



BAPTIST

SỔ TAY CHÍNH SÁCH, QUY TRÌNH VÀ HƯỚNG DẪN VẬN HÀNH

Ngày Hiệu Lực: 09/2003	CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA BỆNH VIỆN
Lần sửa đổi gần nhất: 08/2004; 05/2006, 12/2006; 03/2008; 04/2009; 04/2010; 06/2014; 08/2016; 06/2017; 09/2019; 01/2020, 03/2023, 12/2023, 05/2024, 11/2024, 06/2025 Được sửa đổi vào: 04/2011; 09/2012; 09/2016; 09/2018	
Tham chiếu #: S.FI.3025.15	

MỤC ĐÍCH: Thiết lập một khung chính sách hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân có bảo hiểm y tế dưới mức, phù hợp với sứ mệnh từ thiện của chúng tôi, nhằm bảo đảm rằng bệnh nhân được xem xét đủ điều kiện thông qua một quy trình quản lý và phân bổ nhất quán, rõ ràng và hiệu quả. Hỗ trợ tài chính có thể được cung cấp dưới hình thức chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá cho các bệnh nhân đủ điều kiện để thanh toán các chi phí dịch vụ nội trú và/hoặc ngoại trú (không bao gồm thẩm mỹ hoặc các quy trình khác không được xem là chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế).

CHÍNH SÁCH:

Baptist Memorial Health Care Corporation và các cơ sở trực thuộc (sau đây gọi là "Baptist") cam kết đối xử với tất cả bệnh nhân một cách công bằng, trân trọng, tôn trọng và nhân ái. Các cơ sở của Baptist mở cửa phục vụ các dịch vụ chăm sóc y tế cho công chúng, và chính sách của chúng tôi là không có bệnh nhân nào bị từ chối phục vụ các dịch vụ chăm sóc y tế với lý do không có khả năng chi trả. Đối với những bệnh nhân có khả năng chi trả, Baptist cung cấp các dịch vụ với kỳ vọng rằng bệnh nhân và/hoặc người bảo lãnh sẽ chi trả cho các dịch vụ đã cung cấp. Theo Đạo Luật Điều Trị Y Tế Cấp Cứu và Chuyển Dạ (EMTALA), các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế sẽ không bị trì hoãn hoặc từ chối cung cấp bởi các lý do liên quan đến khả năng chi trả của bệnh nhân. Các đánh giá liên quan đến tài chính sẽ chỉ được tiến hành sau khi đã bệnh nhân đã được kiểm tra sàng lọc y tế phù hợp và được cung cấp các dịch vụ ổn định tình trạng cần thiết theo quy định của đạo luật EMTALA cũng như tất cả các quy định hiện hành của Tiểu Bang và Liên Bang.

Việc quản lý hiệu quả nguồn lực trong bối cảnh chi phí y tế gia tăng đòi hỏi phải xây dựng các quy trình và hướng dẫn cụ thể. Mục đích của các quy trình này không nhằm từ chối hoặc ngăn cản các bệnh nhân có nhu cầu được sử dụng các dịch vụ chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế, mà nhằm đảm bảo rằng các nguồn lực của Baptist được dành cho việc chăm sóc y tế chất lượng một cách liên tục và hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân thực sự có nhu cầu chăm sóc y tế và có khả năng chi trả thấp nhất, thay vì cho những bệnh nhân không chi trả cho dịch vụ. Hỗ trợ tài chính theo chính sách này được áp dụng với điều kiện bệnh nhân

phải đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện thu nhập dựa trên Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang (FPG) như được mô tả trong tài liệu này. **Bước cần thiết đầu tiên trong quy trình này là hoàn thành Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Baptist.** Bệnh nhân sẽ không bị từ chối hỗ trợ tài chính với các lý do liên quan đến chủng tộc, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia hoặc bất kỳ lý do nào khác bị pháp luật nghiêm cấm.

PHẠM VI:

Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Hệ Thống Bệnh Viện Baptist (sau đây gọi là "FAP") áp dụng cho các khoản phí dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế của các cơ sở chăm sóc y tế do Baptist Memorial Health Care Corporation (BMHCC) sở hữu và điều hành. Chính sách này không bao gồm các dịch vụ chuyên môn của bác sĩ tại các phòng khám do Baptist Memorial Health Care Corporation sở hữu, do các dịch vụ này thuộc phạm vi điều chỉnh của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính cho các Dịch Vụ Chuyên Môn của Baptist ("Pro-FAP"). Vui lòng truy cập mục "Financial Assistance" (Hỗ Trợ Tài Chính) trên trang web Baptist của chúng tôi để xem danh sách hiện tại các tổ chức tham gia FAP và Pro-FAP của Bệnh Viện, cũng như các tổ chức không tham gia vào một hoặc cả hai chương trình. www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance.

CÁC ĐỊNH NGHĨA:

Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn (Amounts Generally Billed, AGB) - Tỷ lệ phần trăm trên Tổng Chi Phí Gốc cho dịch vụ chăm sóc y tế sau khi đã trừ các khoản điều chỉnh theo hợp đồng đối với những bệnh nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó. Bệnh nhân đủ điều kiện hưởng chính sách FAP của Baptist sẽ không bị tính phí vượt quá tỷ lệ phần trăm AGB này. Theo quy định của Bộ Luật Thuế Vụ Mục §1.501 (r), Baptist sử dụng "Phương Pháp Nhìn Lại" để xác định tỷ lệ AGB dựa trên dữ liệu yêu cầu thanh toán của năm trước đó. Tỷ lệ AGB được tính riêng cho từng cơ sở bệnh viện bằng cách tính tổng các khoản thanh toán được chấp thuận theo biểu phí dịch vụ của Medicare, cộng với tất cả các khoản thanh toán từ các hãng bảo hiểm thương mại và tư nhân khác, sau đó chia cho tổng chi phí gốc tương ứng.

Thời Gian Nộp Đơn - Khoảng thời gian bệnh nhân phải nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh. Thời hạn nộp đơn đăng ký bắt đầu từ ngày bệnh nhân được cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế (hoặc sớm hơn nếu bệnh nhân tự nộp đơn) và kết thúc vào thời điểm sau 240 ngày kể từ ngày gửi hóa đơn đầu tiên sau khi bệnh nhân xuất viện hoặc ba mươi ngày kể từ ngày bệnh viện (hoặc bên thứ ba được ủy quyền) cung cấp thông báo bằng văn bản (hóa đơn cuối cùng) cho bệnh nhân, trong đó nêu rõ các Hành Động Thu Nợ Đặc Biệt đang được chuẩn bị áp dụng.

Lượt Khám - Là một lần tương tác hoặc thăm khám giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đối với bệnh nhân điều trị ngoại trú, một lượt khám thường được hiểu là một ngày điều trị hoặc một lần thăm khám tại phòng khám. Ngoại lệ áp dụng cho các tài khoản tổng hợp như được định nghĩa bên dưới. Nếu Lượt Khám của bệnh nhân là một đợt điều trị nội trú, thì các khoản phí trong Lượt Khám đó sẽ bao gồm toàn bộ chi phí kỹ thuật liên quan phát sinh trong suốt thời gian nằm viện.

Đợt Chăm Sóc Y Tế - Bao gồm tất cả các dịch vụ liên quan đến điều trị lâm sàng cho một bệnh nhân đối với một tình trạng bệnh lý cụ thể, tính từ thời điểm khởi phát triệu chứng cho đến khi việc điều trị hoàn tất.

Hành Động Thu Nợ Đặc Biệt (ECA) - Các hoạt động thu nợ mà Baptist sẽ thực hiện chỉ sau khi đã có những nỗ lực hợp lý nhằm xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ tài chính hay không. Theo quy định §1.501(r), ECA bao gồm những hành động nhất định được thực hiện đối với một cá nhân nhằm mục đích thu hồi khoản thanh toán cho hóa đơn bệnh viện. Các hành động ECA sẽ được thực hiện sau 120 ngày kể từ ngày gửi hóa đơn đầu tiên sau khi xuất viện hoặc ít nhất 30 ngày sau khi bệnh nhân nhận được văn bản thông báo rằng các biện pháp ECA sắp được áp dụng.

Gia Đình - Gia đình là một nhóm gồm hai người trở lên có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi, cùng sinh sống chung; Tất cả những người có mối quan hệ như vậy được coi là thành viên của một gia đình. Ví dụ, nếu một cặp vợ chồng lớn tuổi, con gái của họ, chồng và hai con của cô ấy, và một người cháu trai của cặp vợ chồng lớn tuổi cùng sống trong một căn nhà hoặc căn hộ, thì họ sẽ được xem là một gia đình gồm bảy người.

Hỗ Trợ Tài Chính - Mức phí được giảm đối với hóa đơn dịch vụ y tế của bệnh nhân, được xác định theo các điều khoản trong chính sách FAP này. Mức giảm này thường được tính dưới dạng phần trăm giảm giá áp dụng trên Tổng Chi Phí Gốc.

Tổng Chi Phí Gốc - Giá đầy đủ, chưa giảm trừ của các dịch vụ y tế, được áp dụng thống nhất cho tất cả các bệnh nhân trước khi có bất kỳ khoản điều chỉnh theo hợp đồng, giảm giá, hoặc khấu trừ nào.

Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm - Bệnh nhân sở hữu một loại bảo hiểm y tế và/hoặc thuộc một chương trình, chính sách, hoặc đối tượng chi trả của bên thứ ba, bao gồm cả chương trình hoặc trách nhiệm thanh toán của cơ quan chính phủ, (ngoại trừ các Chương Trình hoặc Chính Sách Bảo Hiểm Giới Hạn Phúc Lợi), mà có chiết khấu hoặc có nghĩa vụ chi trả hoặc hoàn trả một phần chi phí y tế cho Lướt Khám hoặc Đợt Chăm Sóc Y Tế. Theo chính sách này, những bệnh nhân có chính sách bảo hiểm còn hiệu lực nhưng ngoài mạng lưới bảo hiểm vẫn được xem là bệnh nhân có bảo hiểm. Trường hợp chính sách bảo hiểm chỉ chi trả mức thấp hơn 5% tổng chi phí, bệnh nhân sẽ được xem là bảo hiểm y tế dưới mức và sẽ được áp dụng mức điều chỉnh tương đương với mức giảm giá dành cho bệnh nhân tự chi trả.

Các Chương Trình Bảo Hiểm Giới Hạn Phúc Lợi - Các chương trình bảo hiểm có phúc lợi thấp hơn đáng kể và bị giới hạn nhiều hơn so với các loại bảo hiểm y tế chính thống thông thường. Các chương trình bảo hiểm này có thể bao gồm một số loại như bảo hiểm bệnh lý nghiêm trọng, bồi thường (chính sách chỉ chi trả một khoản đã được xác định trước, bất kể tổng chi phí thực tế), và các chính sách hỗ trợ tiền mặt khi nhập viện.

Chính Sách Bảo Hiểm Giới Hạn Phúc Lợi - Bảo hiểm chỉ hoàn trả dưới 5% tổng chi phí y tế phát sinh.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế - Các dịch vụ chăm sóc hoặc vật tư y tế cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý, thương tích, tình trạng sức khỏe hoặc triệu chứng, và phù hợp với các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận, do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chuyên môn xác định. Không bao gồm các dịch vụ hoặc vật tư y tế được cung cấp chủ yếu vì sự thuận tiện hoặc theo sở thích cá nhân của bệnh nhân.

Bảo hiểm Y Tế Dưới Mức - Theo chính sách này, bất kỳ bệnh nhân có bảo hiểm nào phải tự chi trả hơn \$5.000 cho các khoản Chi Phí Kỹ Thuật tại bệnh viện trong một Lượt Khám sẽ được xem là có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức và đủ điều kiện hưởng mức giảm giá dành cho nhóm Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức. Các bệnh nhân có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức không bắt buộc phải nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính.

Ngoài Mạng Lưới Bảo Hiểm - Bệnh nhân được bảo hiểm theo hợp đồng hoặc chương trình bảo hiểm y tế với một công ty bảo hiểm chưa ký hợp đồng với Baptist theo mức giá đã đàm phán, và Baptist không nằm trong mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ y tế được hợp đồng hoặc chương trình của bệnh nhân chấp nhận.

Dịch Vụ Chuyên Môn - Bao gồm việc lập hóa đơn cho các dịch vụ y tế do bác sĩ, nhân viên y tế trình độ cao, nhà cung cấp vật tư y tế và các đơn vị cung cấp dịch vụ không trực thuộc hệ thống Baptist thực hiện, áp dụng cho cả dịch vụ ngoại trú và nội trú.

Tài Khoản Tổng Hợp - Tài khoản tổng hợp nhiều lượt khám của cùng một dịch vụ, gộp chung vào một yêu cầu thanh toán duy nhất. Yêu cầu thanh toán này thường phản ánh các khoản phí trong khoảng thời gian ba mươi ngày, với điều kiện các dịch vụ được chỉ định bởi cùng một bác sĩ và áp dụng cho cùng một nhóm chẩn đoán.

Chi Phí Kỹ Thuật - Các khoản phí được lập hóa đơn cho các dịch vụ y tế liên quan đến việc sử dụng trang thiết bị, cơ sở vật chất, đội ngũ nhân viên y tế không phải bác sĩ, vật tư y tế, và các chi phí khác tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên sâu, phòng khám trực thuộc bệnh viện và các cơ sở khác thuộc Baptist cung cấp dịch vụ nội trú và ngoại trú.

Trách Nhiệm Pháp Lý của Bên Thứ Ba - Là trách nhiệm tài chính một phần hoặc toàn bộ của một cá nhân hoặc tổ chức khác (ngoài bệnh nhân) đối với việc thanh toán các chi phí y tế mà bệnh nhân đã sử dụng.

Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm - Bệnh nhân không có bên thứ ba, công ty bảo hiểm hoặc tổ chức chính phủ nào chịu trách nhiệm cho toàn bộ hoặc một phần chi phí y tế cho Lượt Khám hoặc Đợt Chăm Sóc Y Tế, và không được xem là Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm như định nghĩa trong chính sách này.

Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm - Mức giảm giá cố định áp dụng cho Tổng Chi Phí Gốc đối với các bệnh nhân không có bảo hiểm và đủ điều kiện

hưởng hỗ trợ. Mức giảm giá áp dụng sẽ căn cứ vào tỷ lệ AGB vốn thay đổi tùy theo cơ sở trực thuộc Baptist nơi bệnh nhân sử dụng dịch vụ.

CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG ÁP DỤNG CHÍNH SÁCH:

Bệnh nhân được coi là không đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ tài chính theo chính sách FAP này nếu:

1. Nếu bệnh nhân đã có bảo hiểm, trừ trường hợp bệnh nhân đủ điều kiện được hưởng giảm giá theo chính sách này do có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức.
2. Bệnh nhân đủ điều kiện được hưởng Hỗ Trợ Tài Chính từ một chương trình hỗ trợ khác của thành phố, quận, tiểu bang, liên bang hoặc bất kỳ chương trình hỗ trợ nào khác có phạm vi ưu tiên áp dụng cao hơn chính sách này, thì phần chi phí đã được chương trình hỗ trợ đó chi trả sẽ không được hỗ trợ thêm theo chính sách FAP.
3. Chi phí của bệnh nhân phát sinh từ việc chăm sóc y tế do tai nạn lao động, trừ phi bệnh nhân cung cấp được tài liệu chứng minh rằng không có bất kỳ bên thứ ba nào chịu trách nhiệm chi trả.
4. Chi phí của bệnh nhân phát sinh từ việc điều trị y tế do tai nạn giao thông, trừ phi bệnh nhân cung cấp được tài liệu chứng minh rằng không có bên thứ ba nào chịu trách nhiệm chi trả.

Ngoài ra, chính sách FAP không giảm giá cho các khoản phí sau:

1. Các khoản chi phí cho các dịch vụ y tế có thể được cung cấp nhưng không Cần Thiết Về Mặt Y Tế đối với bệnh nhân cụ thể (bao gồm nhưng không giới hạn ở các quy trình thẩm mỹ hoặc cải thiện ngoại hình).
2. Các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp không có nghĩa vụ phải tham gia vào chương trình FAP này, bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ sau: các dịch vụ phòng xét nghiệm chuyên khoa hoặc bên ngoài, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ bệnh lý học, dịch vụ xe cứu thương, bác sĩ không thuộc biên chế bệnh viện, cũng như các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở được chọn không do Baptist sở hữu và điều hành hoàn toàn. Vui lòng truy cập mục "Financial Services" (Dịch Vụ Tài Chính) trên trang web Baptist của chúng tôi để xem danh sách các tổ chức hiện tại áp dụng các chính sách FAP và Pro-FAP của Bệnh Viện.
3. Chi phí mua sắm các mặt hàng bán lẻ tiện lợi không Cần Thiết Về Mặt Y Tế, bao gồm nhưng không giới hạn ở những mặt hàng sau: kính mắt, kính áp tròng, máy trợ thính, tóc giả, mỹ phẩm và bất kỳ mặt hàng nào được áp dụng thuế bán hàng. LƯU Ý: Đôi khi có các chương trình từ thiện khác có sẵn để hỗ trợ chi phí mua sắm các mặt hàng không Cần Thiết Về Mặt Y Tế này và thông tin có sẵn sẽ được cung cấp theo yêu cầu.

PHẠM VI ÁP DỤNG CHÍNH SÁCH:

I. Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức

Việc giảm giá cho bệnh nhân có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức sẽ được áp dụng khi đáp ứng các điều khoản và điều kiện sau:

- A. Bệnh nhân có bảo hiểm cho Lướt Khám hoặc Đợt Chăm Sóc Y Tế được áp dụng.
- B. Tất cả bảo hiểm hiện có đã được lập hóa đơn và tất cả các khoản thanh toán liên quan đã được nhận.
- C. Bệnh nhân đáp ứng theo định nghĩa Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức sau khi hoàn thành các điều kiện A và B.
- D. Bệnh nhân có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức sẽ được giảm 25% trên phần chi phí bệnh nhân phải tự thanh toán vượt quá \$5,000. CHÚ Ý:
 - a) Tài khoản mẹ và trẻ sơ sinh sẽ được tính gộp khi áp dụng giảm giá này.
 - b) Tài khoản tổng hợp sẽ được coi là một Lướt Khám khi áp dụng giảm giá này.

Bệnh nhân nên liên hệ với Văn Phòng Kinh Doanh Trung Tâm theo số (877) 348-1281 nếu đủ điều kiện hoặc họ có thắc mắc về chương trình giảm giá này.

II. Quy định đối với các Nhà Cung Cấp Chưa Được Công Nhận trong chương trình Medicaid

Khi một cơ sở trực thuộc Baptist chưa được công nhận trong chương trình Medicaid ngoài tiểu bang của bệnh nhân, và vì vậy không đủ điều kiện nhận hoàn trả từ Medicaid cho các dịch vụ đã cung cấp, số dư tài khoản còn lại sẽ được phân loại là chi phí từ thiện, do bệnh nhân Medicaid được xem là đối tượng khó khăn.

III. Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm

- i. Tất cả các bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ được đánh giá tính đủ điều kiện nhận Medicaid thông qua nhà cung cấp đánh giá bên thứ ba của Baptist. Đơn vị này sẽ phối hợp với bệnh nhân và Baptist để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình hỗ trợ nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương hay không.
- ii. Sau khi đã xác định tính đủ điều kiện nhận Medicaid, các bệnh nhân còn lại vẫn không có bảo hiểm sẽ được tiếp tục đánh giá tính đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm thuộc thị trường Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (Affordable Care Act - ACA) thông qua nhà cung cấp đánh giá bên thứ ba của Baptist. Đơn vị này sẽ phối hợp với bệnh nhân và Baptist để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm trong mạng lưới thuộc thị trường ACA hay không. Trường hợp bệnh nhân không có bảo hiểm không đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc bất kỳ chương trình hỗ trợ nào của liên bang,

tiểu bang hoặc địa phương, bệnh nhân sẽ được áp dụng mức giảm giá dành cho người không có bảo hiểm, và có thể nộp đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính bổ sung dựa trên mức độ khó khăn tài chính, theo quy định trong chính sách này.

- iii. Nếu bệnh nhân từ chối hoặc không hợp tác với Baptist hoặc nhà cung cấp được chỉ định của Baptist trong việc cung cấp thông tin cần thiết nhằm xác định điều kiện được hưởng hỗ trợ Medicaid hoặc ACA, bệnh nhân sẽ mất quyền được xem xét và/hoặc nhận Hỗ Trợ Tài Chính.

A. Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm

1. Nếu bệnh nhân được xác định là Không có bảo hiểm, tổng chi phí sẽ được điều chỉnh về mức AGB bằng cách áp dụng mức Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm lên Tổng Chi Phí Gốc. Mức giá AGB đối với mỗi cơ sở trực thuộc Baptist là khác nhau, do vậy mức giảm giá được áp dụng sẽ là mức giảm giá của cơ sở trực thuộc Baptist nơi bệnh nhân được cung cấp dịch vụ. Bảng giảm giá AGB được cập nhật hàng năm; và bảng gần đây nhất cho mỗi cơ sở có thể được tìm thấy trên trang web Baptist, www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance.

2. Mức Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm sẽ được tự động áp dụng trước khi gửi hóa đơn sau xuất viện đầu tiên, nếu tình trạng "không có bảo hiểm" của bệnh nhân đã được xác định tại thời điểm đó. Việc áp dụng mức giảm giá này đảm bảo rằng chi phí cho các dịch vụ khẩn cấp và/hoặc các dịch vụ chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác đối với những bệnh nhân đủ điều kiện được hưởng chính sách FAP sẽ không vượt quá mức chi phí trung bình mà các bệnh nhân có bảo hiểm chi trả cho các dịch vụ tương tự, theo quy định tại Điều §1.501(r)(5).

3. Bệnh nhân không cần phải nộp Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính để được hưởng mức giảm giá dành cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm.

B. Giảm Giá Dựa Trên Mức Độ Khó Khăn Tài Chính

Tất cả bệnh nhân Không Có Bảo Hiểm khi nộp hồ sơ đều có thể đủ điều kiện được hưởng một khoản giảm giá bổ sung, dựa trên mức độ khó khăn tài chính. Việc xác định tính đủ điều kiện được hưởng chính sách giảm giá này được tiến hành theo các tiêu chí sau:

1. Quy mô gia đình bệnh nhân được xác định bằng cách sử dụng giấy tờ bệnh nhân cung cấp, bao gồm nhưng không giới hạn ở đơn đăng ký và các giấy tờ chứng minh tài chính kèm theo.

(a) Gia đình là một nhóm gồm từ hai người trở lên có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi, và sống cùng với nhau. Thông thường, tất cả những người có quan hệ huyết thống cùng sống chung tại một địa điểm thực tế được coi là thành viên của một gia đình. Một người con là sinh viên toàn thời gian sống xa nhà tại một trường cao đẳng hoặc đại học được công nhận cũng có thể được tính là thành viên trong quy mô gia đình.

(b) Các cá nhân không liên quan không được tính vào quy mô của gia đình đó. Các cá nhân không liên quan là những người không có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận con nuôi với bệnh nhân. Ví dụ bao gồm bạn bè, bạn cùng phòng, người thuê trọ, con nuôi chăm sóc tạm thời, nhân viên hoặc những người khác sống trong các khu tập thể như nhà trọ.

(c) Nếu cần, địa chỉ/nơi thường trú của những người được khai trong hộ gia đình sẽ được xác minh thông qua tờ khai thuế và/hoặc các giấy tờ của tòa án liên bang, tiểu bang hoặc chính phủ xác nhận nơi cư trú.

2. Tổng thu nhập gộp của gia đình bệnh nhân được xác định dựa trên các điều kiện sau:

(a) Thu nhập bằng tiền mặt bao gồm: thu nhập từ việc làm, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp tai nạn lao động, An Sinh Xã Hội, Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung, trợ cấp khuyết tật, trợ cấp công cộng, trợ cấp cựu chiến binh, trợ cấp người sống sót, lương hưu hoặc thu nhập hưu trí, tiền lãi, cổ tức, thu nhập từ cho thuê tài sản, tiền bản quyền, thu nhập từ bất động sản và/hoặc quỹ tín thác, trợ cấp giáo dục, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng, trợ cấp nuôi con, hỗ trợ từ bên ngoài hộ gia đình và các nguồn thu nhập khác.

1. Tiền lương kiếm được của trẻ em vị thành niên không được tính vào thu nhập của gia đình.

2. Trợ cấp theo lệnh của tòa án hoặc do cơ quan nhà nước cấp liên quan đến trẻ vị thành niên sẽ được tính vào thu nhập.

(b) Giá trị của các khoản trợ cấp không phải tiền mặt (như tem phiếu thực phẩm và trợ cấp nhà ở) không được tính là thu nhập; Tuy nhiên, những giấy tờ này có thể được sử dụng để chứng minh quy mô gia đình và/hoặc tổng thu nhập tương ứng.

(c) Bệnh nhân phải cung cấp giấy tờ chứng minh tài chính để chứng minh tổng thu nhập gộp của tất cả các thành viên trong hộ gia đình. Tổng thu nhập gộp là thông tin luôn được sử dụng để xác định tình hình tài chính của bệnh nhân. Hầu hết các thông tin thu nhập gần đây nhất sẽ được ưu tiên khi đánh giá tình hình tài chính. Để chứng minh chính xác thu nhập của gia đình, bất kỳ giấy tờ nào sau đây đều là bằng chứng thu nhập được chấp nhận. Thứ tự ưu tiên được liệt kê như sau:

1. Phiếu lương trong ba tháng gần nhất
2. Tờ khai thuế thu nhập của năm trước
3. Biểu mẫu W2 của năm trước
4. Giấy tờ chứng minh hỗ trợ của Tiểu Bang/Liên Bang
5. Bản sao kê tài khoản ngân hàng trong ba tháng gần nhất
6. Bản sao kê lương hưu/trợ cấp hưu trí
7. Các giấy tờ pháp lý bao gồm quyết định ly hôn và/hoặc trợ cấp nuôi con và tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng

3. Tỷ lệ giảm giá theo mức độ khó khăn tài chính của chính sách FAP Baptist được xác định theo quy mô gia đình và tổng thu nhập của gia đình trong Bảng Giảm Giá Chính Sách FAP Baptist. Bệnh nhân có thể nhận bản sao của Bảng Giảm Giá tại Văn Phòng Tài Chính nơi bệnh nhân sử dụng dịch vụ hoặc truy cập tại website: www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance, nhấp vào liên kết "Baptist Hospital's Self-pay Minimum Discounts" (Giảm Giá Tối Thiểu cho Bệnh Nhân Tự Thanh Toán của Bệnh Viện Baptist).

(a) Bảng sau đây tóm tắt các khoản giảm giá theo chính sách FAP của Baptist:

Tóm Tắt Giảm Giá Theo Chính Sách FAP Của Baptist	
Mức Thu Nhập Theo Chuẩn Nghèo Liên Bang Hoa Kỳ FPG	Mức Giảm Giá Theo Chính Sách FAP
< 200%	100%
201-250%	95%
251-300%	90%
301-350%	85%
351-400%	80%
> 400%	Thay đổi tùy theo Cơ Sở

(b) Mức thu nhập trong Bảng Giảm Giá được thiết lập theo Hướng Dẫn Về Chuẩn Nghèo Liên Bang Hoa Kỳ ("FPG"). Các mức này được Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ công bố hàng năm, quý vị có thể tham khảo ngưỡng thu nhập của FPG bằng cách tìm kiếm từ khóa "*current poverty guidelines*" (hướng dẫn về mức nghèo hiện tại) tại trang web www.federalregister.gov. Cách tính AGB và ngưỡng thu nhập FPG hiện tại trong các bảng chiết khấu của Baptist đều được cập nhật hàng năm.

(c) Sau khi hoàn tất việc xác định mức chiết khấu dựa trên mức độ khó khăn tài chính, các bệnh nhân đủ điều kiện sẽ nhận được thư thông báo cho biết tỷ lệ chiết khấu áp dụng và số tiền mà bệnh nhân còn phải thanh toán nếu có sau khi áp dụng giảm giá. Thư này cũng sẽ bao gồm thông tin liên lạc nếu bệnh nhân có thắc mắc về các khoản giảm giá, quy trình phê duyệt hoặc sắp xếp kế hoạch thanh toán.

Baptist có quyền yêu cầu bổ sung thông tin và/hoặc từ chối hoặc hủy bỏ cung cấp Hỗ Trợ Tài Chính theo chính sách FAP này trong trường hợp có thông tin không chính xác, trình bày sai sự thật hoặc gian lận. Khoản Hỗ Trợ Tài Chính được cấp theo chính sách FAP này chủ yếu dành cho các Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm và bệnh nhân có Bảo Hiểm Y Tế Dưới Mức, sinh sống trong cộng đồng nơi các đơn vị trực thuộc Baptist đang phục vụ. Trong trường hợp một cơ sở trực thuộc Baptist xác định rằng khả năng duy trì hoạt động hoặc khả năng tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc từ thiện trong cộng đồng địa phương bị ảnh hưởng do bệnh nhân từ các khu vực ngoài cộng đồng đó nhận Hỗ Trợ Tài Chính từ cơ sở này, thì cơ sở đó có

quyền sửa đổi hoặc điều chỉnh chính sách FAP nhằm đảm bảo khả năng hoạt động và duy trì sứ mệnh từ thiện của mình. Mặc dù vậy, dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế sẽ không bao giờ bị trì hoãn hoặc từ chối với các lý do liên quan đến khả năng chi trả của bất kỳ bệnh nhân nào.

IV. Quy Trình Nộp Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính theo Mức Độ Khó Khăn Tài Chính.

A. Thông Tin Chung.

1. Bệnh nhân không có bảo hiểm nộp đơn đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính dựa trên nhu cầu tài chính theo chính sách FAP Baptist phải hoàn thành Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính để Baptist thực hiện những nỗ lực hợp lý nhằm xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện được hưởng Hỗ Trợ Tài Chính hay không. Bệnh nhân có thể sử dụng miễn phí các bản sao đơn đăng ký và/hoặc tài liệu giải thích chính sách FAP bằng ngôn ngữ đơn giản, có sẵn từ nhiều nguồn khác nhau.

(a) Một bản sao sẽ được cung cấp cho bệnh nhân trong quá trình nhập viện và/hoặc

(b) Các bản sao được đăng tải công khai và có sẵn theo yêu cầu tại tất cả các Khu Vực Tiếp Nhận, Khoa Cấp Cứu và Văn Phòng Kinh Doanh tại tất cả các cơ sở trực thuộc Baptist.

(c) Bệnh nhân cũng có thể tải xuống và in trực tuyến các bản sao trên trang web Baptist, www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance hoặc liên hệ với cơ sở nơi bệnh nhân sử dụng dịch vụ và yêu cầu cung cấp một bản sao qua thư hoặc email tại FAP@BMHCC.org.

(d) Ngoài ra, Baptist sẽ cung cấp tất cả các giấy tờ liên quan đến chính sách FAP dưới dạng điện tử nếu cá nhân yêu cầu hình thức này.

(e) Một bản sao cũng sẽ được gửi kèm theo hóa đơn cuối cùng trong thông báo thanh toán của bệnh nhân.

2. Nếu bệnh nhân đã được xác nhận là đủ điều kiện được hưởng Hỗ Trợ Tài Chính trong chín mươi ngày trước đó, bệnh nhân không cần phải nộp đơn lại.

3. Khoản giảm giá đã được phê duyệt sẽ vẫn được giữ nguyên hiệu lực trong khoảng thời gian chín mươi (90) ngày kể từ ngày được phê duyệt, và cũng sẽ được áp dụng cho Tổng Chi Phí Gốc cho tất cả các tài khoản đang mở và đủ điều kiện khác (không quá 240 ngày) liên quan đến Đợt Chăm Sóc này hoặc cho các dịch vụ chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác. Tính đủ điều kiện được hưởng chính sách FAP sẽ được đánh giá lại sau mỗi chín mươi (90) ngày. Quy trình nộp đơn lại tương tự như quy trình ban đầu; tuy nhiên cần nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính mới cùng với thông tin tài chính đã cập nhật cho Văn Phòng Kinh Doanh tại cơ sở nơi bệnh nhân sử dụng dịch vụ.

4. Mức giảm giá đã được phê duyệt sẽ áp dụng theo các điều khoản tương tự đối với các tài khoản đang mở hoặc dịch vụ chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác tại các cơ sở trực thuộc Baptist tham gia chính sách FAP của Bệnh Viện. Bệnh nhân không cần phải nộp đơn tại mỗi cơ sở. Trong các trường hợp này:

-Bệnh nhân có thể cần nộp một bản sao thư phê duyệt của các cơ sở đó để làm bằng chứng xác nhận đã được phê duyệt trước đó.

-Tỷ lệ chiết khấu áp dụng sẽ được xác định bởi cơ sở nơi bệnh nhân đã sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế.

5. Các khoản chi phí không đủ điều kiện được hưởng Hỗ Trợ Tài Chính theo chính sách FAP này có thể đủ điều kiện để được giảm giá theo chính sách Pro-FAP của Baptist. Để biết thêm thông tin và hướng dẫn nộp đơn xin hỗ trợ tài chính theo chính sách Pro-FAP, vui lòng truy cập trang web Baptist, www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance. Đối với bất kỳ tài khoản nào đủ điều kiện hưởng chính sách FAP, phần chi phí mà bệnh nhân phải chịu trách nhiệm thanh toán sẽ được khấu trừ đi các khoản bệnh nhân đã thanh toán trước đó. Bệnh nhân sẽ được hoàn trả mọi khoản thanh toán ròng vượt quá \$5.

6. Baptist có quyền sử dụng các hệ thống tính điểm bên ngoài để dự đoán khả năng được nhận hỗ trợ tài chính.

- i. Baptist sẽ được xem là đã thực hiện đầy đủ nỗ lực hợp lý trong việc xác định tính đủ điều kiện được hưởng chính sách FAP cho dịch vụ chăm sóc nếu xác định rằng cá nhân đó đủ điều kiện hưởng FAP dựa trên thông tin không do chính cá nhân cung cấp hoặc dựa trên kết quả xác định đủ điều kiện hưởng FAP trước đó. Và trong trường hợp cá nhân được xác định sơ bộ là đủ điều kiện nhận mức hỗ trợ thấp hơn mức hỗ trợ cao nhất theo FAP, cơ sở sẽ thực hiện các bước sau:
 - a. Điều chỉnh số dư của bệnh nhân về số không dựa trên kết quả đánh giá về việc bệnh nhân đủ điều kiện hưởng chính sách FAP theo hình thức giả định.
 - b. Cung cấp cho bệnh nhân một khoảng thời gian hợp lý để nộp đơn đăng ký mức hỗ trợ cao hơn trước khi các biện pháp ECA được tiến hành, để được giảm giá cho khoản chi phí phải trả còn lại khi sử dụng dịch vụ chăm sóc.
 - c. Nếu bệnh nhân nộp đơn đăng ký hưởng chính sách FAP đầy đủ trong thời gian nộp đơn và yêu cầu được xem xét mức hỗ trợ cao hơn, cơ sở y tế sẽ xác định xem cá nhân đó có đủ điều kiện để được hưởng mức giảm cao hơn hay không, đồng thời đánh giá việc đáp ứng các điều kiện khác theo quy định trong chính sách này.

B. Quy Trình Xử Lý Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính.

1. Quá trình xem xét tính đủ điều kiện được hưởng chính sách FAP sẽ được hoàn thành trong vòng ba mươi ngày.
2. Các biện pháp ECA sẽ được tạm dừng kể từ sau khi đơn đăng ký được tiếp nhận và trong suốt quá trình xem xét. Sau khi xác định rằng bệnh nhân đã đủ điều kiện, Baptist sẽ tiếp tục tiến hành các biện pháp ECA, hoặc thực hiện mọi biện pháp hợp lý có thể để hủy bỏ quá trình thực hiện các biện pháp ECA, nếu phù hợp. Sau khi xác định được tính đủ điều kiện, bệnh nhân sẽ nhận được thư thông báo về quyết định này.
3. Đối với các bệnh nhân đủ điều kiện được giảm giá theo mức độ khó khăn tài chính, thư thông báo sẽ cho biết tỷ lệ phần trăm giảm giá được chấp nhận và số tiền còn lại bệnh nhân phải trả sau khi đã áp dụng giảm giá. Thư này cũng sẽ bao gồm thông tin liên hệ hỗ trợ giải đáp các thắc mắc của bệnh nhân về mức giảm giá, quy trình phê duyệt hoặc sắp xếp thanh toán.
4. Nếu đơn đăng ký không đầy đủ hoặc thiếu các giấy tờ cần thiết, bệnh nhân sẽ nhận được thư thông báo về việc thiếu giấy tờ và yêu cầu bổ sung các thông tin còn thiếu. Bệnh nhân cần cung cấp tất cả các thông tin hỗ trợ còn thiếu trước khi thời gian nộp đơn kết thúc. Thư này sẽ bao gồm thông tin liên hệ hỗ trợ giải đáp các thắc mắc của bệnh nhân liên quan đến mức giảm giá, quy trình phê duyệt hoặc sắp xếp thanh toán. Nếu bệnh nhân không thể hoặc không sẵn sàng cung cấp các giấy tờ chứng minh tài chính cần thiết, bệnh nhân sẽ không được coi là đủ điều kiện được giảm giá theo mức độ khó khăn tài chính.
5. Đối với những bệnh nhân được kết luận là không đủ điều kiện để được hưởng giảm giá theo mức độ khó khăn tài chính ngoài mức Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm, thư thông báo của họ sẽ cung cấp thông tin liên hệ hỗ trợ giải đáp thắc mắc của bệnh nhân về mức giảm giá, quy trình phê duyệt hoặc sắp xếp thanh toán. Bệnh nhân có đủ điều kiện nộp lại đơn đăng ký giảm giá theo mức độ khó khăn tài chính sau chín mươi ngày, hoặc khi có thay đổi đáng kể về gia đình hoặc tình hình thu nhập.
6. Baptist có quyền hủy bỏ hỗ trợ tài chính và thực hiện các biện pháp thu hồi hỗ trợ thích hợp trong trường hợp phát hiện thông tin mới liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc các khoản thanh toán cho người nộp đơn theo yêu cầu bồi thường thương tích cá nhân có liên quan đến các dịch vụ đang được đề cập, và/hoặc xác minh được rằng thông tin đã cung cấp là thông tin giả hoặc không chính xác.

V. Quan Hệ Đối Tác Hỗ Trợ Tài Chính với các Phòng Khám Sức Khỏe Cộng Đồng

- A. Church Health (CH) là một tổ chức chăm sóc sức khỏe hoạt động tại Quận Shelby. Baptist đã thiết lập quan hệ đối tác và tài trợ với CH, nhằm kết hợp sứ mệnh của hai bên trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho các nhóm chưa được phục vụ đầy đủ trong cộng đồng. Trong phạm vi phù hợp, BMHCC đã ủy quyền quy trình hỗ trợ tài chính cho CH, sử dụng các mức FPL do CH tính toán để quyết định hỗ trợ tài chính. Quy trình này giúp đẩy nhanh quá trình phê duyệt và loại bỏ các sự trùng lặp trong quá trình phê duyệt, đồng thời nâng cao sự thuận tiện cho bệnh nhân bằng cách cho phép họ tiếp cận các dịch vụ y tế dễ dàng hơn.
- B. Phòng khám Oxford Medical Ministries Clinic (OMMC) là một phòng khám được tài trợ bằng nguồn vốn tư nhân, dành cho những bệnh nhân từ 18-65 tuổi, không có bảo hiểm, làm việc ít nhất 27-30 giờ một tuần và cư trú tại các quận Lafayette hoặc Yalobusha thuộc Mississippi. Baptist đã thiết lập quan hệ đối tác với OMMC nhằm kết hợp sứ mệnh của hai bên trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho cộng đồng này. Trong phạm vi phù hợp, quy trình hỗ trợ tài chính đã được ủy quyền cho OMMC do tổ chức này sử dụng phương pháp tương tự để xác định các bệnh nhân đủ điều kiện tham gia chương trình của họ. Quy trình này giúp đẩy nhanh quá trình phê duyệt và loại bỏ các sự trùng lặp trong quá trình phê duyệt, đồng thời nâng cao sự thuận tiện cho bệnh nhân bằng cách cho phép họ tiếp cận các dịch vụ y tế dễ dàng hơn.
- C. Mission First (MF) là một tổ chức chăm sóc sức khỏe có trụ sở tại Jackson, Mississippi, cung cấp các dịch vụ y tế và nha khoa cũng như nhiều chương trình chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe toàn diện cộng đồng dành cho những cư dân không có bảo hiểm tại các quận Heinz, Rankin và Madison thuộc Mississippi. Baptist Jackson đã hợp tác và hỗ trợ Mission First với tư cách một nhà hảo tâm, kết hợp các sứ mệnh của hai bên trong việc cung cấp các chương trình chăm sóc sức khỏe, giáo dục và nâng cao sức khỏe toàn diện cho nhóm chưa được phục vụ đầy đủ trong cộng đồng.

VI. Thanh Toán và Thu Phí

A. Quy Trình Thanh Toán Đối Với Bệnh Nhân:

- I. Thu Phí Từ Bảo Hiểm:** BMHCC sẽ duy trì và tuân thủ các chính sách và quy trình để đảm bảo việc nộp hồ sơ yêu cầu thanh toán bảo hiểm được thực hiện một cách kịp thời và chính xác cho tất cả các chương trình bảo hiểm y tế chính hoặc Đơn Vị Chi Trả ("Payer") tiền bảo hiểm mà bệnh nhân đã xác định rõ. Trong trường hợp BMHCC nhận được thông tin đầy đủ và chính xác về đơn vị chi trả bảo hiểm từ bệnh nhân một cách kịp thời nhưng không nộp hồ sơ yêu cầu thanh toán kịp thời cho Đơn Vị Chi Trả và sau đó nhận được thông báo từ chối thanh toán, bệnh nhân sẽ chỉ phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chi phí mà họ sẽ phải trả nếu Đơn Vị Chi Trả đã thanh toán yêu cầu bồi thường. Tuy nhiên, nếu BMHCC xác định rằng hồ sơ yêu cầu bồi

thường đã được nộp kịp thời và / hoặc bệnh nhân cung cấp thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ, bệnh nhân sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán. Bảo Hiểm Trách Nhiệm không thuộc phạm vi điều chỉnh của các quy định này. BMHCC sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thu phí thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp từ tất cả các Đơn Vị Chi Trả đã biết có hợp đồng với BMHCC cũng như các Đơn Vị Chi Trả không có hợp đồng, nhằm hỗ trợ bệnh nhân giải quyết hóa đơn của họ. Bệnh nhân phải ký văn bản ủy quyền cho phép BMHCC gửi yêu cầu thanh toán cho chương trình bảo hiểm y tế, công ty bảo hiểm hoặc bất kỳ đơn vị chi trả thứ ba nào khác của bệnh nhân, và phải hợp tác với BMHCC một cách hợp lý bằng cách cung cấp đầy đủ thông tin theo yêu cầu để tạo điều kiện cho chương trình bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm của bệnh nhân thực hiện thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho các dịch vụ đã cung cấp.

II. Sao Kê Thanh Toán: BMHCC và/hoặc nhà cung cấp bên ngoài sẽ gửi sao kê thanh toán qua thư cho bệnh nhân và/hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân về số dư đối với các dịch vụ đã cung cấp. Mỗi bản sao kê thanh toán sẽ bao gồm một tuyên bố ngắn gọn và bằng ngôn ngữ dễ hiểu, mô tả các dịch vụ đã cung cấp, ngày thực hiện dịch vụ, chi phí cho các dịch vụ đó, số dư đến hạn thanh toán trên tài khoản, cũng như số điện thoại và thông tin liên hệ để kết nối bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân với Văn Phòng Kinh Doanh BMHCC. Để giúp bệnh nhân nắm rõ chính sách FAP của các Bệnh Viện trực thuộc BMHCC, các bản sao kê thanh toán cũng sẽ cung cấp cho bệnh nhân cách truy cập các thông tin liên quan đến chính sách FAP.

III. Các Phương Thức Liên Hệ với Bệnh Nhân Khác: Song song với quy trình sao kê thanh toán đã nêu ở trên, BMHCC có thể sử dụng phương thức gọi điện thoại để liên hệ với bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân. Phương thức gọi điện thoại cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân có thể bao gồm việc một nhà cung cấp bên ngoài thay mặt cho BMHCC thực hiện các cuộc gọi, hoặc việc sử dụng công nghệ quay số tự động. Mục đích của việc liên hệ với bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân qua điện thoại là nhằm hỗ trợ quy trình sao kê thanh toán, đảm bảo tất cả bệnh nhân đều được thông báo về dư nợ của họ cũng như các lựa chọn thanh toán có sẵn. Tất cả các cuộc gọi sẽ được thực hiện một cách chuyên nghiệp, phù hợp với mục tiêu của quy trình thu phí của bệnh viện. Tất cả các cuộc gọi sẽ được ghi âm nhằm mục đích đảm bảo chất lượng và đào tạo nội bộ bệnh viện. Ngoài ra, BMHCC còn sử dụng các phương pháp khác để liên hệ và thông báo với bệnh nhân về số dư của họ, bao gồm liên hệ qua tin nhắn văn bản và thông báo MyChart.

B. Quy trình Thu Hồi Phí Từ Bệnh Nhân (Nợ Xấu):

Việc chuyển tài khoản đến các bộ phận thu hồi phí (còn được gọi là Nợ Xấu) sẽ chỉ được tiến hành sau khi BMHCC đã thực hiện đầy đủ các bước thông báo cho bệnh nhân về dư nợ của họ, như đã mô tả trong Chính Sách này, hoặc khi bệnh nhân và/hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân từ chối hợp tác hoặc không phản hồi trong việc lập kế hoạch thanh toán, sửa đổi kế hoạch thanh toán, hoặc tuân thủ kế hoạch đã được thiết lập. Nếu bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân không thanh toán đủ số dư hoặc không thiết lập kế hoạch thanh toán trước ngày thứ 120 kể từ ngày nhận được bản sao kê thanh toán sau xuất viện đầu tiên được gửi qua đường bưu điện, hoặc ít nhất 30 ngày kể từ ngày bệnh nhân nhận được thông báo bằng văn bản về các biện pháp ECA đang được chuẩn bị tiến hành, thì tài khoản đó sẽ được đề xuất chuyển sang đơn vị thu hồi phí bên ngoài. Sau khi tài khoản đã được chuyển đến đơn vị thu hồi phí, đơn vị này sẽ tiến hành quy trình thu hồi phí trong khoảng thời gian ít nhất 365 ngày kể từ ngày bệnh nhân nhận được bản sao kê thanh toán sau xuất viện đầu tiên của bệnh viện được gửi qua đường bưu điện trước khi báo cáo bất kỳ dư nợ nào cho văn phòng tín dụng.

Việc Sử Dụng các Nhà Cung Cấp:

Bất kỳ nhà cung cấp nào cung cấp dịch vụ cho BMHCC để thực hiện các hướng dẫn này đều phải tuân thủ các tiêu chuẩn của hướng dẫn theo hợp đồng đã ký kết, bao gồm nhưng không giới hạn ở các yêu cầu về ứng xử trong quá trình giao tiếp với bệnh nhân.

A. Hiểu Biết về các Hướng Dẫn và Chính Sách: của BMHCC: Các nhà cung cấp phải am hiểu chính sách FAP của BMHCC cũng như tất cả các yếu tố trong chính sách này. Các nhà cung cấp thay mặt BMHCC sẽ được yêu cầu hướng dẫn bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân đến BMHCC để được hỗ trợ tài chính nếu phù hợp, và sẽ được yêu cầu giải thích bằng ngôn ngữ đơn giản và tôn trọng (các) bước tiếp theo trong quy trình thanh toán và thu hồi phí, cũng như cách khôi phục tài khoản về trạng thái hiện tại.

B. Tuân Thủ Luật Pháp và Hướng Dẫn Của ACA International: Các nhà cung cấp phải luôn tuân thủ luật pháp và quy định hiện hành, bao gồm nhưng không giới hạn ở các Đạo Luật Thu Hồi Nợ Công Bằng, Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế, Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền, Đạo Luật Báo Cáo Tín Dụng Công Bằng, và cung cấp các dịch vụ tuân thủ mọi luật và quy định bảo vệ người tiêu dùng hiện hành. Tất cả các nhà cung cấp cung cấp dịch vụ theo chính sách này sẽ được yêu cầu áp dụng và tuân thủ "Thực Hành Thu Hồi Phí, Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Mua Bán Nợ - Nguyên Tắc và Hướng Dẫn" của ACA International. Các nhà cung cấp không được phép chuyển nhượng lại bất kỳ khoản phải thu nào của BMHCC trong mọi trường hợp. Tuy nhiên, BMHCC có quyền chuyển nhượng các khoản phải thu nếu thấy phù hợp.