



CENTRAL TEXAS REHABILITATION HOSPITAL

An Ascension Seton Partnership

CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH 01 Tháng Bảy 2020

CHÍNH SÁCH/CÁC NGUYÊN TẮC

Đây là chính sách của các tổ chức được liệt kê trong đoạn dưới đây (gọi tắt là "Tổ chức") nhằm đảm bảo thực thi công bằng xã hội khi cung cấp các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác tại các cơ sở của Tổ chức. Chính sách này được thiết kế cụ thể để giải quyết về khả năng hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân đang cần được hỗ trợ về tài chính và nhận sự chăm sóc của Tổ Chức. Chính sách này áp dụng cho các Tổ chức sau đây trong Central Texas Rehabilitation (CTRH):

- Central Texas Rehabilitation Hospital
1. Mọi sự hỗ trợ tài chính đều phản ánh sự cam kết và tôn trọng của chúng tôi đối phẩm giá cá nhân con người và lợi ích chung, sự quan tâm đặc biệt và đoàn kết của chúng tôi với những người sống trong nghèo khó và người dễ bị tổn thương khác, và sự cam kết của chúng tôi về tính công bằng và trách nhiệm quản lý trong phân phối.
 2. Chính sách này áp dụng cho mọi trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ cần thiết về y tế khác mà Tổ Chức cung cấp, bao gồm các dịch vụ của bác sĩ được thu dụng và sức khỏe hành vi. Chính sách này không áp dụng cho các chi phí chăm sóc không thuộc diện khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác.
 3. Bản Danh Sách Các Nhà Cung Cấp Được Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Bao Trả cung cấp một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ bất kỳ thực hiện việc chăm sóc trong các cơ sở của Tổ chức, danh sách nêu rõ dịch vụ chăm sóc nào được bao trả bởi chính sách hỗ trợ tài chính và dịch vụ chăm sóc nào không được bao trả.

ĐỊNH NGHĨA

Đối với các mục đích của Chính sách này, các định nghĩa sau đây áp dụng:

- "**501(r)**" có nghĩa là Mục 501(r) của Bộ Luật Thuế Vụ và các điều luật ban hành trong đó.
- "**Số Tiền Thường Tính Trên Hóa Đơn**" hoặc "**AGB**" có nghĩa là, đối với các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác, số tiền thường tính trên hoá đơn cho các cá nhân được bảo hiểm bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó.
- "**Cộng đồng**" có nghĩa là các khu vực địa lý phân theo quận mà CTRH sử dụng để lập kế hoạch ở Trung tâm Texas: 1.) Trung tâm – Quận Travis, 2.) Phía Nam – Các Quận Hays và Caldwell, 3.) Phía Bắc – Quận Williamson, 4.) Phía Tây – Các Quận Burnet, Blanco và Llano, và 5.) Phía Đông – Các Quận Bastrop, Fayette, Gonzales và Lee, và Quận San Saba. Bệnh nhân cũng sẽ được coi là thành viên của Cộng đồng Tổ chức nếu các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế mà Bệnh nhân yêu cầu là các dịch vụ chăm sóc liên tục mà người đó được nhận tại một cơ sở Y tế CTRH khác, nơi Bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho trường hợp chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế

- đó.
- "**Chăm sóc khẩn cấp**" có nghĩa là sinh đẻ hoặc tình trạng y tế nghiêm trọng đến mức mà nếu không có sự chăm sóc y tế ngay lập tức, tiên lượng sẽ có khả năng gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe của bệnh nhân (hoặc trẻ chưa sinh), làm suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc làm rối loạn nghiêm trọng chức năng ở bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào.
 - "**Chăm sóc cần thiết về mặt y tế**" có nghĩa là (1) sự chăm sóc thích ứng, phù hợp và cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của bệnh nhân; (2) việc cung ứng hoặc mức độ dịch vụ phù hợp nhất cho tình trạng của Bệnh nhân có thể được cung cấp một cách an toàn; (3) không được cung cấp chủ yếu vì sự thuận tiện cho Bệnh nhân, gia đình Bệnh nhân, bác sĩ hoặc người chăm sóc; và (4) có nhiều khả năng mang lại lợi ích cho Bệnh nhân hơn là gây hại. Đối với dịch vụ chăm sóc đặt lịch trước là "chăm sóc cần thiết về mặt y tế", thì việc chăm sóc và thời gian chăm sóc phải được sự đồng ý của Giám đốc Y tế của Tổ chức (hoặc người được chỉ định). Việc xác định chăm sóc cần thiết về mặt y tế phải do nhà cung cấp được cấp phép đang cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho Bệnh nhân thực hiện và bởi bác sĩ tiếp nhận, bác sĩ giới thiệu và/hoặc Giám đốc y tế hoặc bác sĩ đánh giá khác (tùy thuộc vào loại chăm sóc đang được đề nghị) theo quyết định của Tổ chức. Trong trường hợp dịch vụ chăm sóc mà bệnh nhân yêu cầu được bao trả theo chính sách này nhưng bác sĩ đánh giá xác định là không cần thiết về mặt y tế, thì quyết định đó cũng phải được bác sĩ tiếp nhận hoặc bác sĩ giới thiệu xác nhận lại.
 - "**Tổ chức**" có nghĩa là CTRH bao gồm:
 - Central Texas Rehabilitation
 - "**Bệnh Nhân**" có nghĩa là những người nhận sự chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế tại Tổ chức và người chịu trách nhiệm về tài chính cho việc chăm sóc bệnh nhân.

Sự Hỗ Trợ Tài Chính Được Cung Cấp

Hỗ trợ tài chính được mô tả trong phần này giới hạn cho Các Bệnh nhân sống trong Cộng đồng:

1. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 250% thu nhập của Mức nghèo Liên bang ("FPL"), sẽ đủ điều kiện nhận 100% chăm sóc từ thiện cho phần chi phí của các dịch vụ mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả sau khi bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó được xác định hội đủ điều kiện theo điểm số giả định (mô tả trong Đoạn 5 dưới đây) hoặc nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký") vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên tới 100% nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn thanh toán đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.
2. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập cao hơn 250% FPL nhưng không vượt quá 400% FPL, sẽ được nhận mức giảm giá theo thang đối chiếu cho phần chi phí dịch vụ đã cung cấp mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả sau khi bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính

giảm giá theo thang đối chiếu nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn thanh toán đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính. Giảm giá theo thang đối chiếu là như sau:

Bệnh nhân giữa 251% FPL và 300% FPL sẽ nhận hỗ trợ 95%

Bệnh nhân giữa 301% FPL và 351% FPL sẽ nhận hỗ trợ 90%

Bệnh nhân giữa 351% FPL và 400% FPL sẽ nhận hỗ trợ 85%

3. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập lớn hơn 400% FPL có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo “Khảo Nghiệm Bình Quân” (Means Test) để giảm giá cho các dịch vụ mà Bệnh nhân đã nhận từ Tổ chức dựa trên tổng nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách Khảo Nghiệm Bình Quân nếu Bệnh nhân có tổng nợ y tế quá mức bằng hoặc cao hơn tổng thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân, bao gồm nợ y tế của CTRH và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế nào khác, để cấp cứu và chăm sóc y tế cần thiết khác. Mức hỗ trợ tài chính được cung cấp theo chính sách Khảo Nghiệm Bình Quân giống như mức cấp cho bệnh nhân có thu nhập ở mức 400% FPL theo Đoạn 2 ở trên, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính giảm giá theo chính sách khảo nghiệm bình quân nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi xuất hóa đơn thanh toán đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.
4. Bệnh nhân có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được mô tả trong Đoạn 1 đến 3 ở trên nếu Bệnh nhân đó được xác định là có đủ tài sản để thanh toán theo một "Khảo Nghiệm Tài Sản" (Asset Test). Khảo Nghiệm Tài Sản bao gồm việc đánh giá thực chất về khả năng thanh toán của Bệnh nhân dựa trên các loại tài sản được đánh giá trong Đơn đăng ký FAP. Bệnh nhân có tài sản vượt quá 250% số tiền FPL của Bệnh nhân đó có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
5. Có thể xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính vào bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ thu nhập và có thể bao gồm việc sử dụng điểm số giả định cho Bệnh nhân có số dư chưa thanh toán đủ trong vòng 240 ngày đầu tiên sau khi xuất hóa đơn đầu tiên của Bệnh nhân, nhằm xác định đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện 100% bất kể Bệnh nhân không hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký FAP"). Nếu Bệnh nhân được cấp 100% dịch vụ chăm sóc từ thiện mà chưa nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh và chỉ thông qua điểm số giả định, thì số tiền hỗ trợ tài chính mà Bệnh nhân đủ điều kiện nhận sẽ được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Việc xác định khả năng hội đủ điều kiện dựa trên điểm số giả định chỉ áp dụng cho giai đoạn chăm sóc mà điểm số giả định tính đến.
6. Đối với Bệnh nhân có tham gia một số chương trình bảo hiểm mà Tổ chức cho là “nằm ngoài mạng lưới”, Tổ chức có thể cắt giảm hoặc từ chối khoản hỗ trợ tài chính mà lẽ ra

dành cho Bệnh nhân, dựa trên việc duyệt xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân cùng các sự kiện và chi tiết có liên quan khác.

7. Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể bị tính phí cố định danh nghĩa lên tới 30 \$ cho các dịch vụ. Phí cố định danh nghĩa sẽ không vượt quá phí AGB cho các dịch vụ.
8. Bệnh Nhân có thể kháng nghị bất kỳ quyết định từ chối đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính nào bằng cách cung cấp thêm thông tin cho Tổ Chức trong vòng mười bốn (14) ngày lịch kể từ ngày nhận được thông báo từ chối. Tất cả kháng nghị sẽ được Tổ Chức xem xét để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng khẳng định quyết định từ chối Hỗ Trợ Tài Chính trước đó, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh Nhân. Tiến trình cho các Bệnh nhân và gia đình kháng nghị các quyết định của Tổ chức về khả năng hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính như sau:
 - a. Bệnh nhân và gia đình có thể nộp thư kháng nghị qua đường bưu điện đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân. Thư kháng nghị phải bao gồm thông tin tài chính chưa được xem xét trong Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính ban đầu của Bệnh nhân, điều quan trọng là xem xét lại khả năng hội đủ điều kiện được chăm sóc từ thiện của Bệnh nhân. Ngoài thư kháng nghị bằng văn bản, Bệnh nhân và gia đình phải kèm theo tài liệu về thông tin xem xét lại nêu trong thư kháng nghị. Nếu không có tài liệu phù hợp, việc xem xét kháng nghị có thể bị trì hoãn cho đến khi nhận được tài liệu phù hợp. Thư kháng nghị và tài liệu hỗ trợ phải được gửi đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân tại số 1345 Philomena Street, Suite 200, Austin, TX, 78745 bằng đường bưu điện.
 - b. Tất cả các kháng nghị sẽ được ủy ban giải quyết kháng nghị hỗ trợ tài chính của Tổ chức xem xét, và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi bằng văn bản đến cho Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp kháng nghị.

Những Hỗ Trợ Khác Dành cho Các Bệnh Nhân Không Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ trợ Tài Chính

Những bệnh nhân không hội đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính như đã nêu trên vẫn có thể đủ điều kiện nhận các loại trợ giúp khác do Tổ chức cung cấp. Để có đầy đủ thông tin, các loại hỗ trợ khác này vẫn được nêu ở đây, mặc dù chúng không dựa trên nhu cầu và không nhằm tuân theo 501(r) nhưng được đưa ra ở đây để thuận tiện cho cộng đồng mà Tổ chức phục vụ.

1. Những Bệnh nhân không có bảo hiểm, không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được giảm giá dựa trên mức giảm giá dành cho người chi trả cao nhất cho Tổ chức đó. Người chi trả cao nhất phải chiếm ít nhất 3% tổng số bệnh nhân của Tổ chức tính theo doanh số hoặc doanh thu bệnh nhân gộp. Nếu một người chi trả không đạt được mức tối thiểu về doanh số này, hợp đồng của hơn một người chi trả sẽ được lấy trung bình sao cho các khoản chi trả được sử dụng để tính trung bình chiếm ít nhất 3% doanh số kinh doanh của Tổ chức trong năm đã cho.
2. Bệnh nhân không có bảo hiểm và có bảo hiểm không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được giảm giá ngay. Giảm giá ngay có thể được cung cấp thêm vào khoản giảm giá không có bảo hiểm được mô tả trong đoạn liền trước.

Các Giới Hạn về Phí Tồn cho Các Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ trợ Tài Chính

Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính sẽ không bị tính phí riêng nhiều hơn AGB cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế khác và không quá tổng chi phí

cho tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế khác. Tổ chức sẽ tính toán một hoặc nhiều tỷ lệ phần trăm AGB bằng phương pháp “xem lại”, bao gồm các dịch vụ có tính phí của Medicare cùng tất cả các hãng bảo hiểm y tế tư nhân thanh toán cho các yêu cầu bồi thường của Tổ chức, tất cả phải chiếu theo 501(r). Quý vị có thể lấy miễn phí bản sao mô tả việc tính toán và (các) tỷ lệ phần trăm AGB trên trang web của Tổ chức hoặc yêu cầu tại bất kỳ khu vực tuyển lựa nào. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao miễn phí việc tính toán và tỷ lệ phần trăm AGB qua thư tín bằng cách gọi đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân theo số 512.407.2101 và đề nghị gửi đến địa chỉ nhận thư của Bệnh nhân.

Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính và Hỗ Trợ Khác

Bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính qua khả năng hội đủ điểm số giả định bằng cách nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh để được hỗ trợ tài chính. Đơn đăng ký FAP và Hướng dẫn Đăng ký FAP có sẵn trên trang web của Tổ chức hay theo yêu cầu tại thời điểm hưởng dịch vụ. Nếu muốn nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính sau (nhiều) ngày hưởng dịch vụ, Bệnh nhân có thể truy cập vào Đơn đăng ký FAP và các hướng dẫn Đăng ký FAP rồi in trực tiếp từ trang web của CTRH. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao Đơn đăng ký FAP và Hướng dẫn Đăng ký FAP qua thư tín. Để yêu cầu một bản sao các tài liệu qua thư tín, Bệnh nhân phải gọi đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân theo số 512.407.2101. Ở mỗi địa điểm có thể truy cập nói trên, có sẵn Đơn đăng ký FAP và Hướng dẫn Đăng ký FAP bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc, tiếng Việt, tiếng Hàn và tiếng Ả Rập. Tổ chức sẽ yêu cầu người không có bảo hiểm làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện tiềm năng để đủ tư cách nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp hội đủ điều kiện và được chấp thuận thông qua điểm số giả định). Bệnh nhân có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính nếu cung cấp thông tin sai lệch trên Đơn đăng ký FAP hoặc liên quan đến quy trình hội đủ điều kiện về điểm số giả định, nếu bệnh nhân từ chối chuyển tiền được bảo hiểm hoặc quyền được thanh toán trực tiếp bởi một công ty bảo hiểm bị buộc phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp hoặc nếu bệnh nhân từ chối làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện tiềm năng để đủ tư cách nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp hội đủ điều kiện và được chấp thuận thông qua điểm số giả định). Tổ chức có thể xem xét Đơn đăng ký FAP đã hoàn thành trong vòng sáu tháng trở lại trước bất kỳ ngày xác định hội đủ điều kiện nào để đưa ra quyết định về việc hội đủ điều kiện cho một đợt chăm sóc hiện tại. Tổ chức sẽ không xem xét Đơn đăng ký FAP đã hoàn thành hơn sáu tháng trước bất kỳ ngày xác định hội đủ điều kiện nào.

Lập Hóa Đơn và Thu Nợ

Các hành động mà Tổ chức có thể đảm nhận trong trường hợp không thanh toán được mô tả trong chính sách lập hóa đơn và thu nợ riêng. Quý vị có thể lấy bản sao miễn phí chính sách lập hóa đơn và thu nợ trên trang web của Tổ chức hay theo yêu cầu tại thời điểm hưởng dịch vụ. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao miễn phí chính sách lập hóa đơn và thu nợ qua thư tín. Để yêu cầu một bản sao tài liệu qua thư tín, Bệnh nhân phải gọi đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân theo số 512.407.2101.

Diễn giải

Chính sách này, cùng với tất cả các thủ tục hiện hành, sẽ được diễn nghĩa và áp dụng theo 501(r) trừ những nơi được chỉ rõ cụ thể.