

Mục lục

I. Mục đích	2
A. Tổng quan	2
B. Phạm vi	3
II. Các Định nghĩa	3
III. Phân loại và Tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc	5
A. Tổng quan	5
B. Các Loại Dịch vụ	6
1. Dịch vụ Cấp cứu và Khẩn cấp	6
2. Dịch vụ Không Cấp cứu, Không Khẩn cấp	6
C. Thu thập và Xác minh Thông tin Bệnh nhân	6
D. Trách nhiệm của Bệnh nhân	7
E. Chính sách Không Phân biệt Đối xử	8
IV. Thanh toán và Thu nợ của Bệnh nhân	8
A. Tổng quan	8
B. Lập hóa đơn cho Bệnh nhân	8
C. Sao kê, Thư từ và Cuộc gọi tới Bệnh nhân	8
1. Các Cuộc gọi và Thư để Thu nợ	9
2. Thông báo về Sự sẵn có của Hỗ trợ Tài chính	9
3. Bệnh nhân được Bảo vệ khỏi Hành động Thu nợ	9
4. Thông báo Thu nợ Lần cuối	9
5. Đình chỉ việc Lập hóa đơn	10
6. Nợ Xấu Khẩn cấp	10
7. Trả lại Tài liệu Gửi tới Địa chỉ Không hợp lệ	10
8. Điều chỉnh Số dư Nhỏ	10
9. Thông báo Phụ phí	11
10. Không Lập hóa đơn Cân đối	11
D. Tình huống Đặc biệt – Lập Hóa đơn	11
1. Bệnh nhân Phá sản	11
2. Bệnh nhân đã Qua đời	11
3. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba (MA)	11
4. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba (NH)	12
5. Bồi thường cho Người lao động	12
6. Bảo hiểm Thứ cấp HSN	12
7. Khấu trừ HSN Một phần	12
8. Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực	12
V. Làm rõ Thông tin về Tài chính	13
A. Tổng quan	13
B. Chuẩn bị Ước tính	13
1. Ước tính Thiện chí	13
C. Bệnh nhân được Bảo hiểm	14
1. Chương trình Bảo hiểm theo Hợp đồng	14
2. Chương trình Bảo hiểm Không theo Hợp đồng	15
3. Thông báo và Chấp thuận	15
D. Bệnh nhân Không có Bảo hiểm (Tự Chi trả)	15
E. Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp (Cư dân Massachusetts)	16
1. Định nghĩa và Điều kiện Hội đủ	16
2. Các Hạn chế Dịch vụ	16

3. Chương trình Khó khăn về Y tế của HSN	16
4. Trách nhiệm Tài chính của Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp	17
5. Quyết định Trạng thái Đang chờ Xử lý	18
F. Các Tình huống Đặc biệt về Làm rõ Thông tin về Tài chính – Đăng ký và Trách nhiệm Tài chính của Bệnh nhân	18
1. Bồi thường cho Người lao động	18
2. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba	18
3. Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực và Bạo lực Đối với Phụ nữ (MA)	19
4. Công nghệ Thông tin Y tế cho Đạo luật về Kinh tế và Y tế Lâm sàng năm 2010 (HITECH)	19
5. Đơn đăng ký Bảo mật của HSN	19
6. Người Không có Giấy tờ Tùy thân	19
7. Nghiên cứu	20
8. Người Hiến tạng	20
9. Bệnh nhân Quốc tế	20
G. Các Sự cố Nghiêm trọng Cần Báo cáo (SRE)	20
H. Sắp xếp Nợ Xấu	20
1. Báo cáo Tín dụng	20
2. Tranh tụng	21
3. Quyền Sai áp Tài sản	21
4. Cơ quan Thu nợ	21
VI. Các Thỏa thuận Thanh toán	21
A. Tổng quan	21
1. Hình thức Thanh toán	21
2. Tiền tệ	22
B. Kế hoạch Thanh toán	22
1. Kế hoạch Thanh toán cho các khoản khấu trừ HSN Một phần và chương trình Khó khăn về Y tế	22
VII. Số dư Có và Hoàn trả	23
Phụ lục A: Các Tổ chức Liên kết của Mass General Brigham	23
Phụ lục B: Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính	24
Phụ lục C: Báo cáo, Kiểm tra và Tuân thủ Quy định	25

I. Mục đích

A. Tổng quan

Các tổ chức thuộc Mass General Brigham (MGB) là các tổ chức được miễn thuế, có nhiệm vụ cơ bản là cung cấp dịch vụ cho tất cả những người có nhu cầu chăm sóc y tế. MGB nỗ lực để đảm bảo bệnh nhân cần các dịch vụ khẩn cấp, cấp cứu và cần thiết về mặt y tế sẽ không bị từ chối các dịch vụ đó do họ không có khả năng thanh toán, và khả năng tài chính không ngăn cản những cá nhân này tìm kiếm hoặc nhận dịch vụ chăm sóc. Tuy nhiên, để các tổ chức của Mass General Brigham tiếp tục cung cấp các dịch vụ chất lượng cao và hỗ trợ các nhu cầu của cộng đồng, mỗi tổ chức có trách nhiệm tìm kiếm khoản thanh toán kịp thời cho các dịch vụ khi việc thu nợ được cho phép và không mâu thuẫn với các quy định của Thịnh vượng chung Massachusetts (MA) và New Hampshire (NH) hoặc các quy định của Liên bang bao gồm Đạo luật về Điều trị Y tế Cấp cứu và Lao động Tích cực (EMTALA).

Tài liệu này phác thảo quá trình thu chi phí y tế từ các tài khoản cá nhân của bệnh nhân được thực hiện bởi MGB – và các cơ quan thu nợ bên ngoài tiềm năng do MGB sử dụng – và thiết lập các thông lệ nhất quán cho việc thu nợ ([Phần IV](#)), hỗ trợ các cá nhân không có khả năng chi trả (thông qua kế

hoạch thanh toán hoặc hỗ trợ tài chính) ([Phần VI](#) và [Phần IV\(C\)\(2\)](#)), hoặc hành động pháp lý có thể được thực hiện ([Phần V\(H\)](#)).

B. Phạm vi

Chính sách này áp dụng cho các tổ chức của Mass General Brigham được nêu trong [Phụ lục A](#).

Ghi chú: Các bác sĩ có liên kết với các tổ chức này, nhưng những bác sĩ lập hóa đơn “tư nhân” được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân theo chính sách này. Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy trong Danh sách Nhà cung cấp Liên kết của Mass General Brigham.

II. Các Định nghĩa

Dịch vụ Sức khỏe Hành vi: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế tập trung vào sức khỏe tâm lý và tinh thần của bệnh nhân và có thể được cung cấp ở một số cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Dịch vụ Tự chọn: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế không đáp ứng định nghĩa về Dịch vụ Cấp cứu hoặc Khẩn cấp. Bệnh nhân thường lên lịch trước cho các dịch vụ này, nhưng có một số ngoại lệ.

Dịch vụ Cấp cứu: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng bệnh lý, dù là về thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng đủ nghiêm trọng bao gồm đau dữ dội, mà một người thận trọng, có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học tin tưởng một cách hợp lý rằng việc thiếu sự chăm sóc y tế kịp thời sẽ đặt sức khỏe của người đó hoặc người khác vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể hoặc, đối với phụ nữ mang thai, như được định nghĩa thêm trong phần 1867(e) (1) (B) của Đạo luật An sinh Xã hội, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Khám sàng lọc và điều trị y tế cho các tình trạng y tế cấp cứu hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác như vậy được cung cấp trong phạm vi được yêu cầu theo Đạo luật về Điều trị Y tế Cấp cứu và Lao động Tích cực (**EMTALA**) (42 USC 1395(dd)) đủ điều kiện là Chăm sóc Cấp cứu.

Các dịch vụ cấp cứu cũng bao gồm:

- Các dịch vụ được xác định là trường hợp cấp cứu bởi một chuyên gia y tế được cấp phép
- Chăm sóc y tế nội trú có liên quan đến chăm sóc cấp cứu ngoại trú; và,
- Chuyển bệnh nhân nội trú từ một bệnh viện chăm sóc cấp tính khác đến bệnh viện của Mass General Brigham để cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú mà không có sẵn ở những nơi khác.

Nợ Xấu do Cấp cứu: Phân loại các tài khoản của bệnh nhân được gửi tới Mạng lưới An toàn Sức khỏe (HSN) của Massachusetts theo tiêu chí được mô tả trong 101 CMR 613.06(2) trong đó dịch vụ chăm sóc chưa chi trả phí được hạch toán thông qua HSN.

Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo theo Thu nhập của Liên bang (FPG): Thước đo thu nhập do Department of Health and Human Services (HHS) ban hành hàng năm. Những hướng dẫn này được sử dụng để xác định tình trạng hội đủ điều kiện cho một số chương trình và quyền lợi (chẳng hạn như Medicaid).

Hỗ trợ Tài chính: Việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí hoặc giảm giá cho những bệnh nhân đủ điều kiện, có nhu cầu về tài chính được ghi lại và xác minh, đáp ứng các tiêu chí được xác lập trong chính sách này.

Giảm giá Hỗ trợ Tài chính: Khoản điều chỉnh số dư của bệnh nhân được thực hiện dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính. Tất cả các khoản giảm giá cho Hỗ trợ Tài chính phải tuân theo các quy định của tiểu bang và liên bang bao gồm Sở Thuế vụ Liên Bang (IRS) 501(r).

Tư vấn viên Tài chính: Những người đại diện chịu trách nhiệm đánh giá khoản nợ của bệnh nhân, nhằm xác định và hỗ trợ các lựa chọn tài trợ công (Medicare, Medicaid, v.v.), xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không và xác lập các kế hoạch thanh toán.

Tư vấn Tài chính: Các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân không được bảo hiểm thích đáng, không thể thanh toán khoản nợ ước tính/thực tế của họ trước khi điều trị hoặc những người có số dư quá hạn lớn.

Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp: cá nhân là Cư dân của Thịnh vượng chung Massachusetts và có tài liệu chứng minh rằng Tổng Thu nhập Sửa đổi đã Điều chỉnh (MAGI) của Hộ gia đình MassHealth của họ bằng hoặc thấp hơn 300% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang (FPL). Hướng dẫn về mức chuẩn nghèo của tiểu bang New Hampshire là 250% FPL.

Nợ Xấu của Medicare: Chi phí mà CMS/Medicare cho phép các bệnh viện yêu cầu bồi thường đối với hầu hết các khoản đồng bảo hiểm và khấu trừ chưa thanh toán của Medicare, miễn là số dư được xử lý hoàn toàn theo chu kỳ lập hóa đơn tự chi trả đã thiết lập hoặc bệnh nhân được xác định là đối tượng nghèo khó đối với các mục đích của số dư này. Việc xác định mức độ nghèo khó phải dựa trên mức thu nhập của bệnh nhân và xem xét tài sản hiện có của họ, thường không bao gồm phương tiện và nơi cư trú chính của họ và tài khoản ngân hàng/tài khoản vãng lai tối thiểu.

Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế: Các dịch vụ được yêu cầu một cách hợp lý để phòng ngừa, chẩn đoán, ngăn chặn tình trạng xấu đi, giảm bớt, khắc phục hoặc chữa trị các tình trạng bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng, gây khó khăn hoặc đau đớn, gây biến dạng hoặc ảnh hưởng đến chức năng về thể chất, đe dọa gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng khuyết tật, hoặc dẫn đến bệnh tật hoặc ốm yếu. Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế bao gồm các dịch vụ nội trú và ngoại trú như được cho phép theo Tiêu đề XIX của Đạo luật An sinh Xã hội.

Dịch vụ Khác: Các dịch vụ mà bác sĩ lâm sàng đang tiến hành xem xét chưa chứng minh được tính cần thiết về mặt y tế hoặc khi mà việc bệnh nhân đủ điều kiện để nhận dịch vụ có thể không đáp ứng các định nghĩa của chương trình bảo hiểm chung về việc đáp ứng các tiêu chí quan trọng về tính cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ. Các Dịch vụ khác cũng bao gồm các dịch vụ mà nhiều chương trình bảo hiểm có thể không coi là Cần thiết về mặt Y tế, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở: Phẫu thuật Thẩm mỹ, Thụ tinh trong Ống nghiệm (IVF) hoặc Liệu pháp Sinh sản Nâng cao (ART) khác, Dịch vụ Nối tắt Dạ dày mà không được xác định là cần thiết về mặt y tế đối với người chi trả, và Các Hạng mục Tiện lợi cho bệnh nhân, chẳng hạn như các khoản phí liên quan đến dịch vụ qua đêm ở trên và nằm ngoài những hạng mục cần thiết cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ qua đêm cho bệnh nhân (nhập viện nội trú hoặc nhập viện một phần) khi không có sự cần thiết về mặt y tế được chứng minh rõ ràng.

Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân (PBS): Bộ phận tại Mass General Brigham chịu trách nhiệm về tất cả các quy trình trong chu kỳ doanh thu tự chi trả bao gồm Dịch vụ Khách hàng, Thu nợ, xác định Hỗ trợ Tài chính (ngoài WDH, trong đó việc quyết định được thực hiện tại tổ chức này) và xử lý, xử lý Nợ Xấu, tín dụng/hoàn tiền cho bệnh nhân và các quy trình liên quan.

Khoản nợ của Bệnh nhân: Trách nhiệm tài chính phải trả đối với cơ sở/nhà cung cấp là kết quả của việc nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; số tiền được xác định theo quyền lợi bảo hiểm của bệnh nhân đối với dịch vụ được lên lịch cụ thể; bao gồm các khoản khấu trừ, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không được đài thọ.

Chăm sóc Hậu Cấp tính: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, bao gồm các dịch vụ phục hồi chức năng, được cung cấp tại Bệnh viện được phân loại là hậu cấp tính.

Tự Chi trả: Bệnh nhân được xác định là không có bảo hiểm hoặc từ chối tham gia bảo hiểm cho các dịch vụ/sự cố cụ thể.

Bệnh nhân Không có Bảo hiểm: Bệnh nhân không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào có hiệu lực cho một ngày dịch vụ cụ thể hoặc khi bảo hiểm của họ không có hiệu lực đối với một dịch vụ cụ thể do hạn chế của mạng lưới, hết quyền lợi bảo hiểm hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm khác.

Bệnh nhân được Bảo hiểm Dưới mức: Một bệnh nhân có một số bảo hiểm hoặc nguồn thanh toán của bên thứ ba khác, những người có chi phí tự chi trả vượt quá khả năng chi trả của mình.

Dịch vụ Khẩn cấp: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi một tình trạng bệnh lý khởi phát đột ngột, dù là về thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính ở mức đủ nghiêm trọng (bao gồm cả cơn đau dữ dội) mà một người thận trọng, có hiểu biết về y tế ở mức thông thường sẽ tin rằng việc không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ có thể dẫn đến: đặt sức khỏe của bệnh nhân vào tình trạng nguy hiểm, suy giảm chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào. Các dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của một cá nhân.

Nội trú: Mức độ chăm sóc nội trú là khi bệnh nhân nhập viện hoặc được nhận vào môi trường chăm sóc khác để điều trị, đòi hỏi ít nhất một lần ở lại qua đêm. Người bệnh nội trú thường cần chăm sóc hoặc giám sát bao quát hơn, có thể bao gồm phẫu thuật hoặc điều trị những tình trạng nghiêm trọng hơn.

Ngoại trú: Mức độ chăm sóc ngoại trú là khi bệnh nhân được điều trị hoặc chăm sóc y tế mà không nhập viện để ở lại qua đêm, việc điều trị được thực hiện trong phòng khám của bác sĩ hoặc phòng khám đa khoa khác trong vòng một ngày và về nhà vào cùng ngày.

Quan sát: Mức độ chăm sóc quan sát là dịch vụ ngoại trú cho phép bác sĩ xác định xem bệnh nhân cần chăm sóc nội trú hay có thể được xuất viện. Trạng thái quan sát dựa trên mức độ chăm sóc mà bệnh nhân cần, không phải độ dài thời gian họ ở lại viện. Trạng thái của bệnh nhân có thể thay đổi nếu tình trạng của họ tốt lên hay xấu đi, hoặc nếu họ cần chăm sóc nhiều hơn hoặc ít hơn.

Phòng Hồi sức: Phòng bệnh viện dành cho bệnh nhân đã trải qua thủ thuật phẫu thuật và đòi hỏi thời gian hồi sức kéo dài hoặc ở lại nội trú ngắn hạn.

* Trạng thái phân loại bệnh nhân không phụ thuộc vào vị trí của bệnh nhân (tầng/phòng) mà đại diện cho mức độ chăm sóc.

III. Phân loại và Tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc

A. Tổng quan

Tất cả các bệnh nhân đến điều trị đột xuất sẽ được đánh giá theo các phân loại có trong phần này. Các dịch vụ bệnh viện Khẩn cấp hoặc Cấp cứu sẽ không bị từ chối hoặc trì hoãn dựa trên khả năng của MGB trong việc xác định bệnh nhân, phạm vi bảo hiểm hoặc khả năng chi trả của họ. Tuy nhiên, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cấp cứu hoặc không khẩn cấp có thể bị trì hoãn hoặc hoãn lại dựa trên tư vấn với nhân viên cung cấp dịch vụ lâm sàng của MGB trong những trường hợp MGB không thể xác định nguồn thanh toán cho các dịch vụ của mình. Mức độ khẩn cấp của việc điều trị liên quan đến các triệu chứng lâm sàng biểu hiện của mỗi bệnh nhân sẽ được xác định bởi một chuyên gia y tế dựa trên các tiêu chuẩn thực hành tại địa phương, các tiêu chuẩn chăm sóc lâm

sàng của quốc gia và tiểu bang, cũng như các chính sách và quy trình của nhân viên y tế MGB. Ngoài ra, tất cả các bệnh viện đều tuân theo các yêu cầu của Đạo luật về Điều trị Y tế Cấp cứu và Lao động Tích cực (EMTALA) bằng cách tiến hành kiểm tra sàng lọc y tế để xác định xem có tồn tại tình trạng y tế cấp cứu hay không.

B. Các Loại Dịch vụ

1. Dịch vụ Cấp cứu và Khẩn cấp

MGB sẽ cung cấp các dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp mà không quan tâm đến danh tính, phạm vi bảo hiểm hoặc khả năng chi trả của bệnh nhân. Việc đăng ký và tiếp nhận bệnh nhân cấp cứu và khẩn cấp sẽ được thực hiện theo các yêu cầu của EMTALA. Thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm của bệnh nhân nên được thu thập càng sớm càng tốt. Tuy nhiên, việc thu thập thông tin nên được hoãn lại khi việc thu thập thông tin này có thể làm chậm quá trình sàng lọc y tế hoặc tác động tiêu cực đến tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Khi bệnh nhân không thể cung cấp thông tin bảo hiểm hoặc nhân khẩu học tại thời điểm thực hiện dịch vụ và khi bệnh nhân đồng ý, nên cố gắng phỏng vấn bạn bè hoặc người thân có thể đi cùng hoặc nếu không thì phỏng vấn người được bệnh nhân xác định. Nếu có thể, thông tin bảo hiểm do bệnh nhân cung cấp phải được xác nhận với người chi trả thông qua trang web của người chi trả hoặc trao đổi dữ liệu điện tử (EDI) hoặc quy trình Hội đủ Điều kiện theo Thời gian Thực (RTE).

2. Dịch vụ Không Cấp cứu, Không Khẩn cấp

Việc đăng ký và tiếp nhận bệnh nhân không cấp cứu/không khẩn cấp phải được thực hiện trước khi cung cấp dịch vụ. Bệnh nhân trở lại hoặc đã được chỉ định cũng sẽ được xem xét và cập nhật thông tin nhân khẩu học, tài chính và bảo hiểm khi cần, bao gồm cả việc xác minh tình trạng bảo hiểm của họ thông qua EDI/RTE hoặc các phương pháp khả dụng khác thích hợp. Các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp thường có thể được phân loại thành:

- Các Dịch vụ Tự chọn
- Các Dịch vụ Khác
- Chăm sóc Hậu Cấp tính
- Các Dịch vụ Sức khỏe Hành vi

MGB có thể từ chối cung cấp cho bệnh nhân các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp trong những trường hợp MGB không xác định được rằng các dịch vụ của mình sẽ được thanh toán. Theo [Phần III\(F\)\(2\)](#) bên dưới, những bệnh nhân có Mạng lưới An toàn Sức khỏe Toàn phần và Mạng lưới An toàn Sức khỏe Một phần sẽ được cho là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính – bệnh nhân sẽ có thể tìm kiếm dịch vụ chăm sóc đủ điều kiện (theo [Phần III\(C\)](#)) mà không cần Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính. Các dịch vụ được xác định là không cần thiết về mặt y tế có thể được hoãn lại vô thời hạn cho đến khi có thể thực hiện các thỏa thuận thanh toán phù hợp. Các dịch vụ này bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở:

- phẫu thuật thẩm mỹ
- dịch vụ xã hội, giáo dục và dạy nghề

C. Thu thập và Xác minh Thông tin Bệnh nhân

- MGB sẽ nỗ lực hết sức để xác định rõ ràng tất cả bệnh nhân và thu thập, ghi lại và xác minh thông tin nhân khẩu học và tài chính đầy đủ cho mọi bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc.

- Thông tin cần thu thập sẽ bao gồm thông tin nhân khẩu học (chẳng hạn như tên bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại, số an sinh xã hội nếu có, giới tính, ngày sinh và thông tin nhận dạng bệnh nhân phù hợp), và thông tin bảo hiểm y tế (bao gồm tên và địa chỉ, thông tin người đăng ký và thông tin quyền lợi như số tiền đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm) đủ để đảm bảo thanh toán cho các dịch vụ.
- Yêu cầu đối với MGB để có được thông tin đầy đủ sẽ luôn được điều chỉnh tùy theo tình trạng của bệnh nhân, với ưu tiên là nhu cầu chăm sóc sức khỏe tức thời của bệnh nhân.
- Bệnh nhân có nghĩa vụ cung cấp thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm đầy đủ và kịp thời cũng như biết những dịch vụ nào được bảo hiểm theo chính sách bảo hiểm của họ.

D. Trách nhiệm của Bệnh nhân

Bệnh nhân có nghĩa vụ:

- Cung cấp thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm đầy đủ và kịp thời, đồng thời thông báo cho MGB, (và Tiểu bang nếu bệnh nhân tham gia một Chương trình của Tiểu bang) về bất kỳ thay đổi nào trong thông tin bảo hiểm hoặc nhân khẩu học của họ, bao gồm nhưng không giới hạn ở những thay đổi về thu nhập hoặc tình trạng bảo hiểm.
- Đăng ký và duy trì bảo hiểm thông qua bất kỳ (những) chương trình do chính phủ tài trợ nào mà họ có thể đủ điều kiện, bao gồm cả việc nộp tất cả các tài liệu cần thiết trong khung thời gian yêu cầu. Tất cả bệnh nhân phải mua và duy trì bảo hiểm nếu có sẵn bảo hiểm phù hợp túi tiền cho họ.
- Thông báo cho MGB về bất kỳ hạng mục bảo hiểm Tai nạn Xe cơ giới, hạng mục bảo hiểm Khoản phải trả đối với Bên thứ ba hoặc hạng mục bảo hiểm Bồi thường cho Người lao động tiềm năng nào ([Phần IV\(D\)](#) và [Phần V\(F\)](#)).
 - Đối với những bệnh nhân được Chương trình của Tiểu bang đài thọ, nộp đơn yêu cầu bồi thường, nếu có, đối với bất kỳ tai nạn, thương tích hoặc mất mát nào và thông báo cho Chương trình của Tiểu bang (ví dụ: Văn phòng Medicaid và Mạng lưới An toàn Sức khỏe) trong vòng mười ngày kể từ ngày có thông tin liên quan đến bất kỳ vụ kiện hoặc yêu cầu bảo hiểm nào mà sẽ chi trả chi phí dịch vụ do MGB cung cấp.
 - Ngoài ra, bệnh nhân còn được yêu cầu chuyển nhượng quyền nhận khoản thanh toán của bên thứ ba để chi trả các chi phí dịch vụ do Văn phòng Medicaid của Massachusetts hoặc Mạng lưới An toàn Sức khỏe chi trả.
 - Tiểu bang New Hampshire không thể lập hóa đơn cho bảo hiểm xe cơ giới. Bệnh nhân có lựa chọn lập hóa đơn yêu cầu thanh toán cho bảo hiểm y tế của họ hoặc tự chịu trách nhiệm.
- Thực hiện các nỗ lực hợp lý để hiểu các giới hạn phạm vi bảo hiểm của họ, bao gồm các giới hạn về mạng lưới, giới hạn phạm vi bảo hiểm dịch vụ và trách nhiệm tài chính do phạm vi bảo hiểm hạn chế, các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ.
- Tuân thủ các chính sách giới thiệu bảo hiểm, ủy quyền trước và các chính sách quản lý y tế khác, nếu có.
- Hoàn thành bất kỳ yêu cầu bảo hiểm nào khác, bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc hoàn thành biểu mẫu phối hợp các quyền lợi, cập nhật thông tin thành viên, cập nhật thông tin bác sĩ.
- Thanh toán các khoản đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm một cách kịp thời.

- Cung cấp thông tin cập nhật kịp thời về nhân khẩu học, bảo hiểm và tình trạng hội đủ điều kiện đối với HSN cũng như dữ liệu về khoản khấu trừ hàng năm.

E. Chính sách Không Phân biệt Đối xử

MGB sẽ không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng quốc tịch, ngoại kiều, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật, trong các chính sách của mình, hoặc trong việc áp dụng các chính sách của mình, liên quan đến việc thu thập và xác minh thông tin tài chính, tiền đặt cọc trước khi nhập viện hoặc trước khi điều trị, kế hoạch thanh toán, việc bị hoãn hoặc từ chối nhập viện hoặc tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Mạng lưới An toàn Sức khỏe.

IV. Thanh toán và Thu nợ của Bệnh nhân

A. Tổng quan

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ nỗ lực tích cực để thu tất cả các khoản phí phải trả từ các công ty bảo hiểm theo các tiêu chuẩn ngành đã được xác lập và sẽ tìm cách áp dụng các khoản thanh toán và điều chỉnh hợp đồng kịp thời cho tài khoản của bệnh nhân. Những nỗ lực này bao gồm lập hóa đơn cho tất cả các chương trình bảo hiểm có sẵn theo yêu cầu của người chi trả và theo dõi kịp thời các yêu cầu hưởng quyền lợi bị từ chối. Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh khác sẽ chịu trách nhiệm về tất cả số dư tài khoản còn lại sau khi áp dụng tất cả các khoản thanh toán bảo hiểm, điều chỉnh hợp đồng và các khoản chiết khấu/điều chỉnh đã thỏa thuận theo bất kỳ thông báo chuyển tiền nào nhận được từ người chi trả trừ trường hợp số dư có thể được nộp cho HSN hoặc được coi là được miễn khỏi các hành động thu nợ theo quy định của tiểu bang. Các hành động thu nợ có thể bao gồm sao kê cho bệnh nhân, thư cho bệnh nhân, liên hệ qua điện thoại và thông báo thu nợ cuối cùng gửi qua thư bảo đảm.

B. Lập hóa đơn cho Bệnh nhân

MGB có một quy trình nhất quán để gửi và thu các khoản thanh toán cho các dịch vụ tại Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các Nhà cung cấp khác của MGB (xem [Phụ lục A](#) để biết danh sách đầy đủ). MGB sẽ tuân theo quy trình thu nợ/lập hóa đơn sau:

- Hóa đơn ban đầu được gửi cho bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm về các nghĩa vụ tài chính cá nhân của bệnh nhân (ví dụ: bên thanh toán thứ ba)
- MGB sẽ gửi các hóa đơn tiếp theo, các cuộc gọi điện thoại, thư thu nợ, thông báo qua thư điện tử hoặc bất kỳ phương thức liên lạc nào khác do MGB sử dụng (xem [Phần IV\(C\)](#)) nhằm nỗ lực thực sự để liên hệ với bên chịu trách nhiệm về hóa đơn chưa thanh toán.
- Chúng tôi sẽ cố gắng thu số dư chưa thanh toán trong 120 ngày kể từ ngày lập hóa đơn lần đầu.
- Sau 90 ngày, thông báo thu nợ cuối cùng sẽ được gửi đi. Tài khoản trên \$1.000 của Khoa Cấp cứu sẽ được gửi qua thư bảo đảm.
- Chúng tôi sẽ lưu giữ tài liệu về những nỗ lực này theo chính sách lưu giữ tài liệu nội bộ.

C. Sao kê, Thư từ và Cuộc gọi tới Bệnh nhân

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB, trực tiếp hoặc thông qua các đại lý được chỉ định, sẽ thường xuyên chuẩn bị hoặc gửi sao kê cho bệnh nhân để thông báo cho họ về số dư còn nợ. Ở mức độ có thể, bệnh nhân sẽ nhận được bản tóm tắt tất cả các khoản phí, khoản thanh toán và điều chỉnh có trong hóa đơn ban đầu cho mỗi ngày sử dụng dịch vụ. Nói chung, bệnh nhân sẽ nhận được bốn (4) bản sao kê hoặc thư ở dạng điện tử/bản in trở lên trong suốt chu kỳ thanh toán dự

kiến kéo dài ít nhất 120 ngày với điều kiện là không xảy ra các hành động khác cho thấy việc lập hóa đơn thêm là không nên được thực hiện.

1. Các Cuộc gọi và Thư để Thu nợ

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp dịch vụ khác của MGB sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý để thu hồi tất cả các khoản nợ chưa thanh toán cho MGB. Nỗ lực thu nợ được sử dụng sẽ khác nhau tùy thuộc vào một số yếu tố bao gồm, nhưng không giới hạn ở, số dư tài khoản và lịch sử thu nợ trước đây của bệnh nhân. Các nỗ lực thu nợ bổ sung có thể bao gồm các cuộc gọi, thư điện tử và thư tay đến bệnh nhân để bổ sung cho quy trình sao kê thông thường đối với bệnh nhân như được mô tả trong [Phần IV\(B\)](#). Ở mức độ có thể, những cuộc gọi và thư này sẽ bao gồm các lời nhắc về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính.

2. Thông báo về Sự sẵn có của Hỗ trợ Tài chính

Sao kê của bệnh nhân sẽ bao gồm bất kỳ thông báo nào theo yêu cầu của quy định để thông báo cho bệnh nhân về sự sẵn có và cách thức để tiếp cận hỗ trợ tài chính. Ngôn ngữ và nội dung của các thông báo này sẽ tuân theo các quy định hiện hành của Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) và IRS 501(r). Các thông báo liên quan đến sự sẵn có của hỗ trợ tài chính cũng sẽ được đưa vào trong tất cả các thông tin liên lạc bằng văn bản và bằng lời khác đối với bệnh nhân ở mức độ khả thi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem [Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm](#).

3. Bệnh nhân được Bảo vệ khỏi Hành động Thu nợ

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ thực hiện các bước hợp lý để đảm bảo rằng không có hành động thu nợ nào, bao gồm các cuộc gọi điện thoại, sao kê hoặc thư từ, được bắt đầu thực hiện đối với những số dư của bệnh nhân có thể được miễn trừ khỏi việc thu nợ theo quy định, bao gồm cả những bệnh nhân được Văn phòng Medicaid xác định là Bệnh nhân có Thu nhập Thấp (ngoại trừ Bệnh nhân có Thu nhập Thấp chỉ Sử dụng Dịch vụ Nha khoa), hoặc ghi danh vào MassHealth/Medicaid, Chương trình An ninh Y tế cho Trẻ em (CMSF) với thu nhập gia đình MAGI bằng hoặc thấp hơn 300% FPG, NH Medicaid với thu nhập gia đình MAGI bằng hoặc thấp hơn 250% FPG, Hỗ trợ khẩn cấp cho Người già, Người khuyết tật và Trẻ em (EAEDC) và Mạng lưới An toàn Sức khỏe (Toàn phần hoặc Một phần).

- Nếu bệnh nhân được xác định là đã đăng ký vào một trong các danh mục đó, thì tất cả các hành động thu nợ (ngoại trừ các khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ, khoản chi chênh lệch của Medicaid cho thu nhập dưới ngưỡng sau khi chi trả trước và khoản khấu trừ HSN có thể áp dụng) với bệnh nhân sẽ kết thúc đối với các dịch vụ diễn ra trong thời gian bệnh nhân đủ điều kiện.
- Các hành động thu nợ cũng sẽ chấm dứt chừng nào bệnh nhân còn được xác định là có Thu nhập Thấp nếu số dư là từ giai đoạn bệnh nhân không đăng ký tham gia một chương trình đủ điều kiện.
- Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB có thể tiếp tục gửi thư yêu cầu bệnh nhân cung cấp thông tin hoặc hành động để giải quyết các vấn đề về bảo hiểm và/hoặc tình trạng hội đủ điều kiện với người chi trả chính, Chương trình Bồi thường cho Người lao động hoặc để lấy bất kỳ thông tin nào về đơn vị bảo hiểm Khoản phải trả đối với Bên thứ ba hoặc Tai nạn Xe Cơ giới (MVA).

4. Thông báo Thu nợ Lần cuối

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ có những nỗ lực hợp lý để gửi cho mỗi bệnh nhân thông báo thu nợ lần cuối trước khi tài khoản bị xóa sổ dưới dạng

Nợ Xấu. Trong hầu hết các trường hợp, thông báo thu nợ cuối cùng sẽ được đưa vào bản sao kê cho người bảo lãnh (bên chịu trách nhiệm).

5. Đình chỉ việc Lập hóa đơn

Trong một số trường hợp nhất định, hoạt động lập hóa đơn và thu nợ liên tục có thể không phù hợp và có thể bị đình chỉ hoặc ngừng lại. Những trường hợp này bao gồm nhưng không giới hạn ở: Địa chỉ Không hợp lệ ([Phần IV\(C\)\(7\)](#)), Trường hợp Phá sản ([Phần IV\(D\)\(1\)](#)), Bệnh nhân đã Qua đời ([Phần IV\(D\)\(2\)](#)), khiếu nại của bệnh nhân đang được xem xét hoặc vấn đề dịch vụ khách hàng, Số dư Nhỏ ([Phần IV\(C\)\(8\)](#)), hoặc kết thúc quyết định tính hội đủ điều kiện đối với MassHealth/Medicaid hoặc tình trạng thu nhập thấp ([Phần V\(E\)\(5\)](#)).

6. Nợ Xấu Khẩn cấp

Đối với những trường hợp tài khoản đang được xem xét để đăng ký HSN dưới dạng Nợ Xấu Khẩn cấp, các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ đảm bảo đáp ứng các điều kiện sau:

- Tài khoản đã phải chịu hành động thu nợ liên tục trong tối thiểu 120 ngày.
- Truy vấn về tính đủ điều kiện đã được thực hiện với Hệ thống Thông tin Quản lý Medicaid (MMIS) để sàng lọc bảo hiểm.
- Các dịch vụ được cung cấp đủ điều kiện là Cấp cứu hoặc Khẩn cấp theo các định nghĩa trong chính sách này.
- Thông báo thu nợ cuối cùng đã được gửi bằng thư bảo đảm đối với số dư từ \$1.000 trở lên. Các tài khoản được ghi nhận là tài khoản với Địa chỉ Không hợp lệ có thể được gửi tới HSN mà không cần gửi thông báo thu nợ cuối cùng qua thư bảo đảm với điều kiện là 120 ngày đã trôi qua kể từ lần lập hóa đơn đầu tiên và sau nỗ lực hợp lý, MGB đã không thể lấy được địa chỉ cập nhật. Các nỗ lực hợp lý sẽ được thực hiện để thông báo cho cư dân MA rằng HSN có thể cung cấp thông tin chi tiết về bất kỳ khiếu nại nào được gửi cho chủ lao động của bệnh nhân.

7. Trả lại Tài liệu Gửi tới Địa chỉ Không hợp lệ

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý để theo dõi và phản hồi tất cả các sao kê của bệnh nhân được USPS gửi lại do không thể gửi được. Khi một tài khoản đã bị gắn cờ là Địa chỉ Không hợp lệ, sẽ không có bất kỳ sao kê hoặc thư nào khác được xử lý trừ khi một địa chỉ mới đã được xác định. Tài khoản có Địa chỉ Không hợp lệ sẽ được gắn cờ trong hệ thống Đăng ký để thông báo cho bất kỳ nhân viên nào tham gia vào quy trình đăng ký nhằm lấy địa chỉ mới từ bệnh nhân. Các tài khoản có thông tin nhân khẩu học gần đây nhất chứa Địa chỉ Không hợp lệ có thể được đề cập là Nợ Xấu với các cơ quan bên ngoài để theo dõi bổ sung, ngoại trừ các tài khoản Nợ Xấu Khẩn cấp tiềm ẩn sẽ được theo dõi trong 120 ngày trước khi sắp xếp.

8. Điều chỉnh Số dư Nhỏ

Nhận thức được chi phí của các hoạt động xử lý sao kê và thu nợ, MGB có thể ngừng sao kê trên các tài khoản có số dư dưới ngưỡng “hóa đơn với số dư nhỏ”. Tương tự, sau khi lập hóa đơn, MGB có thể hạn chế hoạt động thu nợ và nghiên cứu đối với số dư nhỏ và điều chỉnh các tài khoản dưới ngưỡng “xóa sổ số dư nhỏ”. Trong mọi trường hợp, các điều chỉnh số dư nhỏ được thực hiện trong phần này sẽ không được lập hóa đơn cho HSN. Ngưỡng số dư thấp điển hình áp dụng cho số dư tài khoản của người bảo lãnh dưới \$10.00.

9. Thông báo Phụ phí

MGB sẽ duy trì một quy trình để xác định tất cả số dư của bệnh nhân phải chịu Phụ phí Quỹ Ủy thác của Mạng lưới An toàn Sức khỏe như được quy định trong 101 CMR 614. Số tiền phụ phí sẽ được lập hóa đơn cho bệnh nhân và số tiền thu được sẽ được chuyển đến HSN theo lịch họ yêu cầu, ngoại trừ Wentworth-Douglass Hospital

10. Không Lập hóa đơn Cân đối

MGB sẽ duy trì một quy trình để xác định tất cả số dư của bệnh nhân mà theo “Đạo luật Không Lập hóa đơn Bất ngờ của Đạo luật Phân bổ Hợp nhất năm 2021”, sẽ không cho phép lập hóa đơn cân đối. Các tài khoản/số dư này có liên quan đến các vấn đề sau: (1) các dịch vụ cấp cứu ngoài mạng lưới; (2) các dịch vụ không cấp cứu của các nhà cung cấp không tham gia mạng lưới tại một số cơ sở chăm sóc sức khỏe có tham gia mạng lưới nhất định (trừ khi đáp ứng các yêu cầu về thông báo và chấp thuận), và (3) tiết lộ các biện pháp bảo vệ bệnh nhân chống lại việc lập hóa đơn cân đối (tài khoản thông báo và chấp thuận).

- Bộ phận Tài khoản Bệnh nhân MGB sẽ không lập hóa đơn cân đối cho bệnh nhân đối với các dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới đã xác định khi không nhận được Thông báo và Chấp thuận, hoặc bất kỳ dịch vụ của nhà cung cấp phụ trợ ngoài mạng lưới hoặc nhà cung cấp bị loại trừ nào, theo các yêu cầu của Đạo luật Không Lập hóa đơn Bất ngờ (NSA) đã nêu ra.
- Bộ phận Tài khoản Bệnh nhân MGB sẽ không lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với số tiền vượt quá Số tiền Thanh toán Đủ điều kiện (QPA) được chỉ định cho người thanh toán dựa trên khoản nợ của bệnh nhân đối với các yêu cầu thích hợp; số dư không thể lập hóa đơn cho bệnh nhân sẽ được xóa sổ bằng cách sử dụng mã điều chỉnh NSA thích hợp.

D. Tình huống Đặc biệt – Lập Hóa đơn

1. Bệnh nhân Phá sản

MGB sẽ thực hiện các nỗ lực hợp lý để theo dõi tất cả các thông báo Phá sản và lưu giữ chúng trong hồ sơ để đảm bảo rằng tất cả các thủ tục tòa án đã được phê duyệt đều được tuân thủ, bao gồm cả việc nộp đơn khiếu nại lên Tòa án khi thích hợp hoặc xóa nợ.

2. Bệnh nhân đã Qua đời

Khi thích hợp và giúp tiết kiệm chi phí, MGB sẽ thực hiện tìm kiếm tài sản, lập hóa đơn cho tài sản và lập hồ sơ sai áp đối với tài sản.

3. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba (MA)

- Những nỗ lực hợp lý sẽ được thực hiện để lập hóa đơn cho đơn vị bảo hiểm MVA/TPL để thu bất kỳ số tiền Bảo vệ Thương tích Cá nhân (PIP) nào hiện có.
- Yêu cầu bảo hiểm sẽ được xử lý sau khi PIP đã được sử dụng hết.
- MGB cũng có thể đệ trình quyền sai áp đối với các khoản thanh toán Thương tích Thân thể trong tương lai do đơn vị bảo hiểm MVA thanh toán cho bệnh nhân nếu chúng tôi có thể xác định tên luật sư quản lý yêu cầu bồi thường của bệnh nhân.
- Yêu cầu bồi thường sẽ không được gửi cho HSN cho đến khi hoàn thành các nỗ lực tích cực để thu lại số dư từ các bên khác.

- Ở mức độ có thể, bệnh nhân sẽ được nhắc nhở rằng họ có nghĩa vụ báo cáo bất kỳ yêu cầu bồi thường TPL tiềm năng nào trong vòng 10 ngày kể từ ngày bắt đầu yêu cầu đối với Văn phòng Medicaid hoặc HSN. Bất kỳ khoản thu hồi nào nhận được sau khi gửi yêu cầu bồi thường cho HSN sẽ được bù trừ vào yêu cầu ban đầu và được báo cáo cho HSN bao gồm các khoản không có hiệu lực hoặc khoản trả lại theo yêu cầu.

4. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba (NH)

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế có thể chọn yêu cầu MGB lập hóa đơn cho bảo hiểm y tế của họ. Số dư được lập hóa đơn cho bệnh nhân sẽ không chịu bất kỳ khoản chiết khấu hoặc điều chỉnh thông thường nào. Tiểu bang New Hampshire không thể lập hóa đơn đối với bảo hiểm xe cơ giới.

5. Bồi thường cho Người lao động

Các yêu cầu bồi thường Quản lý Bồi thường cho Người lao động (WCA) thường được giải quyết hoàn toàn với đơn vị bảo hiểm WCA nếu bảo hiểm hợp lệ. MGB sẽ thực hiện các nỗ lực hợp lý để theo đuổi bảo hiểm WCA, bao gồm cả việc nộp đơn khiếu nại pháp lý. Nếu không có bảo hiểm WCA, thì yêu cầu được quản lý theo cách thông thường.

6. Bảo hiểm Thứ cấp HSN

MGB sẽ nỗ lực hết sức để hạn chế các yêu cầu gửi tới HSN dưới dạng bảo hiểm thứ cấp đối với những số dư có thể được HSN chi trả, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không được đài thọ. Điều này bao gồm những trường hợp bệnh nhân đã sử dụng hết quyền lợi của họ hoặc việc đăng ký với người chi trả không có hiệu lực tại thời điểm (các) dịch vụ được cung cấp.

Yêu cầu bồi thường đối với các dịch vụ bị từ chối do lỗi kỹ thuật với yêu cầu hoặc từ chối do lỗi kỹ thuật khác như được nêu trong 101 CMR 613.03(1)(c) sẽ không được gửi tới HSN. Nếu MGB nhận được khoản thanh toán bổ sung hoặc sửa lại đối với yêu cầu bồi thường đã gửi cho HSN trước đó thì yêu cầu bồi thường đã sửa lại sẽ được gửi cho HSN, ngoại trừ Wentworth-Douglass Hospital

7. Khấu trừ HSN Một phần

MGB sẽ lập hóa đơn cho bệnh nhân 100% Khấu trừ HSN Một phần hàng năm của họ cho đến khi các khoản phí bằng với khấu trừ hàng năm của bệnh nhân đã được lập hóa đơn, bao gồm mọi số dư có trong kế hoạch thanh toán. Yêu cầu bồi thường sẽ không được gửi đến HSN cho đến khi khấu trừ của bệnh nhân đã được đáp ứng. Điều này bao gồm tất cả các cơ sở y tế và Trung tâm Y tế là Bệnh viện đang hoạt động theo giấy phép của MGB (xem [Phụ lục A](#)).

8. Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực

Bệnh nhân gửi đơn cho chương trình Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực do Tổng chương lý phụ trách cần thông báo với Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân của MGB nếu họ nhận được hóa đơn. Khi MGB biết có đơn xin đã được gửi đi, mọi yêu cầu bồi thường đủ điều kiện sẽ được gửi trực tiếp đến Văn phòng Tổng chương lý. Nếu đơn của bệnh nhân đang chờ xử lý, việc lập hóa đơn cho bệnh nhân sẽ được hoãn lại cho đến khi quá trình xử lý đơn hoàn thành. Khoản thanh toán nhận được từ chương trình Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực nói chung được coi là khoản thanh toán đầy đủ.

- Để tiếp cận những chương trình này, vui lòng truy cập:
 - MA: www.mass.gov/massachusetts-victims-of-violent-crime-compensation
 - NH: www.doj.nh.gov/bureaus/victims-compensation-program
 - ME: www.maine.gov/ag/crime/victims_compensation

V. Làm rõ Thông tin về Tài chính

A. Tổng quan

MGB sẽ nỗ lực hết sức để xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân càng sớm càng tốt trong quá trình chăm sóc của bệnh nhân. Nếu khả thi, các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ thu các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc tiền đặt cọc bắt buộc trước khi cung cấp bất kỳ dịch vụ nào. Bệnh nhân, người là thành viên của các chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý hoặc các chương trình bảo hiểm với các yêu cầu tiếp cận cụ thể, có trách nhiệm hiểu và tuân thủ các yêu cầu của chương trình bảo hiểm, bao gồm giới thiệu, ủy quyền hoặc các hạn chế về 'mạng lưới' khác. MGB sẽ yêu cầu bất kỳ việc phê duyệt trước, ủy quyền hoặc bảo đảm thanh toán cần thiết nào từ công ty bảo hiểm bất cứ khi nào có thể. Trong một số trường hợp, bao gồm cả việc cung cấp dịch vụ Cấp cứu và Khẩn cấp, việc giới thiệu và ủy quyền này có thể diễn ra sau khi cung cấp dịch vụ.

Tất cả các bệnh nhân phát sinh số dư cho các dịch vụ sẽ được thông báo về sự sẵn có của các dịch vụ Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân để hỗ trợ họ thực hiện trách nhiệm tài chính của mình. MGB sẽ cố gắng hết sức để tư vấn cho tất cả bệnh nhân về bất kỳ trách nhiệm tài chính quan trọng nào trước khi cung cấp dịch vụ trong phạm vi thông tin này có sẵn. Việc sàng lọc phù hợp với EMTALA sẽ được hoàn thành trước khi thực hiện các hoạt động để xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân.

B. Chuẩn bị Ước tính

Theo M.G.L. c. 111 s. 228 dành cho tiểu bang Massachusetts, Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ cung cấp ước tính cho bệnh nhân theo yêu cầu trong vòng 2 ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu về số tiền mà bệnh nhân có thể cần thanh toán cho các khoản sau (dựa trên chương trình bảo hiểm của bệnh nhân):

- Ước tính thời gian nằm viện
- Thủ thuật y tế
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Chi phí tự chi trả tiềm ẩn

Chăm sóc Chuyên khoa

Bộ phận chịu trách nhiệm cung cấp ước tính sẽ tùy thuộc vào địa điểm, nhưng nói chung liên quan đến Nhóm Trải nghiệm Tài chính của Bệnh nhân và/hoặc Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân. MGB sẽ duy trì quy trình ước tính do bệnh nhân tự thực hiện trên trang web của mình (www.patientgateway.org) cho cả bệnh nhân đã đăng ký và chưa đăng ký có quyền truy cập vào một loạt các dịch vụ theo quy định về Minh bạch Giá cả của Trung tâm Dịch vụ Medicare. Các thông tin chi tiết bổ sung về quy trình ước tính có trong Chính sách và Thủ tục Ước tính, bao gồm những yêu cầu cụ thể để cung cấp ước tính cuối cùng cho bệnh nhân bằng văn bản cùng với các tùy chọn thanh toán.

1. Ước tính Thiện chí

- Nhân viên hỗ trợ về Quyền Tiếp cận và Trải nghiệm của Bệnh nhân sẽ cung cấp Ước tính Thiện chí (GFE) kịp thời để xác nhận cho bệnh nhân tự chi trả đã lên lịch từ 10 ngày trở lên trước khi sử dụng dịch vụ trong vòng ba ngày làm việc kể từ ngày lên lịch. Khi bệnh nhân lên lịch 3 ngày trước khi sử dụng dịch vụ, sẽ cung cấp trong vòng một ngày làm việc sau khi lên lịch và khi được yêu cầu, trong vòng 3 ngày”.
- Trong một số trường hợp nhất định, khoản nợ của bệnh nhân vượt quá số tiền ước tính có thể được xóa sổ.

- Ước tính Thiện chí sẽ bao gồm những điều sau đây:
 - a. Mã chẩn đoán
 - b. Mã dịch vụ dự kiến
 - c. Chi phí dự kiến
 - d. Tên và ngày sinh của bệnh nhân
 - e. Mô tả hạng mục hoặc dịch vụ chính
 - f. Ngày mà hạng mục hoặc dịch vụ được lên lịch
 - g. Tên nhà cung cấp
 - h. Mã Định danh Nhà cung cấp Quốc gia (NPI) và Số Định dạng Người nộp thuế (TIN)
 - i. Địa điểm của nhà cung cấp
- Ước tính Thiện chí sẽ bao gồm những tuyên bố từ chối trách nhiệm sau đây:
 - a. Ước tính thiện chí là ước tính và có thể thay đổi
 - b. Có thể có các hạng mục hoặc dịch vụ bổ sung có trong ước tính thiện chí
 - c. Thông báo về quyền khiếu nại của bệnh nhân
 - d. Ước tính thiện chí không phải là hợp đồng

C. Bệnh nhân được Bảo hiểm

- Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB sẽ cố gắng hết sức để xác nhận tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và theo M.G.L. c. 111 s. 228 sẽ thông báo cho bệnh nhân nếu nhà cung cấp nằm ngoài chương trình quyền lợi của bệnh nhân (nghĩa là nhà cung cấp không ký hợp đồng). MGB cũng sẽ hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ các yêu cầu của chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ, theo các nguyên tắc đã nêu trước đó trong [Phần III\(D\)](#).
- Bất cứ khi nào có thể, việc xác minh này sẽ bao gồm việc xác định trách nhiệm tài chính dự kiến của bệnh nhân, bao gồm cả các khoản đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán hoặc số dư tự chi trả có thể áp dụng.
- Khi khả thi và phù hợp về mặt lâm sàng, bệnh nhân sẽ được yêu cầu thanh toán bất kỳ số tiền đã định trước nào (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 bảo hiểm của bệnh nhân có thể không cho phép xác định chính xác trách nhiệm tài chính của bệnh nhân đối với các dịch vụ tại thời điểm đăng ký. Trong những trường hợp đó, MGB có thể yêu cầu một khoản đặt cọc bằng với ước tính tốt nhất về trách nhiệm tài chính dự kiến của bệnh nhân.
- Bệnh nhân không thể thanh toán có thể được giới thiệu đến bộ phận Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân và [Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm](#).

1. Chương trình Bảo hiểm theo Hợp đồng

MGB có hợp đồng với một số lượng lớn các chương trình bảo hiểm. Trong những trường hợp đó, MGB sẽ yêu cầu chương trình bảo hiểm thanh toán cho tất cả các dịch vụ được bảo hiểm.

- 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 một dịch vụ cụ thể được công ty bảo hiểm xác định là không được bảo hiểm hoặc bị từ chối thanh toán, 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, MGB sẽ hỗ trợ bệnh nhân kháng nghị các quyết định từ chối hoặc phán quyết bất lợi khác với chương trình bảo hiểm của họ khi ghi nhận rằng chương trình bảo hiểm thường yêu cầu bệnh nhân thực hiện các kháng nghị này.

2. Chương trình Bảo hiểm Không theo Hợp đồng

- MGB sẽ mở rộng sang việc lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bệnh nhân trong những trường hợp MGB không có hợp đồng với công ty bảo hiểm, khi đã được ủy quyền hoặc bệnh nhân được biết là có các quyền lợi ngoài mạng lưới.
- Mặc dù MGB sẽ lập hóa đơn cho chương trình bảo hiểm của bệnh nhân, nhưng trách nhiệm tài chính cuối cùng thuộc về bệnh nhân hoặc người bảo lãnh và việc công ty bảo hiểm không phản hồi hóa đơn kịp thời có thể dẫn đến việc bệnh nhân bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ, ngoại trừ những trường hợp bệnh nhân được bảo vệ khỏi các hành động thu nợ ([Phần IV\(C\)\(3\)](#)).
- Số dư còn lại sau bất kỳ khoản thanh toán bảo hiểm nào ~~có thể~~ sẽ được lập hóa đơn cho bệnh nhân.
- Bất cứ khi nào có thể, MGB sẽ hỗ trợ bệnh nhân kháng nghị các quyết định từ chối hoặc phán quyết bất lợi khác với chương trình bảo hiểm của họ khi ghi nhận rằng chương trình bảo hiểm yêu cầu bệnh nhân thực hiện kháng nghị này.

3. Thông báo và Chấp thuận

- MGB sẽ cung cấp Thông báo và Chấp thuận cho bệnh nhân của mình một cách thiện chí tuân thủ các yêu cầu về Thông báo và Chấp thuận của Đạo luật Dịch vụ Y tế Công cộng (Đạo luật PHS), bao gồm:
- Nhân viên hỗ trợ Quyền tiếp cận của Bệnh nhân của MGB sẽ xác định các dịch vụ của nhà cung cấp không tham gia mạng lưới tuân theo các yêu cầu về Thông báo và Chấp thuận của Đạo luật Không Lập hóa đơn Bất ngờ (NSA)[1], đồng thời cung cấp và nhận Thông báo và Chấp thuận trong các khung thời gian dưới đây theo các yêu cầu của NSA đã nêu:
- Nếu lịch hẹn được đặt trước 72 giờ trước khi các dịch vụ được cung cấp, các tài liệu Thông báo và Chấp thuận sẽ được cung cấp không muộn hơn 72 giờ trước khi các hạng mục hoặc dịch vụ được cung cấp.
- Nếu cá nhân đặt lịch hẹn cho các hạng mục hoặc dịch vụ có liên quan trong vòng 72 giờ trước ngày các hạng mục và dịch vụ đó sẽ được cung cấp, những tài liệu này sẽ được cung cấp vào ngày đã lên lịch hẹn.
- Trong trường hợp một cá nhân được cung cấp tài liệu Thông báo và Chấp thuận vào ngày các hạng mục hoặc dịch vụ sẽ được cung cấp, kể cả đối với các dịch vụ sau ổn định, các tài liệu này sẽ được cung cấp không muộn hơn 3 giờ trước khi cung cấp các hạng mục hoặc dịch vụ có liên quan.
 - Nhân viên phụ trách Quyền Tiếp cận của Bệnh nhân của MGB sẽ không yêu cầu Thông báo và Chấp thuận đối với các dịch vụ không áp dụng Thông báo và Chấp thuận, theo các yêu cầu của NSA đã nêu (tức là trường hợp cấp cứu, phụ trợ).
 - Nhân viên phụ trách Quyền Tiếp cận của Bệnh nhân của MGB sẽ cung cấp riêng biệt bản in biểu mẫu Thông báo và Chấp thuận và không được kết hợp với các tài liệu khác.

D. Bệnh nhân Không có Bảo hiểm (Tự Chi trả)

Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế và trước đó chưa được xác định là được chấp thuận Hỗ trợ Tài chính hoặc Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp như được mô tả thêm trong [Phần V\(E\)](#), sẽ có thể được yêu cầu đặt cọc trước cho các dịch vụ không bắt buộc được thực hiện bởi EMTALA.

- Khoản đặt cọc sẽ bằng 100% chi phí ước tính cho dịch vụ được cung cấp, trừ đi bất kỳ khoản giảm giá nào (xem [Phần V\(E\)](#)).
 - Trong những trường hợp đó, khi không thể ước tính chính xác các khoản phí, MGB có thể thu một khoản tiền đặt cọc được xác định trước hoặc nhận bảo lãnh thanh toán.

- Nếu bệnh nhân không cung cấp khoản đặt cọc hoặc cho thấy không có khả năng thanh toán khoản đặt cọc, thì bệnh nhân có thể được chuyển đến bộ phận [Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân](#).
- Tư vấn viên Tài chính cho Bệnh nhân có thể cung cấp thông tin về bất kỳ chương trình Hỗ trợ Tài chính nào sẵn có cho họ.
- Những cư dân không có bảo hiểm sẽ được cung cấp Tư vấn Tài chính để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của họ đối với bất kỳ Chương trình nào có sẵn của Tiểu bang hoặc các chương trình khác do chính phủ tài trợ, cũng như cung cấp thông tin để hỗ trợ bệnh nhân đăng ký các chương trình này.
 - Các Chương trình của Tiểu bang bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Medicaid, ConnectorCare, Chương trình An ninh Y tế cho Trẻ em, Mạng lưới An toàn Sức khỏe.
 - Nếu không có nhu cầu cung cấp dịch vụ ngay lập tức, việc nhập viện hoặc các dịch vụ ngoại trú có thể được hoãn lại hoặc hủy bỏ cho đến khi bệnh nhân có khả năng chi trả, thu xếp tài chính phù hợp, mua bảo hiểm, hoặc tham gia vào một chương trình hỗ trợ tài chính sẽ chi trả cho dịch vụ.

E. Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp (Cư dân Massachusetts)

1. Định nghĩa và Điều kiện Hội đủ

- Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp được định nghĩa là đáp ứng các tiêu chí trong MA 101 CMR 613.04(1).
- Điều này thường bao gồm những bệnh nhân là cư dân của Massachusetts đã đăng ký bảo hiểm với EOHHS và có Tổng Thu nhập Sửa đổi đã Điều chỉnh (MAGI) MA đã được xác minh bằng hoặc thấp hơn 300% của Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo của Liên bang (FPG).
- Tình trạng hội đủ điều kiện của Bệnh nhân để được bảo hiểm theo bất kỳ chương trình nào (Medicaid, Mạng lưới An toàn Sức khỏe và Chương trình An ninh Y tế cho Trẻ em (CMSP) dưới 300%) sẽ được xác minh tại thời điểm đăng ký.
- Các giới hạn được nêu trong phần này đối với Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp là bắt buộc đối với các dịch vụ tại Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính (xem [Phụ lục A](#)) và các Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn Liên bang ở Massachusetts và thường loại trừ các dịch vụ tại các cơ sở liên kết, bệnh viện ở New Hampshire, McLean Hospital và Mạng lưới Spaulding Rehabilitation. Giảm giá cho các dịch vụ tại các tổ chức đó được bao gồm trong [Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm](#).

Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp (Cư dân New Hampshire)

- Tổng thu nhập của New Hampshire bằng hoặc thấp hơn 250% của hướng dẫn về mức chuẩn nghèo của liên bang
- Tổng thu nhập của Trung tâm Nha khoa WDH bằng hoặc thấp hơn 300% của hướng dẫn về mức chuẩn nghèo của liên bang

2. Các Hạn chế Dịch vụ

Những bệnh nhân được xác định là Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp, trong phạm vi có thể, sẽ được cung cấp các dịch vụ phù hợp với hướng dẫn bảo hiểm của HSN hoặc Medicaid, bao gồm các giới hạn về “dịch vụ đủ điều kiện” (theo quy định của tiểu bang và được thư hiện hành).

3. Chương trình Khó khăn về Y tế của HSN

Cư dân Massachusetts ở bất kỳ mức thu nhập nào cũng có thể đủ điều kiện nhận chương trình Khó khăn về Y tế của HSN nếu chi phí y tế được phép của họ vượt quá thu nhập của gia đình, vượt ngoài khả năng chi trả cho các dịch vụ đủ điều kiện. Chương trình có áp dụng trở về trước

này tuân theo quy định, có giới hạn về phạm vi, là quyết định một lần mỗi năm và không phải là hạng mục bảo hiểm (101 CMR 613.05). Chỉ có thể nộp đơn cho chương trình này sau khi dịch vụ đã được cung cấp vào thời điểm bệnh nhân đã phát sinh khoản nợ tài chính.

a. Đủ tiêu chuẩn về Chi phí

Loại và số tiền chi phí y tế được phép được quy định trong 101 CMR 613.05. Các hóa đơn đã thanh toán và chưa thanh toán có ngày cung cấp dịch vụ tối đa 12 tháng trước ngày nộp đơn đăng ký có thể được gửi với giới hạn 2 đơn đăng ký trong khoảng thời gian 12 tháng.

b. Quy trình Nộp đơn Đăng ký

MGB sẽ hỗ trợ bệnh nhân trong việc thu thập tất cả thông tin thích hợp và sẽ gửi đơn đăng ký chương trình Khó khăn về Y tế cho HSN để xem xét và phê duyệt hoặc cung cấp cho bệnh nhân thông tin cần thiết để đăng ký. Bệnh nhân có trách nhiệm thu thập và nộp tài liệu về tất cả các chi phí y tế đủ điều kiện. MGB phải nộp đơn đăng ký cho HSN trong vòng 5 ngày kể từ ngày nhận được tất cả tài liệu và xác minh từ bệnh nhân.

c. Quyết định

HSN sẽ xác định tình trạng đủ tiêu chuẩn của bệnh nhân đối với chương trình và sẽ thông báo cho MGB hóa đơn nào là trách nhiệm của bệnh nhân và hóa đơn nào có thể được nộp cho HSN. Việc xác định tình trạng đủ tiêu chuẩn đối với chương trình Khó khăn về Y tế được giới hạn ở những hóa đơn được gửi kèm theo đơn đăng ký. Không có thời hạn đủ điều kiện và hóa đơn chỉ có thể được sử dụng một lần để hỗ trợ cho một đơn đăng ký.

d. Bảo vệ khỏi Hành động Thu nợ

Tất cả các hành động thu nợ sẽ bị ngừng lại đối với tất cả số dư được HSN xác định là đủ điều kiện được bảo hiểm theo chương trình Khó khăn về Y tế. Điều này bao gồm số dư có thể đã được chỉ định cho một đại lý bên ngoài hoặc cơ quan thu nợ làm việc thay mặt cho MGB. Nếu MGB không đăng ký trong vòng 5 ngày sau khi nhận được tất cả các xác minh từ bệnh nhân, thì tất cả số dư có thể đủ tiêu chuẩn theo chương trình Khó khăn về Y tế sẽ được bảo vệ khỏi các hành động thu nợ.

4. Trách nhiệm Tài chính của Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp

Trách nhiệm tài chính đối với Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp được giới hạn ở các khoản đồng thanh toán (từ bất kỳ bên chi trả nào ngoại trừ Medicare) hoặc các khoản khấu trừ do HSN xác định.

a. Khoản Đồng thanh toán cho Nhà thuốc

Bệnh nhân trên 18 tuổi có Thu nhập Thấp chịu trách nhiệm đồng thanh toán cho các dịch vụ nhà thuốc. Giống như với các 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 khoản nợ của bệnh nhân và được thu theo quy trình thu nợ đối với các khoản tự chi trả điển hình.

b. Tiền đặt cọc cho Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp được chỉ định là HSN Một phần hoặc chương trình Khó khăn về Y tế

Những bệnh nhân này sẽ được yêu cầu đặt cọc với điều kiện đây là bảo hiểm chính cho số dư chưa thanh toán cho tất cả các dịch vụ Không Cấp cứu hoặc Không Khẩn cấp cần thiết về mặt y tế ([Phần III\(B\)\(2\)](#)). Tình trạng hiện tại của khoản khấu trừ gia đình hàng năm của bệnh nhân sẽ được xem xét và tiền đặt cọc cho khoản khấu trừ hàng năm của bệnh nhân, hoặc khoản đóng góp Khó khăn, sẽ được thu từ bệnh nhân.

c. Kế hoạch Thanh toán

Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp sẽ được thông báo về sự sẵn có của các kế hoạch thanh toán để đáp ứng tất cả số dư chưa thanh toán theo các điều khoản được nêu trong [Phần VI\(B\)](#).

d. Dịch vụ Không Đủ Điều kiện

Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp sẽ phải thanh toán trước cho bất kỳ Dịch vụ Không Đủ Điều kiện nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở Dịch vụ Chữa trị Vô sinh, Dịch vụ Thẩm mỹ hoặc các dịch vụ điều trị bệnh về chân không cần thiết về mặt y tế ([Phần III\(B\)\(2\)](#)), với điều kiện là bệnh nhân được thông báo về chi phí tối đa của các dịch vụ này và ký xác nhận rằng các dịch vụ này không được HSN hoặc bất kỳ chương trình hỗ trợ nào khác của Massachusetts đài thọ. Các dịch vụ sẽ được hoãn lại cho đến khi thanh toán được thực hiện theo hướng dẫn trong [Phần III\(B\)\(2\)](#).

e. Các Bệnh viện về Sức khỏe Hành vi và Phục hồi Chức năng

Trách nhiệm tài chính đối với các dịch vụ này được đề cập trong [Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm](#).

5. Quyết định Trạng thái Đang chờ Xử lý

Những bệnh nhân mà MGB đã nộp đơn đăng ký tham gia một chương trình do tiểu bang tài trợ hoặc chương trình khác do chính phủ tài trợ thường sẽ bị giữ hóa đơn trong tối đa 30 ngày để chờ quyết định. Sau 30 ngày, chúng có thể được xử lý dưới dạng Tự Chi trả cho đến khi có quyết định. Các yêu cầu về tiền đặt cọc có thể được miễn trong khi chờ Tư vấn viên Tài chính của bệnh nhân xác định rằng đơn đăng ký của bệnh nhân đã hoàn tất và dự kiến sẽ được chấp thuận.

**F. Các Tình huống Đặc biệt về Làm rõ Thông tin về Tài chính –
Đăng ký và Trách nhiệm Tài chính của Bệnh nhân**

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

1. Bồi thường cho Người lao động

Các dịch vụ liên quan đến tai nạn lao động phải được xác định thích hợp tại thời điểm đăng ký. Thông tin bổ sung mà bệnh nhân được yêu cầu cung cấp bao gồm ngày và thời gian xảy ra tai nạn, tên và số điện thoại của chủ lao động, cũng như số điện thoại và đơn vị bảo hiểm bồi thường cho người lao động của chủ lao động. (Xem [Phần IV\(D\)\(5\)](#) liên quan đến việc nộp đơn yêu cầu bồi thường cho các đơn vị bảo hiểm Bồi thường cho Người lao động trước khi nộp cho HSN.)

2. Tai nạn Xe Cơ giới (MVA) và Khoản phải trả đối với Bên thứ ba

Các dịch vụ liên quan đến tai nạn xe cơ giới hoặc khoản phải trả đối với bên thứ ba khác phải được xác định thích hợp tại thời điểm đăng ký. Nỗ lực hết sức sẽ được thực hiện để thu thập thêm thông tin cần thiết để gửi yêu cầu bồi thường cho MVA bao gồm ngày và thời gian xảy ra tai nạn, địa điểm cho các trường hợp có khoản phải trả đối với bên thứ ba, bất kỳ công ty bảo hiểm ô tô nào đã biết (ngoại trừ ở New Hampshire (NH) nơi MGB có thể không gửi yêu cầu bồi thường cho đơn vị bảo hiểm MVA) và tên của bất kỳ luật sư nào liên quan đến yêu cầu bồi thường (nếu có). (Xem [Phần IV\(D\)3](#)) liên quan đến việc nộp đơn yêu cầu bồi thường cho các đơn vị bảo hiểm khoản phải trả MVA tại MA trước khi nộp cho HSN.)

- Tại NH, yêu cầu bồi thường sẽ được nộp cho bảo hiểm y tế của bệnh nhân hoặc lập hóa đơn trực tiếp cho bệnh nhân dựa trên chỉ thị của bệnh nhân. Các dịch vụ được lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với MVA không được giảm giá (Xem [Phần IV\(D\)\(4\)](#)).

3. Nạn nhân của Tội phạm Bạo lực và Bạo lực Đối với Phụ nữ (MA)

Các dịch vụ liên quan đến nạn nhân thuộc các danh mục này phải được xác định một cách thích hợp tại thời điểm đăng ký, bao gồm cả việc tạo ra bất kỳ bảo hiểm đặc biệt bắt buộc nào khi được chỉ định. Trong một số trường hợp, văn phòng Tổng chương lý MA, NH và ME chỉ có một số quỹ hạn chế để bù đắp các chi phí y tế mà bảo hiểm y tế hoặc Mạng lưới An toàn Sức khỏe không chi trả. Các nạn nhân của VVA sẽ không bị lập hóa đơn cho bất kỳ dịch vụ đủ tiêu chuẩn nào.

4. Công nghệ Thông tin Y tế cho Đạo luật về Kinh tế và Y tế Lâm sàng năm 2010 (HITECH)

Cung cấp cho bệnh nhân quyền tại thời điểm nhận dịch vụ để yêu cầu không gửi Thông tin Sức khỏe Bệnh nhân (PHI) của họ về một hạng mục hoặc dịch vụ cụ thể cho bảo hiểm y tế của họ vì mục đích thanh toán.

- Bệnh nhân phải thanh toán toàn bộ số dư chưa thanh toán tại thời điểm nhận dịch vụ hoặc khi nhận được bảng sao kê.
- HITECH chỉ cho phép bệnh nhân không xuất hóa đơn bảo hiểm.
- HITECH ngăn chặn mọi hành vi lưu hành thông tin về lần thăm khám đã xác định đến bên thứ ba.

*Điều này không phủ nhận trách nhiệm tài chính của bệnh nhân đối với việc thanh toán các tài khoản.

5. Đơn đăng ký Bảo mật của HSN

Các đơn đăng ký bảo mật có thể được gửi trong hai trường hợp.

- Trẻ vị thành niên: Có thể nộp đơn đăng ký bảo mật cho trẻ vị thành niên đến nhận các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các đơn này có thể được xử lý theo thu nhập của trẻ vị thành niên mà không liên quan đến thu nhập của gia đình.
- Các Cá nhân bị Ngược đãi hoặc Lạm dụng: Những cá nhân này cũng có thể đăng ký bảo hiểm HSN trên cơ sở thu nhập cá nhân của họ. Những bệnh nhân này có thể được chấp thuận cho toàn bộ các dịch vụ được HSN đài thọ.

6. Người Không có Giấy tờ Tùy thân

Bệnh nhân có thể lo lắng về những tác động liên quan đến nhập cư của việc đăng ký trạng thái Bệnh nhân Có Thu nhập Thấp.

- Những bệnh nhân có tài lực hạn chế nên được khuyến khích đăng ký tham gia một chương trình do tiểu bang tài trợ hoặc chương trình khác do chính phủ tài trợ.
- Nếu bệnh nhân tiếp tục bày tỏ mối quan ngại, bệnh nhân có thể được giới thiệu đến các cơ quan bên ngoài để được tư vấn.
- Bệnh nhân từ chối đăng ký hỗ trợ sẽ tiếp tục được coi là bệnh nhân tự chi trả.
- Các dịch vụ Khẩn cấp và Cấp cứu (bao gồm tối đa hai tuần thuốc cần thiết để ứng phó với các mối đe dọa tức thời đối với sức khỏe của bệnh nhân) sẽ tiếp tục được cung cấp ([Phần IV\(B\)\(1\)](#)).
- Các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp ([Phần III\(B\)\(2\)](#)) có thể được hoãn lại hoặc hủy bỏ cho đến khi bệnh nhân có thể thanh toán, thu xếp tài chính phù hợp, mua bảo hiểm hoặc đăng ký một chương trình hỗ trợ tài chính sẽ chi trả cho dịch vụ.

7. Nghiên cứu

Các dịch vụ liên quan đến nghiên cứu nên được xác định tại thời điểm đăng ký dịch vụ đó để đảm bảo rằng các khoản phí cho các dịch vụ này được nộp cho quỹ nghiên cứu được chỉ định. Bảo hiểm sức khỏe cho bệnh nhân có thể được lập hóa đơn đối với phí chăm sóc tiêu chuẩn liên quan đến nghiên cứu, và bệnh nhân có thể được lập hóa đơn đối với những số dư đồng thanh toán, khấu trừ, đồng bảo hiểm.

8. Người Hiến tặng

MGB sẽ xác định những người hiến tặng tại thời điểm cung cấp dịch vụ và đảm bảo rằng các yêu cầu bồi thường đối với các dịch vụ này được áp dụng cho bảo hiểm thích hợp hoặc nguồn tài trợ khác.

9. Bệnh nhân Quốc tế

Ngoài việc tuân theo các quy trình đã nêu đối với bệnh nhân Có Bảo hiểm ([Phần V\(C\)](#)) và Không có Bảo hiểm ([Phần V\(D\)](#)), MGB sẽ thực hiện tất cả những nỗ lực hợp lý để thu thập thông tin địa chỉ tại địa phương và địa chỉ thường trú của cư dân nước ngoài và thực hiện bất kỳ hành động bổ sung thích hợp nào cần thiết để đảm bảo thanh toán trước cho tất cả các dịch vụ không có bảo hiểm.

G. Các Sự cố Nghiêm trọng Cần Báo cáo (SRE)

MGB duy trì việc tuân thủ các yêu cầu lập hóa đơn hiện hành, bao gồm các quy định của Sở Y tế Công cộng (105 CMR 130.332) đối với việc không thanh toán các dịch vụ cụ thể hoặc việc tái nhập viện mà MGB xác định là kết quả của Sự cố Nghiêm trọng cần Báo cáo (SRE). SRE không xảy ra tại các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp khác của MGB (xem [Phụ lục A](#)) được loại trừ khỏi quyết định không thanh toán này. MGB cũng không yêu cầu thanh toán từ một bệnh nhân có thu nhập thấp được xác định là đủ điều kiện tham gia chương trình Mạng lưới An toàn Sức khỏe mà ban đầu yêu cầu của họ đã bị chương trình bảo hiểm từ chối do lỗi lập hóa đơn hành chính của MGB. MGB cũng lưu giữ tất cả thông tin theo luật hiện hành về quyền riêng tư, bảo mật và trộm cắp danh tính của liên bang và tiểu bang.

H. Sắp xếp Nợ Xấu

Các tài khoản thường sẽ được xóa sổ dưới dạng Nợ Xấu khi các nỗ lực thu nợ nội bộ đã được sử dụng hết. Điều này thường xảy ra sau khi tài khoản đã hoàn thành chu kỳ lập hóa đơn 120 ngày ([Phần IV\(B\)](#)). Một số tài khoản có thể được sắp xếp sớm hơn 120 ngày do các tình huống giảm thiểu như không thể xác định được người bảo lãnh (ví dụ: địa chỉ không hợp lệ). Các tài khoản Nợ Xấu thường sẽ nhận được nỗ lực thu nợ bổ sung chủ yếu bởi các Cơ quan Thu nợ bên ngoài hoặc luật sư thu nợ. MGB sẽ đảm bảo rằng tất cả các hoạt động theo dõi Nợ Xấu, dù do nhân viên nội bộ hay cơ quan bên ngoài thực hiện, đều tuân thủ những điều sau:

1. Báo cáo Tín dụng

MGB và các đại lý của họ không báo cáo Nợ Xấu của bệnh nhân cho bất kỳ văn phòng tín dụng nào. MGB và các đại lý của họ có thể sử dụng các dịch vụ của văn phòng tín dụng để xác định xếp hạng tín dụng của bệnh nhân nhằm xác định khả năng thực hiện các nghĩa vụ tài chính của bệnh nhân.

2. Tranh tụng

MGB và các đại lý của họ có thể theo đuổi vụ kiện chống lại bệnh nhân để đảm bảo nhận được phán quyết của tòa án đối với các khoản tiền bệnh nhân nợ MGB. Trong mọi trường hợp, cả trát bắt giam (được gọi là “bắt giữ người”) và giấy báo sai áp đối với tiền lương sẽ không được sử dụng trong nỗ lực thu nợ.

3. Quyền Sai áp Tài sản

MGB sẽ chỉ theo đuổi việc thu giữ, thực thi pháp luật và bán tài sản sau khi bệnh nhân đã được sàng lọc đối với hỗ trợ tài chính và khi được sự xem xét và chấp thuận của Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính hoặc Giám đốc Tài chính (CFO) của Nhà cung cấp khác của MGB. Nếu bệnh nhân đã được Văn phòng Medicaid chỉ định là Người Có Thu nhập Thấp hoặc đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình hỗ trợ nào, thì MGB sẽ không yêu cầu thực thi pháp luật đối với nơi ở cá nhân của bệnh nhân hoặc Người bảo lãnh mà không có sự chấp thuận cụ thể của Hội đồng Quản trị.

4. Cơ quan Thu nợ

- Bất kỳ cơ quan nào muốn thu số dư của bệnh nhân thay mặt cho MGB sẽ phải tuân thủ Chính sách Tín dụng và Thu nợ này.
- Mọi khiếu nại dựa trên sự thật của bệnh nhân sẽ được báo cáo cho MGB để xem xét và theo dõi.
- Tất cả các đại lý sẽ tuân thủ đầy đủ các quy định hiện hành về Thu nợ Công bằng của Liên bang cũng như các quy định về thu nợ có thể được xác định bởi Tổng chương lý Massachusetts hoặc tiểu bang thích hợp nơi dịch vụ được cung cấp.
- Tất cả các cơ quan sẽ báo cáo một cách kịp thời tất cả hoạt động thu nợ hoặc các hành động đối với tài khoản khác, bao gồm cả quyết định ngừng nỗ lực thu nợ.
- Nói chung, các cơ quan sẽ ngừng nỗ lực thu nợ đối với bất kỳ tài khoản nào được sắp xếp cho họ ngay khi họ xác định rằng không có khả năng thu nợ và khi không có hành động hoặc khoản thanh toán nào đối với tài khoản đó trong vòng không quá một năm.

VI. Các Thỏa thuận Thanh toán

A. Tổng quan

Thanh toán có thể được thực hiện trong nhiều môi trường khác nhau tại tất cả Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính hoặc Nhà cung cấp khác của MGB. Mọi thỏa thuận thanh toán cho việc thu nợ trước khi cung cấp dịch vụ, kế hoạch thanh toán hoặc cân nhắc đặt cọc thanh toán một phần. Tất cả các thỏa thuận thanh toán sẽ tuân theo các tiêu chí được xác định trước.

1. Hình thức Thanh toán

- Các khoản trả trước có thể được thực hiện bằng séc ngân hàng/séc bảo chi, chuyển khoản ngân hàng (có thể áp dụng phí chuyển khoản) hoặc thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ. Tiền mặt không được chấp nhận tại hầu hết các địa điểm bệnh viện. Séc cá nhân từ các ngân hàng Hoa Kỳ thường được chấp nhận với số dư dưới \$5.000 trừ khi có lịch sử séc bị lỗi do không đủ tiền. Séc cá nhân có thể được yêu cầu đủ thời gian trước một dịch vụ đã lên lịch để có thời gian xác minh séc. Những bệnh nhân có tiền sử nợ xấu có thể được xem xét riêng để xác định phương thức thanh toán phù hợp.
- Thanh toán bằng séc cá nhân cần được thực hiện cho địa chỉ chuyển tiền trên sao kê của bệnh nhân, bao gồm số tài khoản đầy đủ để tránh chậm trễ hoặc ghi sổ sai cho số tiền.

- Lập hóa đơn điện tử và thanh toán: Nhiều địa điểm MGB cung cấp quyền truy cập điện tử vào các sao kê và thanh toán điện tử cho các sao kê đó bằng cách sử dụng thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ.
- Nếu bất kỳ khoản thanh toán trước nào được kháng nghị với bên bảo hiểm sức khỏe của họ, những khoản thanh toán trước này sẽ không được hoàn lại cho đến khi đơn vị bảo hiểm sức khỏe nhận được đủ các khoản thanh toán.
- Các khoản thanh toán được chấp nhận bằng cách gọi cho Tổng đài Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân hoặc các trung tâm Dịch vụ Khách hàng được chỉ định khác.
- MGB sẽ duy trì quy trình theo dõi séc 'không hợp lệ/lúng' có số tiền không đủ và đảo ngược mọi khoản thanh toán có thể đã được áp dụng cho tài khoản của bệnh nhân. Việc gửi séc 'không hợp lệ/lúng' có số tiền không đủ có thể là cơ sở để áp tài khoản vào Nợ Xấu.

2. Tiền tệ

Trừ khi có thỏa thuận khác, thanh toán sẽ được thực hiện bằng Tiền tệ Hoa Kỳ. Thanh toán được thực hiện bằng đơn vị tiền tệ không phải của Hoa Kỳ sẽ được áp dụng theo tỷ giá chuyển đổi do ngân hàng của MGB chỉ định, trừ đi bất kỳ khoản phí chuyển đổi nào.

B. Kế hoạch Thanh toán

Kế hoạch thanh toán miễn lãi có sẵn cho tất cả bệnh nhân theo yêu cầu. Việc chấp nhận cuối cùng đối với một kế hoạch thanh toán phụ thuộc vào việc xem xét toàn bộ tình trạng và lịch sử thanh toán của bệnh nhân. Kế hoạch thanh toán có thể được thiết lập trên Cổng thông tin Bệnh nhân hoặc bằng cách liên hệ với Bộ phận Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân theo số (617) 726-3884. Bộ phận Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân sẽ xử lý và giám sát tất cả các kế hoạch thanh toán của bệnh nhân. Các kế hoạch nói chung sẽ bao gồm số dư chưa thanh toán tại tất cả các địa điểm của MGB ([Phụ lục A](#)).

Sẽ không tính lãi đối với số dư mà bệnh nhân đã đồng ý với kế hoạch thanh toán và bệnh nhân hiện đang thanh toán.

Các kế hoạch sẽ được xem xét thường xuyên để đảm bảo rằng tất cả các khoản thanh toán đều được cập nhật. Nếu bệnh nhân bỏ lỡ hai khoản thanh toán liên tiếp, MGB có thể xếp tài khoản đó vào Nợ Xấu. Khi có thông báo từ bệnh nhân về hoàn cảnh tài chính đã thay đổi, MGB có thể đánh giá lại nghĩa vụ thanh toán chưa thanh toán của bệnh nhân.

Số dư dưới \$100,00 sẽ tự động được thêm vào kế hoạch thanh toán hiện có, nếu khoản thanh toán hàng tháng không tăng lên, nhưng có thể gia hạn kỳ hạn của kế hoạch thanh toán. Nếu khoản thanh toán hàng tháng sẽ tăng lên và/hoặc (những) số dư mới lớn hơn \$100,00, những số dư đó sẽ không tự động được thêm vào kế hoạch thanh toán hiện có. Bên chịu trách nhiệm có thể thêm số dư mới vào khoản thanh toán hiện có qua Cổng thông tin Bệnh nhân hoặc bằng cách liên hệ với Bộ phận Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân theo số 617-726-3884.

1. Kế hoạch Thanh toán cho các khoản khấu trừ HSN Một phần và chương trình Khó khăn về Y tế

Khoản thanh toán ban đầu thấp hơn \$500 hoặc 20% số dư khấu trừ có thể được yêu cầu, bao gồm tất cả các khoản đặt cọc được chấp nhận trước khi dịch vụ được cung cấp trong các sự cố không cấp cứu/không khẩn cấp.

VII. Số dư Có và Hoàn trả

Nói chung, MGB sẽ hoàn trả cho bệnh nhân bất kỳ số dư có nào, có thể là do số tiền vượt mức đã được thu từ bệnh nhân. Trong trường hợp các nỗ lực hoàn trả số dư có của bệnh nhân/người bảo lãnh không thành công, MGB sẽ chuyển số dư có cho Thủ quỹ của Thịnh vượng chung Massachusetts theo các quy định về Tài sản Bị bỏ rơi của tiểu bang.

1. Khoản thanh toán thừa và tín dụng trước hết sẽ được áp dụng cho mọi số dư nợ chưa thanh toán với mọi tổ chức liên kết khác của Mass General Brigham, bao gồm những tài khoản nằm trong Nợ Xấu trước khi xử lý bất kỳ khoản hoàn lại nào khác, ngoại trừ đối với Thẩm mỹ, Nha khoa, IVF, McLean và Mass Eye and Ear. Tín dụng sẽ được hoàn lại bằng hình thức thanh toán ban đầu. Séc có thể cần lên tới 30 ngày kể từ khi ngân hàng chuyển séc. Thanh toán séc được hoàn lại cho bên chịu trách nhiệm đối với những khoản tiền từ \$999,99 trở xuống. Mọi khoản thanh toán séc nhận được từ \$1000 trở lên sẽ được phát hành lại đến Người trả khi có tư liệu chứng minh về séc. Nếu không có tư liệu chứng minh về séc, khoản hoàn lại sẽ được phát hành cho bên chịu trách nhiệm của tài khoản.
2. Thanh toán bằng Thẻ Tín dụng được thực hiện bằng thẻ đã đóng hoặc token hết hạn: Cổng thanh toán sẽ không xử lý hoàn tiền thẻ tín dụng nếu khoản thanh toán ban đầu đã thực hiện được hơn 18 tháng hoặc thẻ tín dụng trong hồ sơ đã hết hạn. Những khoản hoàn lại đó phải được thực hiện bằng séc.
3. Chuyển khoản yêu cầu tài liệu chứng minh bổ sung, có thể đòi hỏi khoản hoàn lại được phê duyệt đầy đủ. Xác minh thường yêu cầu khoản hoàn lại được trả lại cho cùng tài khoản ngân hàng mà số tiền đã được giải ngân từ đó. Xác minh này thường đi kèm yêu cầu. Điều này cũng bao gồm khoản hoàn lại Flywire.

Hoàn tiền cho Bệnh nhân đã Qua đời: Khoản hoàn lại sẽ được phát hành như sau:

1. Thẻ Tín dụng: Phát hành cho thẻ tín dụng nếu thẻ vẫn có thể chấp nhận số tiền.
2. Tài sản: Nếu tài sản đã được xử lý chứng thực di chúc và vẫn chờ kết quả, thì số tiền sẽ được ưu tiên phát hành cho tài sản.
3. Nếu số dư dưới \$500 và không có tài sản, thì khoản hoàn lại có thể được phát hành cho vợ/chồng còn sống, nếu vợ/chồng được xác định là người thân thuộc gần nhất trong hồ sơ.
4. Nếu không có tài sản và số dư từ \$500 trở lên, thì người thân thuộc gần nhất/vợ/chồng được xác định sẽ được yêu cầu hoàn thành tờ khai có tuyên thệ trước khi phát hành khoản hoàn lại.
5. Nếu không có tài sản và số dư từ \$500 trở lên, và một thành viên trong gia đình ngoài vợ/chồng gọi điện, họ cần chứng thực di chúc đối với Tài sản cần Chứng thực Di chúc Tự nguyện.

Phụ lục A: Các Tổ chức Liên kết của Mass General Brigham

Chính sách này áp dụng cho các tổ chức của Mass General Brigham sau:

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính

Massachusetts General Hospital (MGH)
Brigham and Women's Hospital (BWH)
North Shore Medical Center (NSMC)
Newton-Wellesley Hospital (NWH)
Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
Martha's Vineyard Hospital (MVH)
Nantucket Cottage Hospital (NCH)
Cooley Dickinson Hospital (CDH)

Wentworth Douglass Hospital (WDH)
Massachusetts Eye and Ear (MEE)
Các Bệnh viện Chăm sóc Sức khỏe Hành vi
McLean Hospital (MCL)
Các Bệnh viện Hậu Cấp tính
Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
Bệnh viện Spaulding Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)
Các Tổ chức Bác sĩ
Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
North Shore Physicians Group (NSPG)
Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
Nantucket Medical Group (NMG)
Mass Eye and Ear Associates
Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
Mass General Brigham Community Physicians - các nhóm thuộc sở hữu hoàn toàn
Pentucket Medical Associates (PMA)
Mystic Health Care
Chăm sóc Tại nhà
Mass General Brigham Home Care
Mass General Brigham Ambulatory Care
Mass General Brigham Urgent Care

Lưu ý rằng các bác sĩ có liên kết với các tổ chức này, nhưng những bác sĩ lập hóa đơn “tư nhân” được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân theo chính sách này. Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy trong [Danh sách Nhà cung cấp Liên kết của Mass General Brigham](#)

Phụ lục B: Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính

Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham có thể được tìm thấy tại đây:

<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Hỗ trợ Tài chính | Wentworth-Douglass Hospital

Wentworth-Douglass cam kết cung cấp dịch vụ y tế chất lượng cho mọi người trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, bất kể khả năng thanh toán.

<https://www.wdhospital.org/wdh/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

Đơn đăng ký này có sẵn bằng 10 ngôn ngữ tại www.massgeneralbrigham.org: Tiếng Anh, Tiếng Ả Rập, Tiếng Trung, Tiếng Haiti Creole, Tiếng Indonesia, Tiếng Khmer, Tiếng Bồ Đào Nha, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha và Tiếng Việt.

Mass General Brigham
Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. This application cannot be completed electronically. Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Tufts Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Northcutt Cottage Hospital	Northcutt Cottage Medical Group
Cropley Dickinson Hospital	Cropley Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	Miculan Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows:

- Out of Network Denials
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-3884.

Rev. 11/23 Page 1 of 7

Phụ lục C: Báo cáo, Kiểm tra và Tuân thủ Quy định

Các chính sách này nhằm giúp đảm bảo tuân thủ các quy định hiện hành của tiểu bang ở New Hampshire và Massachusetts, bao gồm các tiêu chí về chính sách tín dụng và thu nợ theo MGL c.58 và các quy định liên quan do Executive Office of Health and Human Services MA ban hành cụ thể, 101 CMR 614 và 101 CMR 613 (Mạng lưới An toàn Sức khỏe), sau đây được gọi là “Quy định của Tiểu bang”. Ngoài ra, chính sách này đề cập đến các yêu cầu của Cẩm nang Bồi hoàn của Nhà cung cấp Medicare (Phần 1, Chương 3), Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid, các Yêu cầu về Nợ Xấu của Medicare (42 CFR 413.89 và Bộ luật Doanh thu Nội bộ Mục 501 (r) theo yêu cầu của Mục 9007 (a) của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Giá cả Phải chăng của Liên bang (Pub. L. No. 111-148).

MGB sẽ tuân thủ tất cả các yêu cầu báo cáo theo quy định của MGL c. 118G và liên quan đến 101 CMR 613, 614 và các Bản tin Hành chính liên quan. MGB sẽ duy trì các hồ sơ có thể kiểm tra được về các hoạt động được thực hiện tuân thủ các tiêu chí và yêu cầu của 101 CMR 613 và 101 CMR 614. MGB sẽ nộp Chính sách Tín dụng và Thu nợ này bằng phương thức điện tử cho Văn phòng Medicaid, Mạng lưới An toàn Sức khỏe theo yêu cầu khi chính sách được thay đổi hoặc khi có những thay đổi về quy định do Văn phòng Medicaid, Mạng lưới An toàn Sức khỏe ban hành bắt buộc phải nộp chính sách mới.

Tài liệu tham khảo:

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