

 <input checked="" type="checkbox"/> <b>CHÍNH SÁCH</b> <input type="checkbox"/> <b>QUY TRÌNH</b> <input type="checkbox"/> <b>TIÊU CHUẨN CHĂM SÓC</b> <input type="checkbox"/> <b>QUY TRÌNH TIÊU CHUẨN</b> <input type="checkbox"/> <b>HƯỚNG DẪN</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÁC</b>	<b>NGÀY PHÊ DUYỆT</b> <b>Tháng 1 năm 2016</b>	<b>HƯỚNG DẪN:</b> <b>Chính Sách Trung Tâm</b>
		<b>SỐ THEO DÕI</b> <b>CPM 7-11</b>
<b>TIÊU ĐỀ:</b> <b>CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH</b> <b>(CHÍNH SÁCH THANH TOÁN CHIẾT KHẤU VÀ CHĂM SÓC TỪ THIỆN)</b>		
<b>THỰC HIỆN BỞI:</b> <b>Mọi phòng ban RCHSD và RCSSD đều chịu trách nhiệm, bao gồm bộ phận Chu Kỳ Doanh Thu, Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, Tiếp Nhận Bệnh Nhân và Cố Vấn Tài Chính.</b>		

## 1.0 MỤC ĐÍCH:

Đề lập FAP RCHSD (Chương trình Hỗ trợ Tài chính cho Rady Children's Hospital - San Diego) cho các dịch vụ bệnh nhân ngoại trú và nội trú của bệnh viện, bao gồm cả chăm sóc y tế cấp cứu, thông qua các chính sách và quy trình thủ tục chăm sóc từ thiện cũng như giảm giá thanh toán cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn về tài chính.

Bệnh Viện và Quỹ Y khoa được gọi chung là trong tài liệu này là "Tổ Chức Nhi Đồng Rady".

## 2.0 ĐỊNH NGHĨA:

“**Số Tiền Thường Thu (Amounts Generally Billed, hay AGB)**” nghĩa là phương pháp xem xét lúc trước do Tổ Chức Nhi Đồng Rady sử dụng để tính toán giới hạn về phí cho người tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

“**Bản Mô Tả Lệ Phí**” nghĩa là một biểu phí thống nhất do Tổ Chức Nhi Đồng Rady công bố với công chúng dưới dạng phí thanh toán gộp cho một dịch vụ hoặc khoản mục nhất định, bao gồm các nhóm liên quan tới chẩn đoán, không phụ thuộc vào bên trả tiền.

“**Chăm Sóc Từ Thiện**” nghĩa là chăm sóc từ thiện đầy đủ hoặc chăm sóc từ thiện một phần. “**Chăm Sóc Từ Thiện Đầy Đủ**” nghĩa là dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí, trong đó cha mẹ/Người Bảo Lãnh sẽ không phải trả tiền. “**Chăm Sóc Từ Thiện Một Phần**” nghĩa là cha mẹ/Người Bảo Lãnh sẽ không phải trả một phần tiền phí.

**“Chiết Khấu Thanh Toán”** có nghĩa là tình huống trong đó Bệnh Viện đã xác định rằng bệnh nhân không đủ điều kiện nhận Chăm Sóc Từ Thiện Đầy Đủ, nhưng đủ điều kiện hưởng chiết khấu và chỉ phải trả một phần hóa đơn. Đây là biểu mẫu Chăm Sóc Từ Thiện Một Phần.

**“Bác Sĩ Cấp Cứu”** có nghĩa là một bác sĩ là thành viên có giấy chứng nhận trong các Nhân Viên Y Tế Bệnh Viện và ký hợp đồng với Bệnh Viện để cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp trong phòng cấp cứu (emergency department, hay ED). "Bác Sĩ Cấp Cứu" không bao gồm bác sĩ chuyên môn được gọi tới phòng cấp cứu hoặc là nhân viên, hoặc có đặc quyền, ở Bệnh Viện bên ngoài phòng cấp cứu.

**“Chi Phí Sinh Hoạt Thiết Yếu”** nghĩa là bất kỳ khoản chi phí nào trong các khoản sau đây: tiền thuê hoặc thanh toán và bảo dưỡng nhà; thức ăn và đồ gia dụng; dịch vụ tiện ích và điện thoại; quần áo; thanh toán y tế và nha khoa; bảo hiểm; học phí hoặc phí trông trẻ; hỗ trợ con cái hoặc vợ/chồng; chi phí đi lại và xe, bao gồm chi phí bảo hiểm, xăng, và sửa chữa; các khoản trả góp; giặt ủi và dọn dẹp; và các chi phí bất thường khác.

**“Gia Đình”** hoặc **“Gia Đình Bệnh Nhân”** có nghĩa là, với bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, vợ/chồng của bệnh nhân, bạn đời đã đăng ký và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, cho dù có sống ở nhà hay không. Đối với bệnh nhân dưới 18 tuổi, Gia Đình bao gồm cha mẹ của bệnh nhân, người họ hàng chăm sóc, và các con khác (dưới 21 tuổi) của cha mẹ hoặc người họ hàng chăm sóc.

**“Đối Tượng Tham Gia FAP”** nghĩa là Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính của Tổ Chức Nhi Đồng Rady.

**“Mức Nghèo Liên Bang/Hướng Dẫn về Diện Nghèo Liên Bang (FPL)”** nghĩa là hướng dẫn về diện nghèo được cập nhật định kỳ trong Đăng Bạ Liên Bang của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, được công bố tại địa chỉ <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

**“Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính”** nghĩa là chương trình của Tổ Chức Nhi Đồng Rady được mô tả trong chính sách và quy trình này và được thiết kế để hỗ trợ Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính được hưởng Thanh Toán Chiết Khấu hoặc Chăm Sóc Từ Thiện từ dịch vụ của Bệnh Viện và dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu.

**“Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính”** nghĩa là:

- 1) Bệnh nhân không được bảo hiểm với thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 450% FPL; hoặc
- 2) Bệnh nhân được bảo hiểm với Chi Phí Y Tế Cao và thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 350% FPL; hoặc
- 3) Bệnh nhân được bảo hiểm có các phí không được bao trả và thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 350% FPL; hoặc
- 4) Bệnh nhân, dù được bảo hiểm hay không được bảo hiểm, có Chi Phí Y Tế Cao.

**“Người Bảo Lãnh”** nghĩa là người có trách nhiệm tài chính với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân, thường là bệnh nhân, cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp.

**“Chi Phí Y Tế Cao”** nghĩa là bất kỳ chi phí nào sau đây, được áp dụng vào (các) ngày cung cấp dịch vụ:

(1) Chi phí thực trả hàng năm phát sinh tại Bệnh Viện vượt quá 10% thu nhập Gia Đình trong 12 tháng trước (được xác định bằng cách so sánh chi phí thực trả của bệnh nhân/Người Bảo Lãnh cho bệnh viện với thu nhập Gia Đình Bệnh Nhân), hoặc

(2) Chi phí thực trả hàng năm vượt quá 10% thu nhập Gia Đình nếu bệnh nhân/Người Bảo Lãnh cung cấp chứng từ chi phí y tế đã trả trong 12 tháng trước (được xác định bằng cách so sánh tổng chi phí y tế, bao gồm những chi phí không phát sinh tại Bệnh Viện, thực tế chi trả cho bệnh nhân với thu nhập Gia Đình bệnh nhân).

**“Tài Sản Bằng Tiền”** có nghĩa là một tài sản dễ dàng chuyển đổi sang tiền mặt, chẳng hạn như tài khoản ngân hàng và cổ phiếu giao dịch công khai, nhưng không phải một tài sản kém thanh khoản như bất động sản. Tài sản bằng tiền không bao gồm chương trình hưu trí hoặc chương trình phúc lợi trả sau, và cả 10.000 USD đầu tiên trong Tài Sản Bằng Tiền, hay 50% Tài Sản Bằng Tiền trên 10.000 USD đầu tiên, đều không được tính khi xác định tính đủ điều kiện FAP dựa trên tài sản bằng tiền.

**“Thu Nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình”** nghĩa là thu nhập được tính như sau: Tổng thu nhập của Bệnh Nhân và Gia Đình trước thuế, trừ các khoản chi trả cấp dưỡng và hỗ trợ con cái (Chương trình hưu trí hoặc chương trình phúc lợi trả sau đủ điều kiện theo Bộ Luật Thuế Vụ, hoặc chương trình phúc lợi trả sau không đủ điều kiện, sẽ không được đưa vào tính toán thu nhập.)

**“Kế Hoạch Thanh Toán”** nghĩa là khoản thanh toán hàng tháng theo điều khoản thỏa thuận giữa Bệnh Viện và bệnh nhân/Người Bảo Lãnh.

**“Bệnh Nhân Tự Chi Trả”** là bệnh nhân không được bao trả bên thứ ba từ một công ty bảo hiểm y tế, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare, hoặc Medicaid, và những người có thương tích không phải thương tích được bồi thường theo chương trình bồi thường cho người lao động, bảo hiểm xe hơi, hoặc các loại bảo hiểm khác do Bệnh Viện xác định và ghi nhận. **“Bệnh Nhân Tự Chi Trả Đủ Điều Kiện về Tài Chính”** là bệnh nhân không có bảo hiểm bên thứ ba hoặc các bảo hiểm khác và Thu Nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình không vượt quá 350% FPL. Bệnh Nhân Tự Chi Trả Đủ Điều Kiện về Tài Chính có thể bao gồm bệnh nhân được Chăm Sóc Từ Thiện.

**“Bên Chi Trả Thứ Ba”** nghĩa là bảo hiểm tư nhân bao gồm bảo hiểm được cung cấp qua California Health Benefits Exchange, Bồi Thường Lao Động, bảo hiểm xe hơi, cũng như bảo hiểm chương trình chăm sóc sức khỏe của chính phủ như Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

**“Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm”** nghĩa là Bệnh Nhân Tự Chi Trả.

Các dịch vụ y tế cần thiết là các dịch vụ hợp lý và cần thiết để bảo vệ sự sống, ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc khuyết tật nghiêm trọng, hoặc để làm giảm cơn đau dữ dội hoặc sự đau đớn thông qua chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, tật hoặc thương tích, cả về thể chất và

tin thần, theo như được xác định bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề trong phạm vi chuyên môn cho phép.

### **3.0 CHÍNH SÁCH:**

Tổ Chức Nhi Đồng Rady có chính sách cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính (FAP) của Tổ Chức Nhi Đồng Rady tới:

- (1) Bệnh nhân không được bảo hiểm với thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 450% FPL; hoặc
- (2) Bệnh nhân được bảo hiểm với Chi Phí Y Tế Cao và thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 350% FPL; hoặc
- (3) Bệnh nhân được bảo hiểm có các phí không được bao trả và thu nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 350% FPL; hoặc
- (4) Bệnh nhân được bảo hiểm và không được bảo hiểm có Chi Phí Y Tế Cao.

### **4.0 QUY TRÌNH:**

#### **4.1. QUẢN LÝ CHƯƠNG TRÌNH**

Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ quản lý FAP để hỗ trợ Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính để nhận Chiết Khấu Thanh Toán và/hoặc Chăm Sóc Từ Thiện với dịch vụ của Bệnh Viện và dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu.

#### **4.2. QUY TRÌNH ĐĂNG KÝ**

4.2.1. Để đăng ký vào chương trình FAP và yêu cầu xác định tư cách tham gia, bệnh nhân/Người Bảo Lãnh phải gửi Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính đã hoàn thành tới Phòng Tư Vấn Tài Chính.

4.2.2. Bệnh nhân/Người Bảo Lãnh sẽ có 21 ngày kể từ ngày ngày đầu tiên nộp đơn xin để có các nỗ lực hợp lý nhằm cung cấp các giấy tờ sau:

- (1) Giấy tờ về thu nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình. Thu nhập có thể được xác minh thông qua bất kỳ cơ chế nào sau đây:
  - (a) Bản khai thuế (ưu tiên)
  - (b) Cuống phiếu lương/chuyển khoản tiền lương gần đây hoặc xác minh qua điện thoại với nhà tuyển dụng
  - (c) Mẫu IRS W-2
  - (d) Bản kê Khai Tiền Lương và Thu Nhập
  - (e) Thu nhập An Sinh Xã Hội
  - (f) Trợ Cấp cho Người Lao Động hoặc thư xác định trợ cấp thất nghiệp
  - (g) Điều kiện trong vòng sáu tháng trước để được hưởng chương trình hỗ trợ chính phủ (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, Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể bệnh nhân yêu cầu bệnh nhân/Người Bảo Lãnh lập giấy chứng thực trên nguyên tắc nếu khai man sẽ chịu tội về (i) tính chân thật của bất kỳ thông tin thu nhập nào được cung cấp trên mẫu Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, (ii) giải thích lý do tại sao họ không cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập, và (iii) xác thực tính chính xác trong tính toán của Tổ Chức Nhi Đồng Rady về thu nhập của họ.

- (2) Giấy tờ về tiền cấp dưỡng và hỗ trợ con cái, nếu có.
- (3) Giấy tờ về tài sản nếu (a) xin Chăm Sóc Từ Thiện và (b) có yêu cầu từ Tổ Chức Nhi Đồng Rady.
- (4) Giấy tờ về chi phí y tế, bao gồm các chi phí không phát sinh tại Bệnh Viện, thực trả cho bệnh nhân trong 12 tháng trước đó, nếu có.
- (5) Giấy tờ về việc có bảo hiểm y tế bên thứ ba (bảo hiểm cá nhân bao gồm bảo hiểm được cung cấp thông qua California Health Benefits Exchange, Medical, CCS, Tricare, Medicare, Bồi Thường Lao Động, bảo hiểm xe hơi hoặc các bảo hiểm khác).
- (6) Giấy miễn trừ hoặc cho phép ủy quyền cho Tổ Chức Nhi Đồng Rady được thu thập thông tin tài khoản từ các tổ chức tài chính hoặc thương mại, hoặc (nếu có) các tổ chức khác nắm giữ tài sản bằng tiền.

4.2.3. Tổ Chức Nhi Đồng Rady bằng sự suy xét của mình có thể cấp thêm thời gian để bệnh nhân/Người Bảo Lãnh chuẩn bị các giấy tờ chứng minh cho đơn xin, ví dụ trong trường hợp Tổ Chức Nhi Đồng Rady yêu cầu thông tin bổ sung sau 21 ngày kể từ ngày nộp đơn xin.

#### **4.3.XÁC ĐỊNH TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN**

Phòng Tư Vấn Tài Chính của Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ:

- 4.3.1. Xác định tính đủ điều kiện với FAP sớm nhất có thể sau khi hoàn thành quy trình đăng ký như trên.
- 4.3.2. Phân loại tài khoản bệnh nhân là Tự Chi Trả trong khi đang tiến hành xác định tính đủ điều kiện.
- 4.3.3. Cảnh nhắc và hành động hợp lý khi bệnh nhân/Người Bảo Lãnh không thể đưa ra giấy tờ hợp lý và cần thiết theo yêu cầu trong chính sách này để chứng minh cho đơn xin FAP của họ. Nếu giấy tờ cần thiết khi quyết định FAP, Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể từ chối không trao quyền tham gia FAP nếu họ không thể xác định tính đủ điều kiện. Nếu Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể đưa ra quyết định hợp lý khi không có giấy tờ, họ sẽ nỗ lực để làm như vậy.
- 4.3.4. Không đưa ra quyết định cuối cùng về việc không đủ điều kiện tham gia FAP cho tới ít nhất 150 ngày sau ngày hóa đơn ban đầu.

4.3.5. Xác định liệu một bệnh nhân có phải là Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính đủ điều kiện hưởng Chiết Khấu Thanh Toán hay không bằng cách đánh giá:

- (1) Thu Nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình, so với FPL để xác định phần trăm so với FPL.
- (2) Tình trạng được bảo hiểm hay không được bảo hiểm, bao gồm 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 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 trả phát sinh tại Bệnh Viện với Thu Nhập Gia Đình để xác định liệu chi phí thực trả có vượt quá 10% thu nhập Gia Đình trong 12 tháng trước không, hoặc
  - (b) nếu bệnh nhân cung cấp chứng từ chi phí y tế đã trả trong 12 tháng trước bằng cách so sánh tổng chi phí y tế, (bao gồm những chi phí không phát sinh tại Bệnh Viện) thực tế chi trả cho bệnh nhân với thu nhập Gia Đình bệnh nhân để xác định liệu chi phí thực trả hàng năm có vượt quá 10% thu nhập Gia Đình hay không.

4.3.6 Xác định liệu một Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính có đủ điều kiện hưởng 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 số này bằng hay thấp hơn 350% FPL hay không.
- (2) Tài Sản Bằng Tiền của Bệnh Nhân/Gia Đình Bệnh Nhân.
- (3) Cho dù dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã cung cấp cho bệnh nhân có tính chất cần thiết về y khoa, tự chọn hay thẩm mỹ. Tổ Chức Nhi Đồng Rady, bằng sự suy xét của mình, có thể từ chối Chăm Sóc Từ Thiện cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cần thiết về y khoa.

4.3.7 Áp dụng cách xác định tính đủ điều kiện trước chỉ trong các trường hợp sau: Nếu bệnh nhân hiện tại là người tham gia FAP và trở lại Tổ Chức Nhi Đồng Rady để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quyền tham gia FAP sẽ được tự động gia hạn thêm 6 tháng đối với mọi dịch vụ cần thiết về y khoa.

#### **4.4.CHIẾT KHẤU THANH TOÁN (BỒI HOÀN DỰ KIẾN HẠN CHẾ)**

Bệnh nhân được Tổ Chức Nhi Đồng Rady xác định là Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính căn cứ vào Phần 4.3.5 bên trên sẽ được cấp Chiết Khấu Thanh Toán như sau:

4.4.1. Chiết Khấu Thanh Toán của Bệnh Viện (Tất Cả Những Người Tham Gia FAP). Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ áp dụng các "Hạn Mức Thanh Toán" này để cấp chiết khấu cho mọi Đối Tượng Tham Gia FAP với dịch vụ chăm sóc sức khỏe do bệnh viện cung cấp. Theo đó, các hạn mức thanh toán này áp dụng cho bệnh nhân Không được bảo hiểm với thu nhập Gia Đình bằng hoặc thấp hơn 450% FPL; bệnh nhân Được bảo hiểm với Chi Phí Y Tế Cao và thu nhập Gia Đình bằng hoặc thấp hơn 350% FPL; bệnh nhân Được bảo hiểm với các phí không được bao trả và thu nhập Gia Đình bằng hoặc thấp hơn 350% FPL; và bệnh nhân, dù được bảo

hiêm hay không được bảo hiểm, có Chi Phí Y Tế Cao.)

- (1) Khoản thanh toán của Đối Tượng Tham Gia FAP sẽ được giới hạn bằng số tiền mà Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể kỳ vọng một cách có thiện ý sẽ nhận được cho cùng dịch vụ đó từ Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, hoặc một chương trình sức khỏe do chính phủ tài trợ khác trong đó Tổ Chức Nhi Đồng Rady tham gia, tùy thuộc số tiền nào cao nhất. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ xác định giới hạn thanh toán bằng cách xác định số tiền bồi hoàn kỳ vọng cho cùng dịch vụ, bằng cách tham chiếu tới các bộ luật về dịch vụ chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như các bộ luật về doanh thu, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). Tuy nhiên, trong mọi trường hợp khoản thanh toán này đều không vượt quá AGB.
- (2) Khoản thanh toán của Đối Tượng Tham Gia FAP cho dịch vụ bệnh viện trong đó không có mức thanh toán từ Medicare hoặc bất kỳ chương trình do chính phủ tài trợ nào khác sẽ được giới hạn ở mức CDM được chiết khấu theo chính sách này.
- (3) Khoản thanh toán của Đối Tượng Tham Gia FAP sẽ không bao giờ vượt quá Số Tiền Thường Thu (AGB) với bệnh nhân có bảo hiểm tư nhân. Tổ Chức Nhi Đồng Rady xác định AGB theo Chính Sách Định Giá Công Bằng.
- (4) Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ áp dụng phương pháp thang giá di động để tính cho Đối Tượng Tham Gia FAP phần trăm phí tùy thuộc vào Thu Nhập của bệnh nhân/Gia Đình. Điều này có thể dẫn tới các đối tượng tham gia FAP khác nhau được tính mức phí khác nhau cho cùng một dịch vụ tùy theo mức thu nhập, nhưng khoản thanh toán dự kiến sẽ không bao giờ vượt quá mức tối đa cho phép theo chính sách này.

4.4.2. Chiết Khấu Thanh Toán của Bệnh Viện (Những Người Tham Gia FAP Nhất Định). Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ áp dụng các hạn mức thanh toán này để cấp chiết khấu cho các Đối Tượng Tham Gia FAP nhất định với dịch vụ chăm sóc sức khỏe do bệnh viện cung cấp.

- (1) Đối với bệnh nhân được bảo hiểm có Chi Phí Y Tế Cao và Thu Nhập Gia Đình bằng hoặc thấp hơn 350% FPL, Hạn Mức Thanh Toán trong phần 4.4.1 bên trên sẽ áp dụng cho phần tiền trong hóa đơn thuộc trách nhiệm của bệnh nhân, bao gồm khoản đồng thanh toán và khấu trừ (không thuộc Medi-Cal).
- (2) Khoản thanh toán của Đối Tượng Tham Gia FAP với Chi Phí Y Tế cao sẽ được giới hạn sao cho các khoản thanh toán không vượt quá chênh lệch giữa số tiền thanh toán từ bất kỳ bên chi trả thứ ba nào và mức tối đa được quy định cho một dịch vụ căn cứ theo CDM (Xem Chính Sách Định Giá Công Bằng). Tuy nhiên, trong mọi trường hợp khoản thanh toán này đều không vượt quá AGB. Rady Children's sẽ sử dụng phương pháp sau để tính AGB (Số tiền Thường lập Hóa đơn):

Đánh giá hàng năm bằng phương pháp xét duyệt lại (hồi tố), sau khi kết thúc năm tài khóa trước đó, đối với các bồi khoản thực tế đã chi trả cho Bệnh viện bởi chương trình Medicare fee-for-service cùng với tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân.

Có thể lấy được bản tính toán AGB từ Văn Phòng Tư Vấn Tài Chính khi có yêu cầu. Hạn mức này được tính toán như ví dụ sau:

Mức CDM (50 USD)

-

Khoản thanh toán của Bên Chi Trả Thứ Ba (25 USD)

---

Khoản thanh toán tối đa của Đối Tượng Tham Gia FAP (25 USD)

#### 4.4.3. Chiết Khấu Thanh Toán cho Bác Sĩ Phòng Cấp Cứu.

- (1) Bác Sĩ Cấp Cứu của Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ dựa trên kết quả xác định tính đủ điều kiện với FAP của bệnh viện.
- (2) Chiết Khấu Thanh Toán cho dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu của Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ tuân thủ chính sách và quy trình này ngoại trừ có quy định khác bên dưới.
- (3) Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ giới hạn khoản thanh toán từ Đối Tượng Tham Gia FAP cho dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu bằng số tiền không quá (a) 50% số trung bình của các phí được ghi hóa đơn dựa trên cơ sở dữ liệu được công nhận quốc gia về phí bác sĩ khi đã lựa chọn một cơ sở dữ liệu hoặc (b) 50% phí được ghi hóa đơn thực tế theo Bản Mô Tả Lệ Phí của Tổ Chức Nhi Đồng Rady.

#### 4.5. CHĂM SÓC MIỄN PHÍ/TỪ THIỆN

- 4.5.1. Bệnh Nhân Tự Chi Trả có Thu Nhập của bệnh nhân/Gia Đình không vượt quá 250% FPL sẽ nhận được Chăm Sóc Từ Thiện với mức phí danh nghĩa không vượt quá 100 USD.
- 4.5.2. Các dịch vụ không cần thiết về y khoa chỉ có tính chất thẩm mỹ đơn thuần đủ điều kiện hưởng Chăm Sóc Từ Thiện theo toàn quyền quyết định của Tổ Chức Nhi Đồng Rady.

#### 4.6. ĐỦ ĐIỀU KIỆN GIẢ ĐỊNH

- 4.6.1 Ngoài quy trình đăng ký thủ công được trình bày trong đoạn 4.2, bệnh nhân cũng có thể được giả định hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính dựa trên bằng chứng được cung cấp thông qua công cụ sàng lọc bên thứ ba, bất kể trạng thái bảo hiểm của bệnh nhân đó như thế nào.



- 4.6.2 Để đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính với trạng thái giả định đủ điều kiện, bệnh nhân phải đạt yêu cầu về ngưỡng nghèo liên bang giống như những bệnh nhân hoàn thành quy trình đăng ký thủ công được quy định trong đoạn 3.0 nêu trên. Thông tin từ công cụ sàng lọc bên thứ ba sẽ xác minh trạng thái tài chính của bệnh nhân và có thể được sử dụng làm nguồn tài liệu căn cứ duy nhất để đưa ra quyết định về hỗ trợ tài chính.
- 4.6.3 Những bệnh nhân được coi là không đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính thông qua quy trình giả định đủ điều kiện có thể đăng ký thông qua quy trình đăng ký tiêu chuẩn được mô tả chi tiết trong đoạn 4.2.

#### 4.7 THÔNG BÁO TỚI BỆNH NHÂN VÀ & OSHPD

##### 4.7.1 Bệnh Viện sẽ:

- (1) Cung cấp cho tất cả các bệnh nhân không được chi trả bảo hiểm từ một bên thứ ba, đơn đăng ký Medi-Cal, Healthy Families, the California Health Benefit Exchange, hoặc chương trình của chính phủ khác (trong phạm vi sẵn có với Tổ Chức Nhi Đồng Rady). Các đơn đăng ký này sẽ được gửi tới bệnh nhân phòng cấp cứu, bệnh nhân ngoại trú của Bệnh Viện, và bệnh nhân nội trú của Bệnh Viện trước khi xuất viện.
- (2) Nộp tài liệu trong chính sách và quy trình này bao gồm đơn đăng ký FAP mẫu cho Văn Phòng Hoạch Định và Phát Triển Y Tế Toàn Bang California (California Office of Statewide Health Planning and Development, hay OSHPD) khi có thay đổi lớn hoặc các giấy tờ được cập nhật, và ít nhất hai năm một lần gửi thông báo cho OSHPD nếu không có thay đổi nào.
- (3) Đăng tải tài liệu chính sách và quy trình này, bản tóm tắt dễ hiểu của tài liệu này, và đơn đăng ký FAP trên trang web của Bệnh Viện.
- (4) Đưa ra và cung cấp bản sao in ra giấy của tài liệu này, đơn đăng ký FAP và bản tóm tắt dễ hiểu của tài liệu này (1) khi có yêu cầu và miễn phí qua thư (2) trong khuôn khổ quy trình nhập viện và xuất viện của Bệnh Viện, và (3) ở các địa điểm công cộng dễ thấy bao gồm phòng cấp cứu, khu vực nhập viện của bệnh nhân, văn phòng thanh toán, Nơi Đăng Ký-Bệnh Nhân, và các khu cho bệnh nhân ngoại trú khác.
- (5) Thông báo và cho các thành viên trong cộng đồng biết về FAP theo cách thức được tính toán hợp lý để thông tin đến được với những người có khả năng cần hỗ trợ tài chính nhất từ Bệnh Viện.
- (6) Đưa văn bản thông báo dễ thấy trên hóa đơn về chương trình FAP, bao gồm số điện thoại của văn phòng Bệnh Viện có thể cung cấp thông tin về quy trình đăng ký, địa chỉ trang web nơi đăng chính sách và quy trình này.
- (7) Hỗ trợ tất cả các nhóm bệnh nhân chính có trình độ tiếng Anh hạn chế (limited English proficiency, hay LEP) bằng cách cung cấp tài liệu dịch về FAP, và bản tóm tắt dễ hiểu bằng (các) ngôn ngữ chính được sử dụng trong nhóm bệnh nhân.

##### 4.7.2 Quỹ Y Tế 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 bên thứ ba. Thông báo này phải là văn bản thông báo dễ thấy trên hóa đơn về chương trình FAP, bao gồm số điện thoại của văn phòng Bệnh Viện có thể cung cấp thông tin về quy trình đăng ký, địa chỉ trang web nơi đăng chính sách và quy trình này.

#### **4.8 HOÀN LẠI PHẦN PHÍ PHỤ TRỢ**

- 4.8.1 Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ hoàn lại cho bệnh nhân số tiền đã trả vượt quá số tiền tới hạn theo FAP, bao gồm tiền lãi áp dụng.
- 4.8.2 Lãi phát sinh trên khoản tiền phụ trợ từ bệnh nhân đủ điều kiện tham gia FAP kể từ ngày Tổ Chức Nhi Đồng Rady nhận được khoản thanh toán.
- 4.8.3 Nếu khoản chênh lệch ít hơn 5 USD, Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ cung cấp một khoản tín dụng vào tài khoản của bệnh nhân trong 60 ngày kể từ ngày số tiền đến hạn phải bồi hoàn cho bệnh nhân. Nếu khoản tín dụng này không được sử dụng trong thời gian 60 ngày thì sẽ được chuyển lại vào tài khoản của Tổ Chức Nhi Đồng Rady.

#### **4.9 DANH SÁCH NHÀ CUNG CẤP**

- 4.9.1 Mọi thành viên trong Quỹ Y Khoa là Nhân Viên Y Tế của Bệnh Viện đều tham gia FAP. Tổ Chức Nhi Đồng Rady đăng danh sách bác sĩ thuộc Quỹ Y Khoa tại địa chỉ <http://www.rchsd.org/rcssd/>.
- 4.9.2 Mọi Bác Sĩ Cấp Cứu cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện đều tham gia FAP. Tổ Chức Nhi Đồng Rady duy trì danh sách 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 TỪ CHỐI HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

- 4.10.1 Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể thu hồi lại hỗ trợ tài chính đã cấp theo chính sách này nếu họ xác định một bệnh nhân/Người Bảo Lãnh đã gửi thông tin sai lệch, gây hiểu lầm hoặc gian lận trong hoặc kèm đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính.
- 4.10.2 Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể rút lại đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính nếu họ xác định một bệnh nhân/Người Bảo Lãnh đã gửi thông tin sai lệch, gây hiểu lầm hoặc gian lận trong hoặc kèm đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính.
- 4.10.3 Nếu Tổ Chức Nhi Đồng Rady xác định rằng bệnh nhân/Người Bảo Lãnh không đủ điều kiện tham gia FAP theo chính sách này, họ sẽ thông báo cho bệnh nhân/Người Bảo Lãnh về quyết định từ chối bằng văn bản. Phòng Tư Vấn Tài Chính sẽ điều phối việc xử lý và gửi các thông tin này qua thư.

#### **4.11 TRANH CHẤP VỀ TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN**

- 4.11.1 Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể từ chối tư cách nhận Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Chiết Khấu Thanh Toán trên một trong các cơ sở sau: 1) bệnh nhân không đủ điều kiện và tài chính hoặc 2) bệnh nhân/Người Bảo lãnh không cung cấp các giấy tờ bắt buộc theo chính sách và quy trình này.
- 4.11.2 Tổ Chức Nhi Đồng Rady chỉ định Giám Đốc về Tiếp Nhận Bệnh Nhân xem xét các tranh chấp liên quan tới tính đủ điều kiện. Cần đưa tranh chấp về tính đủ điều

kiện tới bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Bệnh Viện theo số 800-788-9029 để ghi nhận và theo dõi. Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng sẽ chuyển tranh chấp sang Giám Đốc về Tiếp Nhận Bệnh Nhân để xem xét.

- 5 Tổ Chức Nhi Đồng Rady giới hạn hoạt thu nợ tuân thủ theo chính sách Thanh Toán & Thu Nợ của mình.

#### **4.12 ĐÁNH GIÁ NHU CẦU SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG/PHÂN TÍCH LỢI ÍCH CỘNG ĐỒNG**

Tổ Chức Nhi Đồng Rady thực hiện Đánh Giá Nhu Cầu Sức Khỏe Cộng Đồng/Phân Tích Lợi Ích Cộng Đồng, có thể truy cập tại địa chỉ <http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/>.

#### **5.0 BIỂU MẪU:**

Đơn Đăng Ký FAP (Chăm Sóc Miễn Phí/Từ Thiện hoặc Chiết Khấu Thanh Toán)  
Bản tóm tắt về FAP

#### **6.0 CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN:**

Định Giá Công Bằng với Bệnh Viện & Bác Sĩ Cấp Cứu, CPM 7-55  
Thanh Toán & Thu Nợ, CPM 7-56

#### **7.0 TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

California AB 774 (2007), AB 1503 - Chương 445 (2010), SB 1276 – Chương 758 (2014)–  
Chính Sách Định Giá Công Bằng của Bệnh Viện(Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn 127400-  
127446)

Mục 22, Bộ Luật Quy Định California, §§ 96005-96020, 96040-96050

Oshpd.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr

Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770

Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Vừa túi tiền

Bộ Luật Thuế Vụ phần 501(r)