

**HUNTINGTON HOSPITAL
CHÍNH SÁCH & THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

TIÊU ĐỀ: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH)	SỐ CHÍNH SÁCH: 329	TRANG 1 / 19
PHÊ DUYỆT ĐÃ ĐƯỢC ỦY QUYỀN: Caroline Balfour	NGÀY CÓ HIỆU LỰC: 11/07/2022	THAY/THAY THẾ Chăm sóc Từ thiện

MỤC ĐÍCH

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., tên thương mại Huntington Hospital và Huntington Medical Foundation tên thương mại Huntington Health Physicians (“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:
- i. Đối xử công bằng với tất cả mọi người, với thái độ đàng hoàng, sự tôn trọng và lòng nhân ái;
 - ii. 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
 - iii. Hỗ trợ những bệnh nhân không thể 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 của 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 những yêu cầu của 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. Tiêu chí sàng lọc tài chính, được cung cấp trong Chính sách này chủ yếu dựa trên các hướng dẫn về chuẩn nghèo liên bang, do Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ thiết lập.
- c. Chính sách này áp dụng cho tất cả các trường hợp khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác do Tổ chức cung cấp.
- d. Chính sách này nhằm tuân thủ luật pháp của Tiểu bang và Liên bang.

CHÍNH SÁCH:

- a. **Định nghĩa.** Xem phần “Định nghĩa” ở cuối Chính sách này để biết giải thích các thuật ngữ được sử dụng. Các thuật ngữ được định nghĩa được viết hoa trong phần Định nghĩa hoặc được định nghĩa trong phần nội dung của Chính sách này.
- b. **Cơ sở y tế, Bác sĩ và Nhà cung cấp khác được Chi trả theo Chính sách này.** 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.

- 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 khác thuộc Nhân viên Y tế của Tổ chức có thể hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân của họ. Tổ chức sẽ cung cấp, theo yêu cầu, một danh sách thông tin về các bác sĩ này cho biết liệu các Bác sĩ cụ thể (hoặc nhóm y tế của họ) sẽ: (i) cung cấp hỗ trợ chi phí tương đương từ phí chuyên môn của Bác sĩ cho bệnh nhân không có bảo hiểm có thu nhập thấp như Tổ chức cung cấp, dựa trên các tiêu chí được nêu trong Chính sách; (ii) chấp nhận quyết định của Tổ chức về đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân; và (iii) tuân thủ nghiêm theo tất cả các luật, quy định, pháp lệnh và mệnh lệnh hiện hành của Liên bang, Tiểu bang và địa phương đối với việc thu gom tài khoản nợ tiêu dùng. 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. **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 (FPL) của năm hiện tại. Những bệnh nhân có thu nhập từ 401 - 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 đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí. Đính kèm B là Đơn đăng ký và Đính kèm C chỉ ra các phạm vi hỗ trợ tài chính từ 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 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 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 thanh toán.** Tổ chức đã đưa ra một giả định dựa trên kinh nghiệm trước đó 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 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:

1. Bệnh nhân tự thanh toán sẽ tự động được lập hóa đơn với số tiền hỗ trợ chi phí cho Tổ chức (Xem Đính kèm D).
2. Bệnh nhân tự thanh toán 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 Đủ điều kiện).** 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. **Chương trình Hỗ trợ Tài chính.** Chương trình này 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. **Khởi tạo Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính.** 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.

Quá 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 Cấp cứu (ED).
3. 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**

1. **Xác minh.** Các hướng dẫn về tính đủ điều kiện được tính toán bằng cách sử dụng FPL hiện tại làm thước đo đủ điều kiện.
2. **Quyết định của các Chi nhánh và Đối tác Cộng đồng được chấp thuận.** 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.

3. **Tài sản.** Việc xem xét tài sản để xác định đủ điều kiện được giới hạn trong định nghĩa trong Chính sách này.
 4. **Thu nhập** cho các giai đoạn một phần sẽ được đưa vào trang tính sử dụng dữ liệu hàng năm.
 5. **Các khoản giảm 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.
 6. **Chi phí xuất túi 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 AGB.
 7. **Đánh giá lại.** Tổ chức có thể đánh giá lại tính đủ điều kiện nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:
 - a. Thu nhập của bệnh nhân thay đổi.
 - b. Thay đổi quy mô gia đình bệnh nhân.
 - c. 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 Bắt buộc.** 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:
1. Đơn đăng ký Đã hoàn thành.
 2. Các tài liệu thu nhập có thể bao gồm:
 - a. Cuống phiếu tính lương kỳ hiện tại,
 - b. Tờ khai thuế của năm trước, hoặc
 - c. Giải thích bằng văn bản.
 3. 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 (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 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 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 đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, Tổ chức sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về tính 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, trong thời gian phê duyệt, 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 được mô tả trong Chính sách này.
 - c. Việc phê duyệt tính đủ điều kiện chỉ có thể được thực hiện bởi các cá nhân được Tổ chức ủy quyền cụ thể trong các bộ phận sau: Tự thanh toán, Dịch vụ khách hàng, Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính.

v. **Bệnh nhân có Thông tin Hạn chế Để đăng ký.** Việc Tổ chức không có dữ liệu tài chính của bệnh nhân không loại trừ tính 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 đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính bằng cách đưa ra các giả định hợp lý về thu nhập của bệnh nhân.

vi. **Đơn đăng ký Chưa đầy đủ.** 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.

- vii. **Đơn đăng ký Chưa hoàn chỉnh Đã được Hoàn thành.** Nếu bệnh nhân đã nộp Đơn đăng ký chưa hoàn chỉnh trong Thời gian đăng ký sau đó hoàn thành Đơn đăng ký, trong một khung thời gian hợp lý được đưa ra để phản hồi các yêu cầu về thông tin và/hoặc tài liệu bổ sung, thì bệnh nhân sẽ được coi là đã nộp Đơn đăng ký hoàn chỉnh, và Tổ chức sẽ có những nỗ lực hợp lý để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện hay không chỉ khi thực hiện các bước khác theo yêu cầu của Chính sách này đối với các Đơn đăng ký đã hoàn thành.
- viii. **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.
- ix. **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.
- x. **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.
- xi. **Sự miễn trừ của Bệnh nhân Không làm giảm Nghĩa vụ của Tổ chức Nỗ lực Hợp lý.** 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 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.
- xii. **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.

- xiii. **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 lên Tổ chức để được xem xét lại. Đơn kháng cáo phải giải thích lý do tranh chấp và bao gồm tài liệu hỗ trợ. Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính của Tổ chức sẽ nhanh chóng xem xét kháng nghị và cung cấp cho bệnh nhân một quyết định bằng văn bản. Trong trường hợp bệnh nhân tin rằng vẫn còn tranh chấp sau lần khiếu nại đầu tiên, bệnh nhân có thể yêu cầu bằng văn bản, Giám đốc Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân của Tổ chức sẽ xem xét và đưa ra quyết định cuối cùng bằng văn bản.
- xiv. **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 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.
- xv. **Khoảng thời gian Hoàn thành Đơn đăng ký (“Thời hạn Nộp đơn”).** 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. Thời 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 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 đủ điều kiện để được xóa nợ theo chính sách hỗ trợ tài chính.

g. Thông báo, Thông báo 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 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 bằng Ngôn ngữ Đơn giản về Chính sách Hỗ trợ Tài chính 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 Giấy.** 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. **Đã đăng Biển báo.** 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. **Bản 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 Ba Tư, tiếng Việt, tiếng Ả Rập, tiếng Séc, tiếng Nga, tiếng Armenia, tiếng Hàn và tiếng Tây Ban Nha.
- 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 họ đã thanh toán vượt quá số tiền đến hạn thanh toán theo Chính sách này, bao gồm bất kỳ khoản lãi nào được trả, với tỷ lệ mười phần trăm (10%) mỗi năm. Nếu số tiền phải trả cho bệnh nhân ít hơn \$5,00 (hoặc số tiền khác do Sở Thuế vụ ấn định), Tổ chức không bắt buộc phải hoàn trả cho bệnh nhân hoặc trả lãi suất. 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 đệ trình Chính sách này cho Bộ phận Tiếp cận & Thông tin về Chăm sóc Sức khỏe (“HCAI”) hàng năm vào hoặc trước ngày 1 tháng 1 hoặc trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi có bất kỳ cập nhật nào đối với Chính sách này. Nếu không có thay đổi nào kể từ khi Chính sách được đệ trình trước đó, Tổ chức sẽ thông báo cho HCAI trong vòng ba mươi (30) ngày trước ngày 1 tháng 1 của ngày báo cáo hai năm một lần tiếp theo của Tổ chức.

m. Các chính sách và Kế hoạch Liên quan

- i. Chính sách Thu hồi Nợ.
- ii. Hướng dẫn Thanh toán cho Bệnh nhân của Hiệp hội Bệnh viện Hoa Kỳ.

n. **Thông tin Liên hệ.** Các câu hỏi liên quan đến Chính sách này nên được gửi đến Giám đốc Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân.

PHÊ DUYỆT CỦA BAN GIÁM ĐỐC VÀ TIẾP TỤC ĐÁNH GIÁ:

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.

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 cập nhật hàng năm đối với tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được nêu trong Đính kèm D của Chính sách này và sẽ được đưa vào hồ sơ công khai trên trang web Truy cập và Thông tin của Bộ Y tế của 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 đô la) 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 đô la).
- d. **Đủ điều kiện** có nghĩa là bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu về hỗ trợ tài chính theo Chính sách này.
- 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, 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”)** đề cập đến các hoạt động thu phí mà Tổ chức sẽ không thực hiện trước khi thực hiện các 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, người chung sống 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. **Chuẩn 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, <http://www.dhhs.gov/poverty>.
- i. **Bệnh nhân Đủ điều kiện Tài chính** là bệnh nhân đã yêu cầu Tổ chức hỗ trợ tài chính và đã hoàn thành và gửi Đơn đăng ký. Việc xem xét Đơn đăng ký cho thấy rằng bệnh nhân 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** là các thỏa thuận theo Chính sách này để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp miễn buộc tội hoặc giảm buộc tội 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** liên quan đến 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. Các chi phí này được xem xét nếu chúng là: (i) bệnh nhân phải trả tại bệnh viện của Tổ chức vượt quá mức thu nhập gia đình hoặc thu nhập gia đình hiện tại của bệnh nhân trong mười hai (12) tháng trước đó, hoặc (ii) chi phí y tế tự trả vượt quá mười phần trăm (10%) thu nhập của gia đình bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp chứng từ về chi phí y tế của bệnh nhân mà bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân đã thanh toán trong mười hai (12) tháng trước đó.
- l. **Khó khăn về mặt Y tế** đề cập đến 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. **Bệnh nhân** có nghĩa là bệnh nhân hiện tại hoặc tương lai.
- n. **Kế hoạch Thanh toán** 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 trách nhiệm 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.
- o. **Luật của Tiểu bang và Liên bang** bao gồm nhưng không giới hạn:
 - 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.

- A. Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản
- B. Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính
- C. Mô tả về việc Giảm giá Hỗ trợ Tài chính
- D. Mô tả các Khoản tiền Thường được Lập hóa đơn



TÓM TẮT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH VÀ BẢO VỆ TRƯỚC HÓA ĐƠN BẮT 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho cộng đồng và đối xử với tất cả bệnh nhân của chúng tôi với sự công bằng, lòng trắc ẩn và sự tôn trọng. Điều này bao gồm việc cung cấp các dịch vụ 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.

Đủ điều kiện - Hỗ trợ Toàn bộ và Số tiền Hỗ trợ

Hỗ trợ tài chính sẽ được cung cấp cho những bệnh nhân đang nhận các thủ tục cần thiết về mặt y tế và có thu nhập và tài sản tiền tệ (gọi chung là “thu nhập”) bằng hoặc dưới 400% chuẩn nghèo liên bang (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. Bệnh nhân tìm kiếm hỗ trợ tài chính cho các thỏa thuận dịch vụ lựa chọn sẽ yêu cầu sự chấp thuận trước của phó chủ tịch Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân hoặc người được chỉ định của họ. 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 lựa 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. Nếu bệnh nhân không đủ điều kiện nhận các dịch vụ hoàn toàn miễn phí nhưng đủ điều kiện được hỗ trợ chi phí theo Hợp đồng bảo hiểm, 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.

Đăng ký hỗ trợ tài chính

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 bất kỳ tài liệu bắt buộc nào. Tổ chức sẽ thực hiện quá trình xem xét đối với đơn đăng ký và tài liệu.

Thông tin liên hệ để nhận Đơn đăng ký, Chính sách hoặc thông tin bổ sung

Bản sao miễn phí của Bản tóm tắt này, Chính sách hoặc Đơn đăng ký có sẵn bằng tiếng Anh, Trung Quốc, Farsi, Việt Nam, Ả Rập, Séc, Nga, Hàn Quốc và 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 Tài chính Bệnh nhân theo số 323-866-8600.
- Truy cập trang web của Tổ chức tại huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance.

Thu 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. Các dịch vụ đủ điều kiện bao gồm các dịch vụ ngoại trú, cấp cứu và nội trú.

Thông báo quản lý cho các bộ sưu tập

Chúng tôi giới thiệu một số tài khoản quá hạn cho các đại lý thu nợ của bên thứ ba. Các cơ quan 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 qua điện thoại theo số 877-FTC-HELP (877-382-4357). Trong trường hợp tài khoản của quý vị được chuyển đến một cơ quan thu phí và quý vị gặp sự cố, hãy liên hệ với Dịch vụ Tài chính 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 yêu cầu một bản sao hoặc xem “Thông báo cho Bệnh nhân – Quyền lợi và Sự bảo vệ của Quý vị trước Hóa đơn Y tế Bất ngờ” trên trang web của chúng tôi huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Các tài nguyên và thông tin bổ sung về thanh toán, giá cước và tính minh bạch của giá cả:

- Bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận các chương trình hỗ trợ của chính phủ, chẳng hạn như Medi-Cal, hoặc cũng có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm được trợ cấp thông qua California Health Benefit Exchange (Covered California). Đối với các câu hỏi về các chương trình, chương trình bảo hiểm này và các tổ chức khác có thể hỗ trợ, hãy liên hệ với Trung tâm Y tế theo số 626-397-2259.
- Đối với các câu hỏi liên quan đến chi phí tự trả của bảo hiểm y tế thương mại, hãy gọi 800-233-2771.
- Để biết thông tin về giá cả và công cụ của Tổ chức cho các dịch vụ có thể mua được, hãy truy cập Huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care.
- Liên minh Người tiêu dùng Y tế (HCA) cung cấp hỗ trợ miễn phí cho những bệnh nhân cần giúp đỡ để nhận hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề với các chương trình sức khỏe. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập healthconsumer.org.

Đính kèm B – Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính



N NG KÝ H TR TÀI CHÍNH

Để được xem xét tham gia chương trình hỗ trợ toàn phần hoặc một phần của chúng tôi, vui lòng hoàn thành đơn đăng ký này để giúp Pasadena Hospital Association, Ltd., tên thương mại Huntington Hospital và Huntington Medical Foundation tên thương mại Huntington Health Physicians (“Tổ chức”) xác định xem quý vị có đủ điều kiện để nhận dịch vụ chăm sóc với giá ưu đãi hay không. Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện, ngay cả khi quý vị đăng ký. Một phản hồi bằng văn bản sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân ủng hộ sự chấp thuận/từ chối sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị. Chính sách Hỗ trợ Tài chính bao gồm các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại Tổ chức. 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, Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC, Dịch vụ thẩm mỹ tự chọn thuộc Tổ chức và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác ngoài các khu vực được đề cập ở trên. Quý vị có thể gửi đơn đăng ký đã hoàn chỉnh qua thư, email hoặc fax. VIỆC KHÔNG THỂ CUNG CẤP TẤT CẢ THÔNG TIN YÊU CẦU SẼ BỊ TỪ CHỐI.

A. XIN LƯU Ý: NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐƯỢC BẢO ĐẢM VÀ ĐÁP ỨNG TIÊU CHÍ ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA MEDI-CAL CU THỂ, QUÝ VỊ KHÔNG CẦN HOÀN THÀNH ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY.

Vui lòng kiểm tra xem quý vị có đăng ký tham gia một trong các chương trình sau đây không:

- Chương trình Dinh dưỡng cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC)
- Mất khả năng về tâm thần mà không có ai hành động thay mặt cho bệnh nhân
- Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)
- Đủ điều kiện Medi-Cal, nhưng không phải là ngày dịch vụ
- Vô gia cư
- Đã chết mà không có di sản

THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Họ tên Bệnh nhân		Số an sinh Xã hội	Ngày sinh
Địa chỉ Nhà riêng		Thành phố	Tiểu bang Mã bưu điện
Số nhà	Số di động:	Địa chỉ email	
Phương thức Liên lạc Ưu dùng <input type="checkbox"/> Bưu điện Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Điện thoại Nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại Di động		Thu nhập Hộ gia đình Hàng năm: \$	
Tình trạng Hôn nhân: <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Góa		Số lượng Cá nhân trong Hộ gia đình của quý vị (theo báo cáo về thuế của quý vị):	
Tình trạng Việc làm <input type="checkbox"/> Có việc làm <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Người tàn tật <input type="checkbox"/> Thất nghiệp - Ngày làm việc cuối cùng:			
Tên của Chủ lao động		Số điện thoại	
Địa chỉ của Chủ lao động:		Thành phố	Tiểu bang Mã bưu điện

ĐÍNH KÈM B (TIẾP THEO)**THÔNG TIN VỀ VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CHUNG SỐNG/CHA
MẸ/NGƯỜI BẢO LÃNH**

Mối quan hệ

 Vợ/chồng Người chung sống Cha mẹ Người bảo lãnh Khác:

Tên

Số An sinh Xã hội

Ngày sinh

Tình trạng Việc làm

 Có việc làm Tự kinh doanh Đã nghỉ hưu Người tàn tật Thất nghiệp - Ngày làm việc cuối cùng:

Tên của Chủ lao động

Số điện thoại

Địa chỉ của Chủ lao động:

Thành phố

Tiểu bang

Mã bưu điện

Tên Bảo hiểm Y tế (do chủ lao động cung cấp bao gồm COBRA)

 Bảo hiểm Y tế không được cung cấp**BẢO HIỂM**

1. Quý vị đủ điều kiện tham gia bất kỳ bảo hiểm y tế nào không?

 Bảo hiểm Y tế Có Không Medicare Có Không Medi-Cal Có Không Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh Có Không Chính sách Đối ngoại Có Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau.

Chủ Hợp đồng

Công ty Bảo hiểm

Số hợp đồng Bảo hiểm

Chủ Hợp đồng

Công ty Bảo hiểm

Số hợp đồng Bảo hiểm

ĐÍNH KÈM B (TIẾP THEO)**CÁC CÂU HỎI SÀNG LỌC**

1. Phương pháp điều trị được cung cấp có liên quan đến bất kỳ điều nào sau đây không?

Tai nạn Tội phạm Chấn thương tại nơi làm việc Khác:

2. Quý vị đã thuê luật sư chưa hay quý vị theo đuổi yêu cầu bồi thường cho thương tật hoặc bệnh tật của mình?

a. Nếu có, vui lòng cung cấp:

Tên luật sư

Số điện thoại của Luật sư

3. Quý vị đã đăng ký Medi-Cal chưa? (Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị làm như vậy)

Có - Đang chờ Phê duyệt Có - Không đủ Điều kiện Không

a. Nếu không, vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp bên dưới:

Quý vị từ 19 tuổi trở xuống

Quý vị từ 65 tuổi trở lên

Quý vị bị mù

Quý vị đang dùng thuốc để kiểm soát bệnh tiểu đường, huyết áp cao hoặc động kinh

Quý vị bị tàn tật theo quyết định của Cơ quan An sinh Xã hội

Quý vị đang mang thai

Quý vị có con dưới 19 tuổi sống với quý vị

THÔNG TIN CHI PHÍ VÀ TÀI SẢN

Thu nhập Hàng tháng Hiện tại	Bệnh nhân	Vợ/chồng	Tổng cộng
Tổng Mức lương	\$	\$	\$
Thu nhập Ròng từ hoạt động Tự kinh doanh	\$	\$	\$
Lãi suất và Cổ tức	\$	\$	\$
Bất động sản hoặc Tài sản Cho thuê	\$	\$	\$
An sinh Xã hội/Hưu trí/Khuyết tật	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng, Thanh toán Hỗ trợ	\$	\$	\$
Khác	\$	\$	\$
Tổng thu nhập Hàng tháng	\$	\$	\$

Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu	Bệnh nhân	Vợ/chồng	Tổng cộng
Tiền thuê nhà hoặc Khoản vay thế chấp	\$	\$	\$
Thuế Bất động sản	\$	\$	\$
Hóa đơn Tiện ích và Điện thoại	\$	\$	\$

ĐÍNH KÈM B (TIẾP THEO)**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu	Bệnh nhân	Vợ/chồng	Tổng cộng
Tiền cấp dưỡng, Hỗ trợ Thanh toán	\$	\$	\$
Khoản vay/Thanh toán Tiền thuê Ô tô	\$	\$	\$
Học vấn	\$	\$	\$
Trường học/Nhà trẻ (Trẻ vị thành niên Phụ thuộc)	\$	\$	\$
Thực phẩm	\$	\$	\$
Bảo hiểm	\$	\$	\$
Chi phí Khác	\$	\$	\$
Tổng chi phí Hàng tháng	\$	\$	\$
Nợ y tế Hiện tại	Bệnh nhân	Vợ/chồng	Tổng cộng
Nợ Y tế Tồn đọng (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Nợ Y tế Khác	\$	\$	\$
Tài sản (Loại trừ Tài khoản Hưu trí)	Bệnh nhân	Vợ/chồng	Tổng cộng
Séc/Tiết kiệm/Tài khoản Liên minh Tín dụng	\$	\$	\$
Cổ phiếu và Trái phiếu	\$	\$	\$
Thị trường Tiền tệ/Tài khoản Môi giới	\$	\$	\$
Giấy chứng nhận Tiền gửi	\$	\$	\$
Tổng Tài sản	\$	\$	\$

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý nộp đơn xin bất kỳ hỗ trợ địa phương, tiểu bang và liên bang nào mà tôi có thể đủ điều kiện, để giúp giảm bớt chi phí của bất kỳ hóa đơn bệnh viện và hóa đơn cho bác sĩ nào. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp có thể được Tổ chức xác minh và tôi cho phép họ liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không chính xác hoặc nếu đơn đăng ký có sai sót hoặc thiếu sót nghiêm trọng, tôi sẽ không còn đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu khoản hỗ trợ tài chính trước đây đã được cấp cho tôi, khoản hỗ trợ này có thể được hoàn nhập vào thời điểm đó và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về số dư chưa thanh toán.

Chữ ký của Người nộp đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính _____ Ngày _____

Chữ ký của Vợ/chồng/Người chung sống/Người bảo lãnh (nếu có) _____ Ngày _____

Đính kèm C - Mô tả Về việc Chiết khấu Hỗ trợ Tài chính

Chiết khấu Hỗ trợ Tài chính Hướng dẫn về Chuẩn Nghèo Liên bang Năm 2022

Chiết khấu cho Người không có Bảo hiểm	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
Chiết khấu cho Người có Bảo hiểm Dưới mức	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

Quy mô của Đơn vị Gia đình	Lương Hàng năm theo FPL 2022					
1	\$13,590	\$54,360	\$61,155	\$67,950	\$74,745	\$81,540
2	\$18,310	\$73,240	\$82,395	\$91,550	\$100,705	\$109,860
3	\$23,030	\$92,120	\$103,635	\$115,150	\$126,665	\$138,180
4	\$27,750	\$111,000	\$124,875	\$138,750	\$152,625	\$166,500
5	\$32,470	\$129,880	\$146,115	\$162,350	\$178,585	\$194,820
6	\$37,190	\$148,760	\$167,355	\$185,950	\$204,545	\$223,140
7	\$41,910	\$167,640	\$188,595	\$209,550	\$230,505	\$251,460
8	\$46,630	\$186,520	\$209,835	\$233,150	\$256,465	\$279,780
Đối với mỗi người bổ sung, hãy thêm	\$4,720					
		400%	450%	500%	550%	600%

Lưu ý: Bản liệt kê được Sửa đổi Lần cuối 11/7/22

Đính kèm D - Mô tả các Khoản tiền Thường được Lập hóa đơn

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).

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 đủ điều kiện.

Tổ chức sẽ sử dụng Phương pháp Nhìn lại để xác định số tiền tối đa sẽ được lập hóa đơn cho một bệnh nhân ngoại trú đủ điều kiện bằng cách sử dụng Medicare trung bình và tỷ lệ hoàn trả ngoại trú 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 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.

Tổ chức.	Chiết khấu khi Tự thanh toán Không có Bảo hiểm ⁽¹⁾	% Hoàn trả AGB
Phòng Cấp cứu	82%	18%
Bệnh nhân Nội trú	82%	18%
Bệnh nhân Ngoại trú	81%	19%

(1) Có hiệu lực 11/7/22