

Sacred Heart Health System, Inc
aka Sacred Heart Medical Group
aka Panhandle Emergency Physicians

Providence Health System, Inc
aka Providence Medical Group
aka Seton Medical Management

CHÍNH SÁCH/CÁC NGUYÊN TẮC

Đó là chính sách của các đoàn thể ở trên (“Tổ Chức”) để đảm bảo sự thực thi công bằng xã hội cho việc cung cấp sự chăm sóc cho trường hợp cấp cứu hoặc cần thiết về y khoa khác tại các cơ sở của Tổ Chức. Chính sách này được thiết kế cụ thể để giải quyết về khả năng hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chính cho các bệnh nhân nào đang cần được trợ giúp về tài chính và nhận sự chăm sóc của Tổ Chức.

1. Mọi sự trợ giúp tài chính sẽ phản ánh sự cam kết của chúng tôi đối với và tôn trọng phẩm giá cá nhân con người và lợi ích chung, sự quan tâm đặc biệt của chúng tôi cho và đoàn kết với những người sống trong nghèo khó và những người khác dễ bị tổn thương, và sự cam kết của chúng tôi đối với công lý phân phối và công bằng.
2. Chính sách này áp dụng cho mọi trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ khác cần thiết về y khoa được Tổ Chức cung cấp, bao gồm các dịch vụ của bác sĩ được thu dụng và sức khỏe hành vi. Chính sách này không áp dụng cho các dàn xếp trả cho các thủ thuật tùy chọn hoặc chăm sóc khác không phải là chăm sóc cấp cứu hoặc mặt khác cần thiết về y khoa.

ĐỊNH NGHĨA

Nhằm các mục đích của Chính sách này, các định nghĩa sau đây áp dụng:

- “**501(r)**” có nghĩa là Phần 501(r) của Bộ Luật Thuế Vụ và các thể lệ từ đó được ban hành.
- “**Số Tiền Thường Được Gửi Hóa Đơn**” hoặc “**AGB**” (**Amount Generally Billed**) có nghĩa là, đối với sự chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết khác về y khoa, số tiền thường được gửi hóa đơn cho những cá nhân nào được bảo hiểm trả cho sự chăm sóc đó.
- “**Chăm Sóc Cấp Cứu**” có nghĩa là chăm sóc để điều trị cho một tình trạng y khoa mà tự nó biểu lộ qua các triệu chứng cấp tính ở mức nghiêm trọng đủ (bao gồm đau đớn nghiêm trọng) để sự thiếu vắng chăm sóc y tế cấp thời có thể dẫn đến tổn hại nghiêm trọng đến chức năng của cơ thể, bất hoạt nghiêm trọng của bất cứ bộ phận hoặc phần nào của cơ thể, hoặc đặt sức khỏe cá nhân vào tình trạng hiểm nghèo nghiêm trọng.
- “**Chăm Sóc Cần Thiết Về Y Khoa**” có nghĩa sự chăm sóc được xác định là cần thiết về y khoa tiếp theo sau một quyết định về sự kiện trong lâm sàng của một nhà cung cấp dịch vụ có giấy phép hành nghề. TRONG trường hợp sự chăm sóc mà bệnh nhân yêu cầu được bao trả theo chính sách này được xác định là không cần thiết về y khoa bởi một bác sĩ duyệt xét, quyết định đó cũng phải được xác nhận bởi bác sĩ thu nhận hoặc giới thiệu.
- “**Tổ Chức**” có nghĩa là các đoàn thể nêu trên.
- “**Bệnh Nhân**” có nghĩa là những người nào nhận sự chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về y khoa tại Tổ chức và là người chịu trách nhiệm về tài chính cho việc chăm sóc bệnh nhân.

Trợ Giúp Tài Chính Được Cung Cấp

1. Các bệnh nhân có thu nhập dưới hoặc bằng 250% Mức Nghèo Khó Liên Bang (“FPL”), sẽ hội đủ điều kiện được xóa sổ cho việc chăm sóc từ thiện 100% thuộc phần phí tổn cho các dịch vụ mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm sau khi được thanh toán bởi hãng bảo hiểm, nếu có.
2. Ở mức tối thiểu, các Bệnh nhân có thu nhập trên 250% mức FPL nhưng không quá 400% mức FPL, sẽ được giảm giá theo tỷ lệ đối với phần phí tổn cho các dịch vụ được cung cấp mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm sau khi được thanh toán bởi hãng bảo hiểm, nếu có. Bệnh nhân hội đủ điều kiện được giảm giá theo tỷ lệ sẽ không bị tính quá mức các phí tổn AGB đã được tính toán. Giảm giá theo tỷ lệ là như sau:

Sacred Heart Hospital Pensacola 2017 HHS Bảng Tính Toán Hướng Dẫn về Mức Nghèo Khó*							
Các Dịch Vụ Tại Bệnh Viện							
Số Người Trong Gia Hộ	FPL*	Chăm Sóc Từ Thiện		Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính***			Người Không Có Bảo Hiểm với Các Phương Cách Trả Tiền > 400%
		0 tới 200%	tới 250%	tới 300%	tới 350%	tới 400%	
1	\$ 12,060	\$ 24,120	\$ 30,150	\$ 36,180	\$ 42,210	\$ 48,240	
2	\$ 16,240	\$ 32,480	\$ 40,600	\$ 48,720	\$ 56,840	\$ 64,960	
3	\$ 20,420	\$ 40,840	\$ 51,050	\$ 61,260	\$ 71,470	\$ 81,680	
4	\$ 24,600	\$ 49,200	\$ 61,500	\$ 73,800	\$ 86,100	\$ 98,400	
5	\$ 28,780	\$ 57,560	\$ 71,950	\$ 86,340	\$ 100,730	\$ 115,120	
6	\$ 32,960	\$ 65,920	\$ 82,400	\$ 98,880	\$ 115,360	\$ 131,840	
7	\$ 37,140	\$ 74,280	\$ 92,850	\$ 111,420	\$ 129,990	\$ 148,560	
8**	\$ 41,320	\$ 82,640	\$ 103,300	\$ 123,960	\$ 144,620	\$ 165,280	
Phân Loại		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5	Người không có bảo hiểm
Giảm Giá		100%	100%	90%	80%	72%	51%
Đơn Xin Giảm Giá	1) Trợ giúp tài chính cho người không có bảo hiểm và giảm giá theo các Phương Cách để Trả Tiền dựa trên tổng số chi phí. 2) Giảm giá cho người không có bảo hiểm dựa trên trách nhiệm của bệnh nhân hoặc số tồn khoản còn nợ.						

* Dựa trên Đăng Ký Liên Bang / trích dẫn tài liệu: Đăng Ký Liên Bang Quyển 82 / 26 tháng Giêng, 2017 / pgs. 8831-8832
 * Xem <https://federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>
 ** Đối với mỗi người thêm ở mức nghèo khó 100%, thêm \$4180 (sau đó, nếu cần, nhân bội theo đó lên đến 400%)
 ***Khoản tiền tối đa mà bất cứ bệnh nhân nào còn nợ cho mỗi giai đoạn chăm sóc hoặc tài khoản là 10% so với lợi tức gộp của gia đình.

Providence Hospital, Mobile AL 2017 HHS Bảng Tính Toán Hướng Dẫn về Mức Nghèo Khó*							
Các Dịch Vụ Tại Bệnh Viện							
Số Người Trong Gia Hộ	FPL*	Chăm Sóc Từ Thiện		Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính***			Người Không Có Bảo Hiểm với Các Phương Cách Trả Tiền > 400%
		0 tới 200%	tới 250%	tới 300%	tới 350%	tới 400%	
1	\$ 12,060	\$ 24,120	\$ 30,150	\$ 36,180	\$ 42,210	\$ 48,240	
2	\$ 16,240	\$ 32,480	\$ 40,600	\$ 48,720	\$ 56,840	\$ 64,960	
3	\$ 20,420	\$ 40,840	\$ 51,050	\$ 61,260	\$ 71,470	\$ 81,680	
4	\$ 24,600	\$ 49,200	\$ 61,500	\$ 73,800	\$ 86,100	\$ 98,400	
5	\$ 28,780	\$ 57,560	\$ 71,950	\$ 86,340	\$ 100,730	\$ 115,120	
6	\$ 32,960	\$ 65,920	\$ 82,400	\$ 98,880	\$ 115,360	\$ 131,840	
7	\$ 37,140	\$ 74,280	\$ 92,850	\$ 111,420	\$ 129,990	\$ 148,560	
8**	\$ 41,320	\$ 82,640	\$ 103,300	\$ 123,960	\$ 144,620	\$ 165,280	
Phân Loại		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5	Người không có bảo hiểm
Giảm Giá		100%	100%	90%	80%	66%	66%
Đơn Xin Giảm Giá	1) Trợ giúp tài chính cho người không có bảo hiểm và giảm giá theo các Phương Cách để Trả Tiền dựa trên tổng số chi phí. 2) Giảm giá cho người không có bảo hiểm dựa trên trách nhiệm của bệnh nhân hoặc số tồn khoản còn nợ.						

* Dựa trên Đăng Ký Liên Bang / trích dẫn tài liệu: Đăng Ký Liên Bang Quyển 82 / 26 tháng Giêng, 2017 / pgs. 8831-8832
 * Xem <https://federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>
 ** Đối với mỗi người thêm ở mức nghèo khó 100%, thêm \$4180 (sau đó, nếu cần, nhân bội theo đó lên đến 400%)
 ***Khoản tiền tối đa mà bất cứ bệnh nhân nào còn nợ cho mỗi giai đoạn chăm sóc hoặc tài khoản là 10% so với lợi tức gộp của gia đình.

- Các bệnh nhân biểu lộ được các nhu cầu về tài chính có lợi tức lớn hơn 400% mức FPL có thể hội đủ điều kiện được cứu xét qua một “Cuộc Điều Tra Về Khả Năng Tài Chính” để được một chút giảm giá về các phí tổn cho các dịch vụ của họ từ Tổ chức dựa trên sự đánh giá thực sự về khả năng trả tiền của họ. Khoản tiền tối đa mà bất cứ bệnh nhân nào còn nợ cho mỗi giai đoạn chăm sóc hoặc tài khoản là 10% so với lợi tức gộp của gia đình. Bệnh nhân hội đủ điều kiện được giảm giá qua một “Cuộc Điều Tra Về Khả Năng Tài Chính” sẽ không bị tính quá mức các phí tổn AGB đã được tính toán.
- Đối với một Bệnh nhân tham gia trong một số kế hoạch bảo hiểm mà Tổ chức cho là ở “ngoài mạng lưới,” Tổ chức có thể giảm bớt hoặc từ chối trợ giúp tài chính mà mặt khác hiện có cho Bệnh nhân dựa trên sự duyệt xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân và các sự kiện và cảnh ngộ khác có liên quan.

5. Khả năng hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính có thể được xác định vào bất cứ thời điểm nào trong chu kỳ doanh thu và có thể bao gồm việc sử dụng ghi điểm theo giả định để xác định khả năng hội đủ điều kiện bất kể đến việc đương đơn không hoàn tất đơn xin được trợ giúp tài chính (“Đơn Xin FAP”).
6. Khả năng hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính phải được xác định cho bất cứ số tồn khoản nào mà bệnh nhân có nhu cầu tài chính phải chịu trách nhiệm.
7. Tiến trình cho các Bệnh nhân và gia đình kháng cáo các quyết định của Tổ chức về khả năng hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chính là như sau:
 - a. Mọi kháng cáo sẽ cần được nộp lên bằng văn bản qua việc gửi thư tới:
NRSC, Executive Director of Revenue Cycle/Financial Assistance
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, IN 46290
 - b. Mọi kháng cáo sẽ được xem xét bởi các đoàn thể nêu trên để được chăm sóc từ thiện 100% và ủy ban kháng cáo về sự trợ giúp tài chính, và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi trên văn bản tới cho Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp đơn kháng cáo.

Sự Trợ Giúp Khác Dành cho Các Bệnh Nhân Không Hội Đủ Điều Kiện để Được Trợ Giúp Tài Chính

Các bệnh nhân nào không hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính, như đã nêu trên, vẫn có thể hội đủ điều kiện cho các loại trợ giúp khác mà Tổ chức cung cấp. Để được hoàn chỉnh, các loại trợ giúp khác này được nêu ra ở đây, mặc dù chúng không dựa trên nhu cầu và không có ý định chiếu theo 501 (r) nhưng được bao gồm ở đây cho sự tiện lợi của cộng đồng mà các đoàn thể nêu trên phục vụ. Các Bệnh nhân không có bảo hiểm nào không hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính sẽ được giảm giá dựa trên mức giá giảm được cung cấp cho bên trả tiền ở mức cao nhất cho Tổ chức đó. Bên trả tiền ở mức cao nhất phải kể đến ít nhất 3% số dân của Tổ chức được đo đạc theo số lượng hoặc thu nhập gộp của bệnh nhân. Nếu người trả tiền duy nhất không kể đến mức số lượng tối thiểu này, hợp đồng với nhiều hơn một người trả tiền sẽ được tính mức trung bình để các điều khoản trả tiền đó được sử dụng để tính mức trung bình cho tài khoản của ít nhất 3% số lượng doanh nghiệp của Tổ chức cho năm nhất định.

Các Giới Hạn về Phí Tồn cho Các Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện để Được Trợ Giúp Tài Chính

Các bệnh nhân hội đủ điều kiện để được Trợ Giúp Tài Chính sẽ không được tính cho cá nhân quá mức AGB cho sự chăm sóc cấp cứu và cần thiết khác về y khoa và không quá các phí tồn gộp cho mọi chăm sóc y khoa khác. Tổ chức tính toán một hoặc nhiều phần trăm AGB qua việc dùng phương pháp “nhìn lại” và bao gồm phí cho dịch vụ của Medicare và tất cả các hãng bảo hiểm sức khỏe tư nhân trả cho các đơn đòi của Tổ chức, tất cả đều phải chiếu theo 501 (r). Một bản sao miễn phí sự tính toán AGB và số phần trăm có thể nhận được bằng cách gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi.

Làm Đơn Xin Được Trợ Giúp Tài Chính và Trợ Giúp Khác

Bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính qua khả năng hội đủ điều kiện về việc ghi điểm theo giả định hoặc qua việc làm đơn xin trợ giúp tài chính bằng cách nộp lên một Đơn xin FAP đã điền. Một Bệnh nhân có thể bị từ chối trợ giúp tài chính nếu Bệnh nhân cung cấp thông tin gian dối trên một Đơn xin FAP hoặc có liên quan tới tiến trình về khả năng hội đủ điều kiện về việc ghi điểm theo giả định. Đơn Xin FAP và các Chỉ Dẫn làm Đơn Xin FAP hiện có trên mạng tại <https://sacred-heart.org/MedicalGroup/Patient-Billing>, đến viếng bất cứ ban Đăng Ký Bệnh Nhân nào hoặc qua việc gửi thư bằng cách gọi cho Ban Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi.

Các hướng dẫn sau đây được dùng để xác định về khả năng hội đủ điều kiện theo giả định:

- a. Nhằm mục đích giúp cho Bệnh nhân cần được trợ giúp tài chính, Tổ chức có thể dùng một nhóm thứ ba để duyệt xét thông tin của Bệnh nhân để đánh giá nhu cầu tài chính. Việc duyệt xét này dùng đến một khuôn mẫu được công nhận, dự đoán được của ngành công nghiệp về y tế dựa trên các cơ sở dữ liệu trong hồ sơ công cộng. Khuôn mẫu phối hợp các dữ liệu trong hồ sơ công cộng để tính toán điểm số về khả năng kinh tế xã hội và tài chính bao gồm các ước lượng về lợi tức, tài sản và khả năng thanh toán bằng tiền mặt. Bộ quy định của khuôn mẫu được thiết kế để đánh giá mỗi Bệnh nhân theo cùng các tiêu chuẩn và được căn chỉnh so với các chấp thuận trợ giúp tài chính trước đây cho Tổ chức. Khuôn mẫu

- dự đoán được cho phép Tổ chức đánh giá xem Bệnh nhân có phải là tiêu biểu cho các Bệnh nhân khác là người đã có một quá trình hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chính theo Đơn xin FAP.
- b. Sau các nỗ lực để xác nhận sự sẵn có của bảo hiểm, khuôn mẫu dự đoán cung cấp một phương pháp có hệ thống để cấp cho sự trợ giúp tài chính theo giả định đối với các Bệnh nhân nào có các nhu cầu tài chính thích hợp. Khi việc lấy khuôn mẫu theo dự đoán là nền tảng cho khả năng hội đủ điều kiện theo giả định, một giảm giá thích hợp dựa trên điểm số sẽ được cấp cho các dịch vụ hội đủ điều kiện chỉ cho các ngày dịch vụ ngược trở về trước mà thôi. Đối với các Bệnh nhân không được cấp cho sự chăm sóc từ thiện 100%, thì sẽ có một lá thư báo cho Bệnh nhân biết mức trợ giúp tài chính được cấp và đưa cho các chỉ dẫn về cách kháng cáo quyết định.
 - c. Ngoài việc dùng khuôn mẫu dự đoán như đã phác họa ở trên, sự trợ giúp tài chính theo giả định cũng sẽ được cung cấp ở mức chăm sóc từ thiện 100% trong các tình huống sau đây:
 - i. Các Bệnh nhân đã quá cố mà Tổ chức đã xác nhận là không có tài sản và không có người phối ngẫu nào còn sống.
 - ii. Các bệnh nhân nào hội đủ điều kiện cho Medicaid từ một tiểu bang khác mà trong đó Tổ chức không phải là một nhà cung cấp có tham gia và không có ý định trở nên một nhà cung cấp có tham gia.
 - iii. Các bệnh nhân nào hội đủ điều kiện cho các chương trình trợ giúp khác của chính phủ, như tem phiếu thực phẩm, trợ cấp gia cư, và Chương Trình Phụ Nữ Ấu Nhi và Trẻ Em (WIC).

Gửi hóa đơn và Đòi nợ

Các hành động mà Tổ chức có thể đảm nhận trong trường hợp không trả tiền được mô tả trong một chính sách gửi hóa đơn và đòi nợ riêng biệt. Một bản sao miễn phí của chính sách gửi hóa đơn và đòi nợ có thể nhận được bằng cách gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng, tại số 844-366-9666.

Thông dịch

Chính sách này có ý định tuân thủ theo 501(r), trừ những nơi được chỉ định cụ thể. Chính sách này, cùng với tất cả các thủ tục có thể áp dụng, sẽ được diễn nghĩa và áp dụng cho phù hợp với 501(r) trừ những nơi được chỉ định cụ thể.

Thông Tin Liên Lạc

Customer Service:

844-366-9666

Nhóm Trợ Giúp Tài Chính:

800-566-5050

Địa Chỉ Gửi Thư:

NRSC, Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, IN 46290