

 <input checked="" type="checkbox"/> CHÍNH SÁCH <input type="checkbox"/> QUY TRÌNH <input type="checkbox"/> TIÊU CHUẨN CHĂM SÓC <input type="checkbox"/> QUY TRÌNH CHUẨN HÓA <input type="checkbox"/> HƯỚNG DẪN <input type="checkbox"/> KHÁC	NGÀY PHÊ DUYỆT Tháng 6/2017	HƯỚNG DẪN: Chính sách Trung tâm
		SỐ THEO DÕI CPM 7-11
TIÊU ĐỀ: CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH (CÁC KHOẢN THANH TOÁN GIẢM GIÁ VÀ CÁC CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC TỪ THIỆN)		
NGƯỜI THỰC HIỆN: Tất cả các phòng ban RCHSD có trách nhiệm liên quan, bao gồm Chu kỳ Doanh thu, Dịch vụ Tài chính cho Bệnh nhân, Tiếp nhận Bệnh nhân và Tư vấn Tài chính.		

1.0 MỤC ĐÍCH:

Xây dựng Chương trình Hỗ trợ Tài chính (FAP) của Bệnh viện Nhi Rady - San Diego (Bệnh viện) cho các dịch vụ khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú, bao gồm chăm sóc y tế khẩn cấp thông qua các chính sách và quy trình cho hoạt động chăm sóc từ thiện và các khoản thanh toán giảm giá cho các bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính.

Bệnh viện Nhi Rady – San Diego sau đây được gọi tắt là “Viện Nhi Rady”.

2.0 ĐỊNH NGHĨA:

“**Số tiền tính phí thông thường (Amounts Generally Billed - AGB)**” là phương pháp xem xét hồi tố do Viện Nhi Rady sử dụng để tính toán mức phí giới hạn cho người tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính.

“**Bảng phí dịch vụ**” là bảng giá thống nhất do Viện Nhi Rady công bố cho công chúng là khoản phí cộng gộp cho một dịch vụ hoặc mặt hàng nhất định, bao gồm nhóm dịch vụ liên quan đến chẩn đoán, bất kể người thanh toán là ai.

“**Chăm sóc từ thiện**” là dịch vụ chăm sóc từ thiện toàn diện hoặc một phần. “**Chăm sóc từ thiện toàn diện**” có nghĩa là dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí mà bệnh nhân/Người bảo lãnh không phải trả bất kỳ khoản tiền nào. “**Chăm sóc từ thiện một phần**” có nghĩa là bệnh nhân/Người bảo lãnh không cần phải trả một phần của hóa đơn.

“**Thanh toán giảm giá**” là tình huống Bệnh viện xác định bệnh nhân không đủ điều kiện được hưởng Chăm sóc từ thiện toàn diện, nhưng đủ điều kiện được giảm giá và dự kiến chỉ phải trả một phần của hóa đơn. Đây là một hình thức Chăm sóc từ thiện một phần.

“Bác sĩ cấp cứu” là một bác sĩ là thành viên đã được chứng nhận là Cán bộ ngành y tế và được Bệnh viện ký hợp đồng để cung cấp các dịch vụ y tế khẩn cấp tại Khoa cấp cứu (ED). "Bác sĩ cấp cứu" không bao gồm một bác sĩ chuyên khoa được gọi vào ED hoặc những người đang là nhân viên, hoặc có các quyền khác trong Bệnh viện, ngoài khu vực ED.

“Chi phí sinh hoạt thiết yếu” có nghĩa là một trong các loại chi phí sau đây: tiền thuê nhà hoặc thanh toán và bảo dưỡng nhà ở; thực phẩm và vật dụng gia đình; dịch vụ tiện ích và điện thoại; quần áo; thanh toán y tế và nha khoa; bảo hiểm; trường học hoặc nhà trẻ; hỗ trợ nuôi con hoặc vợ/chồng; chi phí đi lại và ô tô, bao gồm cả bảo hiểm, xăng và chi phí sửa chữa; thanh toán trả góp; giặt là và vệ sinh; và các khoản chi phí khác.

“Gia đình” hoặc “Gia đình của Bệnh nhân” có nghĩa là vợ/chồng, người nhà được đăng ký trước và người phụ thuộc dưới 21 tuổi của bệnh nhân, dù sống cùng nhà hoặc không, đối với bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Đối với bệnh nhân dưới 18 tuổi, Gia đình bao gồm cha mẹ của bệnh nhân, người thân chăm sóc bệnh nhân và các trẻ em khác (dưới 21 tuổi) của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc bệnh nhân.

“Người tham gia FAP” là Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính của Viện Nhi Rady.

“Bảng tiêu chuẩn nghèo khó liên bang/Hướng dẫn về chuẩn nghèo khó liên bang (FPL)” có nghĩa là hướng dẫn về chuẩn nghèo khó được Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh cập nhật định kỳ tại Cục đăng ký Liên bang, đăng tải tại <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

“Chương trình Hỗ trợ Tài chính” có nghĩa là chương trình của Viện Nhi Rady được mô tả trong chính sách và quy trình này và được thiết kế để hỗ trợ Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính nhận được Các khoản thanh toán giảm giá hoặc Dịch vụ chăm sóc từ thiện cho các dịch vụ khám chữa bệnh trong Bệnh viện và dịch vụ của Bác sĩ cấp cứu.

“Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính” là:

- 1) Bệnh nhân không có bảo hiểm với thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 450% của FPL; hoặc
- 2) Bệnh nhân có bảo hiểm với Chi phí y tế cao và thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL; hoặc
- 3) Bệnh nhân có bảo hiểm với chi phí y tế không được bao trả và thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL; hoặc
- 4) Bệnh nhân, dù có hay không có bảo hiểm, có mức Chi phí y tế cao.

“Người bảo lãnh” là người có trách nhiệm tài chính đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân, thông thường là chính bệnh nhân, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp.

“Chi phí y tế cao” là bất kỳ chi phí nào sau đây, được áp dụng vào ngày cung cấp dịch vụ:
(1) Chi phí thực tế hàng năm phát sinh tại Bệnh viện vượt quá 10% thu nhập của Gia đình trong 12 tháng trước đó (được xác định bằng cách so sánh chi phí thực tế của bệnh nhân/ Người bảo lãnh với Thu nhập Gia đình của Bệnh nhân), hoặc

(2) Chi phí thực tế hàng năm vượt quá 10% thu nhập của Gia đình nếu bệnh viện/Người bảo lãnh cung cấp chứng từ chứng minh chi phí y tế đã thanh toán trong 12 tháng trước đó (được xác định bằng cách so sánh tổng chi phí y tế, bao gồm chi phí không phát sinh tại Bệnh viện đã được thanh toán cho bệnh nhân với Thu nhập Gia đình của Bệnh nhân), hoặc.

“Tài sản tiền tệ” có nghĩa là tài sản có thể dễ dàng chuyển đổi thành tiền mặt, chẳng hạn như tài khoản ngân hàng và cổ phiếu giao dịch công khai, nhưng không phải tài sản phi tiền mặt như bất động sản. Tài sản tiền tệ không bao gồm chương trình bảo hiểm hưu trí hoặc bồi thường trả sau và 10.000 USD đầu tiên trong Tài sản tiền tệ và 50% Tài sản Tiền tệ trên 10.000 USD đầu tiên đều không được tính khi xác định tư cách tham gia FAP dựa trên tài sản tiền tệ.

“Thu nhập của Bệnh nhân/Gia đình” là thu nhập được tính như sau: Thu nhập gộp của Bệnh nhân và Gia đình trước thuế, trừ các khoản thanh toán tiền cấp dưỡng và hỗ trợ nuôi con (Các chương trình bảo hiểm hưu trí hoặc bồi thường trả sau có đủ điều kiện theo Bộ Luật Ngân sách Liên bang, hoặc các chương trình bồi thường trả sau không đủ điều kiện sẽ không được đưa vào khoản tính toán thu nhập.)

“Kế hoạch Thanh toán” là các khoản thanh toán hàng tháng theo kỳ hạn đã thống nhất giữa Bệnh viện và bệnh nhân/Người bảo lãnh.

“Bệnh nhân tự thanh toán” là bệnh nhân không có khoản bao trả bên thứ ba từ một hãng bảo hiểm y tế, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare, hoặc Medicaid và thương tật của bệnh nhân đó không phải là một thương tật được bồi thường cho các mục đích bảo hiểm lao động, bảo hiểm ô tô, hoặc bảo hiểm khác do Bệnh viện xác định và lưu hồ sơ.

“Bệnh nhân tự thanh toán đủ điều kiện tham gia về mặt y tế” là Bệnh nhân không có bảo hiểm của bên thứ ba hoặc các khoản bao trả khác và Thu nhập của Bệnh nhân/Gia đình không vượt quá 350% của FPL. Bệnh nhân tự thanh toán đủ điều kiện tham gia về mặt y tế có thể bao gồm bệnh nhân được Chăm sóc từ thiện.

“Người thanh toán bên thứ ba” có nghĩa là bảo hiểm tư nhân bao gồm các khoản bao trả được cung cấp qua Chương trình Phúc lợi Y tế California, Bảo hiểm lao động, bảo hiểm ô tô, cũng như các chương trình bảo hiểm y tế của chính phủ như Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

“Bên thứ ba chịu trách nhiệm (TPL):” Bên thứ ba chịu trách nhiệm là cá nhân hoặc tổ chức ngoài bệnh nhân hoặc Bệnh viện bị cáo buộc hoặc phán quyết là phải chịu trách nhiệm về mặt pháp lý đối với tình trạng sức khỏe bệnh lý của bệnh nhân và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế, thường là do thương tật của bệnh nhân.

“Bệnh nhân không có bảo hiểm” là Bệnh nhân tự thanh toán.

“Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế” là các dịch vụ hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, phòng ngừa bệnh lý nghiêm trọng hoặc khuyết tật đáng kể, hoặc để giảm bớt đau đớn hoặc khổ sở thông qua chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, bệnh tật hoặc thương tật về thể chất và tinh thần, do một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép hành nghề trong phạm vi thực tiễn áp dụng của chuyên môn nghề nghiệp.

3.0 CHÍNH SÁCH:

Đây là chính sách của Viện Nhi Rady nhằm cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chương trình Hỗ trợ Tài chính (FAP) của Viện Nhi Rady cho:

- (1) Bệnh nhân không có bảo hiểm với thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 450% của FPL;
- (2) Bệnh nhân có bảo hiểm với Chi phí y tế cao và thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL;
- (3) Bệnh nhân có bảo hiểm với chi phí y tế không được bao trả và thu nhập của Gia đình bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL;
- (4) Bệnh nhân, dù có hay không có bảo hiểm, có mức Chi phí y tế cao.

4.0 QUY TRÌNH:

4.1 THỦ TỤC HÀNH CHÍNH CỦA CHƯƠNG TRÌNH

Viện Nhi Rady sẽ quản lý FAP để hỗ trợ Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính nhận được Các khoản thanh toán giảm giá hoặc Dịch vụ chăm sóc từ thiện cho các dịch vụ khám chữa bệnh trong Bệnh viện và dịch vụ của Bác sĩ cấp cứu.

4.2 QUY TRÌNH ĐĂNG KÝ

- 4.2.1. Để đăng ký tham gia chương trình FAP và yêu cầu xác định tư cách tham gia chương trình, bệnh nhân/Người bảo lãnh phải nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đã điền đầy đủ thông tin cho Phòng Tư vấn Tài chính.
- 4.2.2. Bệnh nhân/Người bảo lãnh sẽ có 21 ngày kể từ ngày nộp đơn để nỗ lực hợp lý nhằm cung cấp các giấy tờ sau đây:
 - (1) Giấy tờ chứng minh thu nhập của Bệnh nhân/Gia đình. Thu nhập có thể được xác minh qua bất kỳ cơ chế nào sau đây:
 - (a) Tờ khai thuế (ưu tiên)
 - (b) Phiếu lương/Hóa đơn chuyên tiền lương gần đây hoặc xác minh qua điện thoại với người sử dụng lao động
 - (c) Mẫu đơn IRS W-2
 - (d) Tờ khai Tiền công và Thu nhập
 - (e) Thu nhập An sinh Xã hội
 - (f) Thư xác nhận Bảo hiểm lao động hoặc bảo hiểm thất nghiệp
 - (g) Đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ của chính phủ trong vòng sáu tháng trước (bao gồm tem phiếu thực phẩm, Medi-Cal và AFDC)
 - (h) Nếu bệnh nhân/ Người bảo lãnh không thể cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập, Viện Nhi Rady có thể tùy ý quyết định yêu cầu bệnh nhân/ Người bảo lãnh phải ký xác nhận theo hình phạt cho tội khai man về (i) tính trung thực của bất kỳ thông tin về thu nhập nào được cung cấp trên Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, (ii) giải thích lý do tại sao không cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập và (iii) xác minh tính chính xác của kết quả tính toán thu nhập của Viện Nhi Rady.

- (2) Giấy tờ chứng minh đã thanh toán tiền cấp dưỡng và trợ cấp nuôi con.
 - (3) Giấy tờ chứng minh tài sản nếu (a) đăng ký Dịch vụ Chăm sóc từ thiện và (b) theo yêu cầu của Viện Nhi Rady.
 - (4) Chứng từ chi phí y tế, bao gồm chi phí y tế không phát sinh tại Bệnh viện, đã thanh toán cho bệnh nhân trong 12 tháng trước đó.
 - (5) Giấy tờ chứng minh có hoặc không có bảo hiểm y tế của bên thứ ba (bảo hiểm tư nhân bao gồm các khoản bảo trả được cung cấp qua Chương trình Phúc lợi Y tế California, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Bảo hiểm lao động, bảo hiểm ô tô hoặc các bảo hiểm khác).
 - (6) Thư miễn trừ hoặc ủy quyền cho phép Viện Nhi Rady tiếp cận để lấy thông tin tài khoản từ các tổ chức tài chính hoặc thương mại, hoặc các tổ chức khác nắm giữ tài sản tiền tệ (nếu có).
- 4.2.3. Viện Nhi Rady có thể tùy ý quyết định gia hạn thêm thời gian để bệnh nhân/Người bảo lãnh xuất trình các giấy tờ hỗ trợ đơn đăng ký tham gia chương trình, ví dụ trong trường hợp Viện Nhi Rady yêu cầu thông tin bổ sung sau 21 ngày kể từ ngày nộp đơn.

4.3. XÁC ĐỊNH TƯ CÁCH THAM GIA

Phòng Tư vấn Tài chính của Viện Nhi Rady sẽ:

- 4.3.1. Xác định tư cách tham gia FAP trong thời gian sớm nhất sau khi hoàn thành quy trình đăng ký nêu trên.
- 4.3.2. Phân loại tài khoản bệnh nhân là Tự thanh toán trong khi đang xác định tư cách tham gia của bệnh nhân.
- 4.3.3. Xem xét và có hành động hợp lý khi bệnh nhân/Người bảo lãnh không cung cấp giấy tờ hợp lý và cần thiết theo yêu cầu của chính sách này để hỗ trợ cho đơn đăng ký tham gia FAP của họ. Nếu giấy tờ đó cần thiết để xác định FAP, Viện Nhi Rady có thể từ chối đơn đăng ký FAP nếu không thể xác định tư cách tham gia của bệnh nhân. Nếu Viện Nhi Rady có thể đưa ra xác định hợp lý khi thiếu giấy tờ, Viện sẽ nỗ lực để đưa ra xác định.
- 4.3.4. Không đưa ra quyết định cuối cùng về việc bệnh nhân không đủ tư cách tham gia FAP cho đến thời điểm ít nhất 150 ngày kể từ ngày thanh toán ban đầu.
- 4.3.5. Xác định xem một bệnh nhân có phải là Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính, đủ điều kiện được hưởng Các khoản thanh toán giảm giá bằng cách đánh giá:
 - (1) Thu Nhập của Bệnh Nhân/ Gia Đình, so sánh với FPL để xác định phần trăm của FPL.
 - (2) Tình trạng bảo hiểm là có hay không có bảo hiểm, kể cả thông qua chương trình chăm sóc sức khỏe của tiểu bang hoặc liên bang.
 - (3) Chi phí y tế hàng năm thực trả cho bệnh nhân trong 12 tháng trước đó, bao

- gồm các khoản chi phí không phát sinh tại Bệnh viện.
- (4) Bệnh nhân có Chi phí y tế cao hay không, bằng cách:
- (a) so sánh chi phí thực tế hàng năm phát sinh tại Bệnh viện với Thu nhập Gia đình để xác định liệu chi phí thực tế hàng năm có vượt quá 10% Thu nhập của Gia đình trong 12 tháng trước đó không, hoặc
 - (b) bằng cách so sánh tổng chi phí y tế (bao gồm các khoản chi phí không phát sinh tại Bệnh viện) đã thực trả cho bệnh nhân với Thu nhập của Gia đình bệnh nhân để xác định liệu chi phí thực tế hàng năm có vượt quá 10 % Thu nhập của Gia đình hay không nếu bệnh nhân cung cấp giấy tờ chứng minh chi phí y tế đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.
- 4.3.6 Xác định xem một Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính có được hưởng Dịch vụ chăm sóc từ thiện hay không bằng cách đánh giá:
- (1) Thu nhập của Bệnh nhân/Gia đình so với FPL để xác định liệu thu nhập có bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL hay không.
 - (2) Tài sản tiền tệ của Bệnh nhân/Gia đình Bệnh nhân.
 - (3) Liệu dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân là dịch vụ cần thiết về mặt y tế, dịch vụ y tế tự nguyện hay thẩm mỹ. Viện Nhi Rady có thể tùy ý quyết định từ chối Chăm Sóc từ thiện cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cần thiết về mặt y tế.
- 4.3.7 Chỉ sử dụng phương thức xác định tư cách tham gia trước như sau: Nếu bệnh nhân là người hiện đang tham gia FAP và tiếp tục trở lại Viện Nhi Rady để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tư cách tham gia FAP sẽ tự động gia hạn thêm 6 tháng cho tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế.
- 4.3.8 Viện Nhi Rady có thể đình chỉ việc xác định chính thức tư cách tham gia FAP cho một tài khoản bệnh nhân khi có thông tin và thông báo thích hợp rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân có thể là kết quả của TPL trong quá trình tố tụng pháp lý để xác định TPL. Nếu bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện tham gia FAP căn cứ vào quá trình đánh giá đơn đăng ký FAP ban đầu, Viện Nhi Rady sẽ giữ lại các hóa đơn của bệnh nhân cho đến khi có kết quả về TPL. Khi có thông tin và thông báo thích hợp rằng quá trình tố tụng pháp lý TPL đã có phán quyết và kết quả xử lý vấn đề TPL, Viện Nhi Rady sẽ xử lý lại Đơn đăng ký FAP và đưa ra xác định chính thức về tư cách tham gia FAP.

4.4. CÁC KHOẢN THANH TOÁN GIẢM GIÁ (DỰ KIẾN HOÀN TRẢ CÓ GIỚI HẠN)

Các bệnh nhân được Viện Nhi Rady xác định là Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia về mặt tài chính theo Phần 4.3.5 ở trên sẽ được hưởng Các khoản thanh toán giảm giá như sau:

- 4.4.1. Các khoản giảm giá của Bệnh viện (Tất cả Người tham gia FAP). Viện Nhi Rady sẽ áp dụng “Hạn mức Thanh toán” để giảm giá cho tất cả Người tham gia FAP cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do bệnh viện cung cấp. Theo đó, các hạn mức thanh toán này áp dụng cho các bệnh nhân không có bảo hiểm có Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 450% của FPL; các bệnh nhân có bảo hiểm với Chi phí y tế cao và Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 350 phần trăm của FPL; các bệnh nhân có bảo hiểm với chi phí không được bao trả và Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 350 phần trăm của FPL; và bệnh nhân có bảo hiểm hoặc không có bảo hiểm, với Chi phí y tế cao.)

- (1) Các khoản thanh toán của Người tham gia FAP sẽ được giới hạn trong khoản tiền mà Viện Nhi Rady dự kiến sẽ nhận được cho các dịch vụ tương tự từ Medicare, Medi-Cal, Healthy Families hoặc một chương trình hỗ trợ y tế do chính phủ tài trợ mà Viện Nhi Rady tham gia, tùy khoản nào cao nhất. Viện Nhi Rady sẽ xác định hạn mức thanh toán bằng cách xác định số tiền hoàn trả dự kiến cho cùng một dịch vụ, bằng cách tham chiếu các bộ luật dịch vụ chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như Bộ luật Ngân sách Liên bang, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, thanh toán sẽ không vượt quá AGB.
- (2) Các khoản thanh toán của Người tham gia FAP cho các dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện không có trong trương mục thanh toán của Medicare hoặc bất kỳ chương trình do chính phủ tài trợ nào khác sẽ không được giới hạn theo mức CDM được giảm giá theo chính sách này.
- (3) Các khoản thanh toán của Người tham gia FAP không bao giờ vượt quá Số tiền tính phí thông thường (AGB) cho các bệnh nhân có bảo hiểm tư nhân. Viện Nhi Rady xác định AGB theo Chính sách Định giá hợp lý của bệnh viện.
- (4) Viện Nhi Rady sẽ sử dụng phương pháp thang điểm trượt để tính phí cho Người tham gia FAP theo một tỷ lệ phần trăm tùy thuộc vào Thu nhập của bệnh nhân/ Gia đình. Điều này có thể dẫn đến những khoản phí không giống nhau cho những người tham gia FAP khác nhau cho cùng một dịch vụ, tùy thuộc vào mức thu nhập của họ, nhưng khoản thanh toán dự kiến sẽ không bao giờ vượt quá mức tối đa cho phép theo chính sách này.

4.4.2. Các khoản giảm giá của Bệnh viện (Những người tham gia FAP nhất định). Viện Nhi Rady sẽ áp dụng hạn mức thanh toán này để giảm giá cho Người tham gia FAP cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do bệnh viện cung cấp.

- (1) Đối với các bệnh nhân có bảo hiểm với Chi phí y tế cao và Thu nhập Gia đình bằng hoặc thấp hơn 350% của FPL, Hạn mức thanh toán trong phần 4.4.1 ở trên sẽ áp dụng cho phần hóa đơn thuộc trách nhiệm chi trả của bệnh nhân, bao gồm khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ (không thuộc Medi-Cal).
- (2) Các khoản thanh toán của Người tham gia FAP có Chi phí y tế cao sẽ được giới hạn đảm bảo các khoản thanh toán không vượt quá khoản chênh lệch giữa khoản thanh toán sẵn có từ người thanh toán bên thứ ba và mức phí tối đa áp dụng cho một dịch vụ theo CDM (Xem Chính sách Định giá hợp lý). Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, thanh toán sẽ không vượt quá AGB. Viện Nhi Rady sẽ sử dụng phương thức sau để tính AGB:

Áp dụng phương pháp đánh giá lại hàng năm (hồi tố) sau khi kết thúc năm tài chính trước đó để xem xét các khoản bồi thường thực tế đã được Medicare và tất cả các hãng bảo hiểm sức khỏe tư nhân chi trả cho Bệnh viện.

Tính toán AGB có sẵn theo yêu cầu từ Văn phòng Tư vấn Tài chính. Hạn sẽ được tính như ví dụ sau đây:

Mức CDM (50 USD)

-

Thanh toán của Người thanh toán bên thứ ba
(25 USD)

Thanh toán tối đa của Người tham gia FAP
(25 USD)

4.4.3. Các khoản thanh toán giảm giá cho Dịch vụ Bác sĩ tại Khoa cấp cứu.

- (1) Bác sĩ cấp cứu của Viện Nhi Rady sẽ căn cứ theo xác định của bệnh viện về tư cách tham gia FAP.
- (2) Các khoản thanh toán giảm giá cho các dịch vụ Dịch vụ Bác sĩ cấp cứu của Viện Nhi Rady sẽ được thực hiện theo chính sách và thủ tục này, trừ khi có sự khác biệt được nêu dưới đây.
- (3) Viện Nhi Rady sẽ giới hạn các khoản thanh toán từ Người tham gia FAP cho các Dịch vụ Bác sĩ cấp cứu với số tiền không vượt quá (a) 50% chi phí tính phí dựa trên cơ sở dữ liệu về mức phí dịch vụ bác sĩ được quốc gia công nhận khi cơ sở dữ liệu đã được chọn hoặc (b) 50% chi phí tính phí thực tế bằng cách sử dụng Bảng giá dịch vụ của Viện Nhi Rady.

4.5. CHĂM SÓC MIỄN PHÍ/TỪ THIỆN

- 4.5.1. Các bệnh nhân tự thanh toán có Thu nhập bệnh nhân/Gia đình không vượt quá 250% của FPL sẽ được hưởng Dịch vụ Chăm sóc từ thiện với mức phí danh nghĩa không vượt quá 100 USD.
- 4.5.2. Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như hoàn toàn về mặt thẩm mỹ, sẽ có thể được hưởng Dịch vụ Chăm sóc từ thiện theo quyết định của Viện Nhi Rady.

4.6. TƯ CÁCH THAM GIA CÓ CƠ SỞ HỢP LÝ

- 4.6.1 Khác với quy trình đăng ký thủ công nêu trong phần 4.2, bệnh nhân cũng có thể được coi là đủ tư cách nhận hỗ trợ tài chính dựa trên bằng chứng được cung cấp thông qua việc sử dụng công cụ kiểm tra của bên thứ ba bất kể tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân là gì.
- 4.6.2 Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo quy định, bệnh nhân phải đáp ứng các yêu cầu về chuẩn nghèo đói liên bang tương tự của những bệnh nhân hoàn thành đơn đăng ký thủ công như được định nghĩa trong phần 3.0 ở trên. Thông tin nhận được từ công cụ kiểm tra của bên thứ ba được sử dụng để xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân và có thể được sử dụng làm nguồn tài liệu duy nhất để xác định hỗ trợ tài chính.
- 4.6.3 Những bệnh nhân được coi là không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính thông qua quá trình xét duyệt tư cách tham gia có cơ sở hợp lý có thể nộp đơn xin hỗ trợ tài chính tiêu chuẩn như được nêu chi tiết trong phần 4.2.

4.7. THÔNG BÁO CHO PHỤ HUYNH & OSHPD

4.7.1 Viện Nhi Rady sẽ:

- (1) Cung cấp cho tất cả các bệnh nhân không cho biết phạm vi bảo hiểm của bên thứ ba, đơn đăng ký tham gia Medi-Cal, Healthy Families, Chương trình Phúc lợi Y tế California hoặc chương trình chính phủ khác (theo phạm vi sẵn có của Viện Nhi Rady). Các đơn đăng ký này sẽ được cung cấp cho bệnh nhân tại Khoa cấp cứu, bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện và trước khi bệnh nhân nội trú xuất viện.
- (2) Gửi văn bản chính sách và quy trình này bao gồm mẫu đơn xin FAP tới Văn phòng Quy hoạch và Phát triển Y tế Tiểu bang California (OSHPD) khi có thay đổi đáng kể hoặc khi cập nhật văn bản và thông báo cho OSHPD ít nhất hai năm một lần nếu không có thay đổi nào.
- (3) Đăng chính sách và quy trình này, bản tóm tắt ngôn ngữ chung của tài liệu này và mẫu đơn xin FAP trên trang web của Bệnh viện.
- (4) Cung cấp và gửi bản sao của tài liệu này, đơn xin FAP và bản tóm lược ngôn ngữ chung của tài liệu này (1) theo yêu cầu và không phải trả phí qua bưu điện (2) như một phần của quá trình nhập viện hoặc xuất viện, và (2) cung cấp tại các địa điểm công cộng bao gồm khoa cấp cứu, khu vực tiếp nhận bệnh nhân, phòng thanh toán, Sảnh Đăng ký Bệnh nhân và các khu vực bệnh nhân ngoại trú khác.
- (5) Thông báo và thông tin cho các thành viên trong cộng đồng về FAP theo cách thức hợp lý được tính toán trước để tiếp cận những thành viên có nhiều khả năng sẽ cần hỗ trợ tài chính từ Bệnh viện.
- (6) Đính kèm thông báo bằng văn bản rõ ràng vào các hóa đơn thanh toán về tính khả dụng của FAP, bao gồm số điện thoại của Văn phòng Bệnh viện có thể cung cấp thông tin về quy trình nộp đơn đăng ký và địa chỉ trang web đăng chính sách và quy trình này.
- (7) Cung cấp cho tất cả các nhóm bệnh nhân đáng kể có trình độ tiếng Anh hạn chế (LEP) bằng cách cung cấp bản dịch tài liệu liên quan đến FAP, đơn đăng ký FAP và bản tóm lược ngôn ngữ chung thành (các) ngôn ngữ chính của các nhóm bệnh nhân của bệnh viện.

4.7.2 Medical Foundation sẽ:

- (1) Cung cấp thông báo cụ thể về FAP khi lập hóa đơn cho bệnh nhân không cung cấp bằng chứng về bảo hiểm của bên thứ ba. Thông báo này phải bằng văn bản rõ ràng trên hóa đơn thanh toán về tính khả dụng của FAP, bao gồm số điện thoại của Văn phòng Bệnh viện có thể cung cấp thông tin về quy trình nộp đơn đăng ký và địa chỉ trang web đăng chính sách và quy trình này.

4.8. HOÀN TRẢ CHI PHÍ VƯỢT QUÁ

- 4.8.1 Viện Nhi Rady sẽ hoàn trả cho bệnh nhân khoản tiền đã trả vượt quá khoản tiền phải trả theo FAP, bao gồm tiền lãi phù hợp.
- 4.8.2 Tiền lãi tích lũy trên khoản thanh toán vượt quá từ một bệnh nhân đủ điều kiện tham gia FAP được tích từ ngày Viện Nhi Rady nhận được khoản thanh toán đó.
- 4.8.3 Nếu khoản tiền vượt quá nhỏ hơn 5 USD, Viện Nhi Rady sẽ ghi có vào tài khoản của bệnh nhân trong 60 ngày kể từ ngày khoản tiền đến hạn hoàn trả cho bệnh nhân.

Nếu khoản ghi có này không được sử dụng trong thời gian 60 ngày đó thì sẽ bị hủy từ tài khoản của Viện Nhi Rady.

4.9. DANH SÁCH NHÀ CUNG CẤP

- 4.9.1 Tất cả thành viên của Medical Foundation là Cán bộ Ngành y tế đều thuộc phạm vi bao trả của FAP. Viện Nhi Rady lưu danh sách các bác sĩ thuộc Medical Foundation tại địa chỉ <http://www.rchsd.org/rcssd/>.
- 4.9.2 Tất cả Bác sĩ cấp cứu cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều thuộc phạm vi bao trả của FAP. Viện Nhi Rady lưu danh sách các bác sĩ cấp cứu tại địa chỉ [http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency medicine/urgent care](http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency%20medicine/urgent%20care).

4.10. DENIAL OF FINANCIAL ASSISTANCE

- 4.10.1 Viện Nhi Rady có thể hủy hỗ trợ tài chính hiện tại đã được cấp theo chính sách này nếu xác định rằng một bệnh nhân/Người bảo lãnh cung cấp thông tin sai, gây hiểu lầm hoặc giả mạo trên hoặc cùng với đơn xin Hỗ trợ Tài chính.
- 4.10.2 Viện Nhi Rady có thể rút Đơn xin Hỗ trợ Tài chính nếu xác định rằng một bệnh nhân/Người bảo lãnh cung cấp thông tin sai, gây hiểu lầm hoặc giả mạo trên hoặc cùng với đơn xin Hỗ trợ Tài chính.
- 4.10.3 Nếu Viện Nhi Rady xác định rằng một bệnh nhân/Người bảo lãnh không đủ điều kiện tham gia FAP theo chính sách này, bệnh viện sẽ thông báo từ chối cho bệnh nhân/Người bảo lãnh đó bằng văn bản. Phòng Tư vấn Tài chính sẽ phối hợp xử lý và gửi các thư thông báo này.
- 4.10.4 Viện Nhi Rady có thể hủy hỗ trợ tài chính hiện tại đã được cấp theo chính sách này để tạm đình chỉ quá trình xác định chính thức tư cách tham gia FAP theo Phần 4.3.8. Việc hủy bỏ theo Phần 4.10.4 không dẫn tới trách nhiệm tài chính bổ sung cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh và tất cả thanh toán của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh sẽ được trả lại cho đến khi xác định tư cách tham gia FAP chính thức. Thư sẽ được gửi cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh, thông báo về lý do hoàn trả thanh toán và có thể yêu cầu khoản thanh toán của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh sau này nếu phán quyết về vấn đề TPL và xác định FAP chính thức kết luận bệnh nhân hoặc người bảo lãnh có trách nhiệm tài chính.

4.11. TRANH CHẤP VỀ TƯ CÁCH THAM GIA

- 4.11.1 Viện Nhi có thể từ chối tư cách tham gia Dịch vụ Chăm sóc từ thiện hoặc Các khoản thanh toán giảm giá dựa trên một trong các cơ sở sau: 1) bệnh nhân không đủ điều kiện về mặt tài chính hoặc 2) bệnh nhân/Người bảo lãnh không cung cấp giấy tờ cần thiết theo chính sách và quy trình này.
- 4.11.2 Viện Nhi Rady chỉ định Giám đốc Tiếp nhận Bệnh nhân rà soát các tranh chấp liên quan đến tư cách tham gia chương trình. Tranh chấp về tư cách tham gia phải được gửi tới Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Bệnh viện theo số 800-788-9029 để được lập hồ sơ và theo dõi. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ báo cáo mỗi tranh chấp cho Giám đốc Tiếp nhận Bệnh nhân rà soát.
- 4.11.3 Viện Nhi Rady hạn chế hoạt động thu hồi nợ của mình theo chính sách Lập hóa đơn & Thu hồi nợ của bệnh viện.

4.12. **ĐÁNH GIÁ NHU CẦU Y TẾ CỦA CỘNG ĐỒNG/PHÂN TÍCH PHÚC LỢI CỘNG ĐỒNG**

Viện Nhi Rady tiến hành Đánh giá Nhu cầu Y tế của Cộng đồng/Phân tích Phúc lợi Cộng đồng hàng năm, và có thể xem kết quả tại <http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/>.

5.0 **MẪU ĐƠN:**

Đơn đăng ký FAP (Chăm sóc miễn phí/Chăm sóc từ thiện hoặc Các khoản giảm giá)
Tóm tắt FAP

6.0 **CÁC CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN:**

Chính sách Định giá hợp lý cho Chi phí Bệnh viện & Bác sĩ tại Khoa cấp cứu, CPM 7-55
Chính sách Lập hóa đơn & Thu hồi nợ, CPM 7-56

7.0 **THAM KHẢO:**

California AB 774 (2007), AB 1503 – Chương 445 (2010), SB 1276 – Chương 758 (2014)–
Luật Chính sách Định giá hợp lý cho Chi phí Bệnh viện (Bộ Luật Y tế & An toàn 127400-
127446)
Số 22, Bộ Pháp điển Bang California, §§ 96005-96020, 96040-96050
Oshpd.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr
Bộ luật Y tế và An toàn §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770
Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe vừa túi tiền
Bộ luật Ngân sách Quốc gia Phần 501®