

BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ASCENSION SAINT THOMAS

Chăm Sóc Từ Thiện

06/01/2023

CHÍNH SÁCH/NGUYÊN TẮC

Chính sách của Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng Ascension Saint Thomas là đảm bảo thực hành công bằng về mặt xã hội trong trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác tại các cơ sở của Tổ chức. Chính sách này được thiết kế một cách cụ thể để đánh giá tình trạng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính và nhận được sự chăm sóc từ Tổ chức. **“Tổ chức”** có nghĩa là Saint Thomas Health.

1. Mọi sự hỗ trợ tài chính đều phản ánh cam kết và sự tôn trọng của chúng tôi đối với phẩm giá và phúc lợi chung của con người, thể hiện sự quan tâm và sự đồng cảm đặc biệt của chúng tôi đối với những người sống trong nghèo khó cũng như đối với những người dễ bị tổn thương khác, đồng thời chính là cam kết của chúng tôi về sự sẻ chia công bằng và trách nhiệm đối với mọi người.
2. Chính sách này áp dụng cho tất cả các trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác do Tổ chức cung cấp. Chính sách này không áp dụng với các chi phí chăm sóc không phải là chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác.
3. Danh sách các Nhà Cung Cấp Được Bảo Hiểm bởi Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính liệt kê danh sách bất kỳ nhà cung cấp nào cung cấp dịch vụ chăm sóc trong các cơ sở của Tổ chức, trong đó nêu rõ những nhà cung cấp nào được bảo hiểm bởi chính sách hỗ trợ tài chính và những nhà cung cấp nào không.

CÁC ĐỊNH NGHĨA

Theo nội dung của Chính sách này, chúng tôi áp dụng các định nghĩa sau đây:

- **“501(r)”** có nghĩa là Mục 501(r) của Luật Doanh Thu Nội Bộ và các quy định được ban hành theo đó.
- **“Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn”** hoặc **“AGB”** có nghĩa là, đối với trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, số tiền thường được lập hóa đơn cho những cá nhân có bảo hiểm chi trả cho những dịch vụ chăm sóc đó.
- **“Cộng đồng”** “Cộng đồng” có nghĩa là mười ba (13) quận của miền Trung tiểu bang Tennessee bao gồm: Cannon, Davidson, DeKalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson, và Humphrey. Bệnh nhân sẽ được coi là thành viên của Cộng đồng mà Tổ chức phục vụ nếu trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế mà Bệnh nhân yêu cầu là tiếp nối của các dịch vụ cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác đã được nhận tại một cơ sở khác của Ascension Health nơi mà Bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho trường hợp khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế đó.
- **“Chăm sóc cấp cứu”** có nghĩa là chuyên dạ sinh con hoặc một tình trạng y tế nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể được dự đoán dẫn đến nguy hiểm nghiêm trọng cho sức khỏe của bệnh nhân (hoặc thai nhi), suy yếu nghiêm trọng đến chức năng cơ thể, hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể.

“**Chăm sóc cần thiết về mặt y tế**” có nghĩa là dịch vụ chăm sóc (1) phù hợp, thích đáng và cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của Bệnh nhân; (2) sự đáp ứng hoặc mức độ dịch vụ thích hợp nhất cho tình trạng của Bệnh nhân có thể được thực hiện một cách an toàn; (3) không được cung cấp nếu chủ yếu vì sự tiện lợi của Bệnh nhân, gia đình, bác sĩ hoặc người chăm sóc của Bệnh nhân; và (4) có nhiều khả năng mang lại lợi ích cho Bệnh nhân hơn là gây hại. Để dịch vụ chăm sóc theo lịch trình trong tương lai được coi là "chăm sóc cần thiết về mặt y tế", dịch vụ chăm sóc và thời gian chăm sóc phải được Giám Đốc Y Tế của Tổ chức (hoặc người được chỉ định) phê duyệt. Việc xác định dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế phải được thực hiện bởi nhà cung cấp được cấp phép đang cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho Bệnh nhân và, theo quyết định của Tổ chức, bởi bác sĩ tiếp nhận, bác sĩ giới thiệu và/hoặc Giám Đốc Y Tế hoặc bác sĩ đánh giá khác (tùy thuộc vào loại chăm sóc được khuyến nghị). Trong trường hợp yêu cầu chăm sóc y tế của Bệnh nhân được chi trả theo chính sách này nhưng bác sĩ giám định xác định chăm sóc y tế đó không cần thiết về mặt y tế, thì quyết định đó cũng phải được xác nhận bởi bác sĩ tiếp nhận hoặc bác sĩ tham vấn.

- “**Tổ chức**” có nghĩa là Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng Ascension Saint Thomas.
- “**Bệnh nhân**” có nghĩa là những người nhận được chăm sóc trong trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác tại Tổ chức và người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc bệnh nhân.

Hỗ Trợ Tài Chính Được Cung Cấp

Hỗ trợ tài chính được mô tả trong phần này chỉ áp dụng cho các Bệnh nhân sống trong Cộng đồng:

1. Theo các điều khoản khác của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 250% thu nhập của Mức Nghèo Liên Bang (“FPL”), sẽ đủ điều kiện nhận 100% chăm sóc từ thiện đối với phần phí dịch vụ mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm sau khi công ty bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó được xác định là đủ điều kiện theo cách tính điểm giả định (được mô tả trong Đoạn 5 bên dưới) hoặc nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (“Đơn Đăng Ký”) vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn Đăng Ký được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên tới 100% nếu Bệnh nhân nộp Đơn Đăng Ký sau ngày thứ 240 sau ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân được lập, nhưng sau đó số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân trong danh mục này được giới hạn ở mức số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính đến mọi khoản thanh toán được thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.
2. Theo các điều khoản khác của Chính sách hỗ trợ tài chính này, Bệnh nhân có thu nhập trên 250% FPL nhưng không vượt quá 400% FPL, sẽ được chiết khấu theo thang đối chiếu đối với phần chi phí đó cho các dịch vụ được cung cấp mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm sau khi được công ty bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn Đăng Ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân được lập và Đơn Đăng Ký được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính chiết khấu theo thang đối chiếu nếu Bệnh nhân nộp Đơn Đăng Ký sau ngày thứ 240 sau ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân được lập, nhưng sau đó số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân trong danh mục này được giới hạn ở mức số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính đến mọi khoản thanh toán được thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài

chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính. Chiết khấu thang đối chiếu như bên dưới:

Bệnh nhân từ 251% FPL đến 300% FPL sẽ nhận được hỗ trợ 95%

Bệnh nhân từ 301% FPL đến 351% FPL sẽ nhận hỗ trợ 90%

Bệnh nhân từ 351% FPL đến 400% FPL sẽ nhận hỗ trợ 85%

3. Theo các điều khoản khác của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập cao hơn 400% FPL có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính qua việc “Điều Tra Tài Chính” để được Tổ chức chiết khấu một số khoản phí của Bệnh nhân đối với các dịch vụ dựa trên tổng số tiền nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Điều Tra Tài Chính nếu Bệnh nhân có tổng nợ y tế quá mức, bao gồm nợ y tế đối với Ascension và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác, đối với trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, tương đương bằng hoặc cao hơn tổng thu nhập hộ gia đình của Bệnh nhân đó. Mức hỗ trợ tài chính được cung cấp theo Điều Tra Tài Chính giống như mức hỗ trợ được cấp cho bệnh nhân có thu nhập bằng 400% FPL theo Đoạn 2 ở trên, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn Đăng Ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau ngày đầu tiên hóa đơn xuất viện của Bệnh nhân được lập và Đơn được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính chiết khấu điều tra tài chính nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn Đăng Ký sau ngày thứ 240 sau ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân được lập, nhưng sau đó số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân trong danh mục này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi nhận tính đến bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.
4. Bệnh nhân có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo mô tả tại Đoạn 1 đến Đoạn 3 bên trên nếu Bệnh nhân được coi là có đủ tài sản để thanh toán theo quy trình “Giám Định Tài Sản”. Giám Định Tài Sản bao gồm đánh giá thực tế khả năng chi trả của Bệnh nhân dựa trên danh mục tài sản được đo lường trong Đơn Đăng Ký FAP. Bệnh nhân có tài sản vượt quá 250% số tiền FPL, Bệnh nhân đó có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
5. Tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được xác định tại bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ doanh thu và có thể bao gồm việc sử dụng điểm giả định cho Bệnh nhân có đủ số dư chưa thanh toán trong vòng 240 ngày đầu tiên sau ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân được lập để xác định tính đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện 100% bất chấp Bệnh nhân không hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính (“Đơn Đăng Ký FAP”). Nếu Bệnh nhân được chăm sóc từ thiện 100% mà không cần phải hoàn thành Đơn Đăng Ký FAP và chỉ thông qua thang điểm giả định, mức hỗ trợ tài chính mà Bệnh nhân đủ điều kiện nhận sẽ bị giới hạn trong số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính đến các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản Bệnh nhân. Kết quả xác định tình trạng đủ điều kiện dựa trên thang điểm giả định chỉ áp dụng với giai đoạn chăm sóc mà phương pháp tính toán theo thang điểm giả định được tiến hành.
6. Đối với Bệnh nhân tham gia vào một số chương trình bảo hiểm nhất định mà Tổ chức cho là “ngoài mạng lưới”, thì Tổ chức có thể giảm hoặc từ chối hỗ trợ tài chính mà lẽ ra sẽ có thể

được cung cấp cho Bệnh nhân dựa trên việc xem xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân và các thông tin thực trạng và hoàn cảnh thích hợp khác.

7. Bệnh nhân có thể khiếu nại bất kỳ sự từ chối nào về việc đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính bằng cách cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ chức trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch kể từ khi nhận được thông báo từ chối. Mọi sự kháng nghị sẽ được xét duyệt bởi Tổ chức để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng xác nhận việc từ chối Hỗ Trợ Tài Chính trước đó, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh nhân. Quy trình để Bệnh nhân và gia đình kháng nghị quyết định của Tổ chức về tình trạng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính là như sau:
 - a. Bệnh nhân và gia đình có thể gửi thư khiếu nại bằng văn bản qua đường bưu điện đến bộ phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân. Thư khiếu nại phải bao gồm thông tin tài chính không được xem xét trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính ban đầu của Bệnh nhân, là điều quan trọng để xem xét lại tính đủ điều kiện của Bệnh nhân để được chăm sóc từ thiện. Ngoài thư khiếu nại bằng văn bản, Bệnh nhân và gia đình phải gửi kèm tài liệu về thông tin xem xét lại có trong thư kháng nghị. Nếu không có tài liệu thích hợp, việc xem xét khiếu nại có thể bị trì hoãn cho đến khi nhận được tài liệu thích hợp. Thư khiếu nại và tài liệu hỗ trợ phải được gửi qua đường bưu điện đến Tổ chức tại 310 21st Avenue North, Nashville, TN 37203.
8. Mọi kháng nghị sẽ được xem xét bởi ủy ban kháng nghị hỗ trợ tài chính của Tổ chức và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi bằng văn bản đến Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp kháng nghị.

Hỗ Trợ Khác dành cho Bệnh Nhân Không Đủ Điều Kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính như mô tả phía trên vẫn có thể đủ điều kiện nhận các loại hỗ trợ khác được cung cấp bởi Tổ chức. Để hoàn thiện, các loại hỗ trợ tài chính khác này được liệt kê tại đây cho dù chúng không dựa trên nhu cầu và không được xây dựng nhằm tuân theo 501(r), chúng được liệt kê tại đây vì sự thuận tiện cho cộng đồng mà Tổ chức đang phục vụ.

1. Bệnh nhân không có bảo hiểm không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được giảm giá dựa trên mức chiết khấu được cung cấp cho người thanh toán cao nhất cho Tổ chức đó. Những người trả chi phí cao nhất phải chiếm ít nhất 3% số lượng bệnh nhân Tổ chức y tế đó được tính theo tổng thu nhập của bệnh nhân. Nếu một bên thanh toán không tính đến mức doanh số tối thiểu này, thì nhiều hơn một hợp đồng bên thanh toán sẽ được tính trung bình sao cho các điều khoản thanh toán được sử dụng để tính trung bình chiếm ít nhất 3% doanh số kinh doanh của Tổ chức cho điều khoản của năm đó.
2. Bệnh nhân không có bảo hiểm và có bảo hiểm không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được chiết khấu thanh toán nhanh. Chiết khấu thanh toán nhanh có thể được cung cấp ngoài chiết khấu cho người không có bảo hiểm được mô tả ở đoạn văn bản ngay trên đây.

Giới Hạn về Phí đối với Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính sẽ không bị tính phí nhiều hơn AGB của dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác và không nhiều hơn tổng chi phí của mọi dịch vụ chăm sóc y tế khác. Tổ chức tính toán một hoặc nhiều tỷ lệ phần trăm AGB bằng cách sử dụng phương

pháp "xem xét lại" và bao gồm phí dịch vụ của Medicare và tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân chi trả yêu cầu cho Tổ chức, tất cả đều tuân theo 501(r). Quý vị có thể lấy bản sao miễn phí của mô tả tính toán AGB và tỷ lệ phần trăm trên trang web của Tổ chức hoặc theo yêu cầu tại bất kỳ khu vực tiếp nhận nào. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao miễn phí tính toán và tỷ lệ phần trăm AGB qua thư bằng cách gọi cho Tổ chức theo số 629-253-5300 để yêu cầu gửi một bản sao đến địa chỉ gửi thư của Bệnh nhân.

Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính và Hỗ Trợ Khác

Bệnh nhân có thể đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính bằng cách xác định theo thang điểm giả định hoặc đăng ký xin hỗ trợ tài chính theo hình thức nộp Đơn Đăng Ký FAP đã được điền đầy đủ. Đơn Đăng Ký FAP và Hướng Dẫn Đăng Ký FAP có sẵn trên trang web của Tổ chức hoặc theo yêu cầu tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Nếu Bệnh nhân muốn đăng ký hỗ trợ tài chính sau (các) ngày điều trị dịch vụ, Bệnh nhân có thể truy cập vào Đơn Đăng Ký FAP và hướng dẫn Đăng Ký FAP và in trực tiếp từ trang web của Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng Ascension Saint Thomas. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao Đơn Đăng Ký FAP và Hướng Dẫn Đăng Ký FAP qua đường bưu điện. Để yêu cầu một bản sao của tài liệu qua đường bưu điện, Bệnh nhân nên gọi cho Tổ chức theo số 629-253-5300. Tại mỗi vị trí có thể tiếp cận nêu trên, Đơn Đăng Ký FAP và hướng dẫn Đăng Ký FAP đều có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung phồn thể, tiếng Việt, tiếng Lào, tiếng Hàn và tiếng Ả Rập. Tổ chức sẽ yêu cầu những bệnh nhân không có bảo hiểm làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký tham gia vào Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là có khả năng đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ tài chính (trừ khi đủ điều kiện và được chấp thuận theo thang điểm giả định). Bệnh nhân có thể bị từ chối cấp hỗ trợ tài chính nếu cung cấp thông tin sai lệch trong Đơn Đăng Ký FAP hoặc liên quan tới quy trình xác định tình trạng đủ điều kiện theo thang điểm giả định, nếu bệnh nhân từ chối đưa ra tiền bồi thường bảo hiểm hoặc từ chối quyền lợi được chi trả trực tiếp bởi công ty bảo hiểm có thể có nghĩa vụ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đã tiếp nhận, hoặc nếu bệnh nhân từ chối làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký tham gia vào Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là có khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính (trừ khi đủ điều kiện và được chấp thuận theo thang điểm giả định). Tổ chức có thể xem xét Đơn Đăng Ký FAP đã hoàn thiện trong khoảng thời gian ít hơn sáu tháng trước ngày có quyết định về tình trạng đủ điều kiện để đưa ra quyết định rằng bệnh nhân có đủ điều kiện trong giai đoạn chăm sóc hiện tại hay không. Tổ chức sẽ không xem xét Đơn Đăng Ký FAP đã hoàn thiện trong khoảng thời gian lâu hơn sáu tháng trước ngày có quyết định về tình trạng đủ điều kiện.

Lập Hóa Đơn và Thu Hồi Nợ

Các hành động mà Tổ chức y tế có thể áp dụng trong trường hợp bệnh nhân không chi trả được mô tả trong chính sách thanh toán và thu nợ. Bản sao miễn phí của chính sách lập hóa đơn và thu hồi nợ có thể được lấy trên trang web của Tổ chức hoặc theo yêu cầu tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao miễn phí của chính sách Lập Hóa Đơn và Thu Hồi Nợ qua đường bưu điện. Để yêu cầu một bản sao của tài liệu qua đường bưu điện, Bệnh nhân nên gọi cho Tổ chức theo số 629-253-5300.

Bản Diễn Giải

Chính sách này cùng với các thủ tục hiện hành phù hợp, được xây dựng để phù hợp với và sẽ được diễn giải và áp dụng theo 501(r) trừ khi được chỉ định khác.