận các thủ thuật cần thiết về mặt y tế và có thu nhập và tài sản tiền tệ (gọi chung là “thu nhập”) bằng hoặc dưới 400% mức nghèo liên bang (federal poverty level, FPL) của năm hiện tại. Những bệnh nhân có thu nhập dao động từ 401%–600% FPL cũng đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ chi phí dịch vụ chăm sóc. Mức hỗ trợ dành cho bệnh nhân sẽ theo thang điểm trượt dựa trên quy mô gia đình, mức thu nhập và tình trạng bảo hiểm. Hỗ trợ tài chính dành cho các thủ thuật không bắt buộc hoặc không cần thiết về y tế hoặc cho thủ tục chăm sóc theo dõi sau khi xuất viện được giới hạn cho những bệnh nhân sống trong khu vực dịch vụ của Tổ Chức và khi phó chủ tịch, Giám Đốc Hỗ Trợ Tài Chính và Doanh Thu (Finance and Chief Revenue Cycle Officer) hoặc người được chỉ định chấp thuận trước. Nếu bệnh nhân không đủ điều kiện nhận các dịch vụ hoàn toàn miễn phí nhưng hội đủ điều kiện được hỗ trợ chi phí theo Chính Sách, bệnh nhân sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền mà Tổ Chức lập hóa đơn cho dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác.

Bác sĩ và dịch vụ

Chính Sách chỉ áp dụng cho các dịch vụ do Tổ Chức cung cấp và chỉ bao gồm các dịch vụ bác sĩ nếu được Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) và Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”) cung cấp. Nó không bao gồm các địa điểm của Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC và Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC thuộc Tổ Chức.

Cách đăng ký

Bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc hỗ trợ chi phí theo Chính Sách sẽ cần phải hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (“Đơn Đăng Ký”) và nộp mọi tài liệu bắt buộc. Tổ Chức sẽ thực hiện quá trình xem xét đối với Đơn Đăng Ký và tài liệu.

Bản sao miễn phí của Bản tóm tắt, Chính sách hoặc Đơn đăng ký này có sẵn tiếng Anh, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Armenia, tiếng Việt, tiếng Ả Rập, tiếng Séc, tiếng Nga, tiếng Hàn và tiếng Tây Ban

Nha. Để yêu cầu bản sao hoặc để có thêm thông tin, bao gồm các câu hỏi về quy trình hỗ trợ tài chính, quý vị có thể:

- Hỏi người đại diện tại quầy đăng ký hoặc nhập viện.
- Gọi cho Dịch Vụ Bệnh Nhân theo số 323-866-8600.
- Truy cập trang web của Tổ Chức tại huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/

Nếu quý vị bị khuyết tật hoặc cần các tài liệu trên dưới định dạng thay thế khác có thể tiếp cận hoặc nếu quý vị sử dụng một ngôn ngữ khác ngoài các ngôn ngữ đã được liệt kê, vui lòng liên hệ Dịch Vụ Bệnh Nhân để được cung cấp định dạng thay thế khác hoặc được kết nối với bộ phận Dịch Vụ Thông Dịch của chúng tôi để được hỗ trợ thêm.

Sắp xếp để tự thanh toán

Những bệnh nhân không đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc hỗ trợ chi phí theo Chính Sách có thể thấy các chương trình khác của Tổ Chức hữu ích. Bệnh nhân thiếu bảo hiểm có thể được giảm giá đáng kể, tương tự như khoản hỗ trợ chi phí mà chúng tôi cung cấp cho các chương trình bảo hiểm chăm sóc có quản lý dành cho các dịch vụ hội đủ điều kiện.

Thông báo theo quy định đối với các khoản thu hồi nợ

Chúng tôi chuyển một số tài khoản quá hạn cho các đại lý thu nợ của bên thứ ba. Các đại lý này phải tuân theo tất cả các luật của California và liên bang cũng như tuân thủ các chính sách và thủ tục của Tổ Chức. Để biết thêm thông tin về các hoạt động thu hồi nợ, quý vị có thể liên hệ với Ủy Ban Thương Mại Liên Bang (Federal Trade Commission) qua điện thoại theo số 877-FTC-HELP (877-382-4357). Trong trường hợp tài khoản của quý vị được chuyển đến đại lý thu nợ và quý vị gặp vấn đề, hãy liên hệ với Dịch Vụ Bệnh Nhân của chúng tôi để được hỗ trợ theo số 323-866-8600.

Bảo vệ trước các hóa đơn y tế bất ngờ

Tất cả bệnh nhân đều được bảo vệ trước các hóa đơn y tế bất ngờ. Vui lòng xem “Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills” trên trang web của chúng tôi tại huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Chương Trình Khiếu Nại Về Hóa Đơn Bệnh Viện

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị từ chối hỗ trợ tài chính sai quy định, quý vị có thể nộp khiếu nại lên Chương Trình Khiếu Nại Về Hóa Đơn Bệnh Viện (Hospital Bill Complaint Program) của Tiểu Bang California. Truy cập trang HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov để biết thêm thông tin và nộp đơn khiếu nại.

Trợ giúp thêm

Giúp trả hóa đơn của quý vị – Có các tổ chức đấu tranh vì quyền lợi người tiêu dùng miễn phí sẽ giúp quý vị hiểu về quá trình lập hóa đơn và thanh toán. Quý vị có thể gọi cho Liên Minh Người Tiêu Dùng Dịch Vụ Y Tế theo số 888-804-3536 hoặc truy cập trang healthconsumer.org để biết thêm thông tin.

Tài nguyên và thông tin bổ sung:

- Bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện nhận các chương trình hỗ trợ của chính phủ, chẳng hạn như Medi-Cal hoặc bảo hiểm được trợ cấp thông qua Covered California. Văn phòng Hỗ Trợ Tài Chính Bệnh Nhân (Patient Financial Advocate, PFA) có nhân viên trực sẵn để trả lời các câu hỏi

của bệnh nhân và hỗ trợ đăng ký tham gia các chương trình này. Quý vị có thể liên hệ với văn phòng PFA theo số 310-423-5071.

- Đối với các câu hỏi liên quan đến bảo hiểm y tế thương mại, vui lòng gọi 1-800-CEDARS-1 (1-800-233-2771).
- Để biết thêm thông tin về mức giá và công cụ của Tổ chức dành cho các dịch vụ có thể mua được, hãy truy cập huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care

Tài liệu đính kèm B - Giảm giá hỗ trợ tài chính

Giảm giá hỗ trợ tài chính Hướng dẫn về mức nghèo liên bang

Giảm giá cho người không có bảo hiểm	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
Giảm giá cho người có bảo hiểm thấp	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

Quy mô đơn vị gia đình	Mức lương hàng năm theo FPL					
1	\$14,580	\$58,320	\$65,610	\$72,900	\$80,190	\$87,480
2	\$19,720	\$78,880	\$88,740	\$98,600	\$108,460	\$118,320
3	\$24,860	\$99,440	\$111,870	\$124,300	\$136,730	\$149,160
4	\$30,000	\$120,000	\$135,000	\$150,000	\$165,000	\$180,000
5	\$35,140	\$140,560	\$158,130	\$175,700	\$193,270	\$210,840
6	\$40,280	\$161,120	\$181,260	\$201,400	\$221,540	\$241,680
7	\$45,420	\$181,680	\$204,390	\$227,100	\$249,810	\$272,520
8	\$50,560	\$202,240	\$227,520	\$252,800	\$278,080	\$303,360
Đối với mỗi người bổ sung, hãy thêm	\$5,140					
		400%	450%	500%	550%	600%

Lưu ý: Bản liệt kê được Sửa đổi Lần cuối ngày 1/16/2023

Tài liệu đính kèm C - Số tiền thường được thanh toán

Số tiền thường Được Thanh Toán (“AGB”) có nghĩa là số tiền thường được lập hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác cho bệnh nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó, được xác định theo 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b).

Tổ chức sẽ sử dụng Phương pháp Nhìn lại (Look-Back Method) để xác định số tiền tối đa sẽ được lập hóa đơn cho một bệnh nhân nội trú đủ điều kiện bằng cách sử dụng Medicare trung bình và tỷ lệ hoàn trả cho bệnh nhân nội trú thương mại. Để mang lại lợi ích hơn nữa cho bệnh nhân nội trú đủ điều kiện, Tổ chức sẽ sử dụng số tiền bồi hoàn AGB hoặc Medicare MS-DRG thấp hơn cho đợt chăm sóc này để xác định trách nhiệm pháp lý của bệnh nhân hội đủ điều kiện.

Tổ chức sẽ sử dụng Phương pháp xem lại để xác định số tiền tối đa được lập hóa đơn cho bệnh nhân ngoại trú hội đủ điều kiện bằng cách sử dụng mức hoàn trả trung bình cho bệnh nhân ngoại trú của Medicare và bảo hiểm Thương Mại.

Tổ chức sẽ sử dụng Phương pháp Nhìn lại để xác định số tiền tối đa sẽ được thanh toán cho một bệnh nhân hội đủ điều kiện trong phòng cấp cứu bằng cách sử dụng tỷ lệ hoàn trả cho phòng cấp cứu thương mại và Medicare trung bình.

Tỷ lệ hoàn trả cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú và phòng cấp cứu được tính ít nhất hàng năm bằng cách sử dụng Medicare và tài khoản thương mại đã đóng gần đây nhất trong 12 tháng qua.

Có hiệu lực từ ngày 11/07/2022

Tổ chức	Giảm giá khoản tự trả cho bệnh nhân không có bảo hiểm	% hoàn trả AGB
Phòng Cấp cứu	82%	18%
Bệnh nhân Nội trú	82%	18%
Bệnh nhân Ngoại trú	81%	19%

Có hiệu lực từ ngày 07/01/2023

Tổ chức	Giảm giá khoản tự trả cho bệnh nhân không có bảo hiểm	% hoàn trả AGB
Phòng Cấp cứu	82%	18%
Bệnh nhân Nội trú	82%	18%
Bệnh nhân Ngoại trú	82%	18%

Tài liệu đính kèm D - Tuyên bố xác nhận



Tuyên bố xác nhận
Chính sách hỗ trợ tài chính

Chính sách này sẽ được đệ trình lên Bộ Thông tin và Tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (HCAI). Ngoài ra, chính sách cũng sẽ được trình bày trên trang web của Tổ chức.

Tổ chức cam kết theo hình phạt về tội khai man những điều sau:

1. Cá nhân gửi chính sách được ủy quyền hợp pháp để gửi chính sách thay mặt cho Tổ chức.
2. Chính sách được gửi này là bản sao đúng và chính xác của Chính sách đã xác nhận.

DocuSigned by:

Lisa Maqueira

50A5F2AB0750407

Lisa Maqueira

Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date