

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare
Ngày 1 tháng 1 năm 2020

1. PHẠM VI	3
2. VẤN ĐỀ QUẢN TRỊ	3
3. TUYÊN BỐ NGUYÊN TẮC	3
4. PHÂN LOẠI & TIẾP CẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC	4
A. NGUYÊN TẮC CHUNG.....	4
B. DỊCH VỤ CẤP CỨU VÀ KHẨN CẤP	4
C. DỊCH VỤ KHÔNG PHẢI CẤP CỨU, KHÔNG KHẨN CẤP	5
D. CÁC ĐỊA ĐIỂM MÀ BỆNH NHÂN CÓ THỂ ĐẾN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ.....	5
5. THU THẬP VÀ XÁC MINH THÔNG TIN BỆNH NHÂN	6
A. DỊCH VỤ CẤP CỨU VÀ KHẨN CẤP	6
B. DỊCH VỤ KHÔNG PHẢI CẤP CỨU, KHÔNG KHẨN CẤP	6
6. GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ TÀI CHÍNH	6
A. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG	6
B. CHUẨN BỊ ƯỚC TÍNH	7
C. BỆNH NHÂN ĐƯỢC BẢO HIỂM.....	7
D. BỆNH NHÂN KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM (TỰ TRẢ)	8
E. BỆNH NHÂN THU NHẬP THẤP (CƯ DÂN CỦA MASSACHUSETTS)	8
F. TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT – ĐĂNG KÝ VÀ TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN	10
7. DỊCH VỤ CỐ VẤN TÀI CHÍNH	12
A. TỔNG QUAN	12
B. THÔNG BÁO CÁC DỊCH VỤ CỐ VẤN TÀI CHÍNH SẴN CÓ	13
C. YÊU CẦU VỀ CƯ TRÚ ĐỐI VỚI CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG.....	13
D. ĐĂNG KÝ VỚI CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG	13
E. PHÊ DUYỆT ĐÀI THỌ	14
F. KHIẾU NẠI KẾT QUẢ.....	14
8. CHIẾT KHẤU, ĐIỀU CHỈNH VÀ CHĂM SÓC TỪ THIỆN	14
A. TỔNG QUAN	14
B. CHIẾT KHẤU, ĐIỀU CHỈNH VÀ CHĂM SÓC TỪ THIỆN KHÁC	15
9. XUẤT HÓA ĐƠN CHO BỆNH NHÂN VÀ THU HỒI NỢ	16
A. TỔNG QUAN	16
B. GỬI BẢNG KÊ, GỬI THƯ VÀ GỌI ĐIỆN CHO BỆNH NHÂN	16
C. THÔNG BÁO PHỤ THU	18
D. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN	18
E. TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT – XUẤT HÓA ĐƠN.....	20

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare
Ngày 1 tháng 1 năm 2020

10. XẾP NHÓM NỢ XẤU	21
A. BÁO CÁO TÍN DỤNG.....	21
B. KIẾN TỤNG	21
C. QUYỀN NẪM GIỮ TÀI SẢN	21
D. ĐẠI LÝ THU HỒI NỢ	21
11. SỐ DƯ CÓ VÀ HOÀN TIỀN.....	22
12. BIẾN CỐ NGHIÊM TRỌNG CÓ THỂ TRÌNH BÁO (SRE).....	22
13. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN.....	22
A. TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN	22
B. CHÍNH SÁCH KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ.....	23
14. BÁO CÁO, KIỂM TOÁN VÀ TUÂN THỦ QUY ĐỊNH	23
CÁC CHÍNH SÁCH ÁP DỤNG KHÁC CỦA PARTNERS HEALTHCARE:	23
THAM KHẢO:.....	23

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

1. PHẠM VI

Chính sách Tín Dụng & Thu Hồi Nợ này chủ định bao quát tất cả các đối tác bệnh viện thuộc Partners HealthCare System, Inc. (“Partners” hoặc “PHS”), cũng như bất kỳ đối tác nào có trên giấy phép của bệnh viện được chỉ định, bao gồm: Massachusetts General Hospital (MGH), Brigham and Women’s Hospital (BWH), Brigham and Women’s Faulkner Hospital (BWFH), Cooley Dickinson Hospital (CDH), Newton-Wellesley Hospital (NWH), Martha’s Vineyard Hospital (MVH), McLean Hospital (MH), Nantucket Cottage Hospital (NCH), North Shore Medical Center (NSMC), Wentworth Douglas Hospital (WDH), Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH), Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC) và Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC), Massachusetts Eye and Ear (MEE), sau đây được gọi chung là “Bệnh Viện”. Trong đó bao gồm tất cả các bác sĩ được trực tiếp tuyển dụng bởi đối tác bệnh viện. Tất cả các đối tác thuộc Partners thường tuân theo chính sách này. Các danh sách Bên Liên Kết Với Nhà Cung Cấp hoàn chỉnh sẽ được cung cấp để xem xét trước ngày 01/10/2017 theo 101 CMR 613.08(d).

2. VẤN ĐỀ QUẢN TRỊ

Chính Sách này được xây dựng sau khi tham vấn ý kiến của người đại diện và được thiết kế nhằm đáp ứng nhu cầu của từng đối tác. Tuy nhiên, có những khu vực mà điều kiện tại địa phương có thể hỗ trợ nhu cầu đối với các dịch vụ đặc biệt cho từng đối tác. Các dịch vụ cho từng đối tác nên được phê duyệt trước từ (1) Phó Chủ Tịch Tài Chính Điều Hành của PHS hoặc (2) Phó Chủ Tịch Chu Trình Doanh Thu của PHS. Việc nộp Chính Sách Tín Dụng & Thu Hồi Nợ của Bệnh Viện cho Health Safety Net sẽ được điều phối bởi Phòng Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân của PHS cùng với mọi chứng từ hoặc phụ lục hỗ trợ theo yêu cầu.

3. TUYÊN BỐ NGUYÊN TẮC

Các đối tác thuộc Partners là đối tác được miễn thuế, có sứ mệnh cung cấp dịch vụ cho tất cả những người có nhu cầu chăm sóc y tế.

Bệnh nhân cần dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu (như định nghĩa trong phần 4B) tại Bệnh Viện sẽ không bị từ chối cấp những dịch vụ này dựa vào tiêu chí khả năng chi trả của họ. Tuy nhiên, để các bệnh viện thuộc Partners (bao gồm bệnh viện chăm sóc hậu cấp cứu và sức khỏe hành vi) tiếp tục cung cấp dịch vụ chất lượng cao và hỗ trợ nhu cầu của cộng đồng, mỗi một đối tác có trách nhiệm tìm cách nhanh chóng thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp.

Những chính sách này được chủ định nhằm giúp đảm bảo tuân thủ các quy định tiểu bang áp dụng tại New Hampshire bao gồm các tiêu chí đối với chính sách tín dụng và thu hồi nợ theo MGL c.58 và quy định có liên quan do Văn Phòng Điều Hành tại MA của Bộ Sức Khỏe và Dịch Vụ Nhân Sinh đặc biệt ban hành, 101 CMR 614 and 101 CMR 613 (Health Safety Net), sau đây gọi là “Quy Định của Tiểu Bang”. Ngoài ra, chính sách này đề cập tới các yêu cầu về Hướng Dẫn Bồi Hoàn cho Nhà Cung Cấp Medicare (Phần 1, Chương 3), Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid, Yêu Cầu về Nợ Xấu Medicare (42 CFR 413.89) và Phần 501 (r) của Bộ Luật Thuế Vụ theo yêu cầu tại Phần 9007 (a) của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Phù Hợp Khả Năng của Liên Bang (Luật Ban Hành Số 111-148).

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

4. PHÂN LOẠI & TIẾP CẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC

A. NGUYÊN TẮC CHUNG

Tất cả các bệnh nhân xuất trình để được điều trị đột xuất sẽ được đánh giá theo các phân loại nêu trong Phần này. Dịch vụ chăm sóc Khẩn Cấp hoặc Cấp Cứu tại bệnh viện sẽ không bị từ chối hay trì hoãn dựa vào khả năng của Bệnh Viện trong việc nhận biết danh tính bệnh nhân, phạm vi bảo hiểm hoặc khả năng chi trả của bệnh nhân. Tuy nhiên, dịch vụ chăm sóc sức khỏe Không Phải Cấp Cứu hoặc Không Khẩn Cấp có thể bị trì hoãn hoặc hoãn lại sau khi hỏi ý kiến nhân viên lâm sàng của bệnh viện trong những trường hợp khi mà Bệnh Viện không thể xác định nguồn thanh toán cho dịch vụ của mình.

Tính khẩn cấp của việc điều trị liên quan tới các triệu chứng lâm sàng được biểu hiện ra của mỗi bệnh nhân sẽ được một chuyên gia y tế xác định theo tiêu chuẩn thực hành ở địa phương, tiêu chuẩn chăm sóc lâm sàng của quốc gia và tiểu bang, và các chính sách và quy trình của nhân viên y tế tại bệnh viện. Ngoài ra, tất cả các bệnh viện sẽ tuân thủ yêu cầu của Đạo Luật Lao Động và Điều Trị Y Tế Khẩn Cấp (EMTALA) bằng cách tiến hành thăm khám tầm soát y tế để xác định xem có tồn tại tình trạng y tế cần cấp cứu không. Điều quan trọng cần lưu ý đó là việc phân loại tình trạng y tế của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích quản lý lâm sàng và được chủ định để xác định thứ tự bệnh nhân mà bác sĩ nên khám dựa vào các triệu chứng lâm sàng biểu hiện của họ. Những phân loại này không phản ánh đánh giá y khoa về tình trạng y tế của bệnh nhân như được thể hiện trong chẩn đoán cuối cùng.

Việc xác định tính khẩn cấp về mặt y tế được thực hiện theo các định nghĩa sau:

B. DỊCH VỤ CẤP CỨU VÀ KHẨN CẤP

Bệnh Viện sẽ cung cấp dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp mà không cần xác định danh tính, phạm vi bảo hiểm hay khả năng chi trả của bệnh nhân.

Dịch Vụ Cấp Cứu bao gồm:

Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng y tế, dù là về thể chất hay tâm lý, tự biểu hiện thông qua các triệu chứng có đủ mức nghiêm trọng, bao gồm đau dữ dội, mà một người có chuyên môn, người có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế, có thể kỳ vọng một cách hợp lý rằng việc không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến hậu quả khiến sức khỏe của người đó hoặc một người khác lâm vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, tổn hại nghiêm trọng tới các chức năng của cơ thể hoặc gây rối loạn nghiêm trọng đối với chức năng của bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào trên cơ thể hoặc, đối với một thai phụ, như được quy định rõ hơn trong phần 1867(e) (1) (B) của Đạo Luật Bảo Hiểm Xã Hội, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Thăm khám tầm soát y tế và điều trị các tình trạng y tế cấp cứu hay bất cứ dịch vụ nào khác được cung cấp trong chừng mực được yêu cầu theo EMTALA (42 USC 1395(dd)) thì sẽ được coi là Chăm Sóc Cấp Cứu.

Dịch vụ cấp cứu cũng bao gồm:

- Các dịch vụ được một chuyên gia y tế có giấy phép xác định là một trường hợp khẩn cấp;
- Chăm sóc y tế nội trú gắn liền với chăm sóc cấp cứu ngoại trú; và,
- Thuyên chuyển nhượng từ một bệnh viện chăm sóc cấp cứu khác sang một bệnh nhân thuộc PHS để cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú không sẵn có ở nơi khác.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

Dịch Vụ Khẩn Cấp bao gồm:

Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng y tế, dù là về thể chất hay tâm lý, tự biểu hiện thông qua các triệu chứng có đủ mức nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người có chuyên môn sẽ tin rằng việc không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ có thể dẫn đến hậu quả khiến sức khỏe của bệnh nhân lâm vào tình trạng nguy hiểm, tổn hại tới các chức năng của cơ thể hoặc gây rối loạn đối với chức năng của bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào trên cơ thể. Dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các điều kiện không đe dọa tới tính mạng và không có rủi ro cao sẽ gây tổn hại nghiêm trọng tới sức khỏe của cá nhân.

C. DỊCH VỤ KHÔNG PHẢI CẤP CỨU, KHÔNG KHẨN CẤP

Nhìn chung, các dịch vụ không phải cấp cứu, không khẩn cấp có thể được phân loại tiếp thành:

“Dịch Vụ Chọn Lọc”: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế nhưng không thỏa mãn định nghĩa Cấp Cứu hay Khẩn Cấp nêu trên. Thông thường, nhưng không loại trừ, bệnh nhân hẹn lịch trước cho những dịch vụ này.

“Dịch Vụ Khác”: Dịch vụ mà nhà lâm sàng xem xét chưa nhận thấy tính cần thiết về mặt y tế.

“Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu”: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại một Bệnh Viện phân loại là chăm sóc hậu cấp cứu bao gồm dịch vụ phục hồi chức năng.

“Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi”: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong nhiều môi trường, tập trung vào sức khỏe tâm lý và tâm thần của bệnh nhân.

Bệnh Viện có thể từ chối cung cấp dịch vụ không phải cấp cứu, khẩn cấp cho bệnh nhân trong những trường hợp khi mà Bệnh Viện không thể xác định là sẽ có thanh toán cho dịch vụ của mình. Dịch vụ được xác định là không cần thiết về mặt y tế có thể bị hoãn lại vô thời hạn cho tới khi có thể sắp xếp được việc thanh toán phù hợp. Những dịch vụ này bao gồm, nhưng không giới hạn: phẫu thuật thẩm mỹ; dịch vụ xã hội, giáo dục và dạy nghề; dịch vụ sức khỏe từ xa và thăm khám qua Internet; điều trị liên quan tới phẫu thuật chuyển đổi giới tính; dịch vụ được cung cấp ở tất cả các cơ sở dân sinh chuyên môn tại McLean Hospital không nộp yêu cầu cho bên bảo hiểm.

D. CÁC ĐỊA ĐIỂM MÀ BỆNH NHÂN CÓ THỂ ĐẾN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ

Tất cả bệnh nhân đều có thể tìm dịch vụ chăm sóc Cấp Cứu và Khẩn Cấp khi tới phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc các khu vực chăm sóc khẩn cấp được chỉ định. Tuy nhiên, bệnh nhân mắc tình trạng cấp cứu và khẩn cấp cũng có thể tới nhiều địa điểm khác, bao gồm nhưng không giới hạn, Phòng Hộ Sinh, các phòng ban phụ trợ, phòng khám bệnh viện và những khu vực khác. Bệnh Viện cũng cung cấp các dịch vụ chọn lọc khác tại cơ sở chính, trung tâm y tế cộng đồng liên kết, phòng khám và các địa điểm ngoại trú khác.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

5. THU THẬP VÀ XÁC MINH THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Bệnh Viện sẽ nỗ lực để chủ động xác định danh tính của tất cả bệnh nhân và thu thập, ghi chép và xác minh đầy đủ thông tin nhân khẩu và tài chính cho mọi bệnh nhân muốn được chăm sóc. Thông tin được thu thập sẽ bao gồm thông tin nhân khẩu (chẳng hạn như tên bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại, số an sinh xã hội nếu có áp dụng, giới tính, ngày sinh và thông tin nhận diện bệnh nhân được áp dụng), và thông tin bảo hiểm y tế (bao gồm tên và địa chỉ, thông tin người đăng ký, và các thông tin phúc lợi như số tiền đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm) đủ để đảm bảo dịch vụ được thanh toán. Yêu cầu Bệnh Viện phải thu thập đầy đủ thông tin sẽ luôn được điều chỉnh theo tình trạng của bệnh nhân, trong đó nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngay lập tức của bệnh nhân sẽ được ưu tiên.

Bệnh nhân có nghĩa vụ cung cấp thông tin bảo hiểm và nhân khẩu một cách đầy đủ và kịp thời, và phải biết hợp đồng bảo hiểm của mình đài thọ cho những dịch vụ nào.

A. DỊCH VỤ CẤP CỨU VÀ KHẨN CẤP

Việc đăng ký và tiếp nhận bệnh nhân cấp cứu và khẩn cấp sẽ được thực hiện theo yêu cầu của EMTALA. Nhìn chung, thông tin nhân khẩu và bảo hiểm của bệnh nhân nên được thu thập càng sớm càng tốt; tuy nhiên, nên hoãn thu thập thông tin khi việc thu thập thông tin này có thể trì hoãn việc tầm soát y tế hoặc tác động tiêu cực tới tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Trường hợp một bệnh nhân không thể cung cấp thông tin bảo hiểm hoặc nhân khẩu tại thời điểm cung cấp dịch vụ và bệnh nhân đồng ý, vậy thì mọi nỗ lực sẽ được tiến hành để phỏng vấn bạn bè hoặc họ hàng đi cùng hoặc được bệnh nhân xác định. Nếu khả thi, thông tin bảo hiểm mà bệnh nhân cung cấp nên được xác nhận với người trả qua một trang web về người trả hoặc trao đổi dữ liệu điện tử (EDI).

B. DỊCH VỤ KHÔNG PHẢI CẤP CỨU, KHÔNG KHẨN CẤP

Việc đăng ký và tiếp nhận bệnh nhân Không Phải Cấp Cứu/Khẩn Cấp nên được thực hiện trước khi cung cấp dịch vụ. Bệnh nhân quay lại hoặc xác định cũng sẽ được xem xét và cập nhật thông tin nhân khẩu, tài chính và bảo hiểm nếu cần, bao gồm, nếu áp dụng, xác minh trạng thái bảo hiểm của họ qua EDI hay các phương pháp sẵn có khác.

6. GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ TÀI CHÍNH

A. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG

Bệnh Viện sẽ nỗ lực để xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân ngay khi có thể một cách hợp lý trong quá trình chăm sóc bệnh nhân. Nếu khả thi, Bệnh Viện sẽ thu khoản đồng thanh toán, khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc các khoản đặt cọc theo yêu cầu trước khi cung cấp dịch vụ. Bệnh nhân là thành viên của chương trình chăm sóc có quản lý/bảo hiểm y tế với những yêu cầu tiếp cận cụ thể phải có trách nhiệm hiểu rõ và tuân thủ tất cả yêu cầu trong chương trình bảo hiểm của mình, bao gồm các yêu cầu về giới thiệu, cho phép hoặc các hạn chế khác về 'mạng lưới'. Bệnh Viện sẽ yêu cầu bất kỳ sự phê chuẩn trước, cho phép hay bảo đảm thanh toán nào từ bên bảo hiểm bất cứ khi nào có thể. Trong một số trường hợp, bao gồm cung cấp dịch vụ Cấp Cứu và Khẩn Cấp, có thể sẽ có giới thiệu và cho phép sau khi cung cấp dịch vụ. Tất cả bệnh nhân phát sinh số dư dịch vụ sẽ được thông báo về sự khả dụng của dịch vụ Cố Vấn Tài Chính để hỗ trợ họ thực hiện trách nhiệm tài chính của mình đối với Bệnh Viện. Bệnh Viện sẽ nỗ lực hết sức để thông báo cho tất cả bệnh nhân về mọi trách nhiệm tài chính đáng kể trước khi cung cấp dịch vụ trong chừng

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

mục Bệnh Viện có thông tin này. Việc tầm soát theo EMTALA sẽ được hoàn thành trước các hoạt động nhằm xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân.

B. CHUẨN BỊ ƯỚC TÍNH

Bệnh Viện sẽ cung cấp các ước tính cho bệnh nhân khi có yêu cầu trong vòng 2 ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu. Ước tính sẽ được tạo ra bằng cách sử dụng thông tin hiện hành nhất sẵn có, thường sử dụng mô-đun trong hệ thống thanh toán. Phòng chịu trách nhiệm cung cấp ước tính sẽ thay đổi tùy vào vị trí, nhưng thường có sự tham gia của một số hoặc tất cả các bên sau đây: Tiếp Cận Bệnh Nhân, Cố Vấn Tài Chính, Thanh Toán cho Bệnh Nhân và Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân.

Ước tính cuối cùng sẽ được cung cấp cho bệnh nhân cùng với các tùy chọn thanh toán.

C. BỆNH NHÂN ĐƯỢC BẢO HIỂM

Bệnh Viện sẽ nỗ lực nhằm xác minh trạng thái bảo hiểm của bệnh nhân và hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ các yêu cầu theo chương trình bảo hiểm y tế của họ. Việc xác minh này sẽ diễn ra theo các nguyên tắc đã được đề ra từ trước trong Phần 5. Bất cứ khi nào có thể, nội dung xác minh này sẽ bao gồm xác định trách nhiệm tài chính kỳ vọng của bệnh nhân, bao gồm các khoản đồng bảo hiểm, khấu trừ và đồng thanh toán áp dụng. Trường hợp khả thi và thích hợp về mặt lâm sàng, bệnh nhân sẽ được yêu cầu thanh toán các khoản được xác định trước (đồng thanh toán, khấu trừ cố định) trước hoặc tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Trong một số trường hợp, chương trình bảo hiểm và loại phạm vi bảo hiểm của bệnh nhân có thể không cho phép xác định chính xác trách nhiệm tài chính của bệnh nhân đối với dịch vụ tại thời điểm đăng ký. Trong trường hợp đó, Bệnh Viện có thể yêu cầu đặt cọc một khoản bằng ước tính tốt nhất về trách nhiệm tài chính dự kiến của bệnh nhân. Bệnh nhân không có khả năng thanh toán có thể được giới thiệu tới Cố Vấn Tài Chính.

- 1) Chương Trình Bảo Hiểm Giao Kết. Bệnh Viện giao kết với một số chương trình bảo hiểm. Trong trường hợp đó, Bệnh Viện sẽ yêu cầu chương trình bảo hiểm thanh toán cho tất cả dịch vụ được đài thọ. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu thanh toán tất cả các khoản đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm trước khi cung cấp dịch vụ. Nếu bên bảo hiểm xác định một dịch vụ cụ thể không được đài thọ hoặc bị từ chối thanh toán, vậy thì khoản thanh toán cho dịch vụ đó sẽ được yêu cầu trực tiếp từ bệnh nhân theo hợp đồng bảo hiểm có liên quan. Bất cứ khi nào có thể, Bệnh Viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân khiếu nại quyết định từ chối hay những phán quyết bất lợi khác lên chương trình bảo hiểm của mình, và họ hiểu rằng chương trình bảo hiểm thường yêu cầu chính bệnh nhân phải là người khiếu nại.
- 2) Chương Trình Bảo Hiểm Không Giao Kết. Bệnh Viện sẽ gia hạn việc xuất hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bệnh nhân trong những trường hợp mà Bệnh Viện không có hợp đồng với bên bảo hiểm. Trong khi Bệnh Viện sẽ xuất hóa đơn cho chương trình bảo hiểm của bệnh nhân, trách nhiệm tài chính cuối cùng thuộc về bệnh nhân hoặc người bảo lãnh và việc bên bảo hiểm không xử lý hóa đơn của Bệnh Viện một cách kịp thời có thể dẫn đến việc bệnh nhân bị xuất hóa đơn trực tiếp cho dịch vụ, trừ những trường hợp mà bệnh nhân được bảo vệ trước hành động thu hồi nợ (Phần 9.B.3). Số dư còn lại sau khi thanh toán bảo hiểm sẽ được xuất hóa đơn cho bệnh nhân. Bất cứ khi nào có thể, Bệnh Viện sẽ hỗ trợ

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare

Ngày 1 tháng 1 năm 2020

bệnh viện khiếu nại quyết định từ chối hay những phán quyết bất lợi khác lên chương trình bảo hiểm của mình, và họ hiểu rằng chương trình bảo hiểm yêu cầu chính bệnh nhân phải là người khiếu nại.

D. BỆNH NHÂN KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM (TỰ TRẢ)

Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế, và trước đó không được xác định là được chấp thuận Hỗ Trợ Tài Chính, hoặc là Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp theo mô tả trong phần 6(E) bên dưới, sẽ được yêu cầu đặt cọc trước khi cung cấp dịch vụ mà EMTALA không bắt buộc phải thực hiện. Khoản đặt cọc sẽ bằng 100% chi phí ước tính cho dịch vụ sẽ cung cấp, trừ chiết khấu (xem Phần 8). Trong các trường hợp đó, nếu không thể ước tính chi phí chính xác thì Bệnh Viện có thể thu một khoản đặt cọc xác định trước hoặc đòi bảo lãnh thanh toán. Nếu bệnh nhân không trả tiền đặt cọc hoặc nói rằng họ không có khả năng trả tiền đặt cọc, vậy thì bệnh nhân có thể được giới thiệu tới Cố Vấn Tài Chính. Tất cả bệnh nhân sẽ được cung cấp thông tin về mọi chương trình chiết khấu của bệnh viện được áp dụng đối với họ. Cư dân không có bảo hiểm sẽ được đề nghị Cố Vấn Tài Chính để xác định tính hội đủ điều kiện của họ đối với bất kỳ Chương Trình Tiểu Bang sẵn có nào hay các chương trình khác do chính phủ tài trợ, cũng như hỗ trợ bệnh nhân trong việc đăng ký với những chương trình đó. Chương Trình Tiểu Bang gồm có, nhưng không giới hạn: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net và bất cứ chương trình nào khác mà có thể được cung cấp trong tương lai thông qua Health Connector. Thông thường, Cố Vấn Tài Chính cũng sẽ hỗ trợ bệnh nhân đăng ký với chương trình bảo hiểm không trợ cấp thông qua Health Connector (Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Đủ Tiêu Chuẩn). Nếu không có nhu cầu cấp thiết về cung cấp dịch vụ, việc tiếp nhận hoặc dịch vụ ngoại trú có thể bị hoãn lại hoặc hủy bỏ cho tới thời điểm bệnh nhân có khả năng thanh toán, có thỏa thuận tài chính phù hợp, mua được bảo hiểm hoặc được ghi danh với một chương trình hỗ trợ tài chính mà sẽ đứng ra đài thọ cho dịch vụ.

E. BỆNH NHÂN THU NHẬP THẤP (CƯ DÂN CỦA MASSACHUSETTS)

- 1) Định Nghĩa và Tính Hội Đủ Điều Kiện: Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp được định nghĩa thỏa mãn các tiêu chí trong MA 101 CMR 613.04(1). Nhìn chung, định nghĩa này bao gồm các bệnh nhân là cư dân của Massachusetts, người đã đăng ký bảo hiểm với EOHHS và có MA MAGI xác minh bằng hoặc thấp hơn 300% Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang (FPG). Trạng thái hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm của một Bệnh Nhân trong bất kỳ chương trình nào (MassHealth, Health Safety Net và CMSP dưới 300%) sẽ được xác minh tại thời điểm đăng ký bằng cách sử dụng hệ thống MMIS của Văn Phòng Medicaid MA, TriZetto hoặc các hệ thống đăng ký khác của Bệnh Viện, nếu có áp dụng, và mọi thay đổi về trạng thái của bệnh nhân sẽ được ghi chú trong hồ sơ. Những giới hạn đặt ra trong phần này cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp là cần thiết cho các dịch vụ tại bệnh viện chăm sóc cấp cứu ở Massachusetts và thường không bao gồm các dịch vụ tại những cơ sở hành nghề liên kết, bệnh viện ở New Hampshire, McLean Hospital và Spaulding Rehabilitation Network. Chiết khấu cho dịch vụ tại những địa điểm này được bao gồm trong Chính Sách Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Hỗ Trợ Tài Chính.
- 2) Giới Hạn Dịch Vụ: Bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp sẽ, trong chừng mực có thể, được cung cấp dịch vụ nhất quán với hướng dẫn bảo hiểm của HSN hoặc MassHealth, bao gồm giới hạn về "Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện" theo quy định của tiểu bang và được liền áp dụng. Bệnh nhân muốn nhận dịch vụ "Không Hội Đủ Điều Kiện" sẽ được thông báo bằng văn bản về chi phí tối đa của dịch vụ đó và phải ký một bản xác nhận rằng

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

họ chấp nhận trách nhiệm tài chính trước khi cung cấp dịch vụ. Danh sách các chương trình mà bệnh nhân đủ điều kiện xếp vào nhóm “Thu Nhập Thấp” nằm trong phần 9 B (3) – Bệnh Nhân Được Bảo Vệ Trước Hành Động Thu Hồi Nợ.

- 3) **HSN Medical Hardship:** Cư dân của Massachusetts ở bất kỳ mức thu nhập nào cũng có thể hội đủ điều kiện nhận HSN Mức Thu Nhập nếu chi phí y tế cho phép của họ vượt quá thu nhập gia đình, vượt khả năng chi trả cho dịch vụ hội đủ điều kiện của họ. Chương trình hồi cố áp dụng theo quy định, có phạm vi giới hạn, được xác định một lần và không thuộc nhóm bảo hiểm (101 CMR 613.05). Chương trình này chỉ có thể được áp dụng sau khi cung cấp dịch vụ, khi mà bệnh nhân đã phát sinh trách nhiệm tài chính.
 - (a) Điều Kiện Chi Phí: Loại và giá trị của các chi phí y tế cho phép được quy định trong 101 CMR 613.05. Hóa đơn đã và chưa thanh toán có ngày cung cấp dịch vụ trước ngày đăng ký tối đa 12 tháng có thể được nộp với giới hạn 2 đơn đăng ký trong một kỳ 12 tháng.
 - (b) Quy Trình Đăng Ký: Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân thu thập tất cả thông tin áp dụng và sẽ gửi đơn đăng ký Medical Hardship với HSN để đánh giá và phê duyệt. Bệnh nhân có trách nhiệm thu hồi nợ và nộp chứng từ cho tất cả chi phí y tế đủ điều kiện. Bệnh Viện phải nộp đơn đăng ký cho HSN trong vòng 5 ngày kể từ khi nhận được tất cả chứng từ và xác minh từ bệnh nhân.
 - (c) Xác Định: HSN sẽ xác định điều kiện tham gia chương trình của bệnh nhân và sẽ thông báo với bệnh viện về những hóa đơn thuộc trách nhiệm của bệnh nhân và hóa đơn có thể được gửi cho HSN. Việc xác định Medical Hardship được giới hạn ở những hóa đơn có trong đơn đăng ký. Không có kỳ hội đủ điều kiện và hóa đơn chỉ được dùng một lần để hỗ trợ đăng ký.
 - (d) Bảo Vệ Trước Hành Động Thu Hồi Nợ: Tất cả hành động thu hồi nợ sẽ bị ngừng lại đối với tất cả số dư mà HSN xác định là hội đủ điều kiện được bảo hiểm theo Medical Hardship. Trong đó bao gồm những số dư mà có thể đã được chỉ định cho một đại lý hoặc đại lý thu hồi nợ bên ngoài đang làm việc cho Bệnh Viện. Nếu Bệnh Viện không nộp đơn đăng ký trong vòng 5 ngày sau khi nhận được tất cả xác minh từ bệnh nhân, khi đó, tất cả số dư có thể đã đủ tiêu chuẩn theo Medical Hardship sẽ được bảo vệ trước hành động thu hồi nợ.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare
Ngày 1 tháng 1 năm 2020

- 4) Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp
- (a) Trách nhiệm tài chính đối với một Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp được giới hạn ở các khoản đồng thanh toán (từ bất cứ người trả nào, ngoại trừ Medicare), khoản khấu trừ được xác định bởi HSN hoặc khoản CommonHealth Spend Down được cung cấp trong trường hợp sau mà bệnh nhân đã đồng ý nhận hóa đơn cho khoản CommonHealth Spend Down.
 - (b) Đồng Thanh Toán cho Nhà Thuốc: Bệnh nhân Thu Nhập Thấp trên 18 tuổi chịu trách nhiệm về các khoản đồng thanh toán cho dịch vụ của nhà thuốc. Phù hợp với chính sách chung, các khoản đồng thanh toán sẽ được yêu cầu tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Các khoản đồng thanh toán chưa thanh toán sẽ được coi là trách nhiệm của bệnh nhân và được thu hồi nợ theo quy trình thu hồi nợ tự trả thông thường. Giới hạn tối đa một năm cho các khoản đồng thanh toán cho hiệu thuốc là 250 \$.
 - (c) Đặt cọc cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp được chỉ định là HSN Một Phần hoặc Medical Hardship: Những bệnh nhân này sẽ được yêu cầu đặt cọc, với điều kiện đây là phương án đòi nợ chính cho các số dư chưa trả đối với tất cả dịch vụ cần thiết về mặt y tế Không Phải Cấp Cứu hoặc Không Khẩn Cấp. Trạng thái hiện tại của khoản khấu trừ gia đình hàng năm của bệnh nhân sẽ được xem lại và có thể thu đặt cọc tối đa bằng 20% khoản khấu trừ hàng năm của bệnh nhân, hoặc khoản đóng góp Hardship, tối đa bằng 500 \$.
 - (d) Kế Hoạch Thanh Toán: Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp sẽ được thông báo về các kế hoạch thanh toán sẵn có để thanh toán tất cả số dư chưa trả theo các điều khoản được quy định trong Phần 9 D 4).
 - (e) Dịch Vụ Không Hội Đủ Điều Kiện: Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp sẽ được yêu cầu thanh toán trước cho bất kỳ Dịch Vụ Không Hội Đủ Điều Kiện nào, bao gồm nhưng không giới hạn, Dịch Vụ Chữa Vô Sinh, TeleHealth, eHealth, Dịch Vụ Thẩm Mỹ hoặc dịch vụ điều trị bệnh chân không cần thiết về mặt y tế, với điều kiện rằng bệnh nhân được thông báo trước về chi phí tối đa của những dịch vụ này và ký bản xác nhận rằng dịch vụ không được đòi nợ bởi HSN hay bất kỳ chương trình hỗ trợ nào khác của Massachusetts. Dịch vụ sẽ được hoãn lại cho tới khi thanh toán xong theo hướng dẫn trong phần 4 A.
- 5) Trách Nhiệm Tài Chính Của Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp – Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng và Sức Khỏe Hành Vi – Trách nhiệm tài chính cho những dịch vụ này được bao gồm trong Chính Sách Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Hỗ Trợ Tài Chính
- 6) Chờ Xác Định Trạng Thái: Bệnh nhân chưa được bệnh viện nộp đơn đăng ký vào chương trình của tiểu bang hoặc chương trình khác được chính phủ tài trợ sẽ thường được giữ hóa đơn trong tối đa 30 ngày để chờ xác định. Sau 30 ngày, họ sẽ được xử lý như nhóm Tự Trả cho tới khi xác định xong. Yêu cầu đặt cọc có thể được miễn khi chờ Cố Vấn Tài Chính xác định đơn đăng ký của bệnh nhân đã hoàn thành và dự kiến sẽ được phê duyệt.

F. TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT – ĐĂNG KÝ VÀ TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN

Trong một số trường hợp, có thể cần thêm thông tin hoặc quy trình để hỗ trợ xử lý yêu cầu bảo hiểm của bệnh nhân.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

- 1) Bồi Thường Lao Động: Dịch vụ liên quan tới tai nạn lao động phải được gắn nhãn thích hợp trong hồ sơ người bảo lãnh đăng ký. Thông tin bổ sung được yêu cầu bao gồm ngày và thời gian xảy ra tai nạn, tên và số điện thoại của tổ chức tuyển dụng, hãng bảo hiểm bồi thường lao động của tổ chức tuyển dụng và số điện thoại. (Xem phần 10, F, 4 về việc nộp yêu cầu bảo hiểm cho hãng bảo hiểm Bồi Thường Lao Động trước khi nộp cho HSN.)
- 2) Tai Nạn Phương Tiện Cơ Giới (MVA) và Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba: Dịch vụ liên quan tới tai nạn phương tiện cơ giới hoặc trách nhiệm của bên thứ ba nên được gắn nhãn thích hợp trong hồ sơ đăng ký. Sẽ có nỗ lực cần mẫn nhằm thu thập thông tin bổ sung theo yêu cầu để nộp yêu cầu bảo hiểm MVA, bao gồm ngày và thời gian xảy ra tai nạn, địa điểm của trường hợp phát sinh trách nhiệm của bên thứ ba và các bên bảo hiểm ô tô đã biết ngoại trừ trường hợp xảy ra tại New Hampshire, nơi Bệnh Viện sẽ không thể nộp yêu cầu cho hãng bảo hiểm MVA. Tên của luật sư liên quan tới yêu cầu bảo hiểm cũng sẽ được ghi lại trong hệ thống đăng ký nếu có. (Xem phần 10, F, 3 về việc nộp yêu cầu bảo hiểm cho hãng bảo hiểm trách nhiệm MVA ở MA trước khi nộp cho HSN.) Ở NH, yêu cầu sẽ được nộp cùng bảo hiểm y tế của bệnh nhân hoặc xuất hóa đơn trực tiếp tới bệnh nhân dựa theo chỉ thị của bệnh nhân. Những dịch vụ được xuất hóa đơn trực tiếp tới bệnh nhân cho một tai nạn MVA không được chiết khấu.
- 3) Nạn Nhân của Tội Phạm Bạo Lực (MA): Dịch vụ liên quan tới nạn nhân của tội phạm bạo lực nên được gắn nhãn thích hợp trong hồ sơ đăng ký kèm theo thời gian và địa điểm xảy ra sự cố. Trong một số trường hợp, văn phòng Tổng Chương Lý có hỗ trợ một số tiền hữu hạn để bù trừ cho những chi phí y tế không được bảo hiểm y tế hay Health Safety Net đài thọ. Khi có chỉ định, bệnh nhân sẽ được giới thiệu tới Cố Vấn Tài Chính để hoàn thành các tài liệu thích hợp để được nhận bồi thường từ Quỹ Cho Nạn Nhân của Tội Phạm Bạo Lực.
- 4) HITECH (Đạo Luật Công Nghệ Thông Tin Y Tế Cho Sức Khỏe Kinh Tế và Lâm Sàng năm 2010) quy định bệnh nhân có quyền, tại thời điểm cung cấp dịch vụ, yêu cầu không được gửi PHI (Thông Tin Sức Khỏe Bệnh Nhân) của mình liên quan tới một khoản mục hoặc dịch vụ cụ thể cho bảo hiểm y tế của mình nhằm mục đích đòi thanh toán. Bệnh nhân được kỳ vọng sẽ thanh toán đầy đủ mọi số dư chưa trả tại thời điểm cung cấp dịch vụ hoặc sau khi nhận được bảng kê. HITECH chỉ cho phép bệnh nhân không phải nhận hóa đơn bảo hiểm. HITECH không miễn cho bệnh nhân trách nhiệm tài chính là phải thanh toán tài khoản. Các tài khoản cần được ghi chú theo quy trình để tránh bị giải phóng không phù hợp.
- 5) Đơn Đăng Ký Bảo Mật của HSN: Có thể nộp đơn đăng ký bảo mật trong hai trường hợp.
 - (a) Trẻ Vị Thành Niên: Có thể nộp đơn đăng ký bảo mật cho trẻ vị thành niên đến đăng ký dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và dịch vụ liên quan tới bệnh lây truyền qua đường tình dục. Những đơn đăng ký này có thể được xử lý dưới thu nhập của trẻ vị thành niên mà không cần quan tâm tới thu nhập gia đình. Những bệnh nhân này nên được giới thiệu tới Cố Vấn Tài Chính.
 - (b) Cá nhân bị Đánh Đập hoặc Lạm Dụng: Những cá nhân này cũng có thể đăng ký xin đài thọ HSN dựa trên thu nhập riêng của mình. Những bệnh nhân này có thể được duyệt

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

cho toàn bộ dịch vụ được HSN đài thọ. Những bệnh nhân này nên được giới thiệu tới Cố Vấn Tài Chính.

- 6) Người Không Có Giấy Tờ. Bệnh nhân có thể lo lắng về những vấn đề nhập cư khi đăng ký trạng thái Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp. Bệnh nhân bị hạn chế phương án nên được khuyến khích đăng ký với một chương trình của tiểu bang hoặc chương trình do chính phủ tài trợ khác. Nếu bệnh nhân tiếp tục bày tỏ lo ngại, họ có thể được giới thiệu tới các cơ quan bên ngoài để được cố vấn. Những bệnh nhân từ chối đăng ký hỗ trợ sẽ tiếp tục được điều trị ở diện tự trả. Dịch vụ Khẩn Cấp và Cấp Cứu (bao gồm lượng thuốc trong tối đa 2 tuần để điều trị những nguy cơ cấp bách đối với sức khỏe của bệnh nhân) sẽ tiếp tục được cung cấp. Dịch vụ Không Phải Cấp Cứu, Không Khẩn Cấp có thể bị hoãn lại hoặc hủy bỏ cho tới thời điểm bệnh nhân có khả năng thanh toán, có thỏa thuận tài chính phù hợp, mua được bảo hiểm hoặc được ghi danh với một chương trình hỗ trợ tài chính mà sẽ đứng ra đài thọ cho dịch vụ.
- 7) Nghiên Cứu Khảo Sát: Dịch vụ liên quan tới nghiên cứu khảo sát nên được ghi chú lại tại thời điểm đăng ký dịch vụ đó và được gắn nhãn để đảm bảo chi phí cho những dịch vụ này được chuyển tới quỹ nghiên cứu chỉ định.
- 8) Người Hiến Nội Tạng: Bệnh Viện sẽ xác định người hiến nội tạng tại thời điểm cung cấp dịch vụ và đảm bảo rằng yêu cầu bảo hiểm cho những dịch vụ này được đăng ký với bên bảo hiểm thích hợp hoặc các nguồn tài trợ khác.
- 9) Bệnh Nhân Quốc Tế: Ngoài việc phải tuân thủ các quy trình đã nêu đối với bệnh nhân Được Bảo Hiểm và Không Được Bảo Hiểm, Bệnh Viện sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thu thập thông tin về địa chỉ tại địa phương và thường trú đối với công dân nước ngoài, và thực hiện các hành động bổ sung thích hợp cần thiết để đảm bảo thanh toán trước cho mọi dịch vụ không được bảo hiểm.

7. DỊCH VỤ CỐ VẤN TÀI CHÍNH

A. TỔNG QUAN

Bệnh Viện sẽ tìm cách xác định những bệnh nhân có thể không được bảo hiểm hoặc được bảo hiểm không thỏa đáng để cung cấp dịch vụ cố vấn và hỗ trợ. Bệnh Viện sẽ cung cấp dịch vụ cố vấn tài chính cho những bệnh nhân này và gia đình của họ, bao gồm sàng lọc đủ điều kiện nhận các nguồn bảo hiểm khác, chẳng hạn như Chương Trình Tiểu Bang và các chương trình của chính phủ khác (bao gồm, trong chừng mực có thể, chương trình Medicaid ở các tiểu bang ngoài Massachusetts hoặc New Hampshire), và cung cấp thông tin liên quan tới tất cả các phương pháp thanh toán chấp nhận được đối với hóa đơn của Bệnh Viện. Bệnh Viện sẽ khuyến khích những bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện được đài thọ từ Chương Trình Tiểu Bang hoặc các chương trình của chính phủ khác tiến hành đăng ký đài thọ và sẽ hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình đăng ký trợ cấp. Cư dân MA cũng có thể đăng ký và được HSN phê duyệt cho đài thọ đối với các khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ mà chương trình bảo hiểm chính của họ không đài thọ.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

B. THÔNG BÁO CÁC DỊCH VỤ CÓ VẤN TÀI CHÍNH SẴN CÓ

Bệnh Viện sẽ dán một thông báo (biển báo) về các chương trình hỗ trợ tài chính sẵn có và mô tả nơi cần đến để được trợ giúp tại những địa điểm sau:

1. Khu vực tiếp nhận và/hoặc đăng ký của khoa nội trú, phòng khám, phòng cấp cứu và trung tâm sức khỏe cộng đồng;
2. Khu vực chờ được Cố Vấn Tài Chính
3. Khu vực tiếp nhận/đăng ký tập trung mở cửa tiếp bệnh nhân
4. Khu vực chờ ở văn phòng làm việc nơi mở cửa tiếp bệnh nhân

Biển báo sẽ được dịch sang các ngôn ngữ khác nếu đó là ngôn ngữ chính của hơn 10% cư dân nhận dịch vụ của Bệnh Viện. Nhìn chung, biển báo sẽ được dán bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha. Biển hiệu đem dán sẽ phải có nội dung mà những bệnh nhân tới khu vực dán thấy rõ và đọc được rõ ràng. Biển báo cũng sẽ bao gồm hướng dẫn về cách sử dụng dịch vụ biên dịch cho những bệnh nhân có nhu cầu về ngôn ngữ khác.

Thông báo tiêu chuẩn sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân tại thời điểm đăng ký lần đầu với Partners HealthCare. Những thông báo này cũng sẽ được công bố rộng khắp tới mọi bệnh viện và trung tâm y tế và thường xuyên được gửi cho những bệnh nhân hiện tại bất cứ khi nào họ dự kiến sẽ phát sinh trách nhiệm lặt vặt. Bản sao đầy đủ của chính sách này và Chính Sách Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Hỗ Trợ Tài Chính của PHS cũng sẽ được cung cấp cho bệnh nhân khi có yêu cầu. Cả hai chính sách cũng sẽ được đăng trên Internet tại địa chỉ www.partners.org/patientbilling có liên kết tới trang chủ của tất cả đối tác là bệnh viện ở địa điểm có thể xác định được một cách dễ dàng.

C. YÊU CẦU VỀ CƯ TRÚ ĐỐI VỚI CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG

Tính hội đủ điều kiện đối với hầu hết các Chương Trình Tiểu Bang nhìn chung được giới hạn ở những bệnh nhân có thể chứng minh nơi cư trú ở tiểu bang áp dụng. Nhìn chung, những bệnh nhân đã tạm thời điều chuyển tới Massachusetts nhằm mục đích duy nhất là để nhận phúc lợi chăm sóc sức khỏe sẽ không đáp ứng các yêu cầu về cư trú. Bệnh Viện sẽ làm việc với bệnh nhân có thu nhập giới hạn, những người không đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình của Tiểu Bang để xác định các phương án khác và thông báo với họ về trách nhiệm của họ.

D. ĐĂNG KÝ VỚI CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG

Bệnh Viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành đăng ký với một Chương Trình Tiểu Bang và đảm bảo, nộp chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Chương Trình Tiểu Bang áp dụng. Cá nhân đăng ký đài thọ bằng một đơn đăng ký thống nhất được nộp thông qua hệ thống đăng ký tham gia của tiểu bang (hCentive). Thông qua quy trình này, cá nhân có thể nộp đơn đăng ký qua một trang web trực tuyến (tập trung trên trang web Health Connector của tiểu bang), đơn đăng ký văn bản, hoặc qua điện thoại với một đại diện bộ phận dịch vụ khách hàng ở MassHealth hoặc Health Connector. Chứng từ cần thiết có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở bằng chứng về: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (cuống lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội và thư từ tổ chức tuyển dụng, tờ khai thuế hoặc bản sao kê tài khoản), (2) tư cách công dân và danh tính, (3) trạng thái nhập cư đối với người không phải cư dân (nếu có áp dụng), và (4) tài sản của những cá nhân từ 65 tuổi trở lên.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Tiểu Bang sẽ thông báo cho bệnh nhân về mọi chứng từ cần được nộp để có xác minh cuối cùng. Bệnh nhân có thể được đài thọ tạm thời nếu đáp ứng các hướng dẫn của chương trình áp dụng.

- 1) Nộp Đơn Đăng Ký với Chương Trình Tiểu Bang. Tất cả đơn đăng ký với Chương Trình Tiểu Bang, bao gồm đăng ký bằng văn bản và trực tuyến, phải được ký bởi bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ. Chỉ nên nộp xác minh sau khi đơn đăng ký đã được xử lý và Tiểu Bang yêu cầu cung cấp chứng từ. Trong quá trình đăng ký, bệnh nhân sẽ được thông báo rằng HSN có thể báo cáo chi tiết về việc bệnh nhân sử dụng HSN với tổ chức tuyển dụng của bệnh nhân. Việc tiết lộ này nằm trong quá trình đăng ký với Chương Trình Tiểu Bang.
- 2) Xác Định Tính Hội Đủ Điều Kiện. Tất cả đơn đăng ký với Chương Trình Tiểu Bang đều được xem xét và xử lý bởi Văn Phòng Medicaid, đơn vị này sử dụng Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang cũng như các chứng từ cần thiết nêu trên làm căn cứ để xác định tính hội đủ điều kiện cho tất cả chương trình tiểu bang.
- 3) Hoàn thành đơn đăng ký Medical Hardship. Đơn Đăng Ký Hoàn Cảnh Đặc Biệt được chỉ định sẽ do Bệnh Viện hoàn thành và nộp cho HSN qua hệ thống INET để xác định.
- 4) Thông báo về trách nhiệm của bệnh nhân. Cố vấn tài chính sẽ nỗ lực hết sức để thông báo với mọi bệnh nhân HSN về trách nhiệm của họ như nêu trong phần 13 A, bao gồm yêu cầu báo cáo mọi khoản thu hoặc hoàn lại HSN để đòi từ Bên Thứ Ba mà họ có thể nhận được.

E. PHÊ DUYỆT ĐÀI THỌ

Bệnh Viện không có vai trò trong việc xác định hội đủ điều kiện tham gia chương trình mà Văn Phòng Medicaid MA hoặc Chương Trình Medicaid NH thực hiện, nhưng theo yêu cầu của bệnh nhân, họ có thể đảm nhận vai trò trực tiếp trong việc khiếu nại hoặc tìm kiếm thông tin liên quan tới quyết định đài thọ. Tất cả thông báo hội đủ điều kiện sẽ được phát hành bởi văn phòng Tiểu Bang phù hợp. Bệnh nhân có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện về mọi quyết định đài thọ mà Tiểu Bang đưa ra để đảm bảo xử lý tất cả hóa đơn của bệnh nhân một cách kịp thời và chính xác.

F. KHIẾU NẠI KẾT QUẢ

Bệnh nhân có thể yêu cầu xem lại xác định từ chương trình Tiểu Bang áp dụng liên quan đến trạng thái của họ. Yêu cầu phải được gửi tới Văn Phòng Medicaid kèm các chứng từ hỗ trợ. Yêu cầu thông tin bổ sung gửi tới Bệnh Viện sẽ phải được hoàn thành trong vòng 30 ngày.

8. CHIẾT KHẤU, ĐIỀU CHỈNH VÀ CHĂM SÓC TỪ THIỆN

A. TỔNG QUAN

Bệnh Viện có thể mở rộng chiết khấu hoặc các điều chỉnh khác cho bệnh nhân nếu họ đủ điều kiện theo Chính Sách Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm và Hỗ Trợ Tài Chính của PHS hoặc trong từng trường hợp, với điều kiện rằng Giám Đốc Tài Chính của Bệnh Viện, Phó Chủ Tịch Chu Trình Doanh Thu của PHS, Giám Đốc Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân của PHS hoặc người được họ chỉ định cho phép chiết khấu. Chiết khấu cần được xác định, ghi chép rõ ràng và nhất quán với thực hành kinh doanh tốt, quy chế hiện hành của tiểu bang và liên bang và phù hợp

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

với hướng dẫn mà có thể, trong từng thời kỳ, được ban hành bởi cơ quan chức trách của tiểu bang hoặc liên bang.

Chiết khấu sẽ không được dựa trên bất kỳ mối quan hệ nào mà bệnh nhân hoặc gia đình của họ có thể có với nhân viên của Bệnh Viện hay thành viên của cơ quan điều hành.

Chiết khấu sẽ không được mở rộng dựa trên việc xem xét “danh dự chuyên nghiệp” đối với bác sĩ hay gia đình của họ.

Chiết khấu sẽ không được áp dụng cho những bệnh nhân kêu gọi bệnh nhân nhận dịch vụ hoặc, bằng cách khác, có liên quan tới việc phát sinh khoản phải trả bởi một chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang, và cũng sẽ không được đổi lấy tiền mặt với các khoản mục hay dịch vụ do Bệnh Viện hay bất cứ đối tác nào khác thuộc Partners cung cấp (bao gồm chiết khấu cửa hàng quà tặng, căng-teen...).

Nhìn chung, các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ sẽ không được miễn trừ hay chiết khấu.

Lý do miễn trừ hoặc chiết khấu khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ:

- Chứng minh có khó khăn về tài chính dựa trên thông tin về thu nhập và tài sản của bệnh nhân đăng ký
- Xảy ra một biến cố nghiêm trọng, có thể báo cáo hoặc vấn đề lâm sàng khác khiến toàn bộ chuyến thăm khám hoặc lưu trú phải bị miễn trừ. Mọi khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ được thu trước khi diễn ra biến cố (ví dụ lúc đăng ký) cũng sẽ được hoàn lại. (Để biết thêm chi tiết, hãy xem Chính Sách Không Thanh Toán cho Biến Cố Về Chất Lượng và An Toàn của Partners.)
- Trong những trường hợp hiếm gặp, Giám Đốc Tài Chính của Bệnh Viện, Phó Chủ Tịch Chu Trình Doanh Thu của PHS hoặc người được họ chỉ định có thể cho phép áp dụng ngoại lệ.

Lý do để mở rộng các loại chiết khấu khác bao gồm:

- Để khuyến khích thanh toán nhanh,
- Để ghi nhận các trường hợp khó khăn tài chính đặc biệt,
- Để giảm thiểu chi phí hành chính khi thu hồi nợ,
- Đàm phán thỏa thuận về mức phí trong trường hợp đặc biệt trước khi cung cấp dịch vụ,
- Nếu cần thiết nhằm mục đích duy trì mối quan hệ tích cực với bệnh nhân, bao gồm nhưng không giới hạn, các vấn đề như chậm trễ đột xuất trong việc cung cấp dịch vụ hoặc các biến cố khác về cung cấp dịch vụ chăm sóc không tối ưu.

B. CHIẾT KHẤU, ĐIỀU CHỈNH VÀ CHĂM SÓC TỪ THIỆN KHÁC

Bệnh Viện sẽ duy trì các chương trình Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và một Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính cho chiết khấu bổ sung. Nhìn chung, những khoản chiết khấu Hỗ Trợ Tài Chính sẽ được Bệnh Viện ghi nhận là Chăm Sóc Từ Thiện. Những chương trình như vậy sẽ được phê duyệt bởi Phó Chủ Tịch Điều Hành của Partners và được lưu hồ sơ như quy định trong Phần 2. Bệnh Viện cũng có thể ghi nhận những số dư này là khoản Chăm Sóc Từ Thiện mà

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

có thể không thu được từ bệnh nhân do họ được bảo vệ trước hành động thu hồi nợ theo quy định trong 101 CMR 13.08 (3) và phần 9 B (3) của chính sách này. Số dư của bệnh nhân đủ điều kiện theo chính sách Chăm Sóc Từ Thiện của Bệnh Viện có thể được báo cáo là Nợ Xấu Medicare.

9. XUẤT HÓA ĐƠN CHO BỆNH NHÂN VÀ THU HỒI NỢ

A. TỔNG QUAN

Bệnh Viện sẽ có những nỗ lực cần mẫn để thu mọi khoản phí phải thu từ các bên bảo hiểm theo tiêu chuẩn ngành xác định và sẽ tìm cách xin thanh toán và điều chỉnh hợp đồng một cách kịp thời đối với tài khoản của bệnh nhân. Những nỗ lực này bao gồm xuất hóa đơn cho tất cả chương trình bảo hiểm sẵn có theo yêu cầu của người trả và kịp thời theo dõi các yêu cầu bảo hiểm bị từ chối. Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh khác sẽ không phải chịu trách nhiệm về tất cả số dư tài khoản còn lại sau khi đăng ký xin thanh toán bảo hiểm, điều chỉnh hợp đồng và thỏa thuận về chiết khấu/điều chỉnh theo thông báo chuyển tiền nhận được từ người trả, trừ khi số dư này có thể được nộp cho HSN hoặc coi như được miễn hành động thu hồi nợ theo quy định của tiểu bang. Hành động thu hồi nợ có thể bao gồm gửi bảng kê cho bệnh nhân, gửi thư cho bệnh nhân, liên hệ điện thoại và gửi thông báo thu hồi nợ cuối cùng có chứng nhận.

B. GỬI BẢNG KÊ, GỬI THƯ VÀ GỌI ĐIỆN CHO BỆNH NHÂN

Bệnh Viện sẽ, trực tiếp hoặc thông qua đại lý chỉ định của mình, soạn thảo hoặc gửi bảng kê qua thư tới bệnh nhân một cách thường xuyên để thông báo với họ về số tiền mà họ nợ Bệnh Viện. Trong chừng mực có thể, bệnh nhân sẽ nhận được một bản tổng hợp tất cả chi phí, thanh toán và điều chỉnh kèm theo hóa đơn ban đầu cho mỗi ngày cung cấp dịch vụ. Nhìn chung, bệnh nhân sẽ nhận được tối thiểu ba (3) bảng kê hoặc thư trong chu kỳ thanh toán, dự kiến là 120 ngày, với điều kiện không có các hành động khác cho thấy không nên xuất hóa đơn tiếp. Thông thường, một bản ghi tất cả hành động và thông tin về tài khoản, bao gồm hóa đơn, được phản ánh trong sổ đăng ký giao dịch với hệ thống thanh toán và/hoặc nhận xét về tài khoản. Nhân viên phải ghi lại mọi liên hệ với bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh) trong hệ thống thanh toán hoặc hệ thống thu hồi nợ tự trả áp dụng.

- 1) Tạm dừng xuất hóa đơn. Trong một số trường hợp, hoạt động tiếp tục xuất hóa đơn và thu hồi nợ có thể không phù hợp và bị tạm dừng hoặc ngừng lại. Trường hợp như vậy bao gồm, nhưng không giới hạn: Địa Chỉ Sai (phần 7 bên dưới), các trường hợp Phá Sản (phần F (1)), bệnh nhân qua đời, bệnh nhân khiếu nại hoặc vấn đề với dịch vụ khách hàng, Số Dư Nhỏ (phần 10(B) (8)), hoặc đang chờ xác định của MassHealth hoặc xác định Thu Nhập Thấp.
- 2) Thông Báo Về Hỗ Trợ Tài Chính Sẵn Có. Bảng kê gửi cho bệnh nhân sẽ bao gồm thông báo mà quy định yêu cầu để báo cho bệnh nhân biết các phương thức và khả năng tiếp cận hỗ trợ tài chính. Ngôn ngữ và nội dung của những thông báo này sẽ tuân thủ quy định EOHHs và IRS 501(r) hiện hành. Thông báo về hỗ trợ tài chính sẵn có cũng sẽ được nêu trong tất cả thông tin bằng lời và bằng văn bản gửi cho bệnh nhân trong chừng mực có thể.
- 3) Bệnh Nhân Được Bảo Vệ Trước Hành Động Thu Hồi Nợ. Bệnh Viện sẽ tiến hành các bước hợp lý để đảm bảo rằng không có hành động thu hồi nợ nào, bao gồm gọi điện thoại, gửi bảng kê hoặc thư, được tiến hành với những khoản nợ của bệnh nhân mà có thể được miễn hành động thu hồi nợ theo quy định, bao gồm những bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp bởi Văn Phòng Medicaid (ngoại trừ Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

Chỉ Áp Dụng Cho Dịch Vụ Nha Khoa), hoặc được ghi danh trong các chương trình MassHealth, Children's Medical Security Plan (CMSP) với thu nhập gia đình MAGI bằng hoặc thấp hơn 300% FPG, Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC) và Health Safety Net (Đầy Đủ hoặc Một Phần) ngoại trừ các khoản khấu trừ và đồng thanh toán mà chương trình này xác định thuộc trách nhiệm của bệnh nhân, và các khoản đồng thanh toán từ người trả là bên thứ ba không phải Medicare... Nếu xác định bệnh nhân được ghi danh vào một trong những nhóm này, vậy thì mọi hành động thu hồi nợ (ngoại trừ các khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ HSN áp dụng) đối với bệnh nhân sẽ được chấm dứt cho dịch vụ đã được cung cấp trong kỳ hội đủ điều kiện của bệnh nhân. Hành động thu hồi nợ cũng sẽ chấm dứt miễn là bệnh nhân được xác định là nhóm Thu Nhập Thấp nếu khoản nợ tính trong kỳ mà bệnh nhân không được ghi danh vào một chương trình đủ điều kiện. Bệnh Viện có thể tiếp tục gửi thư yêu cầu bệnh nhân cung cấp thông tin hoặc hành động để giải quyết vấn đề dài hạn và/hoặc hội đủ điều kiện với người trả chính, Chương Trình Bồi Thường Lao Động hoặc để xin thông tin về bên bảo hiểm Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba hoặc MVA.

- 4) Thông Báo Thu Hồi Nợ Cuối Cùng. Bệnh Viện sẽ có những nỗ lực hợp lý để gửi thông báo thu hồi nợ cuối cùng tới từng bệnh nhân trước khi số dư này được xóa sổ coi là Nợ Xấu. Trong hầu hết trường hợp, thông báo thu hồi nợ cuối cùng sẽ được gửi kèm bảng kê gửi cho người bảo lãnh.
- 5) Nợ Xấu Đột Xuất. Đối với những trường hợp mà Bệnh Viện đang cân nhắc một tài khoản để đăng ký với HSN ở diện Nợ Xấu Đột Xuất, Bệnh Viện sẽ đảm bảo những điều kiện sau đây được đáp ứng:
 - (a) Hành động thu hồi nợ được tiến hành liên tục đối với tài khoản đó trong tối thiểu 120 ngày.
 - (b) Đã truy vấn MMIS về tính hội đủ điều kiện để sàng lọc dài hạn.
 - (c) Dịch vụ cung cấp đủ điều kiện xếp vào diện Cấp Cứu hoặc Khẩn Cấp theo định nghĩa trong chính sách này.
 - (d) Đã gửi thông báo thu hồi nợ cuối cùng qua thư bảo đảm đối với dư nợ từ 1.000 \$ trở lên. Tài khoản được ghi nhận là tài khoản Địa Chỉ Sai có thể được trình lên HSN mà không cần gửi thông báo thu hồi nợ cuối cùng qua thư bảo đảm, với điều kiện rằng đã trải qua 120 ngày kể từ ngày xuất hóa đơn lần đầu và rằng sau một nỗ lực hợp lý, bệnh viện vẫn không thể cập nhật địa chỉ. Sẽ có những nỗ lực hợp lý để thông báo cho cư dân của Massachusetts rằng Health Safety Net có thể cung cấp chi tiết về mọi yêu cầu bảo hiểm được gửi tới HSN cho tổ chức tuyển dụng của bệnh nhân.
- 6) Yêu Cầu Thu Hồi Nợ và Thư. Bệnh Viện sẽ có những nỗ lực hợp lý để thu mọi khoản dư nợ chưa trả mà phải trả cho Bệnh Viện. Nỗ lực thu hồi nợ xúc tiến sẽ thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm, nhưng không giới hạn, số dư tài khoản và lịch sử thu hồi nợ trước đây của bệnh nhân. Có thể tăng cường nỗ lực thu hồi nợ bằng cách gọi điện cho bệnh nhân và gửi thư bên cạnh việc gửi bảng kê tới bệnh nhân như được mô tả trong phần 10 B.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

Trong chừng mực có thể, những cuộc gọi và thư gửi này sẽ có nhắc nhở về hỗ trợ tài chính sẵn có.

- 7) Gửi Lại Do Địa Chỉ Sai. Bệnh Viện sẽ có nỗ lực hợp lý để theo dõi và xử lý tất cả bảng kê gửi bệnh nhân mà USPS gửi lại do không giao được. Nếu có thể, tài khoản sẽ được ghi là "Tài Khoản Địa Chỉ Sai" trong hệ thống xuất hóa đơn, thông tin địa chỉ sẽ được xác minh và hiệu chỉnh theo chương trình "bỏ qua theo dõi" mà bên thứ ba có thể cung cấp. Nhìn chung, sau khi tài khoản được gắn nhãn Địa Chỉ Sai thì không cần tiếp tục xử lý bảng kê hay thư nữa, trừ khi có địa chỉ mới. Tiếp tục gửi bảng kê tới địa chỉ sai là hành động vừa không phù hợp về mặt tài chính, vừa có thể vi phạm quyền riêng tư theo HIPAA. Tài khoản Địa Chỉ Sai sẽ được gắn cờ trong hệ thống đăng ký để cảnh báo nhân viên trong quá trình đăng ký rằng họ phải thu thập địa chỉ mới từ bệnh nhân. Tài khoản mà thông tin nhân khẩu gần nhất có Địa Chỉ Sai có thể bị cơ quan bên ngoài coi là Nợ Xấu, cần theo dõi thêm, ngoại trừ tài khoản Nợ Xấu Đột Xuất tiềm tàng thì sẽ được theo dõi trong 120 ngày trước khi bị xếp vào nhóm này.
- 8) Điều Chỉnh Số Dư Nhỏ. Sau khi đánh giá chi phí của các hoạt động xử lý bảng kê và thu hồi nợ, Bệnh Viện có thể dừng xuất bảng kê cho những tài khoản dưới ngưỡng "giá trị xuất hóa đơn nhỏ". Tương tự, sau khi xuất hóa đơn, Bệnh Viện có thể hạn chế hoạt động thu hồi nợ và nghiên cứu trên những số dư nhỏ và điều chỉnh tài khoản dưới ngưỡng "xóa sổ số dư nhỏ". Trong mọi trường hợp, điều chỉnh số dư nhỏ thực hiện theo phần này sẽ không được xuất hóa đơn cho HSN. Ngưỡng số dư thấp thường áp dụng với số dư tài khoản dưới 10,00 \$ của người bảo lãnh.

C. THÔNG BÁO PHỤ THU

Bệnh Viện sẽ có quy trình xác định tất cả dư nợ của bệnh nhân xếp vào diện Phụ Thu Quỹ Tín Dụng Health Safety Net như được quy định trong 101 CMR 614. Phụ thu sẽ được xuất hóa đơn cho bệnh nhân và số tiền thu về được chuyển cho HSN theo lịch biểu yêu cầu.

D. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

- 1) Tổng Quan. Thanh toán có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau tại tất cả Bệnh Viện thuộc Partners. Phương thức thanh toán chậm, kế hoạch thanh toán hoặc thanh toán đặt cọc một phần thường chỉ được áp dụng bởi Dịch Vụ Tiếp Nhận của Bệnh Viện hoặc Phòng Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân của PHS. Tất cả các phương thức thanh toán sẽ phải tuân thủ tiêu chí định sẵn và được ghi chép phù hợp trong hệ thống xuất hóa đơn và đăng ký của Bệnh Viện.
- 2) Hình Thức Thanh Toán
 - (a) Có thể thanh toán trước bằng séc bảo đảm/séc ngân hàng, điện chuyển tiền hoặc thẻ tín dụng/ghi nợ. Không chấp nhận tiền mặt tại hầu hết các địa điểm bệnh viện. Séc cá nhân từ các ngân hàng của Hoa Kỳ thường được chấp nhận với số dư thấp hơn 5.000 \$, trừ khi có lịch sử lỗi séc do không đủ số dư. Séc cá nhân có thể được yêu cầu xuất trình trước khi tiến hành dịch vụ một khoảng thời gian đủ để xác thực séc. Bệnh nhân có lịch sử nợ xấu có thể được xem xét riêng nhằm xác định phương thức thanh toán thích hợp.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare
Ngày 1 tháng 1 năm 2020

- (b) Tủ Khóa Ngân Hàng. Thanh toán bằng séc cá nhân có thể được gửi vào tủ khóa ngân hàng của Bệnh Viện. Không nhận thanh toán bằng Thẻ Tín Dụng qua thư.
 - (c) Xuất hóa đơn điện tử và thanh toán cho Partners. Có nhiều địa điểm cho phép truy cập hóa đơn điện tử và thanh toán điện tử bằng thẻ tín dụng/ghi nợ hoặc chuyển khoản vào Ngân Hàng ACH.
 - (d) Chấp nhận thanh toán bằng cách gọi cho Trung Tâm Cuộc Gọi của Phòng Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân của PHS hoặc tổng đài Chăm Sóc Khách Hàng khác được chỉ định.
 - (e) Bệnh Viện sẽ có quy trình theo dõi séc 'xấu' và đảo ngược thanh toán có thể đã được áp dụng cho tài khoản của bệnh nhân. Việc gửi séc 'xấu' có thể là căn cứ để xếp tài khoản vào nhóm Nợ Xấu.
- 3) Tiền Tê. Trừ khi có thỏa thuận khác, thanh toán phải được thực hiện bằng Đô La Mỹ. Thanh toán không phải bằng Đô La Mỹ sẽ được chuyển đổi theo tỷ giá do ngân hàng của Bệnh Viện quy định, trừ đi phí chuyển đổi.
- 4) Kế Hoạch Thanh Toán. Kế Hoạch Thanh Toán được áp dụng cho tất cả bệnh nhân có yêu cầu, với điều kiện rằng tài khoản của họ được cập nhật. Chấp nhận cuối cùng đối với một kế hoạch thanh toán phụ thuộc vào việc đánh giá toàn diện về trạng thái và lịch sử thanh toán của bệnh nhân. Phòng Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân của PHS sẽ xử lý và theo dõi tất cả kế hoạch thanh toán của bệnh nhân. Thông thường, kế hoạch sẽ bao quát các số dư mở tại tất cả Bệnh Viện thuộc Partners được ghi danh trên Partners eCare. Nếu có thể, kế hoạch thanh toán sẽ được điều phối với tất cả đối tác.
- (a) Kế Hoạch Thanh Toán đối với Khoản Khấu Trừ HSN Một Phần và Medical Hardship:
 - (i) Có thể yêu cầu thanh toán ban đầu ở mức thấp hơn giữa 500 \$ hoặc 20% số dư khấu trừ, bao gồm tất cả các khoản đặt cọc được chấp nhận trước khi cung cấp dịch vụ trong biến cố không khẩn cấp/không phải cấp cứu.
 - (ii) Kế Hoạch Thanh Toán Một Năm sẽ được đề nghị với số dư bằng 1.000 \$ hoặc thấp hơn và tối đa hai năm cho tất cả các số dư khác. Những bệnh nhân này sẽ được đề nghị thanh toán hàng tháng với số tiền bằng 25 \$ cho những kế hoạch này.
 - (b) Kế hoạch thanh toán cho tất cả các Bệnh Nhân còn lại
 - (i) Tối đa một năm với số dư bằng 1.000 \$ hoặc ít hơn
 - (ii) Tối đa hai năm với số dư nhiều hơn 1.000 \$.
 - (iii) Kế hoạch thanh toán lâu hơn có thể được đề nghị áp dụng trong trường hợp đặc biệt sau khi được ban quản lý cấp cao phê duyệt.
 - (iv) Sẽ không áp dụng kế hoạch với khoản thanh toán hàng tháng thấp hơn 25 \$
 - (c) Sẽ không tính lãi trên số dư nếu bệnh nhân đồng ý với kế hoạch thanh toán và đang bám sát tiến độ thanh toán.
 - (d) Kế hoạch sẽ được xem xét thường xuyên để đảm bảo tất cả các khoản thanh toán đều cập nhật. Nếu bệnh nhân lỡ hai đợt thanh toán liên tiếp thì Bệnh Viện có thể xếp tài

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

khảo vào nhóm Nợ Xấu. Sau khi nhận được thông báo từ bệnh nhân về hoàn cảnh tài chính thay đổi, Bệnh Viện có thể đánh giá lại nghĩa vụ thanh toán chưa thực hiện của bệnh nhân.

E. TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT – XUẤT HÓA ĐƠN

- 1) Bệnh Nhân Phá Sản. Bệnh Viện sẽ có nỗ lực hợp lý để theo dõi tất cả thông báo Phá Sản, và lưu giữ hồ sơ để đảm bảo rằng tất cả quy trình được phê duyệt phía tòa án đều được theo dõi, bao gồm việc nộp khiếu nại lên Tòa Án, nếu thích hợp, hoặc miễn nợ.
- 2) Bệnh Nhân Qua Đời. Khi thích hợp và hiệu quả về chi phí, Bệnh Viện sẽ thực hiện tìm bất động sản, xuất hóa đơn cho bất động sản và đệ trình xin quyền nắm giữ đối với bất động sản.
- 3) Tai Nạn Phương Tiện Cơ Giới (MVA) và Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba (MA): Sẽ có nỗ lực hợp lý để xuất hóa đơn cho hãng bảo hiểm MVA/TPL để thu các khoản Bảo Vệ Thương Tích Cá Nhân (PIP) nếu có. Yêu cầu bảo hiểm sẽ được xử lý sau khi xử dụng hết PIP. Bệnh Viện cũng có thể nộp xin quyền nắm giữ đối với các khoản thanh toán Thương Tích Cơ Thể sau này mà hãng bảo hiểm MVA trả cho bệnh nhân nếu chúng tôi có thể xin lấy tên luật sư của bệnh nhân để quản lý yêu cầu bảo hiểm. Yêu cầu bảo hiểm sẽ không được nộp cho HSN cho tới khi hoàn thành các nỗ lực cần mẫn để thu dư nợ từ các bên khác. Trong chừng mực có thể, bệnh nhân sẽ được nhắc nhở rằng họ có nghĩa vụ báo cáo mọi yêu cầu bảo hiểm TPL tiềm tàng trong vòng 10 ngày kể từ khi nộp yêu cầu lên Văn Phòng Medicaid hoặc HSN. Mọi khoản thu hồi nhận được sau khi gửi yêu cầu bảo hiểm tới HSN sẽ được bù trừ với yêu cầu ban đầu và báo cáo cho HSN, bao gồm cả trường hợp vô hiệu hoặc trả lại theo yêu cầu.
- 4) Tai Nạn Phương Tiện Cơ Giới (MVA) và Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba (NH) Bệnh nhân có bảo hiểm y tế có thể chọn để bệnh viện xuất hóa đơn bảo hiểm y tế của họ. Các số dư được xuất hóa đơn tới bệnh nhân sẽ không được chiết khấu và điều chỉnh thường xuyên.
- 5) Bồi Thường Lao Động: Yêu cầu bồi thường WCA thường được giải quyết toàn bộ với hãng bảo hiểm WCA nếu phạm vi bảo hiểm hợp lệ. Bệnh Viện sẽ có nỗ lực hợp lý để đòi bảo hiểm WCA, bao gồm nộp yêu cầu bảo hiểm hợp pháp. Nếu không có bảo hiểm WCA, vậy thì yêu cầu bảo hiểm sẽ được quản lý theo cách thông thường.
- 6) Bảo Hiểm Phụ HSN: Bệnh Viện sẽ có nỗ lực cần mẫn để giới hạn chỉ yêu cầu bảo hiểm cho HSN với tư cách là hãng bảo hiểm phụ đối với những khoản được cho là do HSN đài thọ, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và dịch vụ không được bảo hiểm, bao gồm những trường hợp mà bệnh nhân đã dùng hết phúc lợi của mình hoặc việc ghi danh với người trả chưa có hiệu lực tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ bị từ chối do lỗi kỹ thuật với yêu cầu hoặc lý do từ chối kỹ thuật khác nêu trong 101 CMR 613.03(1)(c) sẽ không được nộp cho HSN. Nếu Bệnh Viện nhận được thanh toán bổ sung hoặc hiệu chỉnh cho một yêu cầu bảo hiểm nộp cho HSN từ trước, vậy thì yêu cầu hiệu chỉnh sẽ được nộp cho HSN.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare Ngày 1 tháng 1 năm 2020

- 7) Khấu Trừ HSN Một Phần: Bệnh Viện sẽ xuất hóa đơn cho 100% giá trị Khấu Trừ HSN Một Phần hàng năm của mình cho tới khi chi phí bằng khoản khấu trừ hàng năm đã được xuất hóa đơn cho bệnh nhân, bao gồm các số dư trong kế hoạch thanh toán. Yêu cầu bảo hiểm sẽ không được nộp cho HSN cho tới khi khoản khấu trừ của bệnh nhân đã được thực hiện. Quy định này áp dụng cho tất cả cơ sở vệ tinh và Trung Tâm Y Tế Bệnh Viện đang hoạt động theo giấy phép của Bệnh Viện.
- 8) Nạn Nhân của Tội Phạm Bao Lược: Bệnh Viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân nộp yêu cầu bảo hiểm lên chương trình Nạn Nhân của Tội Phạm Bao Lược của Tổng Chương Lý MA. Trong hầu hết trường hợp, việc xuất hóa đơn cho bệnh nhân sẽ được tạm dừng trong khi đang chờ yêu cầu bảo hiểm VVC. Những khoản thanh toán này thường được xem là thanh toán toàn bộ, không phát sinh số dư xuất hóa đơn cho bệnh nhân.

10. XẾP NHÓM NỢ XẤU

Sau khi đã hoàn thành các nỗ lực thu hồi nợ nội bộ, tài khoản có thể được xóa sổ thành Nợ Xấu. Việc này thường diễn ra sau khi tài khoản đã hết chu kỳ thanh toán 120 ngày, chỉ ngoại trừ một số trường hợp do Địa Chỉ Sai hoặc chuyển đi nơi khác. Nhìn chung, tài khoản ở diện Nợ Xấu sẽ được tiến hành thêm nỗ lực thu hồi nợ thông qua nhiều nguồn, bao gồm nhân viên nội bộ, Đại Lý Thu Hồi Nợ bên ngoài hoặc luật sư thu hồi nợ. Bệnh Viện sẽ đảm bảo rằng tất cả công tác theo dõi Nợ Xấu, dù bởi nhân viên nội bộ hay hãng bên ngoài, sẽ phải tuân thủ quy tắc sau:

A. BÁO CÁO TÍN DỤNG

Nhìn chung, trong khi Bệnh Viện không thường báo cáo Nợ Xấu của bệnh nhân cho bất kỳ cơ quan tín dụng nào, chính sách này không nhằm mục đích hạn chế Bệnh Viện thực hiện hành động này trong các trường hợp cụ thể hoặc hạn chế bệnh viện làm như vậy trong tương lai. Tuy nhiên, Bệnh Viện và đại lý của Bệnh Viện có thể, sử dụng dịch vụ của một cơ quan tín dụng để xác định đánh giá xếp hạng tín nhiệm của một bệnh nhân nhằm xác định khả năng thực hiện nghĩa vụ tài chính của bệnh nhân đó.

B. KIỆN TỤNG

Bệnh Viện và đại lý của Bệnh Viện có thể theo đuổi vụ kiện chống lại một bệnh nhân để xin phán quyết của tòa đối với khoản mà bệnh nhân đó nợ Bệnh Viện. Trong mọi trường hợp, writ of *capias* (hay còn gọi là “trát bắt giam” trên báo trí) sẽ không được áp dụng như một nỗ lực thu hồi nợ.

C. QUYỀN NÁM GIỮ TÀI SẢN

Bệnh Viện chỉ được theo đuổi biện pháp tịch biên, thực thi và bán tài sản sau khi đã xem xét và có sự phê duyệt của CFO của Bệnh Viện. Ngoài ra, đối với mọi trường hợp liên quan tới bệnh nhân mà Văn Phòng Medicaid chỉ định là nhóm Thu Nhập Thấp hoặc đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình hỗ trợ nào, Bệnh Viện sẽ không được xin cho thực thi pháp lý đối với nơi cư trú của bệnh nhân hay Người Bảo Lãnh khi chưa có sự phê duyệt cụ thể của Ban Quản Trị Bệnh Viện.

D. ĐẠI LÝ THU HỒI NỢ

Bất kỳ đại lý nào tìm cách thu nợ của bệnh nhân hộ Bệnh Viện sẽ phải tuân thủ Chính Sách Tín Dụng và Thu Hồi Nợ này. Mọi khiếu nại cơ bản của bệnh nhân sẽ phải được báo cáo lên Bệnh Viện để xem xét và theo dõi. Tất cả các đại lý sẽ phải tuân thủ đầy đủ quy định hiện hành về Thu

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Hồi Nợ Công Bằng Của Liên Bang cũng như quy định về thu hồi nợ mà Chương Lý Massachusetts có thể xác định. Tất cả đại lý sẽ phải báo cáo mọi hành động thu hồi nợ hay hành động khác đối với tài khoản, bao gồm quyết định dừng nỗ lực thu hồi nợ, một cách kịp thời. Nhìn chung, đại lý sẽ dừng nỗ lực thu hồi nợ đối với tài khoản được giao cho họ trong một năm mà không có hành động, thanh toán hay hiện không có khả năng thanh toán.

11. SỐ DƯ CÓ VÀ HOÀN TIỀN

Nhìn chung, Bệnh Viện sẽ hoàn lại cho bệnh nhân tất cả số dư có mà có thể phát sinh từ việc thu thừa tiền từ bệnh viện. Trong trường hợp mà nỗ lực hoàn số dư có cho bệnh nhân/người bảo lãnh không thành công, Bệnh Viện sẽ chuyển số dư có vào Ngân Quỹ của Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts theo quy định về Tài Sản Bị Từ Bỏ của tiểu bang.

12. BIẾN CỐ NGHIÊM TRỌNG CÓ THỂ TRÌNH BÁO (SRE)

Bệnh viện duy trì tuân thủ yêu cầu xuất hóa đơn hiện hành, bao gồm quy định của Bộ Sức Khỏe Cộng Đồng (105 CMR 130.332) đối với trường hợp không thanh toán cho các dịch vụ cụ thể hoặc tiếp nhận lại mà bệnh viện xác định là do hậu quả của Biến Cố Nghiêm Trọng Có Thể Trình Báo (SRE). SRE không xảy ra tại bệnh viện được miễn xác định không thanh toán. Bệnh viện cũng không đòi thanh toán từ bệnh nhân thu nhập thấp được xác định là đủ điều kiện tham gia chương trình Health Safety Net, người có yêu cầu bảo hiểm lúc đầu bị chương trình bảo hiểm từ chối do lỗi xuất hóa đơn hành chính phía bệnh viện. Bệnh Viện cũng duy trì tất cả thông tin theo pháp luật hiện hành về quyền riêng tư, an ninh và ăn cắp ID của liên bang và tiểu bang.

13. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN

A. TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN

Bệnh nhân có nghĩa vụ:

- Cung cấp thông tin bảo hiểm và nhân khẩu một cách đầy đủ và kịp thời, thông báo cho Bệnh Viện, và Tiểu Bang nếu bệnh nhân tham gia Chương Trình Tiểu Bang, về mọi thay đổi đối với trạng thái của họ, bao gồm, nhưng không giới hạn, thay đổi về thu nhập hoặc trạng thái bảo hiểm,
- Đối với cư dân của Massachusetts, đăng ký và duy trì bảo hiểm qua các chương trình do chính phủ tài trợ mà họ có thể hội đủ điều kiện, bao gồm việc nộp tất cả chứng từ theo yêu cầu trong khung thời gian yêu cầu. Tất cả bệnh nhân cần có và duy trì phạm vi bảo hiểm nếu có sẵn gói bảo hiểm hợp túi tiền dành cho họ. Thông báo cho Bệnh Viện về mọi trường hợp bảo hiểm Tai Nạn Phương Tiện Cơ Giới, Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba hoặc Bồi Thường Lao Động. Đối với bệnh nhân được đài thọ bởi một Chương Trình Tiểu Bang, nộp yêu cầu bảo hiểm xin bồi thường, nếu có, đối với bất kỳ tai nạn, thương tích hay tổn thất nào, và thông báo với Chương Trình Tiểu Bang (ví dụ, Văn Phòng Medicaid và Health Safety Net) trong vòng mười ngày về thông tin liên quan tới bất kỳ vụ kiện hay yêu cầu bảo hiểm nào sẽ đài thọ chi phí dịch vụ mà bệnh viện đã cung cấp. Bệnh nhân cũng được yêu cầu nhượng lại quyền đối với thanh toán của bên thứ ba mà sẽ đài thọ cho chi phí dịch vụ mà Văn Phòng Medicaid của Massachusetts hoặc Health Safety Net đã trả.
- Có nỗ lực hợp lý để hiểu rõ các giới hạn về phạm vi bảo hiểm của họ, bao gồm giới hạn về mạng lưới, bảo hiểm dịch vụ và trách nhiệm tài chính do hạn chế về phạm vi bảo hiểm, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ.

Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Bệnh Viện thuộc Partners HealthCare **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

- Tuân thủ các chính sách về giới thiệu bảo hiểm, cho phép trước và quản lý y tế khác.
- Tuân thủ các yêu cầu khác về bảo hiểm, bao gồm việc hoàn thành các biểu mẫu về điều phối phúc lợi, cập nhật thông tin thành viên, cập nhật thông tin bác sĩ và các yêu cầu khác của người trả,
- Thanh toán các khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm một cách kịp thời.
- Kịp thời cập nhật thông tin nhân khẩu, bảo hiểm và tính hội đủ điều kiện cho HSN cũng như dữ liệu khấu trừ hàng năm.

B. CHÍNH SÁCH KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Bệnh Viện sẽ không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, quốc tịch, tư cách công dân, tư cách là người nước ngoài, tôn giáo, tín điều, giới tính, ý thức giới tính, định hướng giới tính, độ tuổi hay tình trạng khuyết tật, trong các chính sách của mình, hoặc trong việc áp dụng chính sách của mình, liên quan tới việc thu nhận và xác minh thông tin tài chính, đặt cọc trước khi tiếp nhận hoặc điều trị, kế hoạch thanh toán, trì hoãn hoặc từ chối tiếp nhận, hoặc tính hội đủ điều kiện tham gia Health Safety Net.

14. BÁO CÁO, KIỂM TOÁN VÀ TUÂN THỦ QUY ĐỊNH

Bệnh Viện sẽ tuân thủ tất cả yêu cầu về báo cáo được xác định trong MGL c. 118G và 101 CMR 613, 614 có liên quan và Bản Tin Hành Chính đi kèm.

Bệnh Viện sẽ duy trì hồ sơ hoạt động có thể kiểm toán được lập theo các tiêu chí và yêu cầu của 101 CMR 613 và 101 CMR 614.

Bệnh Viện sẽ gửi Chính Sách Tín Dụng & Thu Hồi Nợ này qua email tới Văn Phòng Medicaid, Health Safety Net nếu được yêu cầu khi chính sách thay đổi hoặc khi có thay đổi về quy định do Văn Phòng Medicaid, Health Safety Net ban hành mà bắt buộc phải nộp chính sách mới.

CÁC CHÍNH SÁCH ÁP DỤNG KHÁC CỦA PARTNERS HEALTHCARE:

Chính Sách Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Hỗ Trợ Tài Chính của Partners

THAM KHẢO:

Quy Định MA 101 CMR 613, 614 và MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c