

Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu

Mục Đích

Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này mô tả các thực hành lập hóa đơn, tín dụng và truy thu áp dụng với bệnh nhân của Children's Hospital Corporation có tên kinh doanh Boston Children's Hospital ("Bệnh Viện"). Danh sách các thực hành, các địa điểm và cơ sở khác của Bệnh Viện cung cấp Dịch Vụ Cấp Cứu và Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế áp dụng Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này sẽ có sẵn như được mô tả trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này. Ngoài ra, các quy định nhất định trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này, như được định nghĩa cụ thể trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu, áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở của

Bệnh Viện, hoặc các cơ sở của Tổ Chức Bác Sĩ có liên quan của Bệnh Viện ("Tổ Chức") nơi có hệ thống hỗ trợ hành chính và nhân sự được cung cấp thông qua Bệnh Viện, bởi các bác sĩ của Tổ Chức. Chính sách này không áp dụng cho Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy hay bất kỳ dược phẩm nào được phân phối bởi Boston Children's Pharmacy.

Tuyên Bố Chính Sách

1. Bệnh Viện và các Tổ Chức cam kết giữ vai trò là nguồn trợ giúp cho trẻ em cần được chăm sóc, bất kể khả năng thanh toán.
2. Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này áp dụng cho tất cả các Dịch Vụ Cấp Cứu và các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác (được định nghĩa bên dưới) do Bệnh Viện cung cấp. Ngoài ra, các quy định nhất định của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này sẽ áp dụng cho các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế do các Tổ Chức cung cấp tại một số cơ sở cụ thể của Tổ Chức. Các Dịch Vụ Cấp Cứu và các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác không bao gồm thủ thuật phẫu thuật thẩm mỹ tự chọn.
3. Bệnh Viện sẽ cung cấp Dịch Vụ Cấp Cứu cho tất cả bệnh nhân, không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tư cách công dân, tình trạng người nước ngoài, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, khuynh hướng tính dục, nhận diện giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc tình trạng Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp (được định nghĩa bên dưới), và sẽ áp dụng các chính sách và thủ tục được mô tả trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này mà không phân biệt đối xử. Bệnh Viện nghiêm cấm bất kỳ hành động nào có thể ngăn cản các cá nhân tìm kiếm Dịch Vụ Cấp Cứu như yêu cầu bệnh nhân Khoa Cấp Cứu phải thanh toán trước khi nhận điều trị cho các Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu hoặc cho

phép thực hiện hoạt động thu nợ gây trở ngại cho việc cung cấp Dịch Vụ Cấp Cứu, không phân biệt đối xử.

4. Bệnh Viện và các Tổ Chức, thông qua Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của mình, sẽ hỗ trợ bệnh nhân/Người Bảo Đảm (được định nghĩa bên dưới) với quy trình hoàn thành đơn đăng ký cho các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng (được định nghĩa bên dưới), bất cứ khi nào có thể.

© Boston Children's Hospital,

5. Bệnh Viện và các Tổ Chức có thể cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân đáp ứng tiêu chí về điều kiện hội đủ được mô tả trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của họ.
6. Bệnh Viện và các Tổ Chức sẽ (a) không thực hiện các nỗ lực truy thu thanh toán cho Dịch Vụ Cấp Cứu và các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế (được định nghĩa bên dưới) từ những bệnh nhân được miễn trừ khỏi hành động truy thu theo Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này; (b) hoàn trả bất kỳ khoản thu nào nhận được từ những bệnh nhân đó cho Dịch Vụ Cấp Cứu và các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế; và (c) chia sẻ thông tin với nhau về bảo hiểm và điều kiện hội đủ của bệnh nhân trong việc tham gia các chương trình công cộng hoặc của Bệnh Viện.
7. Theo Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này và Chính Sách Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm, Bệnh Viện và các Tổ Chức có thể mở rộng các khoản giảm giá có sẵn trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, tùy từng trường hợp, để ghi nhận những trường hợp có khó khăn tài chính đặc biệt.

Định Nghĩa

Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn (AGB): Số tiền thường được lập hóa đơn cho các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế cho những cá nhân có bảo hiểm bao trả cho Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế. AGB sẽ được tính bằng "Phương Pháp Nhìn Lại" và như được mô tả đầy đủ hơn trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện, ở Phần có tên "Hạn Chế Đối Với Các Khoản Phí".

Thu Nhập Tính Được: Như được định nghĩa trong Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe.

Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện: Chi phí của Bệnh Viện hoặc Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng hội đủ điều kiện được Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe (Health Safety Net) thanh toán theo Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe.

Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu: Một tình trạng bệnh lý, dù là thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng đủ mức độ nghiêm trọng, bao gồm cả cơn đau dữ dội, mà một người bình thường cần trợ giúp có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế có thể mong đợi một cách hợp lý rằng có thể khiến người đó hoặc người khác gặp nguy hiểm nghiêm trọng về sức khỏe, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hay rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể hoặc của phụ nữ mang thai, như được định nghĩa thêm trong 42 USC Phần 1395dd(e)(1)(B).

Các Dịch Vụ Cấp Cứu: Các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế được cung cấp cho một cá nhân có Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu.

Mức Nghèo Đói của Liên Bang (FPG): Ngưỡng thu nhập do Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ ban hành hàng năm.

Người Bảo Đảm: Một người hoặc một nhóm người, bao gồm nhưng không chỉ gồm, cha mẹ, người giám hộ hợp pháp và các thành viên khác trong gia đình bệnh nhân, những người đảm nhận trách nhiệm thanh toán tất cả hoặc một phần phí dịch vụ của Bệnh Viện hoặc các Tổ Chức.

Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe: Chương trình thanh toán được thiết lập và quản lý theo M.G.L. c.188E, Phần 65.

Các Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe: Các quy định trong 101 CMR 613.00, và sau đó.

Người Cư Trú tại Massachusetts: người cư trú tại Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts đáp ứng các tiêu chí nêu trong 130 CMR 503.002.

MassHealth MAGI: Tổng Thu Nhập Điều Chỉnh được sử dụng để quyết định điều kiện hội đủ cho MassHealth, bao gồm nhưng không chỉ gồm, giai đoạn thời gian áp dụng tính toán Thu Nhập MAGI để quyết định điều kiện hội đủ MassHealth.

Khó Khăn về Y Tế: Loại điều kiện hội đủ của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe có sẵn cho Cư Dân Massachusetts ở bất kỳ mức Thu Nhập Tính Được nào và có các chi phí y tế cho phép tiêu tốn hết Thu Nhập Tính Được của họ hoặc Người Bảo Đảm khiến họ không thể thanh toán được cho Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện như được mô tả trong 101 CMR 613.05.

Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế: Các dịch vụ được mong đợi một cách hợp lý là có thể ngăn ngừa, chẩn đoán, ngăn chặn tình trạng nặng hơn, làm giảm bớt, điều chỉnh hoặc chữa khỏi các tình trạng nguy hiểm đến tính mạng, gây đau đớn, dị dạng hoặc lệch lạc chức năng về thể chất, đe dọa gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng khuyết tật hay dẫn đến bệnh tật hoặc yếu ớt.

Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả: Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả bao gồm các dịch vụ (a) không được bao hàm trong các quyền lợi được bao trả/các dịch vụ hội đủ điều kiện trong phạm vi bảo hiểm của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Cá Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân và do đó bệnh nhân chịu trách nhiệm tài chính thanh toán cho (các) nhà cung cấp của những dịch vụ đó; (b) được bao hàm trong các quyền lợi được bao trả/các dịch vụ hội đủ điều kiện, nhưng được cung cấp sau khi bệnh nhân đã sử dụng hết tất cả các quyền lợi trong Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Cá Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân; hoặc (c) được cung cấp bởi một nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân. Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả không bao gồm Các Dịch Vụ Cấp Cứu.

Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân: Mọi khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ mà bệnh nhân/Người Bảo Đảm phải thanh toán theo các điều khoản trong Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Cá Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng mà bệnh nhân ghi danh hoặc bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân: Phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp theo bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm khác hay theo bất kỳ chương trình sức khỏe, phúc lợi hoặc chương trình nào khác, quỹ hoặc quỹ ủy thác được thành lập với mục đích thanh toán hoặc giải quyết việc thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho những người đã ghi danh vào hoặc trong hay hội đủ điều kiện cho bảo hiểm, chương trình bảo hiểm hoặc chương trình đó.

Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp: Các cá nhân hành nghề, các nhóm hành nghề và những cá nhân và tổ chức khác cung cấp Dịch Vụ Cấp Cứu và Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác trong Bệnh Viện, bao gồm tại bất kỳ phòng khám nào của Bệnh Viện và bất kỳ trung tâm y tế nào được Bệnh Viện cấp phép. Danh sách các Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp Bệnh Viện có sẵn như được mô tả trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu.

Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng: Các chương trình do chính phủ tiểu bang hoặc liên bang thiết lập để thanh toán hoặc giải quyết chi phí của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả/hội đủ điều kiện được cung cấp cho những cá nhân đáp ứng tiêu chí hội đủ điều kiện của chương trình. Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng bao gồm nhưng không chỉ gồm MassHealth, Health Safety Net, các chương trình có trợ cấp được cung cấp theo Đạo Luật Chăm Sóc Giá Phải Chăng như các chương trình ConnectorCare, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em (CHIP), các chương trình Medicaid và Medicare khác.

Nguồn Quỹ Khác: bao gồm các nguồn lực và nguồn quỹ khác có sẵn cho hoặc vì quyền lợi của bệnh nhân/Người Bảo Đảm, có thể được sử dụng để chi trả cho việc chăm sóc bệnh nhân, bao gồm nhưng không chỉ gồm, thông qua các tổ chức từ thiện, từ người thân, bạn bè và các bên thứ ba khác và quỹ tín thác (bao gồm các quỹ có sẵn dưới hình thức tài trợ của cộng đồng và các phương pháp gây quỹ tương tự khác).

Chăm Sóc Khẩn Cấp: Các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế do Bệnh Viện cung cấp sau khi một tình trạng y tế khởi phát, dù là thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính ở mức độ đủ nghiêm trọng (bao gồm cả cơn đau dữ dội) mà một người bình thường thận trọng sẽ tin rằng nếu không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ thì có thể dẫn đến việc sức khỏe của bệnh nhân gặp nguy hiểm, suy giảm các chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể. Các dịch vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao dẫn đến nguy hại nghiêm trọng đối với sức khỏe của một người. Các dịch vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp không bao gồm các dịch vụ tự chọn.

Phân Loại Dịch Vụ/Trì Hoãn hoặc Từ Chối Dịch Vụ

Mọi người có thể tự đến hoặc có thể được đưa đến để nhận điều trị ngoài dự kiến tại Khoa Cấp Cứu của Bệnh Viện, hoặc tự đến hay được đưa đến Cơ Sở Chính của Bệnh Viện và yêu cầu khám hoặc điều trị cho tình trạng có thể là Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu hoặc nhờ người khác đưa ra yêu cầu đó. Bất kỳ bệnh nhân nào có mặt để nhận Dịch Vụ Cấp Cứu sẽ được đánh giá bất kể tình trạng bảo hiểm hay khả năng thanh toán của bệnh nhân, phù hợp với Luật Điều Trị Y Tế và Chuyển Dạ Cấp Cứu (EMTALA) liên bang. Sau khi đánh giá bệnh nhân tại Khoa Cấp Cứu, bác sĩ điều trị

trong Khoa Cấp Cứu sẽ phân loại các dịch vụ là Dịch Vụ Cấp Cứu hay Chăm Sóc Khẩn Cấp (theo các định nghĩa nêu trên), hay là Phi Khẩn Cấp.

Các dịch vụ tự chọn và các dịch vụ được xếp lịch từ trước được coi là Phi Khẩn Cấp, và do đó không phải là Dịch Vụ Cấp Cứu hay Chăm Sóc Khẩn Cấp, bất kể hoàn cảnh cung cấp dịch vụ. Các cách phân loại đó được Bệnh Viện sử dụng để xác định việc bao trả nợ xấu cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp theo Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe.

Bệnh Viện nghiêm cấm bất kỳ hành động nào có thể ngăn cản các cá nhân tìm kiếm Dịch Vụ Cấp Cứu như yêu cầu bệnh nhân Khoa Cấp Cứu phải thanh toán trước khi nhận điều trị cho các Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu hoặc cho phép thực hiện hoạt động thu nợ gây trở ngại cho việc cung cấp Dịch Vụ Cấp Cứu, không phân biệt đối xử.

Ngoài ra, Bệnh Viện sẽ không trì hoãn hoặc từ chối điều trị cho những bệnh nhân đến nhận Dịch Vụ Cấp Cứu hoặc Chăm Sóc Khẩn Cấp hay những người đã ghi danh vào Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng, chỉ vì các cân nhắc tài chính. Bệnh Viện có quyền trì hoãn hoặc từ chối cung cấp các Dịch Vụ Phi Cấp Cứu, Chăm Sóc Phi Khẩn Cấp cho bệnh nhân, bao gồm cả các trường hợp bệnh nhân/Người Bảo Đảm từ chối tuân thủ các yêu cầu đặt cọc hoặc thiếu nguồn tài chính để thanh toán cho các dịch vụ thông qua Nguồn Quỹ tư nhân khác, và từ chối đăng ký hoặc sử dụng Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân có sẵn hoặc các Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng có sẵn cho bệnh nhân hoặc bệnh nhân hội đủ điều kiện, hay từ chối cung cấp tài liệu bắt buộc cho (các) đơn đăng ký đó.

Các Thủ Tục để Thu Thập Thông Tin Tài Chính của Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm

A. Thu Thập Thông Tin: Trước khi cung cấp bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào (ngoại trừ các trường hợp Dịch Vụ Cấp Cứu và Chăm Sóc Khẩn Cấp), bệnh nhân/Người Bảo Đảm phải cung cấp thông tin kịp thời và chính xác về Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân và/hoặc tính đủ điều kiện của bệnh nhân đối với các bảo hiểm đó; thông tin nhân khẩu; thay đổi tình trạng của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân và Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng; cũng như thông tin về bất kỳ khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm nào còn nợ dựa trên bảo hiểm hiện có của bệnh nhân hoặc các nghĩa vụ thanh toán khác. Thông tin chi tiết có thể bao gồm:

1. Họ tên, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email, ngày sinh, số an sinh xã hội (nếu có), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng hiện tại, thông tin về tư cách công dân và tình trạng cư trú của bệnh nhân, cũng như nguồn tài chính của bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể được sử dụng để chi trả cho việc chăm sóc bệnh nhân;
2. Họ tên, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email, ngày sinh, số an sinh xã hội (nếu có), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng hiện tại và nguồn tài chính có thể được sử dụng để chi trả cho việc chăm sóc bệnh nhân của Người Bảo Đảm cho bệnh nhân; và
3. Các nguồn lực khác có thể được sử dụng để thanh toán cho việc chăm sóc bệnh nhân bao gồm nhưng không chỉ gồm, Nguồn Quỹ Khác, các chương

trình bảo hiểm khác, hợp đồng bảo hiểm xe cộ hoặc bảo hiểm của chủ nhà nếu việc điều trị là do tai nạn, chương trình bồi thường cho người lao động và hợp đồng bảo hiểm dành cho học sinh/sinh viên.

4. Tài liệu xác nhận những thông tin được mô tả phía trên.

Khi thông tin bắt buộc hoặc việc xác nhận thông tin được chấp nhận không được cung cấp tại thời điểm nhập viện hay khi xếp lịch hẹn khám ngoại trú, thì sẽ có những nỗ lực liên tục được thực hiện để thu thập các thông tin cần thiết cho đến sau xuất viện/hậu dịch vụ.

B. Các Thời Điểm Thu Thập Dữ Liệu: Phần sau xác định các thời điểm có thể thực hiện nỗ lực để thu thập thông tin này và ai sẽ thực hiện việc đó:

1. **Khi Xếp Lịch Nhập Viện hay Khám Ngoại Trú:** Nhân viên văn phòng bác sĩ hay nhân viên Bệnh Viện phụ trách xếp lịch cho dịch vụ sẽ yêu cầu thông tin tài chính.
2. **Khi Xác Minh Thông Tin Bệnh Nhân:** Nhân viên Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, nhân viên văn phòng bác sĩ hay nhân viên Bệnh Viện phụ trách xác minh thông tin bệnh nhân trước khi cung cấp dịch vụ có thể yêu cầu thông tin tài chính nếu cần thiết.
3. **Ngày Nhập Viện/Thời Điểm Nhận Dịch Vụ; trong Thời Gian Nằm Viện; vào Thời Điểm Xuất Viện; và Sau Xuất Viện/Sau Thời Điểm Nhận Vụ:** Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, Điều Phối Viên Chăm Sóc Bệnh Nhân hoặc Nhân Viên Quản Lý Ca Bệnh, nếu áp dụng. Khi có nghi vấn với thông tin tài chính của bệnh nhân/Người Bảo Đảm, thì bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể được giới thiệu tới Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân để xác minh thông tin. Quy trình này áp dụng cho cả dịch vụ đã được xếp lịch từ trước và Dịch Vụ Cấp Cứu (ngay khi có thể áp dụng một cách hợp lý sau khi cung cấp dịch vụ hay nhập viện, phù hợp với EMTALA).
4. **Các Dịch Vụ Cấp Cứu:** Nhân viên đăng ký của Khoa Cấp Cứu sẽ hỏi, thu thập và xác minh mọi thông tin cần thiết về bệnh nhân và tài chính sớm nhất có thể, theo sự cho phép của các quy định trong EMTALA. Thông tin chưa được thu thập vào thời điểm cung cấp dịch vụ hoặc nhập viện sẽ được yêu cầu qua các lần liên hệ và phỏng vấn với bệnh nhân/Người Bảo Đảm trong thời gian bệnh nhân nằm viện, hoặc vào thời điểm xuất viện nếu mọi nỗ lực khác đều không thành công. Nếu được bệnh nhân/Người Bảo Đảm ủy quyền cho phép, việc liên hệ với các cá nhân khác sẽ được thực hiện để thu thập thông tin nhằm đánh giá khả năng thanh toán của bệnh nhân/Người Bảo Đảm cho các dịch vụ được cung cấp.

Ngoài ra, bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể cung cấp thông tin sử dụng cổng thông tin dành cho bệnh nhân của Bệnh Viện hoặc một trong các quầy đăng ký của Bệnh Viện có tại nhiều địa điểm khác nhau trong Bệnh Viện.

C. Bệnh Viện Xác Minh Thông Tin Tài Chính của Bệnh Nhân: Nhân viên Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, nhân viên quản lý khoa lâm sàng hay các Điều Phối Viên Chăm Sóc Bệnh Nhân sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý và miễn phí để xác minh các thông tin tài chính do bệnh nhân cung cấp ngay khi có thể sau khi thông tin được cung cấp, cho đến khi xuất viện hay cung cấp một dịch vụ ngoại trú. Đối với các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân không có bảo hiểm, nhân viên Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân sẽ kiểm tra, thông qua hệ thống xác minh của chương trình MassHealth và/hoặc Văn Phòng Điều Hành Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh của Massachusetts, xem liệu bệnh nhân có hội đủ điều kiện hay đã nộp đơn đăng ký MassHealth, ConnectorCare, hay các chương Trình Hỗ Trợ

Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng khác hay không. Nếu không thể xác minh thông tin trước khi xuất viện hoặc cung cấp dịch vụ ngoại trú, thì Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân hoặc người đại diện có thể thực hiện nỗ lực để xác minh trong quy trình lập hóa đơn và truy thu.

Các nỗ lực hợp lý và miễn cán của Bệnh Viện để xác minh thông tin bệnh nhân sẽ bao gồm, nhưng không chỉ gồm, yêu cầu thông tin về bảo hiểm và điều kiện hội đủ bảo hiểm của bệnh nhân; kiểm tra cơ sở dữ liệu của chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng hoặc tư nhân có sẵn; xác minh trách nhiệm của bên thanh toán thứ ba đã biết; nộp yêu cầu thanh toán cho tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe chịu trách nhiệm đã được xác định, và tuân thủ các yêu cầu về lập hóa đơn và ủy quyền cho phép của những chương trình bảo hiểm sức khỏe đó, và kháng nghị yêu cầu thanh toán bị từ chối khi dịch vụ phải được hãng bảo hiểm thanh toán toàn bộ hay một phần.

Bệnh Viện cũng sẽ thực hiện nỗ lực hợp lý và miễn cán để điều tra xem liệu một nguồn thứ ba có thể chịu trách nhiệm cho các dịch vụ mà Bệnh Viện cung cấp hay không, bao gồm nhưng không chỉ gồm: (1) hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm xe cộ hay bảo hiểm trách nhiệm của chủ nhà, (2) các hợp đồng bảo hiểm tai nạn hay chấn thương cơ thể, (3) các chương trình bồi thường cho người lao động và (4) các hợp đồng bảo hiểm học sinh/sinh viên, cùng với các nguồn lực khác. Sau khi xác định được nguồn thứ ba có trách nhiệm liên quan đến bất kỳ dịch vụ nào mà Bệnh Viện đã nhận thanh toán từ chương trình Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe, Bệnh Viện sẽ trả lại khoản thanh toán đó cho chương trình Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe. Bệnh Viện sẽ thông báo cho bệnh nhân về trách nhiệm của họ trong việc thông báo bất kỳ thay đổi nào trong tình trạng thu nhập hoặc bảo hiểm cho Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng phù hợp.

D. Tiết Lộ Thông Tin/Chỉ Định Quyền Lợi: Bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể phải ký giấy chỉ định quyền lợi bảo hiểm hay các nguồn thanh toán của bên thứ ba khác (ví dụ như các khoản thanh toán có nguyên nhân từ các hành động sai lầm) trực tiếp cho Bệnh Viện đối với các dịch vụ đã được cung cấp, và giấy ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin nếu cần để hoàn thành việc chỉ định các quyền lợi đó. Giấy ủy quyền cho phép cũng phải nêu rõ rằng bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản phí không được bao trả bởi việc chỉ định quyền lợi.

E. Xác Nhận Trách Nhiệm Tài Chính Đối Với Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả: Khi chưa nhận được ủy quyền cho phép của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân, Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng hoặc bên thanh toán có trách nhiệm khác của bệnh nhân trước khi cung cấp dịch vụ hoặc khi một dịch vụ không được bao trả trong phạm vi bảo hiểm của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân, bao gồm nhưng không chỉ gồm, khi Bệnh Viện hoặc bác sĩ không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới trong phạm vi bảo hiểm của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng của bệnh nhân, thì bệnh nhân/Người Bảo Đảm sẽ được yêu cầu ký tuyên bố xác nhận rằng họ đã được thông báo về việc không có sự ủy quyền cho phép cần thiết hoặc không có bảo hiểm cho dịch vụ và thông báo với bệnh nhân về trách nhiệm tài chính của bệnh nhân với các dịch vụ cuối cùng được xác định là Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả.

Nếu trong quy trình điều trị cho bệnh nhân, xác định thấy rằng bệnh nhân/Người Bảo Đảm không có khả năng chi trả, thì bệnh nhân/Người Bảo Đảm không có khả năng chi trả cho dịch vụ đã được cung cấp sẽ được giới thiệu đến tư vấn viên tài chính của Bệnh Viện để được hỗ trợ xác định bất kỳ Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng nào mà họ có thể hội đủ điều kiện, cũng như mọi chương trình hỗ trợ tài chính và/hoặc giảm giá mà họ có thể đủ tiêu chuẩn.

Thanh Toán

Nói chung, cần phải trả toàn bộ số tiền khi nhận được hóa đơn từ Bệnh Viện. Bệnh nhân/Người Bảo Đảm có nghĩa vụ theo dõi và thanh toán kịp thời mọi hóa đơn chưa được chi trả cho dịch vụ chăm sóc mà bệnh nhân nhận được từ Bệnh Viện, bao gồm bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ hiện có nào.

A. Tiền Đặt Cọc/Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân

- Các Dịch Vụ Cấp Cứu:** Bệnh Viện sẽ không yêu cầu bệnh nhân/Người Bảo Đảm đóng tiền đặt cọc trước điều trị, hay thực hiện thanh toán Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân để được nhận Các Dịch Vụ Cấp Cứu, bất kể khả năng thanh toán của bệnh nhân/Người Bảo Đảm là như thế nào.
- Các Dịch Vụ Phi Cấp Cứu:** Nếu bệnh nhân không đủ phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ được cung cấp, không được miễn trừ khỏi hành động truy thu và chưa thực hiện Kế Hoạch Thanh Toán với Bệnh Viện, thì Bệnh Viện có thể yêu cầu bệnh nhân/Người Bảo Đảm đóng tiền đặt cọc trước nhập viện hay thực hiện thanh toán Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú phi cấp cứu.
- Các Quy Định Đặc Biệt cho Bệnh Nhân Đủ Tiêu Chuẩn nhận Bảo Hiểm trong Chương Trình Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe:** Các bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp sẽ không phải đóng tiền đặt cọc, ngoại trừ các trường hợp sau: (A) Một bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp với yêu cầu khấu trừ có thể phải đóng tiền đặt cọc tối đa là 20% số tiền khấu trừ của bệnh nhân, lên tới \$500; và (b) Một bệnh nhân hội đủ điều kiện Khó Khăn về Y Tế có thể phải đóng tiền đặt cọc tối đa là 20% khoản đóng góp Khó Khăn về Y Tế của bệnh nhân, lên tới \$1000. Tất cả số dư nợ còn lại sẽ tùy thuộc vào các điều kiện trong kế hoạch thanh toán được nêu trong 101 CMR 613.08.

B. Các Khoản Giảm Giá: Các khoản giảm giá trên tài khoản của bệnh nhân không hội đủ điều kiện và sẽ không được gửi cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe. Bệnh Viện cung cấp các khoản giảm giá lên tới 40% chi phí cho bệnh nhân không có bảo hiểm, tùy thuộc vào thời gian thanh toán, phù hợp với Chính Sách Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm của Bệnh Viện. Các tiêu chí về điều kiện hội đủ và những điều khoản khác liên quan đến khoản giảm giá dành cho bệnh nhân được mô tả trong Chính Sách Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm có sẵn cho bệnh nhân thông qua Cố Vấn Viên Tài Chính của Bệnh Viện và tại www.childrenshospital.org/financialassistance.

C. Kế Hoạch Thanh Toán: Trong trường hợp bệnh nhân/Người Bảo Đảm không thể thanh toán hóa đơn của Bệnh Viện sau khi nhận được hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân, và bệnh nhân được xác định là không hội đủ điều kiện

cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tư Nhân hay Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng hiện hành khác, đồng thời không đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính theo Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện, thì Bệnh Viện có thể đề nghị bệnh nhân/Người Bảo Đảm ký kết thỏa thuận thanh toán trong một khoảng thời gian kéo dài.

1. Bệnh Viện sẽ cung cấp cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp và bệnh nhân đủ tiêu chuẩn Khó Khăn về Y Tế với số dư từ \$1,000 trở xuống, sau lần đặt cọc đầu tiên, kế hoạch thanh toán không lãi suất ít nhất là một năm, với số tiền thanh toán tối thiểu hàng tháng dưới \$25. Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp và bệnh nhân đủ tiêu chuẩn Khó Khăn về Y Tế có số dư trên \$1,000, sau lần đặt cọc đầu tiên, sẽ được cung cấp kế hoạch thanh toán không lãi suất hai năm. Đối với các hoàn cảnh đặc biệt, các yêu cầu kế hoạch thanh toán trên hai năm có thể được cân nhắc tùy theo từng trường hợp cụ thể.
2. Với tất cả bệnh nhân/Người Bảo Đảm khác, trong các hoàn cảnh đặc biệt, Bệnh Viện có thể cung cấp các kế hoạch thanh toán với số tiền và thời gian phù hợp với hoàn cảnh, theo từng trường hợp cụ thể.
3. Bệnh Viện thường không cung cấp kế hoạch thanh toán khoản khấu trừ cho các dịch vụ ngoại trú.

Trợ Giúp Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh Viện sẽ cung cấp thông tin cho bệnh nhân/Người Bảo Đảm và hỗ trợ việc đăng ký/đủ tiêu chuẩn cho Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng và các chương trình hỗ trợ tài chính khác, bao gồm MassHealth, Connector Care, tiêu chuẩn là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp theo Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe và các chương trình Medicaid khác, cũng như chương trình Hỗ Trợ Tài Chính và Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm của Bệnh Viện. Bệnh Viện sẽ thực hiện các nỗ lực hợp lý để cung cấp dịch vụ thông dịch cho bệnh nhân và Người Bảo Đảm có trình độ tiếng Anh hạn chế.

Bệnh nhân/Người Bảo Đảm phải cung cấp mọi tài liệu được yêu cầu cho những đơn đăng ký đó. Bệnh Viện không có vai trò gì trong việc đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ cho Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng và các cơ quan chịu trách nhiệm quản lý những chương trình đó sẽ là bên đưa ra quyết định. Bệnh nhân/Người Bảo Đảm có trách nhiệm thông báo cho Bệnh Viện mọi quyết định về phạm vi bao trả do những cơ quan đó đưa ra, và bất kỳ thay đổi nào trong điều kiện hội đủ của bệnh nhân cho những chương trình như vậy.

A. Thông Báo Cho Công Chúng về Sự Sẵn Có của Hỗ Trợ Tài Chính. Bệnh Viện sẽ đăng thông báo để bệnh nhân biết về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính và các hỗ trợ được Bệnh Viện cung cấp để giúp bệnh nhân nộp đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng khác và các địa điểm của Bệnh Viện mà bệnh nhân và gia đình có thể nộp đơn đăng ký xin nhận những hỗ trợ đó. Các thông báo này sẽ được đăng tại các khu vực nhập viện/đăng ký nội trú, ngoại trú và cấp cứu cũng như các văn phòng kinh doanh mà bệnh nhân thường lui tới.

B. Thông Báo Cho Cá Nhân về Sự Sẵn Có của Hỗ Trợ Tài Chính. Bệnh Viện sẽ cung cấp thông báo cho cá nhân về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính và Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện (như được định nghĩa trong Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe) cũng như các Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng khác và có thể hỗ trợ việc đăng ký những chương trình đó, cho bệnh nhân muốn được hỗ trợ

(i) trong lần đầu tiên bệnh nhân đăng ký với Bệnh Viện; (ii) trên tất cả các hóa đơn thanh toán và trong mọi hành động truy thu bằng văn bản khác; và (iii) khi Bệnh Viện biết về sự thay đổi trong điều kiện hội đủ hay bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.

C. Truy Cập Điện Tử Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu cùng Các Chính Sách Khác. Bệnh nhân/Người Bảo Đảm có thể lấy bản sao của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này cũng như Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Chính Sách Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm của Bệnh Viện và các Tổ Chức cùng bản Tính Toán AGB và các bản sao của những tài liệu khác được sử dụng để thông báo cho bệnh nhân về sự sẵn có của hỗ trợ tại www.childrenshospital.org/financialassistance.

Thực Hành Lập Hóa Đơn/Truy Thu; Quyết Định Nợ Xấu

Bệnh viện áp dụng cùng các nỗ lực xuất hóa đơn, truy thu liên tục đối với tất cả các tài khoản của bệnh nhân không có bảo hiểm giống như với các tài khoản của các bệnh nhân khác. Bản sao hóa đơn tiêu chuẩn và thư phê duyệt/từ chối hỗ trợ tài chính của Bệnh Viện có sẵn như được mô tả trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này.

A. Xác Định Dịch Vụ Đủ Điều Kiện. Bệnh Viện tuân thủ các quy định và hướng dẫn do Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts ban hành trong việc quản lý điều kiện hội đủ yêu cầu thanh toán và yêu cầu thanh toán của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe được nộp trong các Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng Massachusetts khác.

Bệnh Viện tuân thủ các yêu cầu hiện hành về lập hóa đơn, bao gồm nhưng không chỉ gồm các quy định của Sở Y Tế Công Cộng (105 CMR 130.332) liên quan đến việc không thanh toán các dịch vụ cụ thể hoặc tái nhập viện mà Bệnh Viện xác định là do Sự Cố Nghiêm Trọng Phải Báo Cáo (SRE). Các SRE không phát sinh tại Bệnh Viện được loại trừ khỏi quyết định không thanh toán này. Bệnh Viện cũng sẽ không truy thu khoản thanh toán cho Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện được cung cấp cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp hoặc Các Dịch Vụ Được Bao Trả được cung cấp cho người ghi danh MassHealth liên quan đến các yêu cầu thanh toán mà ban đầu hăng bảo hiểm của Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp từ chối thanh toán do lỗi lập hóa đơn hành chính của Bệnh Viện.

B. Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm Được Miễn Truy Thu: Bệnh Viện và các Tổ Chức không lập hóa đơn hay tham gia vào hành động truy thu cho Các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế được cung cấp cho bất kỳ bệnh nhân nào chứng minh rằng họ:

1. Đã ghi danh vào MassHealth, đang nhận các phúc lợi trong chương trình Hỗ Trợ Khẩn Cấp cho Người Cao Tuổi, Người Khuyết Tật và Trẻ Em (ngoại trừ trường hợp Bệnh Viện có thể lập hóa đơn cho những bệnh nhân như vậy về Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân trong các chương trình hỗ trợ này). Bệnh Viện có thể bắt đầu lập hóa đơn cho một bệnh nhân nói rằng họ là người tham gia vào một chương trình trong số đó nhưng không cung cấp được bằng chứng về việc tham gia; sau khi nhận được bằng chứng thỏa đáng cho thấy rằng bệnh nhân là người tham gia một hoặc nhiều chương trình này

và nhận được đơn đăng ký có chữ ký, thì Bệnh Viện sẽ ngừng hoạt động truy thu.

2. Người Tham Gia Chương Trình An Ninh Y Tế của Trẻ Em (CMSP) có MassHealth MAGI tương đương hoặc thấp hơn 400% Mức Nghèo Đói Liên Bang (FPL). Bệnh Viện có thể bắt đầu lập hóa đơn cho một bệnh nhân nói rằng họ là người tham gia vào CMSP nhưng không cung cấp được bằng chứng về việc tham gia; sau khi nhận được bằng chứng thỏa đáng cho thấy rằng bệnh nhân là người tham gia CMSP, thì Bệnh Viện sẽ ngừng hoạt động truy thu.
3. Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp (ngoài Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp chỉ dành cho nha khoa) được miễn trừ khỏi hành động truy thu cho bất kỳ Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện nào nhận được chỉ trong giai đoạn bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp (ngoại trừ các khoản đồng thanh toán và khấu trừ liên quan đến những Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện như vậy). Bệnh Viện có thể lập hóa đơn cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp với Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện được cung cấp trước khi họ được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp, nhưng chỉ sau khi tư cách Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp của họ đã hết hạn hay bị hủy bỏ.
4. Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp (ngoài Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp chỉ dành cho nha khoa) có MassHealth MAGI hoặc Thu Nhập Tính Được của Gia Đình Khó Khăn về Y Tế (như được mô tả trong 101 CMR 613.04(2)) ở mức 400% FPL được miễn trừ khỏi hành động truy thu phần hóa đơn vượt qua mức khấu trừ của Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp và có thể được lập hóa đơn các khoản thanh toán và khấu trừ theo quy định của tiểu bang. Bệnh Viện có thể tiếp tục lập hóa đơn cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp với các dịch vụ được cung cấp trước khi họ được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp, nhưng chỉ sau khi tư cách Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp của họ đã hết hạn hay bị hủy bỏ.
5. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn Khó Khăn về Y Tế đối với số tiền trong hóa đơn vượt quá mức đóng góp Khó Khăn về Y Tế (được tính theo quy định hiện hành của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe). Nếu một yêu cầu thanh toán đã được gửi dưới dạng Nợ Xấu Cấp Cứu trở nên hội đủ điều kiện nhận thanh toán Khó Khăn về Y Tế từ Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe, thì Bệnh Viện sẽ ngừng hoạt động truy thu cho các dịch vụ đó.
6. Một bệnh nhân mà Bệnh Viện hoặc Tổ Chức đã hỗ trợ đăng ký Khó Khăn về Y Tế, nếu Bệnh Viện hoặc Tổ Chức, khi phù hợp, không nộp đơn đăng ký của bệnh nhân trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi hoàn thành đơn đăng ký và cung cấp tất cả các tài liệu bắt buộc do bệnh nhân/Người Bảo Đảm cung cấp cho Bệnh Viện hoặc Tổ Chức, đối với bất kỳ hóa đơn nào hội đủ điều kiện cho khoản thanh toán Khó Khăn về Y Tế đã nộp đơn và được phê duyệt.

Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp không được miễn truy thu đối với các dịch vụ không phải là Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện được cung cấp theo yêu cầu của bệnh nhân/Người Bảo Đảm và bệnh nhân/Người Bảo Đảm đã đồng ý chịu trách nhiệm; với điều kiện là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp sẽ không bị lập hóa đơn cho các yêu cầu thanh toán liên quan đến lỗi y tế hoặc cho các yêu cầu thanh toán bị hãng bảo hiểm chính của bệnh nhân từ chối do lỗi hành chính hoặc lập hóa đơn. Bệnh Viện sẽ thu nhận chấp thuận bằng văn bản của bệnh nhân/Người Bảo Đảm để được lập hóa đơn cho những dịch vụ như vậy.

Khi bệnh nhân yêu cầu, Bệnh Viện hoặc Tổ Chức có thể lập hóa đơn cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp khi thích hợp để yêu cầu bệnh nhân đó đáp ứng khoản khấu trừ một lần bắt buộc của CommonHealth.

C. Lập Hóa Đơn Lần Đầu: Trừ các bệnh nhân được miễn truy thu, như đã nêu ở trên, Bệnh Viện sẽ lập hóa đơn lần đầu cho bệnh nhân/người Bảo Đảm hoặc một bên thứ ba được nêu cụ thể.

D. Tiếp Tục Truy Thu: Bệnh Viện sử dụng các cơ quan bên ngoài để thực hiện biện pháp truy thu đối với các tài khoản tự trả, và yêu cầu bất kỳ cơ quan nào như vậy phải tuân theo các tiêu chuẩn được ghi rõ trong các chính sách Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân của Bệnh Viện hay các biện pháp truy thu có hiệu lực thường xuyên, và phải nhất quán với Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này. Tất cả tài khoản bệnh nhân không được miễn truy thu sẽ phải chịu các biện pháp truy thu liên tục và sẽ nhận được tối thiểu ba biện pháp truy thu. Các biện pháp truy thu do Bệnh Viện hay đại diện được ủy quyền của Bệnh Viện thực hiện có thể bao gồm, nhưng không chỉ gồm những điều sau:

1. Lập hóa đơn lần đầu, gửi đến bệnh nhân/Người Bảo Đảm và bên thứ ba hay các bên thứ ba chịu trách nhiệm cho nghĩa vụ tài chính của bệnh nhân.
2. Các bản kê khai hóa đơn bổ sung (được gửi mỗi 30 ngày sau khi xác định trách nhiệm tự chi trả);
3. Thư tiếp theo (được gửi qua thư hạng nhất hoặc thư đảm bảo);
4. Các cuộc gọi điện thoại, thông báo điện tử (ví dụ: qua địa chỉ email), thông báo liên lạc cá nhân;
5. Thông báo cuối cùng về số dư trên \$1,000 (được gửi qua thư đảm bảo); và
6. Các cuộc họp với Người Bảo Đảm hay bên chịu trách nhiệm khác.

Bệnh Viện sẽ lưu trữ hồ sơ cho từng bệnh nhân với mọi tài liệu về các nỗ lực truy thu của Bệnh Viện, bao gồm bản sao các hóa đơn, thư theo dõi tiếp theo, báo cáo các cuộc gọi điện thoại và liên lạc cá nhân cùng các nỗ lực khác đã được thực hiện.

E. Thư Bị Gửi Trả: Các tài khoản có thư bị gửi trả sẽ được điều tra để xác định vị trí của bệnh nhân và/hoặc Người Bảo Đảm. Các nỗ lực để tìm địa chỉ hiện tại tối thiểu sẽ bao gồm:

1. Xem xét mọi hồ sơ và cuộc hẹn hiện có để xác định nếu có nhiều hơn một địa chỉ hiện tại được ghi lại;
2. Liên hệ với một họ hàng hay bạn bè đã biết; và
3. Xem xét danh bạ điện thoại hiện tại.

Bệnh Viện có thể sử dụng các cơ quan, nhà thầu bên ngoài và các nhà cung cấp dịch vụ khác để thực hiện hoạt động theo dõi bổ sung. Các nỗ lực để xác định vị trí của bên chịu trách nhiệm hoặc địa chỉ chính xác trên hóa đơn được gửi trả là "sai địa chỉ" hoặc "không thể gửi tới người nhận được" sẽ được ghi lại.

F. Phá Sản: Sau khi nhận được thông báo pháp lý về việc phá sản của bệnh nhân/Người Bảo Đảm, tất cả các hoạt động truy thu sẽ ngừng lại và tài khoản sẽ được điều chỉnh. Các trường hợp phá sản sẽ không hội đủ điều kiện và sẽ không được gửi cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe.

G. Xác Định Nợ Xấu: Sau khi các nỗ lực truy thu hợp lý không mang lại kết quả thanh toán các khoản phí trên một tài khoản, thì số dư trên tài khoản có thể được phân loại là nợ xấu theo Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này cũng như bất

kỳ chính sách hiện hành nào khác của bộ phận tài chính (phù hợp với Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này); với điều kiện là các Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân không được bao gồm trong Nợ Xấu cho mục đích yêu cầu thanh toán trong Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe.

Các Điều Kiện để Xác Định Nợ Xấu Ngay Lập Tức: Khi thông tin được thu thập để chỉ định một tài khoản là nợ xấu vào bất kỳ thời điểm nào trong quá trình tiếp tục truy thu, tài khoản đó có thể ngay lập tức được coi là nợ xấu mà không cần tiếp tục truy thu. Nhóm này gồm những loại sau:

1. Nỗ lực không thành công để xác định nguyên nhân thư không thể gửi tới người nhận và bị trả lại. Thư không gửi được hay tài khoản "sai địa chỉ" được nhóm lại để nhân viên Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân tiếp tục xử lý và tìm địa chỉ/thông tin liên lạc chính xác trước khi chuyển tài khoản sang diện nợ xấu.
2. Nỗ lực không thành công để xác định một số điện thoại đang hoạt động sau khi điện thoại của bệnh nhân/Người Bảo Đảm bị ngắt kết nối.
3. Thông báo bằng văn bản hoặc lời nói cho biết bệnh nhân/Người Bảo Đảm không muốn hoặc từ chối thanh toán.
4. Nhận được thông báo chính thức từ hãng bảo hiểm hoặc bên thanh toán có trách nhiệm khác rằng quyền lợi đã được trả cho người đăng ký và đã cố gắng liên hệ với bệnh nhân/Người Bảo Đảm ít nhất một lần nhưng không thành công sau khi có thông báo từ hãng bảo hiểm/bên thanh toán có trách nhiệm khác.

H. Lập Hóa Đơn Nợ Xấu Dịch Vụ Cấp Cứu cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe: Ngoài việc tuân theo các biện pháp truy thu như được nêu ở trên, Bệnh Viện sẽ gửi một thư đảm bảo tới bất kỳ bệnh nhân nào (trừ bệnh nhân mà thư thông báo gửi đi đã bị gửi trả lại do "không thể gửi tới người nhận được" hay "sai địa chỉ") với số dư nợ phải trả lớn hơn \$1,000 cho Dịch Vụ Cấp Cứu và các dịch vụ liên quan trước khi gửi hóa đơn khoản dư nợ đó cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe. Số dư của tài khoản sẽ chỉ được lập hóa đơn cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe sau khi đã quá 120 ngày kể từ ngày thông báo hóa đơn lần đầu như số dư vẫn chưa được thanh toán. Các nỗ lực truy thu hợp lý được thực hiện trong giai đoạn này sẽ được ghi lại trong hồ sơ tài chính của bệnh nhân. Đối với các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân không có bảo hiểm, nhân viên Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân sẽ xác nhận, thông qua hệ thống xác minh điều kiện hội đủ của MassHealth, rằng bệnh nhân không hội đủ điều kiện hoặc chưa nộp đơn đăng ký MassHealth và bệnh nhân đó không phải là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp.

I. Các Nỗ Lực Truy Thu Đặc Biệt và Thủ Tục Pháp Lý: Nói chung, Bệnh Viện không thực hiện "hành động truy thu đặc biệt". Các hành động truy thu đặc biệt bao gồm bán nợ cho một nhà cung cấp khác hoặc cơ quan khác, báo cáo thông tin bất lợi về một cá nhân cho một cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hay cục tín dụng, trì hoãn hay từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế bởi vì một người đã không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho các dịch vụ đã được cung cấp trước đây theo chính sách Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện, giữ thế chấp tài sản hay thu hồi nhà hoặc xe của một người, sai áp tiền lương và/hoặc khiếu kiện dân sự. Mọi quyết định về việc thực hiện hành động thu nợ đặc biệt phải có biểu quyết của Ban Quản Trị. Bệnh Viện và các đại diện của mình phải chứng tỏ cho Ban Quản Trị thấy rằng những nỗ lực hợp lý đã được thực hiện để xác định điều kiện hội đủ của một bệnh nhân nhận hỗ trợ theo Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện trước khi khuyến nghị hành động truy thu đặc biệt. Các Hành Động Truy Thu Đặc Biệt không thể được khởi xướng cho đến ít nhất 120

ngày kể từ ngày Bệnh Viện cung cấp bản kê khai hóa đơn lần đầu sau khi xuất viện cho dịch vụ chăm sóc và cần chứng minh là Bệnh Viện đã gửi thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện truy thu. Thông báo bằng văn bản cũng sẽ cần phải nêu hành động truy thu đặc biệt mà Bệnh Viện dự định khởi xướng, cũng như ngày bắt đầu thực hiện hoạt động đó. Trong trường hợp hành động truy thu đặc biệt đã được thực hiện, Bệnh Viện sẽ ngừng mọi hành động sau khi nhận được Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính. Đơn đăng ký đó sẽ cho phép giai đoạn xem xét không quá 30 ngày.

J. Tai Nạn Xe Hơi: Bệnh Viện sẽ nộp một yêu cầu thanh toán cho Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện đã cung cấp cho một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp bị thương trong một tai nạn xe hơi chỉ khi (1) Bệnh Viện đã điều tra liệu bệnh nhân, người lái xe, và/hoặc chủ của phương tiện còn lại có hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm xe hơi hay không; (2) đã thực hiện mọi nỗ lực để thu thập thông tin về bên thanh toán thứ ba từ bệnh nhân; (3) đã lưu lại bằng chứng của những nỗ lực đó, bao gồm cả tài liệu ghi chép các cuộc điện thoại và thư gửi cho bệnh nhân; và (4) khi phù hợp, đã nộp yêu cầu thanh toán đúng quy trình cho hãng bảo hiểm trách nhiệm xe hơi. Đối với các tai nạn xe hơi và tất cả những khoản thu được từ các yêu cầu thanh toán trước đây đã được xuất hóa đơn cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe, Bệnh Viện sẽ báo cáo bất kỳ khoản thu được nào cho Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe. Khoản thu được sẽ được bù vào yêu cầu thanh toán cho Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện.

Bệnh Viện sẽ ghi tài liệu hoạt động liên quan đến việc xếp loại và báo cáo một tài khoản là nợ xấu. Do Bệnh Viện duy trì một hệ thống "điện tử" để xử lý cả các tài khoản bệnh nhân nội trú và ngoại trú, các tài liệu về hoạt động đối với các dịch vụ đó có thể được duy trì trên hệ thống máy tính của Bệnh Viện trên các tài liệu ghi chép hoàn chỉnh thay vì trên giấy.

Các Quyền và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân

- A.** Bệnh Viện sẽ thông báo cho bệnh nhân các quyền của họ trong việc:
1. Nộp đơn đăng ký MassHealth, Chương Trình Thanh Toán Hỗ Trợ Phí Bảo Hiểm do Health Connector điều hành, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Tiêu Chuẩn, quyết định Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp và Khó Khăn về Y Tế; và
 2. có kế hoạch thanh toán, như được mô tả trong Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này và các Quy Định hiện hành của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe, nếu bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp hoặc đủ tiêu chuẩn Khó Khăn về Y Tế.
- B.** Một bệnh nhân nhận Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện phải:
1. cung cấp tất cả các tài liệu bắt buộc;
 2. thông báo cho MassHealth bất kỳ thay đổi nào trong MassHealth MAGI hoặc Thu Nhập Tính Được của Gia Đình Khó Khăn về Y Tế (như được mô tả trong Các Quy Định của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe) hoặc tình trạng bảo hiểm, bao gồm nhưng không chỉ gồm thu nhập, thừa kế, quà tặng, đóng góp từ quỹ tín thác, sự sẵn có của bảo hiểm sức khỏe và trách nhiệm của bên thứ ba;
 3. theo dõi khoản khấu trừ của bệnh nhân và cung cấp tài liệu cho Bệnh Viện cho thấy đã đạt tới khoản khấu trừ trong khi nhiều hơn một thành viên gia đình được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp hay nếu bệnh nhân hay thành viên gia đình nhận Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện từ nhiều hơn một nhà cung cấp; và

4. thông báo cho Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe hoặc Cơ Quan MassHealth khi bệnh nhân gặp tai nạn hoặc bị bệnh hay thương tích, hoặc các thiệt hại khác có hoặc có thể dẫn đến kiện tụng hay yêu cầu thanh toán bảo hiểm. Bệnh nhân phải:
- nộp đơn yêu cầu thanh toán, nếu có; và
 - đồng ý tuân thủ mọi yêu cầu của M.G.L. c. 118E, bao gồm nhưng không chỉ gồm:
 - trao cho Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe quyền thu hồi khoản tiền bằng khoản thanh toán của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe được cung cấp dưới dạng số tiền thu được của bất kỳ yêu cầu thanh toán nào hoặc thủ tục khác chống lại bên thứ ba;
 - cung cấp thông tin về yêu cầu thanh toán hoặc bất kỳ thủ tục nào, đồng thời hợp tác đầy đủ với Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe hoặc người được chỉ định của Văn Phòng, trừ khi Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe xác định rằng việc hợp tác sẽ không mang lại lợi ích tốt nhất, hoặc sẽ dẫn đến tổn hại nghiêm trọng hoặc suy yếu cảm xúc của bệnh nhân;
 - thông báo cho Văn Phòng Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe hoặc Cơ Quan MassHealth bằng văn bản, trong vòng 10 ngày kể từ khi nộp bất kỳ yêu cầu thanh toán, kiện tụng dân sự nào hay các thủ tục khác; và
 - bồi hoàn cho Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe từ khoản tiền nhận được từ một bên thứ ba cho tất cả các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện đã được cung cấp vào hoặc sau ngày xảy ra tai nạn hay các sự cố khác sau khi trở thành Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp phục vụ mục đích thanh toán Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe, với điều kiện là khoản thanh toán của Mạng Lưới An Toàn Sức Khỏe được cung cấp là kết quả của tai nạn hay các sự cố khác mới được trả lại.

Công Bố/Sự Sẵn Có của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu, Danh Sách Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp, Hóa Đơn và Thư Phê Duyệt/Từ Chối Hỗ Trợ Tài Chính, Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Bản Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu, Chính Sách Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm và Tính Toán Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn

A. Bệnh nhân, Người Bảo Đảm và công chúng có thể lấy bản sao miễn phí của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này, Danh Sách Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp, Hóa Đơn và Thư Phê Duyệt/Từ Chối Hỗ Trợ Tài Chính Mẫu, Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Bản Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu, Chính Sách Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm và Tính Toán Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn bằng một trong các phương pháp sau:

- Nguồn Đăng Trên Internet: Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này cùng các tài liệu khác có sẵn trực tuyến tại: www.childrenshospital.org/financialassistance.
- Gặp Mặt Trực Tiếp: Bản sao bằng giấy của (i) Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu, (ii) Danh Sách Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp, (iii) bản sao hóa

Tài Liệu: Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu

đơn và thư phê duyệt/từ chối hỗ trợ tài chính, (iv) Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Bản Tóm Tắt Bảng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu, (v) Tính Toán Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn và (vi) Chính Sách Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm có sẵn tại cơ sở của Bệnh Viện nằm tại 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building phòng 160.

3. Qua Thư Gửi Đường Bưu Điện: Công chúng cũng có thể yêu cầu bản sao của những tài liệu này qua thư bằng cách gọi điện tới đường dây Hỗ Trợ Khách Hàng của Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân theo số (617)-355-3397 và/hoặc Phòng Cố Vấn Tài Chính Bệnh Nhân theo số 617-355-7201.

- B. Các bản dịch ngôn ngữ khác của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này, Chính

Sách Hỗ Trợ Tài Chính, Bản Tóm Tắt Bảng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính, Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính, Chính Sách Giảm Giá Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm, và Tính Toán Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn có sẵn bằng một số ngôn ngữ để hỗ trợ những người có trình độ Tiếng Anh hạn chế.

- C. Thông Báo Tại Địa Điểm: Bệnh Viện sẽ thực hiện mọi nỗ lực để thông báo về các chính sách Tín Dụng và Truy Thu của mình thông qua một số phương pháp.

1. Các thông báo về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính và các chính sách Tín Dụng và Truy Thu sẽ được đăng ở khu vực nhập viện/đăng ký nội trú và phòng khám.
2. Các thông báo công khai hay các biện pháp khác được tính toán hợp lý để thu hút sự chú ý của khách sẽ được đăng một cách dễ thấy tại các địa điểm khác nhau khắp Bệnh Viện, bao gồm nhưng không chỉ gồm khu vực tiếp nhận/đăng ký nội trú, phòng khám và cấp cứu.
3. Bản sao của Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu này sẽ được cung cấp cho mọi bệnh nhân vào thời điểm tiếp nhận bệnh nhân hoặc trong quy trình xuất viện.

Tài Liệu, Chính Sách và Chương Trình Bổ Sung/Có Liên Quan

1. Danh Sách Chi Nhánh của Nhà Cung Cấp
2. Mẫu hóa đơn và thư phê duyệt/từ chối hỗ trợ tài chính
3. Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính
4. Bản Tóm Tắt Bảng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính
5. Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính
6. Chính Sách Giảm Giá Dành Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm
7. Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính Dành Cho Bệnh Nhân Quốc Tế

Thông Tin Về Tài Liệu

Tiêu Đề	Chính Sách Tín Dụng và Truy Thu		
Các Tác Giả	Giám Đốc Phụ Trách Tuân Thủ về Thuế và Quy Định Tài Chính	Ngày Có Hiệu Lực	9/30/2016

<p>Người Xem Xét/ Sửa Đổi</p>	<p>Phó Chủ Tịch, Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, Boston Children's Hospital Giám Đốc Tài Chính, Boston Children's Hospital Phó Giám Đốc Cao Cấp & Trưởng Phòng Pháp Chế, Boston Children's Hospital</p>	<p>Ngày Xem Xét/ Sửa Đổi:</p>	<p>12/7/2021 12/10/2021</p>
<p>Đã Được Phê Duyệt</p>	<p>12/20/2021 Effective Date 1/1/2022</p> <hr/> <p>Ban Quản Trị của Boston Children's Hospital</p>		