

# **Chính sách Tín dụng và Truy thu Hallmark Health System**

**Mục lục**

I. GIỚI THIỆU .....	3
II. CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE .....	3
<b>Các nguyên tắc chung</b> .....	<b>3</b>
A. Các dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu .....	4
B. Các dịch vụ không khẩn cấp, không phải cấp cứu.....	4
C. Các địa điểm mà Bệnh nhân có thể đến yêu cầu dịch vụ.....	4
III. TRUY THU VÀ THẨM ĐỊNH THÔNG TIN BỆNH NHÂN .....	4
A. Các dịch vụ khẩn cấp và Cấp cứu .....	5
B. Các dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu .....	5
IV. XÁC ĐỊNH TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN .....	5
A. Các nguyên tắc chung .....	5
B. Dự tính ngân sách.....	5
C. Insured Patients .....	6
D. Bệnh nhân không bảo hiểm (Tự trả).....	6
V. TÀI KHOẢN BỆNH NHÂN VÀ DỊCH VỤ TƯ VẤN TÀI CHÍNH .....	7
A. Tổng quát.....	7
B. Thông tin về Dịch vụ tư vấn tài chính .....	7
C. Nơi cư trú.....	7
D. Trợ giúp tài chính, giảm giá, dịch vụ chăm sóc miễn phí của Bệnh viện.....	7
E. Xem xét đơn xin đặc biệt.....	7
VI. CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG – CƯ DÂN MASSACHUSETTS .....	8
A. Cách thức nộp đơn – Tất cả chương trình tiểu bang ngoại trừ Medical Hardship.....	8
B. Cách thức nộp đơn – HSN - Medical Hardship .....	8
C. Chấp thuận chi trả với các chương trình của tiểu bang.....	8
D. Tính hiệu lực của đơn xin hỗ trợ HSN/MassHealth đang chờ xử lý.....	8
E. Khiếu nại kết quả.....	8
F. HSN – Các xem xét chi trả và tư cách hợp lệ của bệnh nhân có thu nhập thấp .....	9
VII. CƯ DÂN KHÔNG THUỘC BANG MASSACHUSETTS .....	10
A. Cư dân Hoa Kỳ không thuộc bang Massachusetts.....	10
B. Bệnh nhân quốc tế.....	11
VIII. HƯỚNG DẪN THANH TOÁN .....	11

## Chính sách Tín dụng và Truy thu Hallmark Health

A.	Thông tin chung.....	11
B.	Các hình thức thanh toán.....	11
C.	Tiền tệ.....	11
D.	Kế hoạch thanh toán.....	11
E.	Tiền đặt cọc.....	12
IX.	THANH TOÁN VÀ TRUY THU NỢ.....	12
A.	Nguyên tắc chung.....	12
B.	Thanh toán hóa đơn bệnh viện, bảng kê chi phí bệnh nhân, thư và điện thoại đòi nợ.....	12
C.	Thông báo phụ thu.....	14
D.	Trường hợp truy thu đặc biệt.....	14
E.	Đề xuất xử lý tài khoản đặc biệt.....	14
X.	CHUYỂN NỢ XẤU.....	15
A.	Chuyển tài khoản sang nợ xấu.....	15
B.	Cơ quan thu nợ.....	15
C.	Hoạt động truy thu bất thường (ECAs).....	15
XI.	HOÀN TRẢ VÀ SỐ DƯ TÍN DỤNG.....	15
XII.	CÁC SỰ CỐ NGHIÊM TRỌNG (SREs).....	15
XIII.	TUÂN THỦ ĐẠO LUẬT VỀ TUÂN THỦ VÀ TRÁCH NHIỆM CHẤP HÀNH VỚI BẢO HIỂM Y TẾ (HIPAA).....	16
XIV.	QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN.....	16
XV.	XUẤT BẢN CHÍNH SÁCH TÍN DỤNG VÀ TRUY THU.....	16
XVI.	PHÊ DUYỆT HỘI ĐỒNG.....	16

## **I. GIỚI THIỆU**

Chính sách Tín dụng và truy thu áp dụng cho Hệ thống chăm sóc sức khỏe Hallmark (Hallmark Health), được gọi là “Bệnh viện” trong cả chính sách này. Hallmark Health bao gồm Bệnh viện Melrose-Wakefield, một bệnh viện phi lợi nhuận có dịch vụ trọn gói đặt tại địa chỉ 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176 và Bệnh viện Lawrence Memorial, một bệnh viện có dịch vụ trọn gói, tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155. Hệ thống chăm sóc sức khỏe Hallmark là hệ thống điều dưỡng tuyến trên cung cấp các dịch vụ chăm sóc về y tế cần thiết cho tất cả mọi người bất kể khả năng chi trả. Hallmark Health mang đến dịch vụ này cho tất cả các bệnh nhân đến với cơ sở của chúng tôi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần và 365 ngày trong năm.

Hallmark Health không phân biệt chủng tộc, màu da, nguồn gốc, quốc tịch, ngoại kiều, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, khuynh hướng tính dục, nhận dạng giới tính, tuổi tác, khuyết tật, lạm dụng chất kích thích, tình trạng kinh tế-xã hội, không có bảo hiểm, hoặc đặc điểm ngoại hình khi cung cấp các dịch vụ. Điều này áp dụng trong cả nội dung và việc áp dụng chính sách của bệnh viện liên quan đến tiếp nhận và kiểm chứng thông tin tài chính, các khoản đặt cọc trước khi nhập viện hoặc điều trị, các kế hoạch thanh toán, việc tri hoãn phục vụ hoặc nhập viện, tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp và việc tiến hành lập hóa đơn và thu phí.

Chính sách tín dụng và truy thu này liên quan đến việc bảo vệ tài sản của Bệnh viện và duy trì nền tảng tài chính vững chắc cho các hoạt động của Bệnh viện trong khi đó vẫn đồng thời cân bằng được nhu cầu của cộng đồng và các bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ. Chính sách này thiết lập nên những định hướng chung cho bệnh viện để tiếp nhận và kiểm chứng các thông tin, để phân loại bệnh nhân theo khả năng chi trả của họ, và để truy thu các khoản thanh toán từ các công ty bảo hiểm bên thứ ba, các bệnh nhân, các nhà bảo lãnh, và các bên khác có trách nhiệm về mặt tài chính đối với việc thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính sách của Bệnh viện là tuân thủ các yêu cầu đưa ra trong luật của chính phủ và liên bang về việc thực hiện các nhiệm vụ và cập nhật bất cứ khi nào các luật đó được sửa đổi.

Các bệnh nhân mà có điều kiện về tài chính được kỳ vọng là sẽ chi trả cho các dịch vụ do Hallmark Health cung cấp. Chính sách này cho rằng các bệnh nhân nào có thể tiếp cận với các chương trình bảo hiểm vừa túi tiền sẽ đăng ký và duy trì phạm vi bảo hiểm của họ. Trong trường hợp bệnh nhân không thể chi trả, Bệnh viện sẽ hỗ trợ họ trong việc xin trợ cấp tài chính từ các chương trình của chính phủ và các nguồn khác để có được dịch vụ thiết yếu về mặt y tế bất kể khi nào cần đến. Để việc thực hiện sứ mệnh này có tính khả thi, Hallmark Health phải làm tròn trách nhiệm về tín dụng để lập hóa đơn và truy thu hợp lý đối với các dịch vụ y tế cung cấp cho bệnh nhân. Chính sách Tín dụng và truy thu này được phát triển để đảm bảo tuân thủ các quy định luật bao gồm, nhưng không giới hạn ở: (1) Quy định về sự hợp lệ của mạng lưới an toàn sức khỏe của Chính Phủ (Chương 101 C.M.R, phần 613.00, Quy định của văn phòng điều hành dịch vụ y tế và nhân thân); (2) Chương 111 M.G.L. Phần 228; (3) Các yêu cầu về Nợ xấu trong chương trình Chính phủ về chăm sóc người già đối với các Trung tâm Dịch vụ chăm sóc sức khỏe người già và người thu nhập thấp (Chương 42 CF.R. Phần 413.89); và (4) Phần 501(r) trong Bộ luật về Ngân sách của Liên bang (IRC).

Ban quản trị chỉ định Giám đốc tài chính của Bệnh viện có trách nhiệm đảm bảo bản sao điện tử hiện hành của Chính sách tín dụng và truy thu này được lưu cùng các tài liệu hỗ trợ và các đồ trưng bày tại Văn phòng Mạng lưới An toàn Sức khỏe Health Safety Net.

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được Bệnh viện cung cấp và tính hóa đơn tại các địa điểm đã chỉ ra trong [Phụ lục A](#) – Các Địa điểm của Hallmark Health, Các đối tượng tham gia. Chính sách này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và tính chi phí bởi các đối tượng đưa ra trong [Phụ lục B](#) – Danh sách các liên kết của hệ thống Hallmark Health, Các đối tượng không tham gia, ngay cả trong trường hợp các dịch vụ đó có thể được thực hiện ở các địa điểm của Bệnh viện như đã nêu trong [Phụ lục A](#).

## **II. CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE**

### **A. Các nguyên tắc chung**

Tất cả các bệnh nhân có mặt để được điều trị mà không hẹn trước sẽ được đánh giá dựa trên cách thức phân loại có chỉ ra trong phần này. Các dịch vụ Khẩn cấp hoặc Cấp cứu (định nghĩa trong phần II (B) dưới đây) sẽ không được từ chối hoặc tiến hành chậm trễ dựa trên khả năng Bệnh viện nhận dạng bệnh nhân, phạm vi bảo hiểm của bệnh nhân hoặc khả năng thanh toán của họ. Tuy nhiên, các dịch vụ không khẩn cấp, không phải cấp cứu (như định nghĩa trong phần II (C) dưới đây) có thể sẽ bị tri hoãn vô thời hạn trong các trường hợp Bệnh viện không thể xác định nguồn thanh toán cho các dịch vụ đó, dựa trên tham vấn bác sĩ lâm sàng đang điều trị cho bệnh nhân.

Tình trạng khẩn cấp của ca điều trị liên quan đến các triệu chứng lâm sàng hiển thị ra của bệnh nhân sẽ do một chuyên gia y tế quyết định dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng về chăm sóc sức khỏe của quốc gia, của bang và của địa phương, và dựa trên các chính sách cũng như quy trình cho nhân viên y tế của Bệnh viện. Điều quan trọng cần lưu ý lại là việc phân loại tình trạng sức khỏe của bệnh nhân chỉ là vì mục đích quản lý và các phần phân loại đó được chủ định để chỉ ra trình tự

nhân viên y tế thăm khám bệnh nhân theo các triệu chứng thể hiện. Các cách phân loại này không phản ánh việc đánh giá về mặt y tế đối với điều kiện sức khỏe của bệnh nhân như được phản ánh trong kết quả chẩn đoán cuối cùng.

**B. Các dịch vụ khẩn cấp và Cấp cứu**

*“Các dịch vụ Cấp cứu”* là các dịch vụ y tế cần thiết được cung cấp sau khi có kết quả xác nhận của một người thận trọng dù không có chuyên môn nhưng sở hữu kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế xác nhận một điều kiện y tế, dù là thể trạng hay tinh thần, thể hiện bởi các triệu chứng đủ nghiêm trọng, bao gồm cơn đau dữ dội, và nếu thiếu sự lưu ý kịp thời về mặt y tế, sức khỏe của người đó hoặc một người khác sẽ ở vào trạng thái nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kì cơ quan nội tạng hoặc một phần, phụ nữ có thai, được mô tả chi tiết hơn trong mục 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Chứng nhận Các Dịch vụ Cấp cứu bởi một cuộc khám nghiệm sàng lọc y tế và bất kì giải pháp điều trị ổn định nào cho điều kiện y tế cấp cứu, bao gồm nhưng không giới hạn cho việc chăm sóc y tế cho bệnh nhân nội trú hoặc các dịch vụ tương tự khác được cung cấp trong phạm vi được yêu cầu thuộc Luật Điều trị Y tế và Chuyển dạ Cấp cứu (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

*“Dịch vụ Khẩn cấp”* là các dịch vụ y tế cần thiết được cung cấp khi một điều kiện y tế đột xuất bắt đầu, dù là thể trạng hay tinh thần, thể hiện bởi các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm cơn đau dữ dội) do một người cẩn trọng dù không có chuyên môn tin rằng nếu không có sự lưu ý y tế trong vòng 24 giờ, hậu quả là khiến sức khỏe của bệnh nhân ở vào tình trạng nguy hiểm, suy giảm chức năng cơ thể, hoặc rối loạn chức năng của cơ quan nội tạng hoặc một phần cơ quan nội tạng. Dịch vụ khẩn cấp được cung cấp trong điều kiện không đe dọa tới tính mạng và vì thế không có nguy cơ cao về những tác hại nghiêm trọng tới sức khỏe của cá nhân.

Các yêu cầu về cấp độ trong EMTALA: Theo Điều luật lao động và Điều trị y tế khẩn cấp của liên bang (EMTALA), Bệnh viện buộc phải cung cấp các đợt khám sàng lọc y tế cho tất cả nhưng người đến Khoa cấp cứu của Bệnh viện yêu cầu điều trị cho một tình trạng đau ốm và với tất cả những người đến cơ sở của Bệnh viện yêu cầu dịch vụ chăm sóc cho tình trạng đau ốm khẩn cấp để quyết định xem những người đó, thực ra, có đang chịu đựng tình trạng đau yếu khẩn cấp hay không. Nếu một bác sĩ hoặc một nhân viên y tế có trình độ khác tại Bệnh viện quyết định rằng bệnh nhân đang ở trong tình trạng đau ốm khẩn cấp, Bệnh viện bắt buộc phải tuân thủ quy định EMTALA cung cấp cho bệnh nhân chương trình điều trị ổn định nằm trong khả năng đáp ứng và năng lực chuyên môn của bệnh viện.

**C. Các dịch vụ không khẩn cấp, không phải cấp cứu**

*“Các dịch vụ không khẩn cấp, không phải cấp cứu”* đưa ra trong chính sách này nhìn chung bao gồm hoặc là các dịch vụ cần thiết về y tế mà không thuộc phạm vi định nghĩa về Dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu đã chỉ ra ở Phần II (B) của chính sách, hoặc là các dịch vụ mà bác sĩ điều trị đã quyết định là không cần thiết về mặt y tế như là các dịch vụ không liên quan đến y tế (ví dụ: dịch vụ về xã hội, giáo dục, hoặc đào tạo nghề, phẫu thuật thẩm mỹ, nghiên cứu và các dịch vụ khác) (các loại hình dịch vụ thứ hai nêu ra được mô tả trong chính sách này là Các dịch vụ cần thiết không liên quan đến y tế). Điểm đặc thù, nhưng không phải riêng biệt là, bệnh nhân lên kế hoạch cho các dịch vụ này từ trước. Bệnh viện có thể từ chối cung cấp cho bệnh nhân Dịch vụ không khẩn cấp, không phải cấp cứu trong các trường hợp đó khi Bệnh viện không thể quyết định được khoản thanh toán đó có được trả cho dịch vụ đó hay không.

**D. Các địa điểm mà Bệnh nhân có thể đến yêu cầu Dịch vụ**

Tham khảo [Phụ lục A](#)

**III. TRUY THU VÀ THẨM ĐỊNH THÔNG TIN BỆNH NHÂN**

Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp một cách chính xác và kịp thời các thông tin về tình trạng bảo hiểm và thông tin nhân khẩu cho Bệnh viện và nhận biết các dịch vụ nào được bao hàm trong chính sách bảo hiểm của họ. Bệnh viện sẽ luôn nỗ lực để nhận diện rõ ràng tất cả các bệnh nhân và tiếp nhận, lưu trữ, và thẩm định các thông tin về nhân khẩu và tài chính đầy đủ đối với mỗi bệnh nhân đang cần được chăm sóc. Thông tin nhận được bao gồm thông tin về nhân khẩu (như là tên, địa chỉ, số điện thoại, mã số an sinh xã hội, giới tính, ngày sinh, và các thông tin thích hợp khác) và các thông tin về bảo hiểm y tế (bao gồm tên, địa chỉ, mã số chính sách, mã số nhóm, thông tin đăng ký, và thông tin về phúc lợi như là các khoản đồng chi trả, các khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm) đủ để đảm bảo cho việc chi trả các dịch vụ. Việc yêu cầu bệnh viện tiếp nhận thông tin đầy đủ cần phải lưu ý đến điều kiện của bệnh nhân cùng việc ưu tiên nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngay lập tức của bệnh nhân đó. Với các bệnh nhân nội trú, việc thẩm định có thể tiến hành bất cứ khi nào trong suốt quá trình cung cấp dịch vụ, khi hoàn thành, hoặc trong quá trình truy thu thanh toán. Với các bệnh

nhân ngoại trú, quá trình thẩm định diễn ra tại thời điểm bệnh nhân tiếp nhận Các dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu hoặc trong quá trình truy thu.

**A. Các dịch vụ Khẩn cấp và Cấp cứu**

Việc đăng ký và tiếp nhận các bệnh nhân Cấp cứu và cần chăm sóc khẩn cấp sẽ được tiến hành theo các thủ tục quy định trong EMTALA. Nhìn chung, thông tin nhân khẩu và tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân có thể được thu thập dựa trên quá trình đăng ký thông thường của Bệnh viện miễn sao việc thu thập thông tin này không làm chậm quá trình kiểm tra sàng lọc về sức khỏe và/hoặc bất kỳ một chương trình điều trị ổn định nào. Nếu bệnh nhân không thể cung cấp thông tin nhân khẩu và bảo hiểm tại thời điểm cung cấp dịch vụ và được bệnh nhân đồng ý, Bệnh viện sẽ nỗ lực phỏng vấn người thân hoặc bạn bè đi cùng hoặc người khác mà bệnh nhân xác nhận. Trong trường hợp khả thi, thông tin bảo hiểm mà bệnh nhân cung cấp phải được xác nhận với bên thanh toán thông qua hình thức điện tử hoặc các phương pháp sẵn có khác. Tuy nhiên, trong bất cứ trường hợp nào, nhân viên Bệnh viện sẽ không được thẩm định tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân, tiếp nhận Phê duyệt trước của người thanh toán từ bên thứ ba, hoặc gửi cho bệnh nhân mẫu biểu về trách nhiệm tài chính trước khi khám sàng lọc và bắt đầu bất kỳ chương trình điều trị ổn định nào.

**B. Các dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu**

Việc đăng ký và tiếp nhận các bệnh nhân không ở tình trạng khẩn cấp và không cần cấp cứu phải được tiến hành trước khi cung cấp dịch vụ. Với các bệnh nhân đang và đã từng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thông tin nhân khẩu, bảo hiểm và tài chính cũng sẽ được xem xét lại và cập nhật nếu cần thiết, bao gồm cả việc thẩm định tình trạng bảo hiểm thông qua các phương pháp điện tử hoặc các phương pháp sẵn có khác, với những hạng mục có thể áp dụng. Bệnh nhân phải có trách nhiệm cập nhật thông tin bảo hiểm và nhân khẩu cùng với bản đăng ký.

**IV. XÁC ĐỊNH TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN**

**A. Các nguyên tắc chung**

Bệnh viện sẽ luôn nỗ lực để xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân ngay khi có thể được trong quá trình chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân; với điều kiện là, việc khám sàng lọc và việc bắt đầu một tiến trình điều trị ổn định theo yêu cầu trong EMTALA sẽ được hoàn thành với các bệnh nhân cần dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu trước thời điểm xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân. Các bệnh nhân là thành viên trong các kế hoạch chăm sóc sức khỏe được quản lý, hoặc các kế hoạch bảo hiểm có các yêu cầu gia nhập cụ thể bao gồm được chuyển nhượng, được cấp phép, không bao gồm các phúc lợi và việc hạn chế các 'mạng lưới' khác. Bệnh viện sẽ yêu cầu có phê duyệt trước, cấp phép, hoặc đảm bảo thanh toán từ bên bảo hiểm bất kỳ khi nào có thể. Trong một số tình huống, bao gồm Dịch vụ Khẩn cấp hoặc cần cấp cứu, việc chuyển nhượng và cấp phép này có thể tiến hành sau khi đã thực hiện dịch vụ. Tất cả các bệnh nhân phải chịu thanh toán cho dịch vụ sẽ được thông báo nếu có nguồn hỗ trợ tài chính nào không để có thể giúp họ làm tròn trách nhiệm tài chính với Hallmark Health.

**B. Dự tính Ngân sách**

Dựa trên yêu cầu của bệnh nhân trước khi thực hiện dịch vụ Không khẩn cấp, không cần cấp cứu, Bệnh viện sẽ đưa ra dự tính số tiền hoặc chi phí cho dịch vụ đó bao gồm cả số tiền phí của bất kỳ khoản vay nào. Thông tin dự tính ngân sách được thu thập và sau đó tính toán một cách chung nhất bởi phía Bệnh viện có xem xét đến số lượng cho phép ở mức trung bình trong quá khứ hoặc các khoản chi phí tính trên dịch vụ phẫu thuật hoặc chăm sóc y tế dự kiến, và nếu có thể áp dụng được, thì cả thời gian nằm viện dự tính. Với năng lực tối đa của Bệnh viện, Dự tính ngân sách có lưu ý trách nhiệm của bệnh nhân, bao gồm các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm. Phần dự tính không tính đến các dịch vụ mà được cung cấp và viết hóa đơn bởi các tổ chức liệt kê trong Phụ lục B. Khoản dư cuối cùng có thể khác với các dự tính thông tin cho bệnh nhân vì các trường hợp giảm nhẹ trong đó yêu cầu các thủ tục, thăm khám, và/hoặc đánh giá phức tạp hơn. Việc dự tính ngân sách yêu cầu bệnh nhân và bác sỹ điều trị tham gia để xác định chính xác phương pháp điều trị và chế độ chăm sóc y tế mong muốn sau này. Một khi đã nhận định được các dịch vụ y tế làm sàng cần dựa trên Dự tính ngân sách, Bệnh viện có hai (2) ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu để hoàn thiện dữ liệu dự tính và trả lời cho bệnh nhân. Dự tính cuối cùng được cung cấp cho bệnh nhân cùng với các lựa chọn phương án thanh toán.

**C. Các bệnh nhân có bảo hiểm**

Bệnh viện sẽ luôn nỗ lực thẩm định tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và hỗ trợ bệnh nhân làm theo đúng các thủ tục trong kế hoạch bảo hiểm y tế của họ. Các bệnh nhân có trách nhiệm tiếp nhận quyền chuyển nhượng từ các bên cung cấp

khác khi được yêu cầu. Việc thẩm định tình trạng bảo hiểm sẽ tiến hành theo các nguyên tắc đã chỉ ra trước đó trong phần III ở trên. Việc thẩm định này sẽ có cả việc xác định trách nhiệm tài chính kỳ vọng ở bệnh nhân, bao gồm trách nhiệm với các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm, bất kỳ khi nào có thể. Khi nào có thể hoặc thấy hợp lý, việc thanh toán các khoản dự tính trước (bao gồm cả đồng thanh toán hoặc khấu trừ cố định) có liên quan đến một Dịch vụ không khẩn cấp hoặc không cần cấp cứu sẽ được bệnh nhân đảm bảo trước hoặc vào đúng ngày nhận dịch vụ. Khi nào khả thi và hợp lý, Bệnh viện có thể thu thập các khoản đồng thanh toán từ một bệnh nhân cần dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu sau khi khám sàng lọc. Trong một số trường hợp, kế hoạch bảo hiểm của bệnh nhân và kiểu phạm vi bảo hiểm có thể không cho phép xác định chính xác trách nhiệm tài chính của bệnh nhân trước khi cung cấp dịch vụ. Trong các trường hợp đó, Bệnh viện có thể yêu cầu một khoản đặt cọc tương ứng với mức dự tính tốt nhất đối với trách nhiệm tài chính được kỳ vọng ở bệnh nhân. Các bệnh nhân không thể thanh toán trước khi tiếp nhận dịch vụ Không khẩn cấp, không cần cấp cứu hoặc sau khi nhận dịch vụ Khẩn cấp hoặc cần cấp cứu thì có thể tham vấn tư vấn viên tài chính.

- 1) Các kế hoạch bảo hiểm theo hợp đồng: Bệnh viện ký hợp đồng với một số kế hoạch bảo hiểm. Trong các trường hợp hợp đó, Bệnh viện sẽ tìm kiếm các khoản thanh toán từ các kế hoạch bảo hiểm cho tất cả các hình thức dịch vụ bao gồm trong gói bảo hiểm. Để hỗ trợ bệnh nhân xác định các phí tổn lặt vặt, theo yêu cầu của bệnh nhân, Bệnh viện sẽ cung cấp thông tin đầy đủ liên quan đến Dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu được đề xuất. Nếu một dịch vụ nhất định nào đó mà công ty bảo hiểm xác định là không được bao gồm trong gói bảo hiểm hoặc bị từ chối thanh toán, thì sau đó phần thanh toán cho dịch vụ đó sẽ trực tiếp do bệnh nhân phụ trách tìm kiếm theo hợp đồng bảo hiểm thích hợp. Bất kỳ khi nào có thể, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân trong việc kháng cáo lại trước việc bị từ chối hoặc trước các đánh giá bất lợi khác theo kế hoạch bảo hiểm của họ và nhận ra được kế hoạch bảo hiểm thường yêu cầu việc kháng cáo như vậy cần phải do bệnh nhân đưa ra.
- 2) Các kế hoạch bảo hiểm không theo hợp đồng: Bệnh viện sẽ mở rộng phạm vi lập hóa đơn thanh toán với một công ty bảo hiểm của bệnh nhân trong các trường hợp mà Bệnh viện không có hợp đồng với một bên bảo hiểm nào. Trong khi Bệnh viện tính phí cho kế hoạch bảo hiểm của bệnh nhân, thì trách nhiệm tài chính lớn nhất thuộc về bệnh nhân hoặc người bảo lãnh (bên có trách nhiệm đối với các nghĩa vụ tài chính cá nhân của bệnh nhân). Việc bên bảo hiểm không thể thanh toán Hóa đơn kịp thời có thể làm cho bệnh nhân bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ đó trừ trường hợp bệnh nhân được bảo vệ bởi các hoạt động truy thu (theo phần IX (B) (6)). Các khoản dư còn lại sau khi thanh toán bảo hiểm sẽ được tính cho bệnh nhân. Bất kể khi nào có thể, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân trong trường hợp bị từ chối hoặc các cáo buộc bất lợi khác đối với chương trình bảo hiểm của họ, với nhận thức rằng các kế hoạch bảo hiểm đó thường yêu cầu bệnh nhân đưa ra khiếu nại.

#### **D. Các bệnh nhân không có bảo hiểm (Tự thanh toán)**

Các bệnh nhân không có bảo hiểm y tế, và trước đó chưa được xác định đủ điều kiện là “Bệnh nhân có thu nhập thấp” theo Massachusetts Health Safety Net (HSN) như mô tả thêm ở phần VI (F) dưới đây, sẽ được yêu cầu thanh toán đầy đủ trong các trường hợp đã có Dự tính chi phí. Khi không có phần Dự tính, thì phải có khoản đặt cọc được xác định trước khi tiếp nhận dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu tại Bệnh viện. Nếu bệnh nhân không thanh toán trước hoặc cho thấy việc không có khả năng đưa ra khoản đặt cọc, thì bệnh nhân cần tham vấn thêm tư vấn Tài chính.

Các bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ tham vấn tư vấn tài chính để xác định họ có đủ tiêu chuẩn với các chương trình của Nhà nước và Liên bang, và nếu được, Tư vấn tài chính sẽ hỗ trợ bệnh nhân đó xin tham gia vào chương trình. Điều kiện này bao gồm người dân Massachusetts đăng ký qua cơ quan Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Bên cạnh khả năng các chương trình của chính phủ đang sẵn có, tất cả các bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ được cung cấp thông tin về các chương trình hỗ trợ tài chính khả thi theo Chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health (có tại trang web: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, bằng cách gọi đến để lập kế hoạch cho một cuộc hẹn với Tư vấn viên về Tài chính của Bệnh viện, theo số 781-338-7111.). Nếu không có nhu cầu ngay lập tức phải cung cấp dịch vụ theo yêu cầu của bác sỹ điều trị, dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu có thể bị trì hoãn vô thời hạn đến khi nào bệnh nhân có thể chi trả, sắp xếp hợp lý vấn đề tài chính, nhận bảo hiểm hoặc được đăng ký vào một chương trình hỗ trợ tài chính mà sẽ thanh toán được cho dịch vụ này.

**V. TÀI KHOẢN CỦA BỆNH NHÂN VÀ CÁC DỊCH VỤ TƯ VẤN TÀI CHÍNH**

**A. Tổng quát**

Bệnh viện sẽ luôn nỗ lực xác định các bệnh nhân nào có thể không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức để có thể đưa ra tư vấn và trợ giúp. Bệnh viện sẽ tư vấn tài chính cho các bệnh nhân và gia đình họ bao gồm thẩm định khả năng đủ điều kiện với các nguồn thanh toán khác, như là các chương trình của chính phủ hoặc liên bang, và cung cấp thông tin liên quan đến tất cả các phương pháp có thể chấp nhận được để thanh toán Hóa đơn của bệnh viện. Nếu có yêu cầu hỗ trợ thêm về tài chính, Bộ phận báo cáo kế toán liên quan đến bệnh nhân có thể giảm giá hoặc có các điều chỉnh khác cho bệnh nhân nếu họ tuân thủ chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health. Bệnh nhân có một số trách nhiệm để có đủ điều kiện với phần hỗ trợ này, bao gồm trách nhiệm nộp tất cả các tài liệu cần thiết và chính xác. Với bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia các chương trình của Liên bang, bao gồm cả chương trình Medicaid (chăm sóc sức khỏe người cao tuổi), Bệnh viện sẽ đưa ra lời khuyên cho bệnh nhân về các chương trình tiềm năng và trợ giúp về thủ tục xin tham gia và các giấy tờ khi phù hợp.

**B. Thông tin về dịch vụ tư vấn tài chính**

Bệnh viện công bố rộng rãi thông tin về các chương trình hỗ trợ tài chính hiện có, bao gồm cả đi đến đâu để được trợ giúp. Hãy tham khảo chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health để biết thêm chi tiết (có trên trang web <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

**C. Nơi cư trú**

Nơi cư trú là một yếu tố quyết định với khả năng đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính đang có sẵn theo các chương trình hỗ trợ tài chính của Bệnh viện, Liên bang và nhà nước. Hãy tham khảo Chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health để biết thêm chi tiết (có tại trang web: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

**D. Trợ giúp tài chính, giảm giá, dịch vụ chăm sóc miễn phí của Bệnh viện**

Bệnh nhân được khuyến khích xin tham gia các chương trình của Nhà nước hoặc/và Liên bang trước. Nếu bệnh nhân không có đủ điều kiện tham gia các chương trình này, thì sẽ có hỗ trợ tài chính theo chính sách Hỗ trợ tài chính của Hallmark Health.

**E. Xem xét đơn xin đặc biệt**

- 1) Các đơn xin bảo mật: Các đơn xin bảo mật để tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính của Bệnh viện hoặc của bang có thể được đệ trình trong hai tình huống:
  - a. Người vị thành niên: Các đăng ký đặc biệt về phạm vi bảo hiểm có thể được nộp cho đối tượng vị thành niên cần dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các đăng ký này có thể được xử lý dựa trên thu nhập của người vị thành niên đó mà không cần xét đến thu nhập của gia đình. Các bệnh nhân này nên được giới thiệu cho tư vấn tài chính.
  - b. Người bị lạm dụng: Những đối tượng này cũng có thể đăng ký phạm vi bảo hiểm dựa trên cơ sở thu nhập cá nhân và không bị yêu cầu báo cáo về địa chỉ chính của họ. Các bệnh nhân này cần tham vấn các Tư vấn viên Tài chính.
- 2) Các đối tượng không lưu hồ sơ: Các bệnh nhân có thể liên quan đến các vấn đề về nhập cư khi đăng ký tình trạng Bệnh nhân có thu nhập thấp theo chương trình hiện hành của bang như mô tả trong Phần VI dưới đây. Các bệnh nhân có điều kiện tài chính hạn chế để có thể chi trả thì sẽ được khuyến khích đăng ký các chương trình bảo trợ khác của chính phủ hoặc của bang. Các bệnh nhân từ chối xin hỗ trợ sẽ tiếp tục được coi là trường hợp không có bảo hiểm và các dịch vụ khẩn cấp và cần cấp cứu sẽ tiếp tục được cung cấp cho bệnh nhân. Các dịch vụ không khẩn cấp, không cần cấp cứu có thể bị trì hoãn vô thời hạn cho đến khi nào bệnh nhân có thể thanh toán, sắp xếp tài chính phù hợp, nhận bảo hiểm, hoặc được đăng ký trong một chương trình hỗ trợ tài chính mà có thể chi trả cho dịch vụ sử dụng.



## VI. CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG – CƯ DÂN MASSACHUSETTS

Ngoài các thủ tục chung đối với bệnh nhân được Bảo hiểm (Mục IV (C)) và Không có Bảo hiểm (Mục IV (D)) ở trên, Bệnh viện sẽ khuyến khích các bệnh nhân có khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Chương Trình Tiểu Bang hoặc các chương trình khác của chính phủ xin chi trả và có thể hỗ trợ bệnh nhân nộp đơn. Bệnh nhân cũng có thể nộp đơn và được HSN chấp thuận xin hỗ trợ các khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm không được bao trả trong kế hoạch bảo hiểm chính của họ. Phạm vi chi trả này không bao gồm mục đồng thanh toán. Các chương trình tiểu bang có thể được chấp thuận bao gồm, nhưng không giới hạn, chương trình MassHealth, HSN và các chương trình khác thông qua Health Connector (gọi chung là "Các Chương Trình Tiểu Bang").

### A. Cách thức nộp đơn - Tất cả các Chương trình Tiểu bang ngoại trừ Medical Hardship

Bệnh viện hỗ trợ bệnh nhân hoàn thiện đơn xin trợ cấp từ các Chương trình Tiểu bang, bảo đảm và nộp các tài liệu cần thiết theo yêu cầu của Chương Trình Tiểu Bang mà bệnh nhân xin hỗ trợ. Các cá nhân nộp đơn xin chi trả phù hợp sẽ được chuyển lên hệ thống đăng ký Tiểu bang xem xét. Cá nhân có thể nộp đơn đăng ký qua một trang web trực tuyến, nằm trên trang State Health Connector, hoặc gọi điện thoại cho chuyên viên dịch vụ khách hàng ở MassHealth hoặc ở Health Connector. Các tài liệu cần thiết bao gồm, nhưng không giới hạn chứng minh: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (bảng lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội và thư bảo lãnh của người sử dụng lao động, tờ khai thuế, hoặc bảng kê ngân hàng), (2) thẻ công dân hoặc chứng minh thư, (3) tình trạng nhập cư của người không phải là công dân địa phương (nếu có), và (4) tài sản của những người từ 65 tuổi trở lên. Tiểu bang sẽ thông báo cho bệnh nhân biết tài liệu nào cần phải nộp để tiến hành xác minh lần cuối. Bệnh nhân có thể nhận được chi trả tạm thời nếu đáp ứng đầy đủ các yêu cầu về thủ tục nộp đơn xin chi trả của chương trình.

### B. Cách thức nộp đơn - HSN – Medical Hardship

Bệnh viện sẽ làm việc với bệnh nhân để xác định chương trình HSN-Medical Hardship có phù hợp với họ hay không. Nếu có, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân hoàn thiện thủ tục và nộp đơn Medical Hardship cho HSN. Bệnh nhân có nhiệm vụ cung cấp tất cả các thông tin theo yêu cầu của Bệnh viện một cách đầy đủ và kịp thời. Sau khi bệnh nhân hoàn thiện đơn xin và gửi kèm theo tất cả các tài liệu cần thiết, Bệnh viện sẽ nộp bộ đơn hoàn chỉnh cho HSN trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ ngày nhận được đơn từ bệnh nhân. Nếu Bệnh viện không nộp đơn đó trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi nhận được từ bệnh nhân, hoạt động truy thu đối với hóa đơn của bệnh nhân sẽ không được tiến hành dù đã hội đủ điều kiện để xin hỗ trợ Medical Hardship khi hồ sơ được nộp cho tiểu Bang đúng thời hạn.

### C. Chấp thuận Chi trả với các Chương trình Tiểu Bang

Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân nộp đơn xin chi trả theo các Chương trình tiểu Bang hiện hành nhưng không có vai trò xác định bệnh nhân có hội đủ điều kiện của chương trình MassHealth hoặc HSN hay không. MassHealth hoặc HSN sẽ đưa ra các tiêu chuẩn về tư cách hợp lệ. Bệnh nhân phải có trách nhiệm cung cấp các thông tin về tình trạng chi trả hiện tại của họ cho Bệnh viện để đảm bảo việc xác nhận chính xác và kịp thời tất cả các hóa đơn của Bệnh viện.

### D. Tính hiệu lực của đơn xin hỗ trợ HSN/MassHealth đang chờ xử lý

Bệnh nhân được Bệnh viện nộp đơn đăng ký Massachusetts Health Connector và đủ tiêu chuẩn hưởng MassHealth và HSN sẽ được cấp hóa đơn cho đến khi có quyết định.

### E. Khiếu nại kết quả

- 1) MassHealth: Bệnh nhân có thể trực tiếp khiếu nại quyết định hoặc tìm kiếm thông tin về tư cách hợp lệ nhận bảo hiểm từ MassHealth. Họ cần gửi yêu cầu đến MassHealth cùng với các tài liệu liên quan.
- 2) Bệnh nhân có thu nhập thấp: Bệnh nhân có thể yêu cầu MassHealth/Connector tiến hành xem xét lại việc xác nhận tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp, sự tuân thủ của Bệnh viện với các điều khoản của 101 C.M.R. §

613.00, hoặc, trong trường hợp đặc biệt, xem xét cả quyết định về tư cách hợp lệ nhận hỗ trợ từ Medical Hardship.

**F. HSN – Các xem xét chi trả và tư cách hợp lệ của bệnh nhân có thu nhập thấp**

**1) Xác định bệnh nhân có thu nhập thấp**

Xác định Bệnh nhân Thu nhập thấp được hệ thống xác nhận tư cách hợp lệ của MassHealth/Massachusetts Health Connector thực hiện và chỉ giới hạn cho cư dân Massachusetts. Bệnh nhân cần nộp đơn đăng ký trực tuyến hoặc bằng văn bản như mô tả chi tiết trong Phần VI (A) hoặc Phần VI (B) ở trên bao gồm các tài liệu cần thiết để xác định là cư dân Massachusetts, danh tính và thu nhập. Có bốn loại bảo hiểm chính cho người có thu nhập thấp thuộc hệ thống HSN: (i) HSN-Bảo hiểm chính (Phần VI (F) (4) dưới đây); (ii) HSN-Bảo hiểm Thứ cấp (Phần VI (F) (5) dưới đây); (iii) HSN-Bảo hiểm Một phần (Phần VI (F) (6) dưới đây); Và (iv) HSN-Medical Hardship (Phần VI (F) (7) dưới đây).

- a. Bệnh viện cũng có thể hỗ trợ bệnh nhân đăng ký vào hệ thống HSN để được chứng thực hội đủ tiêu chuẩn giả định trong một khoảng thời gian giới hạn. Quá trình này được Tư vấn viên tài chính thực hiện, dựa trên cơ sở bản khai của bệnh nhân về thông tin tài chính, xác nhận bệnh nhân là người đáp ứng các tiêu chí Bệnh nhân có thu nhập thấp chỉ nhận các dịch vụ chi trả của HSN. Việc chi trả bắt đầu vào ngày Bệnh viện làm quyết định cho đến cuối tháng tiếp theo, khi xác nhận giả định được thực hiện. Tuy nhiên, chi trả có thể được điều chỉnh sớm hơn nếu bệnh nhân nộp đơn hoàn chỉnh cho các Chương trình Tiêu bang, theo như mô tả ở Phần VI (A) hoặc Phần VI (B) ở trên.

**2) Hội đủ tiêu chuẩn HSN**

Bệnh nhân sẽ được xác minh tình trạng hội đủ điều kiện để nhận chương trình bảo hiểm HSN tại thời điểm đăng ký sử dụng hệ thống EVS MassHealth, hệ thống thông tin quản lý Medicaid của Massachusetts (MMIS), Hộ chiếu, hoặc các hệ thống đủ điều kiện khác của Bệnh viện, bất kỳ thay đổi nào đối với tình trạng của bệnh nhân sẽ được ghi lại trong hồ sơ.

**3) Giới hạn dịch vụ**

Bệnh nhân được xác định là Người có thu nhập thấp sẽ được cung cấp các dịch vụ phù hợp với quy định chi trả của HSN hoặc MassHealth bao gồm các giới hạn "Dịch vụ hợp lệ" theo các quy định của Bang và công thức được phẩm đang được áp dụng. Một bệnh nhân muốn nhận dịch vụ bồi hoàn không khẩn cấp sẽ được thông báo bằng văn bản về mức tiền tối đa của dịch vụ đó và phải ký xác nhận rằng họ đồng ý chịu trách nhiệm về tài chính trước khi được cung cấp dịch vụ.

**4) Chi trả - HSN – Chính**

Bệnh nhân có Thu nhập thấp không có bảo hiểm và các giấy tờ như Thu nhập hộ gia đình của MassHealth MAGI, hoặc Khoản Phúc lợi gia đình có lợi tức của Medical Hardship (như được mô tả trong 101 CMR § 613.04 (1)), ở mức 0-300% Hạn Mức Nghèo Liên bang (FPL) có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ gói bảo hiểm HSN – bảo hiểm chính và sẽ phải tuân theo các trường hợp ngoại lệ sau đây:

- a. Các Bệnh nhân Thu nhập thấp được hưởng Chương trình Thanh toán Trợ cấp Đặc biệt do Health Connector điều hành chỉ đủ điều kiện để được hưởng HSN - Chính trong phạm vi được cho phép theo 101 C.M.R. § 613.04 (5) (b).
- b. Học sinh theo quy định của Kế Hoạch Y Tế Sinh Viên Đạt Tiêu Chuẩn của M.G.L. C. 15A, § 18 không đủ điều kiện để được hưởng HSN - Chính.

**5) Chi trả - HSN – Thứ cấp**

Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp có thể hội đủ điều kiện hưởng HSN – Thứ cấp nếu người đó có bảo hiểm chính khác và

## Chính sách Tín dụng và Truy thu Hallmark Health

các hồ sơ như Thu nhập hộ gia đình MassHealth MAGI hoặc Khoản Phúc Lợi Gia Đình Có Lợi Tức của Medical Hardship (như được mô tả trong 101 CMR § 613.04 (1)) ở mức 0-300% FPL, sẽ tuân theo các trường hợp ngoại lệ sau đây:

- a. Các Bệnh nhân Thu nhập thấp được hưởng Chương trình Thanh toán Trợ cấp Đặc biệt do Health Connector điều hành chỉ đủ điều kiện để được hưởng HSN- Thứ cấp trong phạm vi được cho phép theo 101 C.M.R. § 613.04 (4) (a) (2) (a).
  - b. Học sinh theo quy định của Kế Hoạch Y Tế Sinh Viên Đạt Tiêu Chuẩn của M.G.L. C. 15A, § 18 không đủ điều kiện để được hưởng HSN - Thứ cấp.
- 6) Chi trả - HSN - Các khoản khấu trừ một phần  
Bệnh nhân hội đủ điều kiện hưởng HSN - Chính hoặc HSN - Thứ cấp, có thu nhập MassHealth MAGI Household hoặc Medical Hardship Family Countable Income (Thu nhập tính được của các gia đình khó khăn về y tế) từ 150,1% đến 300% so với FPL có thể bị khấu trừ hàng năm nếu những người trong nhóm Premium Billing Family có mức thu nhập lớn hơn 150,1% FPL. PBFG là nhóm những người sống cùng nhau như đã chỉ rõ trong mục 130 C.M.R. § 501.001. Nếu bất kỳ người nào của nhóm PBFG có thu nhập dưới 150,1% FPL thì mọi người trong nhóm sẽ không ai bị khấu trừ. Khoản khấu trừ hàng năm được tính theo 101 C.M.R. § 613.04 (4) (c) (1).
- 7) Chi trả - HSN – Medical Hardship  
Cư dân Massachusetts dù ở mức thu nhập nào cũng có thể nhận hỗ trợ Medical Hardship thông qua HSN nếu chi phí về y tế được phép vượt quá mức thu nhập tính được của họ khiến họ không đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Để có đủ điều kiện nhận Medical Hardship, mức chi phí cho các dịch vụ y tế được phép của người nộp đơn phải vượt quá một phần trăm lý thuyết trong Thu nhập tính được của người đó được quy định tại 101 C.M.R. § 613.05 (1) (c). Khoản đóng góp của người nộp đơn theo yêu cầu được tính theo tỉ lệ phần trăm lý thuyết của Thu nhập Tính được theo quy định tại 101 C.M.R. § 613.05 (1) (b) dựa trên mức FPL của Medical Hardship Family (các gia đình nghèo khó về y tế) với Thu nhập Tính được trừ các hóa đơn không đủ điều kiện để được thanh toán HSN, như vậy người nộp đơn vẫn phải chịu trách nhiệm cho các hóa đơn này.
- 8) Thu nhập thấp / HSN một phần / Trách nhiệm tài chính đối với Bệnh nhân có khó khăn về y tế:
- a. Trách nhiệm tài chính đối với Bệnh nhân có Thu nhập Thấp được giới hạn với các khoản đồng thanh toán (từ bất kỳ nguồn chi trả nào trừ Medicare), khấu trừ do HSN quyết định (theo quy định tại Phần VI (F) (6) ở trên), hoặc bệnh nhân đồng ý thanh toán Common Health Spend Down.
  - b. Tiền đặt cọc dành cho Bệnh nhân có thu nhập thấp được dùng như HSN Bảo hiểm một phần (theo như phần VI (F) (6) ở trên) hoặc Medical Hardship (theo như Phần VI (F) (7) ở trên): Khoản tiền gửi này sẽ được yêu cầu từ bệnh nhân nếu đây là khoản bảo hiểm chính cho số dư đầu kỳ của các dịch vụ y tế cần thiết và không khẩn cấp. Tình trạng hiện tại của khoản khấu trừ hộ gia đình hàng năm của bệnh nhân được hỗ trợ HSN Một phần sẽ được xem xét và khoản tiền gửi của bệnh nhân được giới hạn ở 20% số tiền được khấu trừ hàng năm, tối đa là \$500. Bệnh viện có thể yêu cầu tiền đặt cọc từ bệnh nhân đủ điều kiện cho Medical Hardship lên tới 20% khoản đóng góp cho Medical Hardship, tối đa là \$1000.
  - c. Kế hoạch thanh toán: Các Bệnh nhân có Thu nhập Thấp sẽ được thông báo về kế hoạch thanh toán cho các số dư đầu kỳ theo các điều khoản trong phần VIII Các thỏa thuận Thanh toán.
  - d. Các dịch vụ cần thiết không liên quan đến y tế: Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp sẽ phải chi trả cho các Dịch vụ cần thiết không liên quan đến y tế như mô tả trong phần II (C), nhưng với điều kiện, trước đó, bệnh nhân phải nhận 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 các chương trình trợ giúp khác của Massachusetts bao trả. Các dịch vụ sẽ được tri hoãn không thời hạn cho đến khi thanh toán được hoàn tất theo Mục VIII(E).

## VII. CƯ DÂN KHÔNG THUỘC BANG MASSACHUSETTS

### A. Cư dân Hoa Kỳ không thuộc bang Massachusetts

Ngoài việc thực hiện các thủ tục cho bệnh nhân được Bảo hiểm (Phần IV (C)) và Không có bảo hiểm (Mục IV (D)), Bệnh viện sẽ khuyến khích các bệnh nhân thường trú tại Hoa Kỳ không phải thuộc bang Massachusetts có khả năng hội đủ điều kiện hưởng bảo

## Chính sách Tín dụng và Truy thu Hallmark Health

hiểm theo chương trình Medicaid của tiểu Bang họ sinh sống hoặc các chương trình khác của chính phủ (Chương Trình Tiểu Bang Cư Dân Hoa Kỳ Không thuộc Massachusetts) để xin chi trả.

- 1) Bệnh viện có thể trợ giúp Cư dân Hoa Kỳ không thuộc bang Massachusetts nộp đơn xin hỗ trợ từ Chương trình Tiểu Bang bằng cách cung cấp cho bệnh nhân thông tin về các chương trình đang được áp dụng. Các cá nhân nộp đơn xin chi trả phù hợp sẽ được chuyển lên hệ thống ghi danh Tiểu bang Cư dân Hoa Kỳ không thuộc bang Massachusetts. Tài liệu cần thiết bao gồm, nhưng không giới hạn, các bằng chứng về: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (bảng lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội và thư bảo lãnh của người sử dụng lao động, tờ khai thuế, hoặc bảng kê ngân hàng), (2) thẻ công dân hoặc chứng minh thư, (3) tình trạng nhập cư của người không phải là công dân (nếu có), và (4) tài sản của những người từ 65 tuổi trở lên. Tiểu bang sẽ thông báo cho bệnh nhân biết tài liệu nào cần phải nộp để tiến hành xác minh lần cuối.
- 2) Bệnh viện không có vai trò xác định tư cách hợp lệ của bệnh nhân để nhận hỗ trợ từ các Chương trình Tiểu bang Cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts. Các chương trình này sẽ thông báo về tư cách hợp lệ, không phải bệnh viện. Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp tất cả các thông tin về quyết định chi trả của họ cho Bệnh viện để đảm bảo việc xác nhận chính xác và kịp thời tất cả các hóa đơn của Bệnh viện.
- 3) Bệnh nhân có thể trực tiếp khiếu nại quyết định hoặc tìm kiếm thông tin từ Chương trình Tiểu bang Cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts liên quan đến quyết định hỗ trợ.

### B. Bệnh nhân quốc tế

Ngoài việc tuân thủ các thủ tục cho bệnh nhân được bảo hiểm (Phần IV (C)) và không có bảo hiểm (Mục IV (D)), Bệnh viện sẽ nỗ lực để thu thập thông tin về nơi cư trú và địa chỉ thường trú của cư dân nước ngoài và thực hiện các hoạt động cần thiết nhằm đảm bảo các dịch vụ không khẩn cấp, không cấp cứu được thanh toán trước.

## VIII. HƯỚNG DẪN THANH TOÁN

### A. Thông tin chung

Các khoản thanh toán có thể được thực hiện tại Bệnh viện bằng nhiều cách thức khác nhau. Có thể thanh toán bằng cách đặt cọc trước (down payments) và trả góp. Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh có thể thỏa thuận thanh toán với Hallmark Health Patient Accounts Customer Service (Dịch vụ Khách hàng Tài khoản Bệnh nhân Hallmark Health). Tất cả các khoản thanh toán sẽ phải phù hợp với các tiêu chí được đặt ra và sẽ được ghi lại một cách chính xác trong hệ thống đăng ký và thanh toán của Bệnh viện.

### B. Các hình thức thanh toán

Bệnh nhân có thể thanh toán bằng séc cá nhân, séc ngân hàng, chuyển khoản ngân hàng, thẻ tín dụng / thẻ ghi nợ, hoặc tiền mặt. Bệnh viện sẽ áp dụng quy trình kiểm soát séc "khống" và đảo ngược mọi thanh toán đã được thực hiện về tài khoản của bệnh nhân. Việc nộp séc "khống" sẽ là căn cứ để chuyển tài khoản sang nợ xấu.

### C. Tiền tệ

Trừ khi có thỏa thuận khác, thanh toán sẽ được thực hiện bằng đồng đô-la Mỹ. Việc thanh toán bằng đồng tiền khác sẽ được áp dụng theo tỷ giá chuyển đổi do Ngân hàng của Bệnh viện chỉ định, bao gồm cả phí chuyển đổi.

### D. Kế hoạch Thanh toán

Bệnh viện duy trì Financial Assistance Policy (Chính sách Hỗ trợ Tài chính) riêng nhằm giải quyết các kế hoạch thanh toán trả góp. Các bệnh nhân có Thu nhập thấp hoặc Bệnh nhân thuộc Medical Hardship sẽ được Bệnh viện cho thanh toán trả góp. Chính sách Hỗ trợ Tài chính được công khai trên trang web của Bệnh viện tại <https://www.HallmarkHealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

#### E. Tiền đặt cọc

Hallmark Health có quyền yêu cầu bệnh nhân sử dụng các dịch vụ Không Khẩn cấp, Không Cấp cứu trả trước đầy đủ toàn bộ chi phí. Nếu chưa dự tính được chi phí dịch vụ, bệnh nhân sẽ phải trả trước một khoản phí (thanh toán trước để cân đối số dư dự tính). Nếu bệnh nhân không thanh toán đầy đủ theo biên lai trước khi nhận các dịch vụ Không Khẩn cấp, Không Cấp cứu hoặc không trả trước khoản tiền đặt cọc thì các dịch vụ sẽ bị trì hoãn, trừ khi bác sĩ điều trị xác định rõ thủ tục đó không cần thiết về mặt y khoa. Hallmark Health sẽ không yêu cầu khoản tiền đặt trước và/hoặc các khoản phí điều trị trả trước của bệnh nhân Cấp cứu hoặc trong trường hợp Khẩn cấp hoặc của bệnh nhân được Luật tiểu bang hiện hành bảo vệ khỏi các hoạt động truy thu (Phụ lục C – Bệnh nhân được Bảo vệ khỏi Hoạt động Truy thu).

### IX. THANH TOÁN VÀ TRUY THU NỢ

#### A. Nguyên tắc chung

Bệnh viện sẽ luôn nỗ lực để thu thập các thông tin về toàn bộ chi phí các công ty bảo hiểm phải chi trả theo quy định hiện hành và sẽ tìm cách áp dụng các khoản thanh toán và thỏa thuận bằng hợp đồng kịp thời dựa trên khoản tiền của bệnh nhân. Những nỗ lực này bao gồm lập hóa đơn toàn bộ chi phí cần bảo hiểm theo yêu cầu của bên chi trả và kịp thời theo sát các yêu cầu bồi thường bị từ chối. Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả phần còn lại sau khi áp dụng tất cả các khoản thanh toán bảo hiểm, điều chỉnh hợp đồng và các thỏa thuận giảm giá/điều chỉnh theo yêu cầu chuyển tiền của bên thanh toán ngoại trừ trường hợp số dư được chuyển cho Health Safety Net hoặc hoạt động nhờ thu được cho là không được phép theo luật Massachusetts. Các hoạt động truy thu có thể bao gồm bản kê của bệnh nhân, thư của bệnh nhân, thông tin liên lạc, bản thông báo về hoạt động thu nợ có xác nhận và các hoạt động truy thu bất thường gồm có báo cáo văn phòng tín dụng.

**Nghĩa vụ của bệnh nhân là cung cấp thông tin bảo hiểm và thông tin cá nhân đầy đủ và kịp thời và biết những dịch vụ nào được chi trả theo chính sách bảo hiểm của họ. Những bệnh nhân có khả năng chi trả sẽ phải trả tiền cho các dịch vụ do Hallmark Health cung cấp.**

#### B. Thanh toán hóa đơn bệnh viện, bao gồm các bảng kê chi phí của bệnh nhân, thư và điện thoại đòi nợ

Bệnh viện sẽ nỗ lực để đảm bảo đối tượng phù hợp sẽ được xuất hóa đơn và việc thu tiền được thực hiện với bên chi trả phù hợp. Bệnh viện sẽ trực tiếp hoặc thông qua bên được chỉ định, chuẩn bị và gửi bản kê cho bệnh nhân/người bảo lãnh để thông tin cho họ về số dư nợ họ cần phải trả cho bệnh viện. Hồ sơ của toàn bộ thông tin và hoạt động giao dịch gồm cả hóa đơn đều được lưu giữ tại hệ thống thanh toán. Nhân viên có trách nhiệm lưu lại toàn bộ giao dịch với bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh) trong hệ thống thanh toán, hệ thống đăng ký hoặc hệ thống thu phí tự thanh toán. Với công dân Massachusetts, khiếu nại sẽ không được gửi tới HSN cho tới khi các nỗ lực trên được thực hiện.

- 1) Hóa đơn thanh toán ban đầu: Bệnh viện sẽ gửi hóa đơn ban đầu cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh. Hóa đơn ban đầu sẽ tổng hợp của tất cả các khoản phí, khoản thanh toán và điều chỉnh kèm với thanh toán ban đầu cho từng ngày sử dụng dịch vụ/nhập viện. Hóa đơn ban đầu sẽ cũng cấp các thông tin về các chương trình hỗ trợ tài chính có khả năng thanh toán các chi phí của bệnh nhân hưởng dịch vụ tại Bệnh viện.
- 2) Các hóa đơn thanh toán tiếp theo: Bệnh viện sẽ gửi hóa đơn cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh khoảng 30 ngày một lần trong tối đa 120 ngày, đây là quãng thời gian thích hợp cho hoạt động truy thu và thanh toán tiếp theo.
- 3) Điện thoại liên lạc và các thông tin liên lạc khác: Điện thoại liên lạc, báo cáo thanh toán, thư từ, địa chỉ liên lạc cá nhân, thông báo hoặc bất kỳ cách thức thông tin nào khác đều thể hiện nỗ lực trong việc liên lạc với bên có nghĩa vụ chi trả và thông báo cho bệnh nhân biết về các khoản hỗ trợ tài chính hiện có.
- 4) Tạm ngưng Thanh toán: Trong một số tình huống, hoạt động thanh toán và truy thu nợ có thể không phù hợp và sẽ bị tạm hoãn hoặc đình chỉ. Các tình huống đó bao gồm, nhưng không giới hạn là: Địa chỉ sai (Phần IX (B) (9)), các trường hợp Phá sản (Phần IX (D) (1)), khiếu nại của bệnh nhân, số dư nhỏ (Phần IX (B) (10)), tư cách hợp lệ HSN hoặc MassHealth đang chờ xem xét hoặc đã được chấp thuận (Mục VI (D) và Mục IX (B) (6)), hoặc những bệnh nhân đang trong quá trình nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chính Hallmark Health.

- 5) Thông báo về những Hỗ trợ Tài chính hiện có: Bản thông báo cho bệnh nhân sẽ bao gồm các thông tin theo yêu cầu của pháp luật hiện hành để thông tin cho bệnh nhân về chương trình hỗ trợ tài chính hiện có và cách tiếp cận các chương trình này. Thông tin về các chương trình trợ giúp tài chính hiện tại có thể được gửi cho bệnh nhân bằng văn bản hoặc nói bằng miệng.
  
- 6) Bệnh nhân được miễn các hoạt động truy thu: Bệnh viện sẽ tiến hành các bước hợp lý để đảm bảo các hoạt động truy thu, bao gồm điện thoại đòi nợ, bản kê hoặc thư đòi nợ sẽ không thực hiện đối với các bệnh nhân được miễn các hoạt động truy thu theo luật. Gồm có các bệnh nhân được ghi vào danh sách được miễn truy thu của Các Chương Trình Tiểu Bang trong phạm vi được mô tả tại Phụ lục C, các bệnh nhân do Bệnh viện tri hoãn nộp đơn Medical Hardship (Mục VI (B)), các bệnh nhân nộp đơn cho Chương Trình Tiểu Bang đang chờ xem xét (Phần VI (D) hoặc có yêu cầu xin hỗ trợ tài chính đang chờ giải quyết theo Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Hallmark Health. Bệnh viện có thể tiếp tục gửi thư yêu cầu bệnh nhân cung cấp thông tin và nỗ lực hoạt động để giải quyết các vấn đề về tư cách hợp lệ hoặc/và chi trả với bên chịu trách nhiệm chi trả, Chương Trình Bồi Thường Cho Người Lao Động hoặc để có được thông tin liên lạc của Bên thứ ba hoặc MVA.
  
- 7) Thông báo (Truy thu) Cuối cùng: Bệnh viện sẽ nỗ lực gửi cho mỗi bệnh nhân một thông báo (truy thu) cuối cùng bằng thư điện tử trước khi chuyển tài khoản sang nợ xấu. Thông báo cho bệnh nhân trẻ vị thành niên sẽ được gửi cho người bảo lãnh.
  
- 8) Đối với những trường hợp khoản nợ đang được Bệnh viện coi là Nợ Xấu Khẩn Cấp cho Công dân Massachusetts: Là những trường hợp đang được Bệnh viện xem xét đơn nộp cho HSN là Nợ xấu Khẩn cấp, Bệnh viện cần đảm bảo các điều kiện sau đây:
  - a. Khoản nợ cần phải được lưu hồ sơ, chứng minh cho việc nỗ lực truy thu liên tục tối thiểu là 120 ngày;
  - b. Yêu cầu xác minh về tư cách hợp lệ bằng điện tử đã được gửi cho EVS hoặc MMIS để chi trả;
  - c. Các dịch vụ được cung cấp đủ điều kiện trở thành Dịch Vụ Khẩn Cấp theo định nghĩa trong chính sách này; và
  - d. Thông báo (truy thu nợ) cuối cùng đã được gửi bằng thư đảm bảo cho số dư nợ \$1000 hoặc hơn. Tài khoản nợ đã được xác định là tài khoản Sai địa chỉ sẽ được gửi cho HSN qua thư đảm bảo điện tử, không cần gửi kèm theo bản thông báo thu nợ cuối cùng, miễn là thời gian tính từ lần thanh toán ban đầu đến thời điểm hiện tại là 120 ngày và Bệnh viện đã nỗ lực để tìm địa chỉ mới nhưng không thành công.
  
- 9) Địa Chỉ Không Hợp Lệ: Bệnh viện sẽ nỗ lực lưu đối, tìm hiểu và làm lại bảng kê chi phí cho bệnh nhân mà USPS trả lại do không thể chuyển được. Thông tin địa chỉ sẽ được xác minh và chỉnh sửa bằng cách sử dụng các chương trình "tìm vết" sẵn có của bên thứ ba. Có thể tài khoản sẽ được xác định là "Địa chỉ Không hợp lệ" trong hệ thống thanh toán và đăng ký. Một khi tài khoản đã bị gắn là Địa Chỉ Không Hợp Lệ, sẽ không có bảng kê nợ hoặc thư đòi nợ nào được xử lý trừ khi xác định được địa chỉ mới. Bệnh viện sẽ ngừng gửi thông báo nợ đến các địa chỉ sai để duy trì tính bảo mật HIPAA. Những tài khoản có thông tin cá nhân cập nhật nhất có Địa Chỉ Không Hợp Lệ có thể sẽ được chuyển đến các cơ quan bên ngoài dưới dạng nợ xấu để theo dõi thêm, ngoại trừ các tài khoản Nợ Xấu Cấp Cứu sẽ được theo dõi trong vòng 120 ngày trước khi chuyển đi.
  
- 10) Điều chỉnh Số Dư Nhỏ: Biết được chi phí dành cho các hoạt động truy thu nợ và xử lý thông báo nợ, sau thông báo nợ ban đầu, Bệnh viện có thể nén các bảng kê về các tài khoản dưới ngưỡng "háo đơn đồng đô-la nhỏ" \$15. Chính sách này sẽ được áp dụng đồng nhất với mọi đối tượng chi trả. Trong mọi trường hợp nào, việc điều chỉnh số dư nhỏ được thực hiện theo mục này sẽ được tính cho HSN.

**C. Thông báo phụ thu**

Bệnh viện sẽ thực hiện quy trình xác minh toàn bộ số dư nợ của bệnh nhân được gửi đến Phụ Thu Quỹ An Toàn HSN trên Các Bệnh Viện Cấp Tỉnh theo yêu cầu trong 101 C.M.R. § 614.05. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu thanh toán tiền phụ thu và khoản tiền đó sẽ được chuyển cho HSN theo kế hoạch họ yêu cầu.

**D.**

**D. Trường Hợp Truy Thu Cá Biệt**

- 1) Bệnh nhân Phá sản: Bệnh viện sẽ nỗ lực để tìm kiếm toàn bộ thông tin Phá sản và lưu giữ trong tập tin nhằm đảm bảo việc tuân thủ mọi thủ tục pháp lý do tòa án đưa ra, bao gồm việc đệ trình khiếu nại lên Tòa án một cách hợp lý, hoặc đệ trình xóa nợ.
- 2) Bệnh viện sẽ không gửi hóa đơn thanh toán cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp do các khiếu nại liên quan đến Serious Reportable Events (Các Trường Hợp Thông Báo Nghiêm Trọng) được mô tả trong 101 C.M.R. § 613.03 (1) (d); hoặc (2) các khiếu nại về lỗi thanh toán kỹ thuật hoặc hành chính.
- 3) HSN Bảo hiểm thứ cấp: Bệnh viện sẽ nỗ lực để hạn chế gửi yêu cầu bồi thường lên HSN, kể cả các khoản khấu trừ và các dịch vụ không được hỗ trợ, đó là những trường hợp bệnh nhân đã hết quyền lợi hoặc việc đăng ký với bên hỗ trợ chi trả không còn hoạt động vào thời điểm các dịch vụ bị trả lại. Nếu Bệnh viện nhận khoản thanh toán bổ sung hoặc thanh toán hiệu chỉnh do trước đó đã gửi yêu cầu bồi thường cho HSN thì yêu cầu hiệu chỉnh sẽ được gửi cho HSN.
- 4) HSN Khấu trừ Một phần: Bệnh viện sẽ lập hóa đơn thanh toán cho bệnh nhân bằng 100% Khoản Khấu trừ Một Phần HSN hàng năm trừ đi tiền ứng trước của bệnh nhân chiếu theo Mục Mục VI (F) (8) (b) cho đến khi chi phí phải trả bằng với khoản khấu trừ hàng năm được thanh toán cho bệnh nhân, bao gồm cả số dư nợ có trong kế hoạch thanh toán trả góp. Yêu cầu bồi thường sẽ không được gửi đến HSN cho đến khi khoản khấu trừ của bệnh nhân được giải quyết.

**E. Đề Xuất Xử Lý Tài Khoản Đặc Biệt**

Trong một số trường hợp, cần có thêm thông tin hoặc thủ tục bổ sung để xử lý tài khoản của bệnh nhân.

- 1) Bồi Thường Cho Người Lao Động (WC): Các dịch vụ liên quan đến tai nạn lao động cần được đánh dấu thích hợp trong hồ sơ đăng ký. Các thông tin được yêu cầu bổ sung gồm có thời gian xảy ra tai nạn, tên và số điện thoại của chủ sử dụng lao động, số điện thoại và cơ quan bảo hiểm chi trả bồi thường cho người lao động. Bệnh viện sẽ nỗ lực theo dõi việc chi trả WC. Mọi khoản tiền thu hồi từ yêu cầu bồi thường sẽ được chi trả cho yêu cầu thu nợ ban đầu và báo cáo cho bên chi trả hoặc HSN kể cả các khoản nợ hoặc khoản bồi hoàn theo yêu cầu. Nếu không có khoản bồi thường WC thì việc truy thu nợ sẽ tiến hành theo cách thanh toán thông thường.
- 2) Tai Nạn Xe Cơ Giới (MVA) và Trách Nhiệm Bên Thứ Ba (TPL): Các dịch vụ liên quan đến tai nạn xe cơ giới hoặc trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba cần được đánh dấu thích hợp trong hồ sơ đăng ký. Bệnh viện sẽ nỗ lực thu thập thông tin bổ sung theo yêu cầu khiếu nại bồi thường MVA gồm có thời gian xảy ra tai nạn, địa điểm trong các trường hợp bên thứ ba phải chịu trách nhiệm pháp lý và bất kỳ hãng bảo hiểm ô tô nào. Tên của luật sư liên quan đến khiếu nại, nếu có, cũng cần được ghi vào hồ sơ đăng ký. Bệnh viện cũng sẽ nỗ lực để lập hóa đơn gửi cho cơ quan bảo hiểm MVA/TPL để truy thu khoản tiền Personal Injury Protection (PIP) (Bảo vệ Thương tật Cá nhân) hiện có. Các khiếu nại về bảo hiểm y tế sẽ được xử lý sau khi PIP hết. Bệnh viện cũng có thể đưa ra quyền lưu giữ tiền thế chấp cho các khoản thanh toán thương tật về thân thể do cơ quan bảo hiểm MVA chi trả cho bệnh nhân trong tương lai nếu có khả năng tìm được luật sư cho bệnh nhân thụ lý khiếu nại. Mọi khoản tiền thu hồi từ yêu cầu bồi thường sẽ được chi trả cho yêu cầu thu nợ ban đầu và báo cáo cho bên chi trả hoặc HSN kể cả các khoản nợ hoặc khoản bồi hoàn theo yêu cầu. Nếu không có khoản bồi thường MVA/TPL thì việc truy thu nợ sẽ tiến hành theo cách thanh toán thông thường.

- 3) Điều khoản Linh hoạt và Trách nhiệm Bảo hiểm Y tế (HIPAA): Theo HIPAA, bệnh nhân đã thanh toán đầy đủ một dịch vụ hoặc một hạng mục cụ thể có quyền yêu cầu PHI Protected Health Information (Thông tin Y tế được Bảo vệ) của họ về hạng mục hoặc dịch vụ họ đã sử dụng không được chuyển vào kế hoạch bảo hiểm y tế với mục đích thanh toán trừ khi luật pháp hiện hành yêu cầu công bố thông tin đó. Hạn chế này chỉ áp dụng đối với các hạng mục hoặc dịch vụ cụ thể và được bệnh viện thanh toán. Các bệnh nhân muốn sử dụng quyền này sẽ phải chi trả toàn bộ số dư nợ đang có tại thời điểm sử dụng dịch vụ, hoặc khi nhận được bảng kê hóa đơn thanh toán nếu số dư nợ không được dự tính đầy đủ vào thời điểm sử dụng dịch vụ. Nếu bệnh viện không chắc chắn sẽ nhận được thanh toán đầy đủ từ bệnh nhân có yêu cầu quyền PHI dù đã nỗ lực truy thu, Bệnh viện có thể thông báo và lập hóa đơn y tế dự kiến cho bệnh nhân. Tài khoản cần phải được ghi lại theo tiến trình thủ tục nhằm tránh việc xuất viện không được phép.

## **X. CHUYỂN NỢ XẤU**

### **A. Chuyển tài khoản sang nợ xấu**

Bệnh viện sẽ nỗ lực hỗ trợ bệnh nhân hội đủ điều kiện xin trợ cấp tài chính theo các chương trình tiểu Bang, Liên Bang hoặc Hallmark Health bằng cách thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về các chương trình hỗ trợ hiện có và giúp bệnh nhân đó hoàn tất đơn xin trợ cấp. Sau khi đã nỗ lực thực hiện điều đó và thực hiện truy thu các dịch vụ tại Bệnh viện đối với bệnh nhân, tài khoản có thể chuyển thành Nợ Xấu. Điều này thường xảy ra sau khi tài khoản vừa hoàn thành chu kỳ 120 ngày thanh toán cho bệnh nhân ngoại trừ các trường hợp do Địa chỉ Không hợp lệ hoặc các trường hợp giảm nhẹ khác. Các tài khoản trong Nợ Xấu thường được nỗ lực truy thu thêm thông qua một số nguồn như nhân viên thu nợ, cơ quan thu nợ bên ngoài hoặc luật sư thu nợ theo pháp luật hiện hành.

### **B. Cơ quan thu nợ**

Bất kỳ cơ quan nào muốn thay bệnh viện truy thu nợ của bệnh nhân sẽ phải tuân theo chính sách này, bao gồm cả việc không tham gia “các hoạt động truy thu bất thường” (như định nghĩa bên dưới) cho đến khi bệnh viện đã có những nỗ lực hợp lý và tuân theo quy trình hợp lệ để xác định rằng bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ hoặc được miễn các thủ tục thanh toán và truy thu theo chính sách này. Bất kỳ khiếu nại nào của bệnh nhân sẽ được báo cáo với Bệnh viện để xem xét và theo dõi. Các cơ quan truy thu bên ngoài sẽ phải tuân thủ đầy đủ các quy định của IRS và các điều khoản Federal Fair Debt Collection (Truy Thu Nợ Đúng Luật Liên Bang) cũng như các quy định về thu hồi nợ theo luật Massachusetts. Các cơ quan đó sẽ phải báo cáo theo đúng thời gian đặt ra mọi hoạt động truy thu hoặc hoạt động khác của tài khoản, bao gồm cả quyết định ngừng nỗ lực truy thu.

### **C. Hoạt động Truy thu Bất thường (ECAs)**

Trong một số trường hợp, Bệnh viện có thể tiến hành các Hoạt động Truy thu Bất thường (ECAs) đối với các tài khoản trong đó khoản thanh toán dự kiến không được chi trả sau khi bệnh viện đã có những nỗ lực truy thu hợp lý theo định nghĩa tại [Mục X\(B\)](#).

- 1) Báo cáo tín dụng: Bệnh viện hoặc cơ quan truy thu nợ, nhân danh bệnh viện có thể báo cáo số dư nợ chưa được thanh toán cho văn phòng tín dụng.

## **XI. HOÀN TRẢ VÀ SỐ DƯ TÍN DỤNG**

Nhìn chung, Bệnh viện sẽ hoàn trả cho bệnh nhân các khoản dư tín dụng, có thể là do bệnh nhân ứng trước khoản tiền lớn hơn số tiền cần thanh toán. Trong trường hợp mọi nỗ lực để hoàn trả số dư tín dụng tự thanh toán không thành công, Bệnh viện sẽ chuyển số dư tín dụng cho Quỹ Commonwealth of Massachusetts theo các quy định của Abandoned Property (Tài Sản Thất Lạc) của tiểu Bang.

## **XII. CÁC SỰ CỐ NGHIÊM TRỌNG (SREs)**

Bệnh viện duy trì việc tuân thủ các yêu cầu thanh toán đang áp dụng, bao gồm các quy định của Ban Y Tế Công Cộng (105 C.M.R. 130.332) về việc Bệnh viện không thanh toán các dịch vụ cụ thể hoặc các lần tái nhập viện do SRE Bệnh viện gây ra. Với các sự cố nghiêm trọng nhưng không xảy ra tại Bệnh viện, bệnh nhân sẽ phải thực hiện thanh toán bình thường.



### **XIII. TUÂN THỦ VỚI ĐẠO LUẬT VỀ TUÂN THỦ VÀ CHẤP HÀNH VỚI BẢO HIỂM Y TẾ (HIPAA)**

Bệnh viện cũng duy trì tất cả các thông tin theo các quyền về riêng tư, an toàn và đánh cắp ID của liên bang và tiểu bang được áp dụng.

### **XIV. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM BỆNH NHÂN**

Bệnh viện sẽ thông báo cho bệnh nhân về các trách nhiệm:

- 1) Cung cấp thông tin về bảo hiểm và thông tin cá nhân đầy đủ và kịp thời. Thông báo cho Bệnh viện và MassHealth về bất kỳ thay đổi nào về tình trạng của mình bao gồm thay đổi về thu nhập và bảo hiểm, lưu dữ liệu khấu trừ bằng tay HSN.
- 2) Thực hiện nỗ lực thỏa đáng để hiểu biết về các giới hạn chi trả bảo hiểm bao gồm giới hạn về mạng lưới, giới hạn chi trả dịch vụ và trách nhiệm tài chính do việc chi trả, đồng chi trả, khấu trừ, và đồng bảo hiểm bị hạn chế.
- 3) Với những bệnh nhân có điều kiện tài chính, phải thanh toán các dịch vụ được thực hiện bởi Hallmark Health, gồm việc đồng chi trả, khấu trừ và đồng bảo hiểm kịp thời.
- 4) Tuân thủ các chính sách bảo hiểm tham chiếu, trao quyền trước và các chính sách quản lý y tế khác. Tuân thủ các yêu cầu bảo hiểm bao gồm việc hoàn thiện các biểu mẫu nhận quyền lợi, cập nhật thông tin thành viên, hiểu rõ các quyền lợi được chi trả, và yêu cầu đối với bên thanh toán. Với việc không chi trả cho một số dịch vụ y tế, cần hiểu và sắp xếp việc thanh toán thay thế.
- 5) Với công dân Massachusetts, nhận việc chi trả thông qua Health Connector, nguồn bảo hiểm khác, hoặc nộp đơn xin xác nhận MassHealth/Commonwealth Care/Bệnh nhân thu nhập thấp (nếu có khả năng đáp ứng tiêu chuẩn), bao gồm việc nộp tất cả các tài liệu theo yêu cầu.
- 6) Thông báo cho bệnh viện về bất kỳ việc chi trả Bảo hiểm Phương tiện Giao thông, bảo hiểm trách nhiệm bên thứ ba, hoặc Bồi thường cho người lao động. Với những bệnh nhân thuộc thẩm quyền chi trả của MassHealth hoặc Health Safety Net, lập hồ sơ xin chi trả nếu có thể gắn với tai nạn, thương tật hoặc mất mát và thông báo cho chương trình công của tiểu bang (ví dụ, Văn phòng Medicaid và Health Safety Net) trong vòng mười ngày kể từ ngày có thông tin liên quan đến việc nộp đơn kiện hoặc đòi bảo hiểm sẽ chi trả cho các dịch vụ mà Bệnh viện cung cấp. Bệnh nhân cũng được yêu cầu chỉ định quyền cho việc thanh toán cho bên thứ ba với các khoản chi phí dịch vụ được Tiểu bang hoặc Health Safety Net thanh toán hoặc trả lại HSN từ quỹ nhận được từ bên thứ ba. Nếu bệnh nhân không tự nguyện hoàn trả HSN từ quỹ nhận được từ bên thứ ba, HSN có thể lấy lại khoản thanh toán này.

### **XV. XUẤT BẢN CHÍNH SÁCH TÍN DỤNG VÀ TRUY THU**

Chính sách Tín dụng và Truy thu của Hallmark Health, Danh sách Nhà cung cấp Liên kết và Chính sách Hỗ trợ Tài chính có tại: <https://www.Hallmark Health.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

- 1) Trang web này cũng có thể được truy cập từ trang chủ của Hallmark Health (<https://www.Hallmark Health.org/>) bằng cách lựa chọn Bệnh nhân/Khách → Tư vấn và Hóa đơn Tài chính → Chính sách Hỗ trợ Tài chính.
- 2) Trang web bao gồm nhiều cách thức bệnh nhân có thể nộp đơn xin hỗ trợ từ Bệnh viện, bao gồm danh sách địa điểm các tư vấn viên tài chính và số điện thoại lên lịch. Trang web thông tin cho bệnh nhân rằng các mẫu đơn và hỗ trợ Tư vấn tài chính là hoàn toàn miễn phí.

### **XVI. PHÊ DUYỆT HỘI ĐỒNG**

Chính sách Tín dụng và Truy thu của Hallmark Health được Hội đồng Quản trị phê duyệt vào ngày 27 tháng Bảy 2017.

Phụ lục A– Địa điểm, Các bên Tham gia của Hallmark Health

Chính sách hỗ trợ tài chính này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và xuất hóa đơn bởi Hallmark Health tại những địa điểm sau:

1. Bệnh viện Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Bệnh viện Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
  - a. Trung tâm chăm sóc khẩn cấp Bệnh viện Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Trung tâm Huyết học và Ung bướu Hallmark Health System, 41 Montvale Avenue, tầng 3, 4, và 5, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health ở 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
  - a. Dịch vụ phục hồi chức năng Bệnh viện Lawrence Memorial, Suites 105 và 106.
  - b. Dịch vụ tư vấn cộng đồng, Suite 112.
  - c. Dịch vụ Y tế Lawrence Memorial, Suites 113, 114, và 116.
  - d. Liên kết Y khoa Gia đình, Suites 213, 214, và 215.
5. Trung tâm tư vấn cộng đồng, Trung tâm sức khỏe gia đình Malden, 178 Savin Street, tầng 2, Malden, MA 02148.
6. Trung tâm Hình ảnh Phụ nữ Hình ảnh sức khỏe, 830 Main Street, tầng 3, Melrose, MA 02176.
7. Trung tâm Chẩn đoán Ung thư & MRI Chem, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Trung tâm Chẩn đoán Ngoại trú và Phục hồi chức năng Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
  - a. Trung tâm Phục hồi khẩn cấp Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Dịch vụ Phục hồi chức năng Bệnh viện Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Phụ lục B: Danh sách Nhà cung cấp Liên kết Hallmark Health, Các bên không tham gia

Mỗi nhà cung cấp hoặc nhóm nhà cung cấp dưới đây cung cấp các dịch vụ ở một địa điểm của bệnh viện, nhưng hóa đơn và khoản thu của họ không được áp dụng theo Chính sách Hỗ trợ tài chính Hallmark Health (“FAP”). Hallmark Health FAP không bao gồm các dịch vụ được cung cấp và xuất hóa đơn bởi các bên không tham gia sau với Hallmark Health:

1. Tổ chức Bác sĩ của Hallmark Health, Liên kết Y khoa Hallmark Health.
2. Bệnh học Hallmark, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Các Khoa mà bệnh nhân được xem xét bởi một nhà cung cấp nhưng không áp dụng bởi FAP này bao gồm: Tim Mạch, Nội tiết tố, Tiêu hoá, Tia X/Huyết học/Ung thư, Bệnh truyền nhiễm, Nội khoa, Chăm sóc OB-GYN, Thận, Chân học, Phổi, Thấp khớp, Thuốc ngủ, Phẫu thuật, Tiết niệu, Chăm sóc vết thương.
5. Bác sĩ Cấp cứu Melrose-Wakefield, Inc.
  - a. Các bác sĩ ở Khoa Cấp cứu Hallmark Health ở địa điểm Bệnh viện Lawrence Memorial tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và Bệnh viện Melrose-Wakefield tại 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
  - b. Các bác sĩ ở Trung tâm chăm sóc khẩn cấp Hallmark Health System tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và 30 Đường New Crossing, Reading, MA 01867.
6. Hiệp hội Y khoa Bệnh viện (Đội Sức khỏe).
  - a. Nhân viên y tế Hallmark Health của Bệnh viện Lawrence Memorial Hospital tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và Bệnh viện Melrose-Wakefield tại 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Hội gây mê thành phố.
8. Hội Tim mạch Mystic, Inc., gồm Bác sĩ Conway, Bác sĩ Pladziewicz, và Bác sĩ Samenuk.
9. Hội Y khoa Mystic, gồm Bác sĩ Weinstein.
10. Nghiền sỏi thận UMS New England.
11. Hội Tim mạch Middlesex, Inc.
12. Tổ chức Bác sĩ Trung tâm Y tế Tufts, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Chăm sóc Gia đình Khu vực.

Tất cả các bác sĩ và tổ chức bác sĩ liên kết với Hallmark Health bao gồm các nhà cung cấp được liệt kê trên đây được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, thực hiện theo chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health.

**PHỤ LỤC C – Bệnh nhân Hallmark Health Được bảo vệ khỏi các Hành động Truy thu<sup>1</sup>**

Các bệnh nhân sau nhận được các dịch vụ y tế cần thiết tại Bệnh viện được miễn trừ khỏi các hành động truy thu ở mức độ như được mô tả dưới đây. Hành động truy thu gồm bất kỳ hoạt động nào mà Bệnh viện hoặc một đại diện của Bệnh viện thực hiện yêu cầu bệnh nhân, người bảo lãnh của bệnh nhân, bên thứ ba có trách nhiệm thanh toán thực hiện thanh toán cho các dịch vụ. Các hoạt động này bao gồm tiền đặt cọc trước khi làm hồ sơ hoặc điều trị, hóa đơn, thư thu tiền sau đó, liên hệ điện thoại, liên hệ cá nhân và hành động thu tiền của đại diện và luật sư.

<b>Chương trình Massachusetts</b>	<b>Nguyên tắc chung</b>	<b>Ngoại lệ</b>
<b>Bệnh nhân MassHealth</b>	Bệnh viện không thể xuất hóa đơn trừ khi bệnh nhân có thể cung cấp bằng chứng tham gia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Có thể xuất hóa đơn cho việc đồng thanh toán và khấu trừ.</li> <li>b. Có thể xuất hóa đơn cho bệnh nhân không thể cung cấp bằng chứng tham gia.</li> </ul>
<b>Trợ giúp khẩn cấp cho bệnh nhân là người già, khuyết tật và trẻ em (EAEDC)</b>		
<b>Bệnh nhân thuộc Kế hoạch đảm bảo y tế cho trẻ em (CMSP) với thu nhập MAGI bằng hoặc ít hơn 300% FPL</b>		
<b>Bệnh nhân Chương trình Healthy Start</b>		
<b>Bệnh nhân Medical Hardship</b>	Bệnh viện không thể xuất hóa đơn cho phần hóa đơn vượt quá khoản trả của Medical Hardship contribution. Trường hợp này bao gồm cả những bệnh nhân đủ điều kiện nhận thanh toán của Medical Hardship từ HSN và hiện đang khai Nợ xấu khẩn cấp đang chờ.	
<b>Bệnh nhân Thu nhập Thấp</b>		
<b>Tất cả bệnh nhân thu nhập thấp</b>	Bệnh viện không thể xuất hóa đơn cho các dịch vụ sức khỏe không được bồi hoàn mà bệnh nhân đồng ý nhận trách nhiệm tài chính nếu: (i) là yêu cầu thanh toán cho dịch vụ sức khỏe không được bồi hoàn liên quan đến lỗi y tế hoặc (ii) việc đòi thanh toán bị từ chối bởi bên bảo hiểm chính của bệnh nhân do lỗi hóa đơn hoặc hành chính.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Có thể xuất hóa đơn dịch vụ sức khỏe được bồi hoàn cho bệnh nhân đồng ý nhận trách nhiệm tài chính.</li> <li>b. Nếu bệnh nhân yêu cầu, Bệnh viện có thể xuất hóa đơn cho bệnh nhân để bệnh nhân đáp ứng việc khấu trừ một lần gắn với Chương trình CommonHealth program.</li> </ul>
<b>Tất cả bệnh nhân thu nhập thấp trừ bệnh nhân thu nhập thấp với dịch vụ Nha khoa</b>	Bệnh viện không thể xuất hóa đơn cho dịch vụ sức khỏe được bồi hoàn mà Bệnh viện đang nhận thanh toán từ HSN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Có thể xuất hóa đơn cho việc đồng thanh toán hoặc khấu trừ.</li> <li>b. Có thể xuất hóa đơn cho dịch vụ đáp ứng điều kiện do Bệnh viện cung cấp trước khi Tiểu bang xác nhận bệnh nhân là Thu nhập thấp hoặc sau khi tình trạng Thu nhập thấp của họ hết hạn hoặc bị dừng.</li> </ul>

<p><b>Bệnh nhân thu nhập thấp với thu nhập MassHealth MAGI hoặc Thu nhập tính được của các gia đình Medical Hardship từ 150,1% đến 300% FPL</b></p>	<p>Bệnh viện không thể xuất hóa đơn cho bệnh nhân với phân hóa đơn vượt quá phần khấu trừ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Có thể xuất hóa đơn cho đồng thanh toán.</li> <li>b. Có thể xuất hóa đơn cho Khấu trừ một phần.</li> <li>c. Có thể xuất hóa đơn được Bệnh viện thực hiện trước Tiểu bang xác nhận bệnh nhân là Thu nhập thấp hoặc sau khi tình trạng Thu nhập thấp của họ hết hạn hoặc bị dừng.</li> </ul>
---	--	--

1 Xem, quy định về Massachusetts Health Safety Net ở 101 C.Mg.R. § 613.08(3).

Phụ lục D



**Người nhận**

--	--	--	--

**Vui lòng lập séc và thanh toán cho:**




**SỐ TIỀN:**

Vui lòng hoàn thành cách mực sau đây và gửi lại trong phong bì đính kèm càng sớm càng tốt.

<b>Thay đổi Địa chỉ</b>			
Tên (Họ, Tên, Tên đệm)			
Địa chỉ			
Thành phố	Bang	ZIP	
Điện thoại			
<b>Cập nhật Bảo hiểm (BH) Chính</b>			
Tên Bảo hiểm Chính		Ngày hiệu lực	
Địa chỉ Bảo hiểm Chính			
Thành phố	Bang	ZIP	Điện thoại
Tên Chủ sử dụng lao động		Số Nhóm:	
ID người đăng kí #:	Ngày sinh	Người có HĐ BH:	

<b>Nếu thanh toán bằng thẻ tín dụng, điền thông tin dưới</b>			
THẺ DÙNG ĐỂ THANH TOÁN <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA			
<input type="checkbox"/> DISCOVER Network <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS			
SỐ THẺ			NGÀY HẾT HẠN
			M M Y Y
CHỮ KÝ			
TÊN			
<b>Cập nhật Bảo hiểm Thứ cấp</b>			
Tên Bảo hiểm Thứ cấp		Ngày hiệu lực	
Địa chỉ Bảo hiểm Thứ cấp			
Thành phố	Bang	ZIP	Điện thoại
Tên Chủ sử dụng lao động		Số Nhóm:	
ID người đăng kí #:	Ngày sinh	Người có HĐ bảo hiểm:	

**Giải thích Bản kê**

Bản kê này là bảng tóm tắt khoản tiền chưa thanh toán trong tài khoản của quý vị mà hiện tại thuộc trách nhiệm của quý vị. Khoản phí phản ánh phần dịch vụ được thực hiện bởi Hallmark Health System.

**Liên hệ Chúng tôi:**

Bản kê hóa đơn này chỉ đại diện cho phần dịch vụ được thực hiện với khoản nợ hiện tại của bệnh nhân. Nếu quý vị không thể thanh toán toàn bộ số tiền vào lúc này, vui lòng liên hệ văn phòng giao dịch của chúng tôi để thảo luận về phương án thanh toán thay thế.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi tới Phòng Dịch vụ tài chính tại số 781-338-7000. Giờ làm việc của chúng tôi là thứ Hai – thứ Sáu từ 8:00 sáng tới 4:00 giờ chiều. Nếu quý vị lựa chọn liên hệ với chúng tôi qua thứ, vui lòng đính kèm tên bệnh nhân, số tài khoản, ngày của dịch vụ và mô tả yêu cầu; gửi thông tin của quý vị đến:

Hallmark Health System  
 Attn: Patient Accounts  
 170 Governors Ave  
 Medford MA 02155

**Thông báo về Các Hỗ trợ tài chính có sẵn:**

Bệnh viện cung cấp hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cho cư dân Hoa Kỳ không có khả năng chi trả dựa trên Hướng dẫn Nghèo đói Liên bang.

**Hỗ trợ tài chính cho Bệnh nhân Thu nhập thấp năm 2017**

Có thêm thông tin về Hỗ trợ tài chính cho Hallmark Health System, Vui lòng gọi: 781-338-7000

Quy mô gia đình	Hỗ trợ hết mức tới mức thu nhập sau	Hỗ trợ một phần tới mức thu nhập sau
1	\$17.820	\$35.640
2	\$24.030	\$48.060
3	\$30.240	\$60.480
4	\$36.450	\$72.900

Hỗ trợ khác cũng có sẵn trong nhiều chương trình hỗ trợ công khác nhau, trong trường hợp cần thêm trợ giúp tài chính hoặc khó khăn y tế.

**VUI LÒNG LIÊN HỆ CHÚNG TÔI NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ THÊM THÔNG TIN.**