

## Mục lục

---

Chính sách Hỗ trợ Tài chính của LHMC .....	2
Áp dụng.....	2
Tham khảo .....	2
Mục đích .....	2
Các khái niệm .....	3
Các dịch vụ đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính từ LHMC .....	7
Các dịch vụ không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính từ LHMC .....	7
Hỗ trợ có sẵn.....	8
Các chương trình Hỗ trợ Cộng đồng.....	8
Hỗ trợ thông qua Health Safety Net.....	9
Vai trò của Cố vấn Hỗ trợ Tài chính.....	11
Nghĩa vụ của Bệnh nhân .....	12
Hỗ trợ Tài chính Bệnh viện.....	13
Giảm giá Hỗ trợ Tài chính .....	15
Chính sách Hỗ trợ Tài chính .....	15
Lý do Từ chối.....	17
Đủ tiêu chuẩn Dự kiến .....	17
Chiết khấu Thanh toán Nhanh .....	18
Các dịch vụ Y tế Khẩn cấp .....	18
Chính sách Thanh toán và Truy thu.....	19
Các yêu cầu Điều chỉnh .....	19
Phụ lục 1.....	20
Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Chăm sóc Từ thiện.....	20
Phụ lục 2 .....	23
Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Khó khăn Y tế.....	23
Phụ lục 3 .....	26
Biểu đồ Giảm giá dựa trên mức Thu nhập và Tài sản .....	26
Phụ lục 4.....	27
Số tiền Thông thường được tính (AGB).....	27
Phụ lục 5.....	28
Phụ lục 6 .....	29
Truy cập Tài liệu Công khai .....	29
Lịch sử Chính sách.....	30

---

## Chính sách Hỗ trợ Tài chính của LHMC

---

**Áp dụng** Chính sách này áp dụng cho Bệnh viện Lahey Clinic, Inc., Bệnh viện & Trung tâm Y tế Lahey d/b/a và Trung tâm Y tế Lahey, Peabody (“LHMC”, “bệnh viện” hoặc “Bệnh viện”) liên quan đến các bệnh viện mà tập đoàn đang điều hành và bất kỳ thực thể nào có liên quan (theo quy định của Bộ Tài chính 501(r)) và Nhà cung cấp dịch vụ y tế do LHMC thuê hoặc có liên kết với LHMC (tham khảo Phụ lục Năm (5) để xem danh sách đầy đủ các nhà cung cấp dịch vụ được bảo hiểm theo chính sách này).

---

**Tham khảo** EMTALA: Thu thập Thông tin Tài chính  
Chính sách Thanh toán và Truy thu  
Định mức Nghèo khó Liên bang, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ  
Thông báo IRS 2015-46 và 29 CFR §§1.501(r) (4)-(6)  
Phụ lục 1: Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Chăm sóc Từ thiện  
Phụ lục 2: Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Khó khăn Y tế  
Phụ lục 3: Biểu đồ chiết khấu dựa trên ngưỡng Thu nhập và Tài sản  
Phụ lục 4: Số tiền Thông thường được tính (AGB)  
Phụ lục 5: Nhà cung cấp và các bộ phận được chi trả và không được chi trả  
Phụ lục 6: Truy cập tài liệu

---

**Mục đích** Sứ mạng của chúng tôi là tạo sự khác biệt thông qua sự xuất sắc trong việc chăm sóc bệnh nhân, giáo dục, nghiên cứu và thông qua nỗ lực cải thiện sức khỏe cộng đồng tại nơi mà chúng tôi phục vụ.

LHMC luôn nỗ lực cung cấp các hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân, những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhưng không có bảo hiểm, không đủ bảo hiểm, không đủ điều kiện tham gia các chương trình của Chính phủ, hoặc không đủ khả năng chi trả cho cấp cứu hoặc các nhu cầu chăm sóc y tế do hoàn cảnh tài chính. Chính sách hỗ trợ tài chính này phù hợp với luật pháp Liên bang và bang áp dụng tại khu vực của chúng tôi. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính sẽ được giảm giá khi chăm sóc sức khỏe tại các nhà cung ứng dịch vụ thuộc LHMC. Bệnh nhân được xác định đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ một bệnh viện trực thuộc (bao gồm Bệnh viện Addison Gilbert; Bệnh viện Anna Jaques; Bệnh viện BayRidge; Trung tâm Y tế Beth Israel Deaconess, Bệnh viện Beth Israel Deaconess - Milton; Bệnh viện Beth Israel Deaconess - Needham; Bệnh viện Beth Israel Deaconess - Plymouth; Bệnh viện Beverly; Bệnh viện & Trung tâm Y tế Lahey, Burlington; Trung tâm Y tế Lahey, Peabody; Bệnh viện Mount Auburn; Bệnh viện New England Baptist; và Bệnh viện Winchester) sẽ không bị yêu cầu đăng ký lại để được hỗ trợ tài chính từ LHMC trong Thời gian đủ điều kiện.

Hỗ trợ tài chính được cung cấp theo chính sách này được thực hiện với hi vọng nhận được sự hỗ trợ từ phía bệnh nhân trong quá trình áp dụng và từ những chương trình phúc lợi hoặc bảo hiểm sẵn có để có thể trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe.

Chúng tôi sẽ không phân biệt tuổi, giới tính, chủng tộc, tín ngưỡng, tôn giáo, khuyết tật, khuynh hướng tình dục, bản dạng giới, quốc tịch gốc hay tình trạng di trú khi xác định một bệnh nhân có đủ điều kiện hay không.

---

**Các khái niệm** Các định nghĩa sau đây được dùng cho tất cả các mục của chính sách này.

Phân loại dịch vụ khẩn cấp hay không khẩn cấp dựa trên các khái niệm chung bên dưới cũng như xác nhận của bác sĩ điều trị. Các khái niệm về dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay khẩn cấp dưới đây còn được dùng ở các bệnh viện, với mục đích xác định có nên cho phép nợ xấu trong trường hợp cấp cứu hay khẩn cấp theo chương trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện, gồm cả Mạng lưới an toàn sức khỏe.

**Số tiền Thông thường được tính (AGB):** AGB được định nghĩa là số tiền thường được lập hóa đơn cho cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác cho các cá nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó. LHMC sử dụng phương pháp “Hồi cứu” được mô tả trong 29 CFR § 1.501(r)-5(b)(3) để xác định tỷ lệ phần trăm AGB của nó. Tỷ lệ AGB được tính bằng cách chia tổng số tiền của tất cả các yêu cầu cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác đã được các công ty bảo hiểm tư nhân và dịch vụ tính phí Medicare cho phép trong [năm tài chính trước đó (01/10 - 30/09)] (bao gồm đồng bảo hiểm, các khoản đồng thanh toán và các khoản khấu trừ) bằng tổng các khoản phí gộp liên quan cho các khiếu nại đó. AGB sau đó được xác định bằng cách nhân tỷ lệ phần trăm AGB với tổng chi phí chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân. LHMC chỉ sử dụng một tỷ lệ phần trăm AGB duy nhất và không tính tỷ lệ khác cho các loại chăm sóc khác nhau. Tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được tính hàng năm vào ngày thứ 45 sau khi kết thúc năm tài chính trước đó và được thực hiện vào ngày thứ 120 sau khi kết thúc năm tài chính. Theo đó, nếu một cá nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này thì cá nhân đó có thể không bị tính phí nhiều hơn AGB cho Chăm sóc Khẩn cấp, Chăm sóc Đặc biệt hoặc Chăm sóc Y tế Cần thiết khác.

Xem Phụ lục Bốn (4) để biết thêm thông tin.

**Thời gian nộp đơn:** Là khoảng thời gian mà đơn sẽ được chấp nhận và xem xét để Hỗ trợ Tài chính. Thời gian nộp đơn bắt đầu từ ngày có thông báo chi trả sau khi xuất viện và kết thúc vào ngày thứ 240 sau ngày đó.

**Tài sản:** Bao gồm:

- Tài khoản tiết kiệm

- Tiền mặt
- Tài khoản tiết kiệm y tế (HSA)\*
- Tài khoản bồi hoàn y tế (HRA)\*
- Tài khoản linh hoạt chi tiêu (FSA)\*

\* Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh có HSA, HRA, FSA hoặc quỹ tương tự được chỉ định dùng cho các chi phí y tế gia đình, thì cá nhân đó không đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo chính sách này cho đến khi hết tài sản đó.

**Chăm sóc Từ thiện:** Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của họ, có thu nhập gia đình hàng năm bằng hoặc dưới 400% FPL, nếu không thì phải đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện còn lại được quy định trong chính sách này sẽ được nhận 100% miễn trừ số dư tính phí có liên quan đến trách nhiệm của bệnh nhân đối với các dịch vụ y tế hợp lệ do LHMC cung cấp.

**Dịch vụ Chọn lọc:** Một dịch vụ bệnh viện không đủ tiêu chuẩn là Chăm sóc Khẩn cấp, Chăm sóc Đặc biệt hoặc Chăm sóc Y tế Cần thiết khác (như được định nghĩa bên dưới).

**Chăm sóc Khẩn cấp:** Các hạng mục hoặc dịch vụ được cung cấp cho mục đích đánh giá, chẩn đoán và/hoặc điều trị Tình trạng Y tế Khẩn cấp.

**Tình trạng Y tế Khẩn cấp:** Như định nghĩa trong mục 1867 của Đạo luật an sinh xã hội (42 U.S.C. 1395dd), thuật ngữ “Tình trạng Y tế Khẩn cấp” có nghĩa là một tình trạng bệnh lý biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính với mức độ nghiêm trọng mà nếu không có chăm sóc y tế sẽ có thể dẫn đến những hậu quả:

1. Làm sức khỏe của cá nhân (hoặc, đặc biệt là phụ nữ mang thai, sức khỏe của thai phụ và thai nhi) trong tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng.
2. Tổn hại nghiêm trọng đến chức năng của cơ thể
3. Rối loạn nghiêm trọng chức năng một phần hay toàn bộ cơ thể
4. Đặc biệt đối với phụ nữ chuyên dụ:
  - a. Không đủ thời gian chuyển đến bệnh viện khác một cách an toàn để phục vụ cho việc sinh đẻ.
  - b. Việc chuyển đến viện có thể đe dọa sức khỏe và sự an toàn của bà mẹ và thai nhi.

**Gia đình:** theo định nghĩa của Cục Thống kê Dân số Hoa Kỳ, là một nhóm từ hai người trở lên cùng sinh sống với nhau, có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi. Nếu một bệnh nhân cho rằng ai đó được bảo hộ bằng thuế thu nhập của họ, theo Sở Thuế vụ, họ sẽ được xem xét xem có đủ điều kiện hưởng chính sách này hay không.

**Thu nhập Hộ gia đình:** Thu nhập Hộ gia đình đương đơn là tổng thu nhập gần nhất được khai vào thuế liên bang của tất cả mọi người đã thành niên

trong gia đình, sinh sống trong một hộ gia đình. Với bệnh nhân dưới 18 tuổi, thu nhập hộ gia đình bao gồm thu nhập của cha/mẹ, hoặc cha mẹ, và/hoặc cha/mẹ kế, hoặc người chăm sóc là thân nhân. Thu nhập Hộ gia đình được xác định theo Cục Thống kê Dân số Hoa Kỳ, gồm các khoản thu nhập sau được tính theo Định mức Nghèo khó Liên bang:

1. Gồm thu nhập, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp lao động, an sinh xã hội, tiền trợ cấp an sinh, trợ cấp xã hội, tiền cựu chiến binh, trợ cấp cho những người sống sót, lương hưu hoặc thu nhập khi nghỉ hưu, lãi suất, cổ tức, tiền thuê, tiền bản quyền, thu nhập từ bất động sản, tín thác, tiền sinh hoạt phí giáo dục, tiền cấp dưỡng và hỗ trợ trẻ em
2. Trợ cấp không sử dụng tiền mặt (như phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp nhà ở) không được tính
3. Thu nhập được tính trước thuế
4. Không bao gồm tăng vốn và các khoản lỗ

**Mức nghèo khó Liên bang (FPL):** Ngưỡng thu nhập – phụ thuộc vào quy mô và thành phần của hộ gia đình – được sử dụng để xác định ai là người nghèo ở Hoa Kỳ. Mức này được cập nhật định kỳ trong Đăng ký Liên bang bởi Bộ Y tế và các dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ theo quy định của Khoản (2), Mục 9902, Chương mục 42 của Bộ luật Hoa Kỳ. Tham khảo hướng dẫn hiện tại về FPL qua đường dẫn <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Hỗ trợ Tài chính:** Hỗ trợ, bao gồm Chăm sóc Từ thiện và Khó khăn Y tế, được cung cấp cho các bệnh nhân đủ điều kiện, những người sẽ gặp khó khăn về tài chính nhằm giảm bớt nghĩa vụ tài chính của họ trong trường hợp Chăm sóc Đặc biệt, Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Chăm sóc Y tế Cần thiết khác do LHMC cung cấp.

**Người bảo lãnh:** Người (không phải bệnh nhân) có nghĩa vụ trả tiền cho các hóa đơn của bệnh nhân.

**Tổng chi phí:** Tổng chi phí sử dụng cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân trước khi áp dụng các khoản khấu trừ.

**Vô gia cư:** theo định nghĩa của chính quyền Liên bang, được công bố bởi HUD trong Đăng ký Liên bang: “Một cá nhân hay gia đình thiếu một chỗ ở ổn định, thường xuyên và đủ vào ban đêm, có nghĩa là cá nhân hay gia đình đó cư trú ban đêm ở những nơi công cộng hoặc nơi riêng tư không dành cho người ở, hoặc những nơi ở tạm bợ do một cá nhân hoặc tập thể thiết kế. Khái niệm này cũng có thể bao gồm các cá nhân rời khỏi chỗ ở sau 90 hoặc ít hơn 90 ngày cư trú, cư trú ở một nơi tạm bợ hoặc nơi không dành cho người trước khi chuyển đến nơi ở mới.

**Trong Mạng lưới:** LHMC và các chi nhánh của bệnh viện đã ký hợp đồng với công ty bảo hiểm của bệnh nhân để hoàn trả theo tỷ lệ thương lượng.

**Khó khăn Y tế:** Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân đủ điều kiện, những người phải thanh toán hóa đơn lớn hơn hoặc bằng 25% Thu nhập Hộ gia đình.

**Chăm sóc Y tế Cần thiết:** Các hạng mục hoặc dịch vụ y tế cần thiết, ví dụ như các dịch vụ chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú nhằm đánh giá, chẩn đoán, và/hoặc điều trị chấn thương hoặc bệnh. Ngoài việc đáp ứng các tiêu chí lâm sàng, các hạng mục hoặc dịch vụ đó thường được xác định do phí dịch vụ Medicare, Công ty Bảo hiểm Y tế Tư nhân hoặc bảo hiểm của bên thứ ba khác chi trả.

**Phí dịch vụ Medicare:** Bảo hiểm y tế được cung cấp theo các Phần A và B của Medicare, chương mục XVIII của Đạo luật an sinh xã hội (42 USC 1395c-1395w-5).

**Ngoài Mạng lưới:** LHMC và các chi nhánh của bệnh viện không có hợp đồng với công ty bảo hiểm của bệnh nhân để hoàn trả theo tỷ lệ thương lượng, thường dẫn đến trách nhiệm của bệnh nhân cao hơn.

**Kế hoạch Chi trả:** Kế hoạch chi trả được thỏa thuận giữa LHMC hoặc bên thứ ba đại diện cho LHMC và bệnh nhân/người bảo lãnh về các khoản phí thực trả. Kế hoạch chi trả sẽ xem xét đến hoàn cảnh tài chính của bệnh nhân, khoản nợ và số tiền trả trước.

**Đủ tiêu chuẩn Dự kiến:** Trong những trường hợp nhất định, các bệnh nhân không có bảo hiểm có thể được giả định hoặc được coi là hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp tài chính dựa vào hồ sơ của họ trong các chương trình thẩm tra khả năng hoặc các nguồn thông tin khác, không do bản thân bệnh nhân cung cấp để đánh giá nhu cầu tài chính của cá nhân.

**Nhà cung cấp Dịch vụ Bảo hiểm Y tế Tư nhân:** Bất kỳ tổ chức nào ngoài trừ các đơn vị trong chính phủ cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế, bao gồm các tổ chức phi chính phủ điều hành một chương trình bảo hiểm y tế theo chương trình Medicare Advantage.

**Thời gian thẩm định:** Những người hội đủ tiêu chuẩn sẽ nhận được trợ cấp tài chính trong vòng sáu tháng. Những bệnh nhân được Hỗ trợ Tài chính này có thể chứng minh rằng không có thay đổi về tình trạng tài chính vào cuối tháng thứ sáu (6) của khoảng thời gian trên để được gia hạn thêm sáu (6) tháng nữa.

**Bệnh nhân không có bảo hiểm:** Một bệnh nhân không có bảo hiểm do bên thứ ba là Công ty Bảo hiểm Y tế Tư nhân, Công ty bảo hiểm ERISA, Chương trình Chăm sóc sức khỏe Liên bang cung cấp (bao gồm nhưng không giới hạn Phí dịch vụ Medicare, Medicaid, SCHIP và CHAMPUS), bồi thường cho người lao động hoặc hỗ trợ của bên thứ ba khác sẵn sàng trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.

**Bệnh nhân không đủ bảo hiểm:** Bất kỳ cá nhân nào có bảo hiểm tư nhân hay bảo hiểm nhà nước, nhưng sẽ là khó khăn nếu họ phải tự trả toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe khi sử dụng các dịch vụ của LHMC.

**Chăm sóc Khẩn cấp:** Chăm sóc Y tế Cần thiết được cung cấp ở bệnh viện sau khi tình trạng sức khỏe khởi phát đột ngột, dù là tình trạng thực thể hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính đủ mức độ nghiêm trọng (gồm cả đau cấp tính) mà một người thận trọng bình thường tin rằng nếu không có can thiệp y tế trong vòng 24 giờ sẽ gây nguy hiểm cho bệnh nhân, suy giảm chức năng cơ thể, rối loạn chức năng của một cơ quan hoặc toàn bộ cơ thể.

**Các dịch vụ đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính từ LHMC**

Các dịch vụ đủ điều kiện để Hỗ trợ Tài chính phải phù hợp về mặt lâm sàng và những tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận và bao gồm:

1. Chi phí cơ sở Trong Mạng lưới và Ngoài Mạng lưới cho Chăm sóc Khẩn cấp như được định nghĩa ở trên.
2. Phí chuyên môn Trong Mạng lưới và Ngoài Mạng lưới dành cho Chăm sóc Khẩn cấp như được định nghĩa ở trên, được cung cấp bởi các nhà cung cấp mà LHMC và các chi nhánh của nó đã thuê như được liệt kê ở Phụ lục Năm (5).
3. Cơ sở Trong Mạng lưới tính phí Chăm sóc Đặc biệt, được định nghĩa như trên.
4. Cơ sở Trong Mạng lưới tính phí Chăm sóc Y tế Cần thiết, được định nghĩa như trên.
5. Phí chuyên môn Trong Mạng lưới dành cho Chăm sóc Đặc biệt và Chăm sóc Y tế Cần thiết do các nhà cung cấp mà LHMC và các chi nhánh của nó đã thuê, như được liệt kê trong Phụ lục Năm (5).

**Các dịch vụ không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính từ LHMC**

Các dịch vụ không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính gồm:

1. Phí chuyên môn và phí cơ sở cho Dịch vụ Tự chọn, như đã định nghĩa ở trên.
2. Phí chuyên môn cho dịch vụ chăm sóc bởi các nhà cung cấp không tuân theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính (ví dụ: các chuyên gia y tế hoặc bác sĩ, vận chuyển bằng xe cứu thương tư nhân hoặc không thuộc LHMC, v.v.), như được liệt kê trong Phụ lục Năm (5). Bệnh nhân được khuyến khích liên hệ trực tiếp với các nhà cung cấp này để xem họ có cung cấp bất kỳ hỗ trợ tài chính nào không và để thực hiện việc thanh toán. Xem Phụ lục Năm (5) để biết danh sách đầy đủ các nhà cung cấp không nằm trong chính sách này.
3. Các khoản phí của cơ sở Ngoài Mạng lưới và phí chuyên môn cho Chăm sóc Đặc biệt và Chăm sóc Y tế Cần thiết không phải là Chăm sóc Đặc biệt, như đã định nghĩa ở trên.



**Hỗ trợ có sẵn** LHMC hỗ trợ bệnh nhân đăng ký các chương trình hỗ trợ công cộng và Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện được mô tả chi tiết như dưới đây.

LHMC sẽ nỗ lực tích cực để thu thập tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và các thông tin khác để xác minh bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẩn cấp, nội trú hoặc ngoại trú do Bệnh viện cung cấp. Tất cả các thông tin sẽ được lấy trước khi cung cấp bất kỳ hạng mục hoặc dịch vụ nào không phải là Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Chăm sóc Đặc biệt. Bệnh viện sẽ trì hoãn nỗ lực lấy được thông tin này trong quá trình Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Chăm sóc Đặc biệt ở bất kỳ cấp độ nào của EMTALA, nếu quá trình lấy thông tin này sẽ làm chậm hoặc can thiệp vào quá trình kiểm tra sàng lọc y tế hoặc các dịch vụ được thực hiện để ổn định Điều kiện Y tế Khẩn cấp.

Các nỗ lực cần thiết của bệnh viện để điều tra xem bảo hiểm của bên thứ ba hoặc nguồn khác có thể chịu trách nhiệm cho chi phí các dịch vụ mà bệnh viện cung cấp hay không, nhưng không giới hạn, nhằm xác định bệnh nhân đó nếu có chính sách áp dụng để chi trả chi phí cho các khiếu nại, bao gồm: (1) chính sách trách nhiệm pháp lý của xe cơ giới hoặc chủ nhà, (2) chính sách bảo vệ tai nạn chung hoặc tai nạn thương tích cá nhân, (3) chương trình bồi thường của công nhân và (4) chính sách bảo hiểm sinh viên, trong số những chính sách khác. Nếu bệnh viện có thể xác định bên thứ ba chịu trách nhiệm hoặc đã nhận được khoản thanh toán từ bên thứ ba hoặc nguồn khác (bao gồm từ công ty bảo hiểm tư nhân hoặc chương trình công cộng khác), bệnh viện sẽ báo cáo thanh toán cho chương trình áp dụng và bù lại, nếu áp dụng theo yêu cầu xử lý khiếu nại của chương trình, mâu thuẫn mọi khiếu nại có thể đã được thanh toán bởi bên thứ ba hoặc nguồn khác. Đối với các chương trình hỗ trợ công cộng của tiểu bang đã thực sự chi trả cho chi phí dịch vụ, bệnh viện không bắt buộc phải đảm bảo việc chuyển nhượng cho bệnh nhân quyền được bảo hiểm dịch vụ của bên thứ ba. Trong những trường hợp này, bệnh nhân lưu ý rằng chương trình nhà nước hiện hành có thể giúp tìm kiếm sự phân công về chi phí của các dịch vụ đã cung cấp cho bệnh nhân.

LHMC sẽ kiểm tra Hệ thống Xác minh Đủ điều kiện của Massachusetts (EVS) để đảm bảo rằng bệnh nhân đó không phải là Bệnh nhân có thu nhập thấp và chưa gửi đơn xin bảo hiểm được điều hành bởi MassHealth - Chương trình thanh toán hỗ trợ cao cấp do Health Connector, Children's Medical Security Program - Chương trình An ninh Y tế Trẻ em hoặc Health Safety Net trước khi gửi khiếu nại đến Văn phòng Health Safety Net về bảo hiểm nợ xấu.

---

**Các chương trình Hỗ trợ Cộng đồng**

Với những bệnh nhân không có hoặc thiếu bảo hiểm, bệnh viện sẽ tiến hành làm việc với bệnh nhân để hỗ trợ họ đăng ký nhận hỗ trợ từ các chương trình hỗ trợ cộng đồng giúp họ thanh toán một phần hoặc toàn bộ viện phí. Nhằm giúp các cá nhân không có hoặc thiếu bảo hiểm tìm kiếm các lựa chọn thích hợp hiện có, bệnh viện sẽ cung cấp cho tất cả các cá nhân những thông tin chung nhất về các chương trình hỗ trợ hiện hành tại cộng đồng ngay từ khi



đăng ký trong hóa đơn chuyên đến bệnh nhân hoặc Người bảo lãnh, khi người cung cấp được thông báo hoặc thông qua rà soát đặc biệt về những thay đổi về tình trạng đủ điều kiện của bệnh nhân đối với bảo hiểm công cộng hoặc tư nhân.

Các bệnh nhân có thể có đủ điều kiện giảm hoặc miễn phí khi dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác nhau (bao gồm nhưng không giới hạn được điều hành bởi MassHealth - Chương trình hỗ trợ chi trả Health Connector, Children's Medical Security Program – Chương trình An ninh Y tế cho trẻ em và Health Safety Net). Những chương trình này dự kiến hỗ trợ cho các bệnh nhân có thu nhập thấp có tính đến khả năng đóng góp chi phí của họ. Đối với những bệnh nhân không có hoặc thiếu bảo hiểm, khi được yêu cầu, bệnh viện sẽ giúp họ đăng ký các chương trình hỗ trợ từ cộng đồng để chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí mà họ chưa trả cho bệnh viện.

Bệnh viện luôn sẵn sàng hỗ trợ bệnh nhân trong việc đăng ký các chương trình hỗ trợ của bang, bao gồm: MassHealth - Chương trình hỗ trợ chi trả tổ chức bởi Health Connector, và Children's Medical Security Plan. Đối với những chương trình này, người đăng ký sẽ xác nhận việc đăng ký thông qua trang web (nằm ở chính giữa trang web của Health Connector), viết đơn đăng ký hoặc đăng ký qua điện thoại với đại diện dịch vụ khách hàng tại MassHealth hoặc Connector. Các cá nhân có thể yêu cầu trợ giúp từ cố vấn tài chính bệnh viện cùng với việc xác nhận đăng ký qua trang web hoặc viết giấy đăng ký.

---

### **Hỗ trợ thông qua Health Safety Net**

Qua việc tham gia vào Massachusetts Health Safety Net, bệnh viện cung cấp các hỗ trợ tài chính cho những người có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc không đủ bảo hiểm là cư dân Massachusetts và đáp ứng các tiêu chuẩn về thu nhập. Health Safety Net được thành lập để phân bổ chi phí hỗ trợ một cách công bằng hơn cho những người thu nhập thấp không có hoặc thiếu bảo hiểm thông qua việc miễn phí hoặc giảm chi phí tại các bệnh viện cấp ở Massachusetts. Tập hợp các chăm sóc không công của Health Safety Net được thực hiện thông qua việc đánh giá trên mỗi bệnh viện để trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe cho các bệnh nhân không có hoặc không đủ bảo hiểm có mức thu nhập dưới 300% so với Định mức Nghèo đói Liên bang.

Qua việc tham gia vào Health Safety Net, những bệnh nhân có thu nhập thấp nhận các dịch vụ tại bệnh viện có thể đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính, có thể là miễn phí toàn bộ hoặc một phần cho các dịch vụ đủ điều kiện tại Health Safety Net, xác định ở 101 CMR 613:00.

#### *(a) Health Safety Net (Mạng lưới An toàn Sức khỏe) – Sơ cấp*

Các bệnh nhân không có bảo hiểm là cư dân Massachusetts có thu nhập được xác nhận thuộc vào MassHealth MAGI Household hoặc Medical

Hardship Family (Gia đình Khó khăn về Y tế), như mô tả ở 101 CMR 613.04(1), từ 0-300% của Định mức Nghèo đói Liên bang (FPL) có thể được xác định đủ điều kiện tham gia Health Safety Net Eligible Services.

Thời gian đủ điều kiện và loại dịch vụ cho *Health Safety Net - Primary* được giới hạn cho các bệnh nhân đủ điều kiện đăng ký Premium Assistance Payment Program (Chương trình Hỗ trợ Chi trả) do Health Connector điều hành như mô tả ở 101 CMR 613.04(5)(a) và (b). Các bệnh nhân thuộc Student Health Program (Chương trình Sức khỏe Học đường) M.G.L. c. 15A, § 18 không đủ điều kiện tham gia *Health Safety Net - Primary*.

*(b) Health Safety Net – Thứ cấp*

Các bệnh nhân là cư dân Massachusetts có bảo hiểm y tế cơ bản và Thu nhập thuộc MassHealth MAGI Household hoặc Medical Hardship Family Countable Income (Thu nhập tính được của Gia đình Khó khăn về Y tế), như mô tả ở 101 CMR 613.04(1), từ 0-300% FPL có thể đủ điều kiện tham gia Health Safety Net Eligible Services. Thời gian đủ điều kiện và loại dịch vụ cho *Health Safety Net - Secondary* đăng ký Premium Assistance Payment Program do Health Connector điều hành như mô tả ở 101 CMR 613.04(5)(a) và (b). Các bệnh nhân phụ thuộc Student Health Program (Chương trình Sức khỏe Học đường) yêu cầu M.G.L. c. 15A, § 18 không đủ điều kiện tham gia *Health Safety Net - Primary*.

*(c) Health Safety Net - Partial Deductibles (Khấu trừ từng phần)*

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho *Health Safety Net Primary* or *Health Safety Net - Secondary* với thu nhập thuộc MassHealth MAGI Household hoặc Medical Hardship Family Countable Income từ 150.1% - 300% của FPL có thể được khấu trừ hằng năm nếu tất cả các thành viên của Premium Billing Family Group (PBFG) có thu nhập trên 150.1% so với FPL. Nhóm này được xác định tại 130 CMR 501.0001.

Nếu có thành viên của PBFG có thu nhập dưới 150.1% FPL thì sẽ không có khấu trừ cho bất cứ thành viên nào của PBFG. Khấu trừ hằng năm tương đương hoặc lớn hơn:

1. Chi phí thấp nhất của Chương trình Hỗ trợ Chi trả do Health Connector premium điều hành được điều chỉnh theo quy mô của PBFG ứng với các tiêu chuẩn về thu nhập của MassHealth FPL, tính đến đầu năm dương lịch, hoặc là
2. 40% khác biệt giữa mức thu nhập thấp nhất theo MassHealth MAGI Household hoặc Medical Hardship Family Countable Income, như mô tả ở 101 CMR 613.04(1), trong PBFG của đương đơn và 200% FPL.

*(d) Health Safety Net - Medical Hardship*

Cư dân Massachusetts bất kỳ có thể đủ điều kiện tham gia *Health Safety Net - Medical Hardship* thông qua Health Safety Net nếu chi phí y tế vượt

quá mức thu nhập của họ, khiến họ không có khả năng chi trả. Để đáp ứng các điều kiện của *Medical Hardship*, chi phí y tế cho phép của người đăng ký phải vượt một tỷ lệ nhất định so với thu nhập tính được của họ, được xác định tại mục 101 CMR 613.

Mức đóng góp của người đăng ký được tính toán theo một tỷ lệ nhất định theo thu nhập tính được, tại mục 101 CMR 613.05(1)(b) dựa trên *Medical Hardship* Family's FPL nhân với thu nhập thực tế tính được, hóa đơn không đủ điều kiện chi trả Health Safety Net, từ đó người nộp đơn sẽ giữ nguyên trách nhiệm. Các yêu cầu khác đối với *Medical Hardship* được xác định tại mục 101 CMR 613.05.

Đối với các bệnh nhân đủ điều kiện tham gia Medical Hardship, bệnh viện có thể yêu cầu một khoản đặt cọc. Số tiền đặt cọc được giới hạn ở mức 20% của mức đóng góp Medical Hardship, lên đến 1,000 USD. Các khoản còn lại sẽ phụ thuộc các điều kiện thanh toán được xác định ở mục 101 CMR 613.08(1)(g).

Đối với Medical Hardship, bệnh viện sẽ làm việc với bệnh nhân để quyết định xem thử chương trình như Medical Hardship có thích hợp hay không và tiến hành nộp đơn đăng ký Medical Hardship đến Health Safety Net. Nghĩa vụ của bệnh nhân là phải cung cấp mọi thông tin mà bệnh viện yêu cầu trong khoảng thời gian cho trước để đảm bảo rằng bệnh viện có thể nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.

---

### Vai trò của Cố vấn Hỗ trợ Tài chính

Bệnh viện sẽ giúp các bệnh nhân không có hoặc thiếu bảo hiểm đăng ký nhận các trợ cấp sức khỏe thông qua các chương trình hỗ trợ cộng đồng (bao gồm nhưng không giới hạn MassHealth, chương trình hỗ trợ thanh toán được điều hành bởi Health Connector và Children's Medical Security Program), cũng như làm việc với những cá nhân đó nhằm giúp họ đăng ký một cách thích hợp nhất. Bệnh viện cũng sẽ hỗ trợ các bệnh nhân có mong muốn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính qua Health Safety Net.

Bệnh viện sẽ:

- a) cung cấp tất cả thông tin về các chương trình, gồm MassHealth, chương trình hỗ trợ chi trả do Health Connector, Children's Medical Security Program và Health Safety Net điều hành;
- b) giúp các cá nhân hoàn thành việc đăng ký nhận trợ cấp mới hoặc giúp họ gia hạn đăng ký nhận trợ cấp cũ;
- c) làm việc với cá nhân đó để thu thập tất cả các tài liệu yêu cầu;
- d) nộp đơn đăng ký hoặc gia hạn (cùng với mọi tài liệu được yêu cầu);
- e) tương tác, khi có thể và được phép theo các giới hạn của hệ thống hiện tại, với các chương trình về trạng thái của các ứng dụng đó và gia hạn;

- f) hỗ trợ nhận các đăng ký trợ cấp và thụ hưởng từ các chương trình bảo hiểm; và
- g) cấp và hỗ trợ đăng ký.

Bệnh viện sẽ tư vấn cho bệnh nhân về các nghĩa vụ của mình để cung cấp cho bệnh viện và các cơ quan nhà nước, cùng với thông tin về chính xác và kịp thời về họ tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày tháng năm sinh, mã SSN (nếu có), lựa chọn bảo hiểm hiện tại (gồm nhà, xe hoặc các bảo hiểm trách nhiệm khác) có thể trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực tài chính khác, thông tin công dân và cư trú. Thông tin này sẽ được gửi tới bang như là một khâu của quá trình đăng ký nhận hỗ trợ cộng đồng để xác định mức chi trả cho các dịch vụ y tế cấp cho cá nhân.

Nếu cá nhân hoặc Người bảo lãnh không cung cấp được các thông tin cần thiết, bệnh viện có thể cố gắng tìm kiếm các thông tin từ các nguồn khác (theo yêu cầu của bệnh nhân). Những nỗ lực này sẽ bao gồm tiến hành làm việc với các cá nhân khi được yêu cầu, xác định xem có nên gửi các hóa đơn dịch vụ đến họ để hỗ trợ khấu trừ một lần. Điều này xảy ra khi một cá nhân sắp xếp dịch vụ của họ, trong suốt thời gian trước đăng ký, trong khi nhập viện, khi xuất viện hoặc trong một thời gian nào đó thích hợp sau khi xuất viện. Các thông tin mà bệnh viện có được sẽ được lưu trữ theo các luật về quyền riêng tư và luật an ninh.

Bệnh viện cũng sẽ thông báo cho bệnh nhân trong suốt quá trình đăng ký về trách nhiệm phải báo cáo cho bệnh viện và các cơ quan nhà nước cung cấp hỗ trợ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bất cứ bên thứ ba liên quan có thể nhận trách nhiệm chi trả, gồm nhà cửa, xe cộ, hoặc chính sách bảo hiểm pháp lý khác. Nếu bệnh nhân đã xác nhận yêu cầu của bên thứ ba và ký yêu cầu đòi đền bù từ bên thứ ba, bệnh viện sẽ thông báo cho bệnh nhân về việc phải báo cáo cho các nhà cung cấp và các chương trình của nhà nước trong vòng 10 ngày kể từ khi xác nhận. Bệnh nhân cũng sẽ được thông báo rằng họ sẽ phải trả lại cơ quan nhà nước số tiền hỗ trợ chăm sóc sức khỏe nếu có thỏa thuận thế quyền, hoặc ủy quyền cho cơ quan nhà nước để họ thu lại số tiền tương ứng.

Khi cá nhân liên hệ với bệnh viện, bệnh viện sẽ cố gắng xác nhận xem cá nhân đó có đáp ứng các yêu cầu để nhận Hỗ trợ Tài chính hoặc từ các chương trình cộng đồng hay không. Cá nhân đăng ký tham gia chương trình hỗ trợ từ cộng đồng có thể đủ điều kiện nhận được những lợi ích nhất định. Các cá nhân cũng có thể đủ điều kiện nhận các hỗ trợ bổ sung dựa vào chương trình Hỗ trợ Tài chính bệnh viện, các tài liệu về thu nhập cá nhân, tài sản và chi phí y tế cho phép.

---

**Nghĩa vụ của  
Bệnh nhân**

Trước khi sử dụng bất kỳ một dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào (trừ trường hợp bệnh nhân ở trong Tình trạng Y tế Khẩn cấp hoặc cần Chăm sóc Đặc biệt),

bệnh nhân nên được cung cấp một cách chính xác và kịp thời các thông tin về tình trạng bảo hiểm, thông tin cá nhân, các thay đổi trong thu nhập, chính sách bảo hiểm nhóm (nếu có), và nếu hiểu, thông tin về mức khấu trừ hoặc đồng chi trả do công ty bảo hiểm hoặc chương trình tài chính yêu cầu. Thông tin chi tiết cho mỗi mục bao gồm, nhưng không hạn chế:

- Họ tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày tháng năm sinh, mã SSN (nếu có), các lựa chọn bảo hiểm y tế hiện tại, thông tin quốc tịch và cư trú, các nguồn lực tài chính mà bệnh nhân có thể dùng để chi trả cho các hóa đơn;
- Nếu có thể, nêu tên đầy đủ của người bảo lãnh cho bệnh nhân, địa chỉ của họ, số điện thoại, ngày sinh, mã SSN (nếu có), các lựa chọn bảo hiểm y tế hiện tại, và các nguồn lực tài chính mà họ có thể dùng để chi trả cho các hóa đơn của bệnh nhân; và
- Các nguồn lực khác có thể dùng để chi trả các hóa đơn, gồm các chương trình bảo hiểm khác, xe cộ hoặc các hợp đồng bảo hiểm nhà ở nếu việc điều trị là do tai nạn, các chương trình bồi thường lao động, hợp đồng bảo hiểm học đường, và bất cứ nguồn thu nhập nào khác của gia đình như tài sản thừa kế, quà tặng hoặc các tài sản ủy thác khác.

Bệnh nhân có nghĩa vụ theo dõi các khoản viện phí chưa trả, gồm tất cả các khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm, khấu trừ và liên hệ với bệnh viện nếu họ cần hỗ trợ chi trả viện phí. Bệnh nhân cũng được yêu cầu thông báo về bảo hiểm y tế hiện tại của họ (nếu họ có) hoặc cơ quan đã xác định về tình trạng đủ điều kiện của họ khi tham gia một chương trình cộng đồng khi thu nhập của gia đình hoặc tình trạng bảo hiểm có thay đổi. Bệnh viện cũng có thể hỗ trợ bệnh nhân cập nhật tình trạng đủ điều kiện của họ khi tham gia chương trình cộng đồng. Do đó, khi có bất cứ thay đổi nào trong Thu nhập Hộ gia đình hoặc trạng thái bảo hiểm thì bệnh nhân nên thông báo cho bệnh viện về các thay đổi có liên quan đến tình trạng đủ điều kiện của mình.

Các bệnh nhân cũng được yêu cầu cho biết các bệnh viện các chương trình mà từ đó họ nhận được sự giúp đỡ (chẳng hạn: MassHealth, Connector hoặc Health Safety Net), các thông tin liên quan đến Thu nhập Hộ gia đình, hoặc họ có được nhận bồi thường bảo hiểm để trả viện phí hay không. Nếu có bên thứ ba (ví dụ, nhưng không giới hạn, bảo hiểm nhà ở hoặc xe) chịu trách nhiệm chi trả chi phí chăm sóc do tai nạn hoặc các tai biến khác, bệnh nhân sẽ làm việc với bệnh viện hoặc một chương trình thích hợp (bao gồm nhưng không giới hạn, MassHealth, Connector, hoặc Health Safety Net) để ủy quyền thu hồi số tiền đã trả hoặc chưa trả cho dịch vụ đó.

---

### **Hỗ trợ Tài chính Bệnh viện**

Hỗ trợ Tài chính sẽ được mở rộng cho các bệnh nhân không có hoặc thiếu bảo hiểm, miễn là đáp ứng được các tiêu chí xác định bên dưới. Những tiêu chí này đảm bảo cho chính sách hỗ trợ tài chính sẽ được áp dụng một cách thống nhất trong các cơ sở thuộc LHMC. LHMC giữ quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay đổi chính sách này nếu cần hoặc xét thấy phù hợp. LHMC sẽ giúp các cá

nhân nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện bằng việc hoàn thành đơn đăng ký (xem Phụ lục 1 và Phụ lục 2).

Nguồn chi trả (bảo hiểm lao động, Medicaid, Indigent Funds - Quỹ dành cho người nghèo, Victims of Violent Crime - Nạn nhân của tội phạm bạo lực, v.v...) phải được xem xét và đánh giá trước khi bệnh nhân được cân nhắc Hỗ trợ Tài chính. Nếu xét thấy bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận một hỗ trợ khác, LHMC sẽ giới thiệu bệnh nhân đến cơ sở đó để hoàn thành các mẫu đơn và đăng ký hoặc giúp đỡ bệnh nhân về mặt thủ tục. Những người đăng ký nhận hỗ trợ đòi hỏi phải sử dụng hết các lựa chọn chi trả khác, xem như là một điều kiện để nhận được Hỗ trợ Tài chính, gồm cả việc đăng ký các chương trình hỗ trợ công đồng và Health Safety Net như đã mô tả ở trên.

Những người đăng ký nhận Hỗ trợ Tài chính có trách nhiệm đăng ký các chương trình cộng đồng và theo đuổi các gói bảo hiểm tư nhân. Bệnh nhân/Người bảo lãnh lựa chọn không hợp tác trong quá trình đăng ký các chương trình mà LHMC xác định là những nguồn chi trả khả dĩ có thể bị từ chối Hỗ trợ Tài chính. Những người đăng ký luôn được kỳ vọng sẽ đóng góp được phần nào đó chi phí chăm sóc sức khỏe, dựa vào khả năng chi trả của họ được phác thảo trong chính sách này.

Bệnh nhân/Người bảo lãnh có thể đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc các bảo hiểm y tế khác phải đăng ký hạng mục bảo hiểm của Medicaid hoặc trình các chứng cứ cho thấy họ đã đăng ký Medicaid hoặc các loại bảo hiểm y tế khác qua Federal Health Insurance Marketplace (Thị trường Bảo hiểm Y tế liên bang) trong vòng sáu (6) tháng từ khi đăng ký nhận Hỗ trợ Tài chính từ LHMC. Bệnh nhân/Người bảo lãnh phải hợp tác trong quá trình đăng ký được xác định trong chính sách này để đảm bảo các điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.

Các tiêu chí do LHMC cân nhắc khi đánh giá một bệnh nhân có đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính bệnh viện hay không bao gồm:

- Thu nhập Hộ gia đình
- Tài sản
- Nghĩa vụ y tế
- Sử dụng hết mọi hỗ trợ công và tư sẵn có khác

Tất cả các bệnh nhân đều có quyền tham gia chương trình Hỗ trợ Tài chính của LHMC miễn là họ đáp ứng được các điều kiện yêu cầu đặt ra ở trên của chính sách này, bất kể vị trí địa lý hay tình trạng cư trú. Hỗ trợ Tài chính được cấp cho bệnh nhân/Người bảo lãnh dựa trên nhu cầu tài chính và phù hợp với luật tiểu bang và liên bang.

Hỗ trợ Tài chính sẽ được cấp cho những bệnh nhân không đủ điều kiện được bảo hiểm, các hỗ trợ như vậy cũng tuân theo các thỏa thuận đã ký trong các hợp đồng bảo hiểm. Nhìn chung, các Hỗ trợ Tài chính không sẵn có cho các



bệnh nhân đồng chi trả hoặc số dư trong trường hợp bệnh nhân không tuân thủ các yêu cầu bảo hiểm.

Những bệnh nhân có Health Savings Account (HAS - Tài khoản Tiết kiệm Y tế), Health Reimbursement Account (HRA - Tài khoản Bồi hoàn Y tế), hoặc Flexible Spending Account (FSA - Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt) mong muốn sẽ được sử dụng trước khi nhận Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện. LHMC có quyền thay đổi các khoản chiết khấu được mô tả trong chính sách này nếu nhận thấy các điều khoản này vi phạm các nghĩa vụ hợp đồng và pháp lý của LHMC.

---

### **Giảm giá Hỗ trợ Tài chính**

Dựa trên việc đánh giá Thu nhập Hộ gia đình, tài sản và nghĩa vụ y tế của người đăng ký, bệnh nhân sẽ nhận được một trong những khoản giảm giá được liệt kê như dưới đây. Tất cả các giảm giá được ghi nhận là liên quan đến số dư có trách nhiệm của bệnh nhân. Các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ Ngoài Mạng lưới không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính. Tương tự như vậy, những bệnh nhân được bảo hiểm chọn không sử dụng bảo hiểm của bên thứ ba có sẵn (“tự thanh toán tự nguyện”) sẽ không đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính cho số tiền nợ trên bất kỳ tài khoản nào được đăng ký là tự thanh toán tự nguyện. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, một bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện sẽ bị tính phí nhiều hơn AGB.

**Chăm sóc Từ thiện:** LHMC sẽ hỗ trợ 100% chi phí chăm sóc theo chính sách này cho các bệnh nhân/Người bảo lãnh có Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc dưới 400% của Định mức Nghèo đói Liên bang hiện hành, nếu không thì phải đáp ứng đủ các tiêu chí được quy định trong chính sách này.

**Medical Hardship:** Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được giảm giá 100%, với khoản nợ y tế lớn hơn hoặc bằng 25% so với Thu nhập Hộ gia đình, nếu không thì phải đáp ứng đủ các tiêu chí được quy định trong chính sách này.

---

### **Chính sách Hỗ trợ Tài chính**

Thông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài chính của LHMC, Bản tóm lược và Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính hiện đã có và hoàn toàn miễn phí trên trang web của LHMC, có ở các bệnh viện và phòng khám và sẽ được dịch ra các thứ tiếng được sử dụng bởi ít nhất 1,000 người hoặc 5% cư dân trong cộng đồng mà LHMC phục vụ.

Ngoài ra, chính sách chi trả và Hỗ trợ Tài chính của LHMC luôn xuất hiện trên tất cả các bản sao kê bệnh nhân hàng tháng và thư góp ý được in, vào bất cứ lúc nào khi được yêu cầu.

1. Bệnh nhân/Người bảo lãnh có thể đăng ký nhận Hỗ trợ Tài chính vào bất cứ lúc nào trong Thời gian Đăng ký.

2. Để được xem xét Hỗ trợ Tài chính, bệnh nhân/Người bảo lãnh được yêu cầu phải hợp tác và cung cấp các thông tin cá nhân, tài chính và các tài liệu khác có liên quan để đánh giá nhu cầu tài chính. Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính có thể lấy thông qua một trong các cách sau:
  - a. Trên trang web của LHMC: <https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
  - b. Đến Đơn vị Tư vấn Tài chính  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Gọi đến số điện thoại trên để yêu cầu gửi một bản sao qua thư
  - d. Gọi đến số điện thoại trên để yêu cầu gửi một bản sao điện tử
3. Bệnh nhân/Người bảo lãnh được yêu cầu cung cấp bản kế toán các nguồn tài chính sẵn có cho bệnh nhân/Người bảo lãnh.  
Thu nhập Hộ gia đình có thể được xác minh thông qua một hoặc tất cả các tài liệu sau đây:
  - a. Mẫu W-2 hiện hành và/hoặc Mẫu 1099
  - b. Bản khai thuế thu nhập cá nhân của tiểu bang hoặc liên bang hiện hành
  - c. Bốn (4) bảng lương gần nhất
  - d. Bốn (4) bảng sao kê séc hoặc tiết kiệm gần nhất
  - e. Tài khoản tiết kiệm y tế
  - f. Các khoản bồi hoàn y tế
  - g. Tài khoản chi tiêu linh hoạt
4. Trước khi đánh giá xem có đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính hay không, bệnh nhân/Người bảo lãnh phải đưa ra bằng chứng cho thấy họ đã đăng ký Medicaid hoặc các bảo hiểm y tế khác qua Federal Health Insurance Marketplace và phải cung cấp tài liệu của bất kỳ bảo hiểm nào hiện có của bên thứ ba.
  - a. Các cố vấn sức khỏe của LHMC sẽ hỗ trợ bệnh nhân/Người bảo lãnh khi đăng ký Medicaid và sau đó hỗ trợ họ đăng ký Hỗ trợ Tài chính.
  - b. Nếu một cá nhân nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính trong khi Federal Health Insurance Marketplace mở cửa đăng ký thì cá nhân đó phải tìm kiếm bảo hiểm trước khi có đánh giá của LHMC về Đơn xin Hỗ trợ Tài chính.
5. LHMC *không* được từ chối Hỗ trợ Tài chính theo chính sách này do một cá nhân không cung cấp thông tin hoặc tài liệu *không* được mô tả rõ ràng trong chính sách này hoặc trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính.
6. LHMC sẽ xác định tính đủ điều kiện cuối cùng để được Hỗ trợ Tài chính trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc sau khi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.
7. Giấy xác nhận đủ điều kiện cuối cùng sẽ được gán trên tất cả các tài khoản hiện tại của bệnh nhân (số dư đầu kỳ), có hiệu lực 6 tháng bắt đầu từ ngày đăng ký. Thư xác nhận sẽ được gửi cho bệnh nhân/Người bảo lãnh.

8. Nếu bệnh nhân/Người bảo lãnh gửi đơn đăng ký không đầy đủ, sẽ có thông báo cho họ và giải thích về các thông tin bị thiếu. Bệnh nhân/Người bảo lãnh sẽ có ba mươi (30) ngày để thực hiện và cung cấp các thông tin được yêu cầu. Nếu không hoàn thành đơn đăng ký thì yêu cầu Hỗ trợ Tài chính sẽ bị từ chối.
9. Việc xác định tính đủ điều kiện để được nhận Hỗ trợ Tài chính hay dựa trên việc nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính sẽ vẫn có hiệu lực trong Thời hạn Đủ điều kiện cho mọi dịch vụ y tế đủ điều kiện được cung cấp và sẽ bao gồm tất cả các khoản phải thu chưa thanh toán trong vòng sáu (6) tháng trước đó, gồm cả các khoản nợ tại các cơ quan có nợ xấu. Những bệnh nhân đã được LHMC hoặc một bệnh viện liên kết xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính trong Thời hạn Đủ điều kiện sẽ tự động được coi là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện trong thời gian 6 tháng kể từ ngày xác định đủ điều kiện đó. Bệnh nhân/Người bảo lãnh có trách nhiệm thông báo cho LHMC về bất kỳ thay đổi tài chính nào trong Thời hạn đủ điều kiện. Nếu không làm như vậy có thể dẫn đến việc mất tính đủ điều kiện.
10. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sẽ được hoàn lại tiền cho bất kỳ khoản thanh toán nào vượt quá số tiền mà cá nhân chịu trách nhiệm thanh toán.

---

#### **Lý do Từ chối**

LHMC có thể sẽ từ chối yêu cầu Hỗ trợ Tài chính do nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm nhưng không giới hạn:

- Thu nhập Hộ gia đình đảm bảo
- Có mức tài sản đảm bảo
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc không đáp ứng với những nỗ lực hợp tác nhằm làm việc với bệnh nhân/Người bảo lãnh
- Không hoàn tất Đơn xin Hỗ trợ Tài chính bất chấp những nỗ lực làm việc với bệnh nhân/Người bảo lãnh
- Bảo hiểm đang chờ xử lý hoặc bồi thường pháp lý
- Giữ lại khoản thanh toán bảo hiểm và/hoặc quỹ thanh toán bảo hiểm, bao gồm các khoản thanh toán được gửi cho bệnh nhân/Người bảo lãnh để chi trả các dịch vụ do LHMC cung cấp và các khiếu nại liên quan đến thương tật cá nhân và/hoặc tai nạn.

---

#### **Đủ tiêu chuẩn Dự kiến**

LHMC hiểu rằng không phải tất cả bệnh nhân đều có thể hoàn tất Đơn xin Hỗ trợ Tài chính hoặc tuân thủ các yêu cầu về giấy tờ. Có thể có trường hợp mà theo đó bệnh nhân/Người bảo lãnh vẫn đáp ứng tiêu chuẩn được nhận Hỗ trợ Tài chính ngay cả khi không hoàn thành được mẫu đăng ký. Các thông tin khác có thể được LHMC sử dụng để xác định liệu tài khoản của bệnh nhân/Người bảo lãnh là khó thu thập hay không và thông tin này sẽ được dùng để xác định Đủ tiêu chuẩn Dự kiến.

Đủ tiêu chuẩn Dự kiến có thể được cấp cho bệnh nhân dựa vào mức độ phù hợp của họ đối với các chương trình khác hoặc điều kiện sống, chẳng hạn như:

- Bệnh nhân/Người bảo lãnh tuyên bố phá sản. Trong các trường hợp liên quan đến phá sản, chỉ số dư tài khoản kể từ ngày phá sản sẽ bị xóa sổ.
- Bệnh nhân/Người bảo lãnh qua đời mà không có bất động sản trong di chúc.
- Bệnh nhân/Người bảo lãnh được xác định là vô gia cư.
- Các tài khoản bị cơ quan thu nợ trả lại là không thể thu hồi được do bất kỳ lý do nào ở trên và không có khoản thanh toán nào được nhận.
- Bệnh nhân/Người bảo lãnh đủ điều kiện tham gia các chương trình Medicaid của tiểu bang sẽ đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính đối với bất kỳ nghĩa vụ chia sẻ chi phí nào liên quan đến chương trình hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm.

Tài khoản bệnh nhân được nhận Đủ tiêu chuẩn Dự kiến sẽ được phân loại lại theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính. Chúng sẽ không được gửi cho mục đích truy thu hoặc các hoạt động truy thu khác.

---

### **Chiết khấu Thanh toán Nhanh**

Bệnh nhân không có bảo hiểm của bên thứ ba không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Cộng đồng hoặc Hỗ trợ Tài chính sẽ được giảm 30% tùy thuộc vào việc thanh toán số dư tài khoản của họ đối với tất cả các dịch vụ chăm sóc được cung cấp, bao gồm Chăm sóc Khẩn cấp, Chăm sóc Đặc biệt, Chăm sóc Y tế Cần thiết và Dịch vụ Chọn lọc. Thanh toán số tiền đã thương lượng phải được thực hiện đầy đủ trong vòng mười lăm ngày kể từ ngày bệnh nhân nhận được bản sao kê đầu tiên của họ. Chiết khấu này sẽ không được áp dụng cho bất kỳ dịch vụ nào được ấn định bằng biểu phí tự trả riêng. Ngoài ra, các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ Trong và Ngoài Mạng lưới không đủ điều kiện để được chiết khấu thanh toán nhanh. Điều này có nghĩa là khoản chiết khấu này cũng sẽ không được áp dụng cho bất kỳ bệnh nhân nào trả tiền cho các dịch vụ theo Kế hoạch Thanh toán.

---

### **Các dịch vụ Y tế Khẩn cấp**

Theo các quy định của Đạo luật Lao động và Điều trị Y tế Khẩn cấp Liên bang (EMTALA), không bệnh nhân nào phải được sàng lọc về Hỗ trợ Tài chính hoặc thông tin thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ trong tình huống khẩn cấp. LHMC có thể yêu cầu thanh toán chia sẻ chi phí cho bệnh nhân (tức là đồng thanh toán) được thực hiện tại thời điểm dịch vụ, miễn là các yêu cầu đó không gây chậm trễ trong việc khám sàng lọc hoặc điều trị cần thiết để ổn định bệnh nhân trong tình huống khẩn cấp. LHMC sẽ cung cấp, không phân biệt đối xử, chăm sóc các Tình trạng Y tế Khẩn cấp cho các cá nhân bất kể họ có đủ điều kiện theo chính sách này hay không. LHMC sẽ không tham gia vào các hành động ngăn cản các cá nhân tìm kiếm Chăm sóc Khẩn cấp.

**Chính sách  
Thanh toán và  
Truy thu**

Các hoạt động có thể do LHMC tiến hành trong trường hợp không chi trả được mô tả trong Chính sách Thanh toán và Truy thu riêng.

Mọi người có thể yêu cầu bản sao miễn phí bằng cách:

- a. Trên trang web của LHMC: <https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
  - b. Đến Đơn vị Tư vấn Tài chính  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Gọi đến số trên để yêu cầu gửi một bản sao qua thư
  - d. Gọi đến số trên để yêu cầu bản sao điện tử
- 

**Các yêu cầu  
Điều chỉnh**

LHMC luôn tuân theo các quy tắc, điều lệ và luật tiểu bang và liên bang, và báo cáo các yêu cầu có thể áp dụng cho các hoạt động theo chính sách này. Chính sách này đòi hỏi LHMC phải theo dõi các Hồ trợ Tài chính đã cung cấp để đảm bảo việc báo cáo chính xác. Thông tin về Hồ trợ Tài chính được cung cấp theo chính sách này sẽ được báo cáo thường niên theo mẫu IRS 990, Phụ lục H.

LHMC sẽ lưu lại tất cả các Hồ trợ Tài chính để quản lý một cách thích hợp và đáp ứng tất cả các yêu cầu nội bộ lẫn ngoại bộ.

---

Phụ lục 1

**Đơn xin Hỗ trợ  
Tài chính đối  
với Chăm sóc  
Từ thiện**

**Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Chăm sóc Từ thiện**

**Vui lòng in ra**

Ngày: \_\_\_\_\_ Số an sinh xã hội (SS) # \_\_\_\_\_

Số hồ sơ sức khỏe: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Đường

Số nhà

Thành phố

Bang

Mã bưu chính

Ngày dịch vụ bệnh viện: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của bệnh nhân \_\_\_\_\_

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid\*\* tại thời điểm sử dụng dịch vụ bệnh viện?

Có  Không

Nếu “Có”, đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm (cả hai mặt) và hoàn thành các thông tin sau:

Tên công ty bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Số hiệu giấy bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Ngày có hiệu lực: \_\_\_\_\_

Số điện thoại bảo hiểm: \_\_\_\_\_

\*\*Trước khi đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải đăng ký Medicaid trước 6 tháng và xuất trình chứng cứ bị từ chối.

Lưu ý: Nếu bệnh nhân/người bảo trợ có Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HAS), Tài khoản Bồi hoàn Y tế (HRA), Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt (FSA) hoặc các quỹ tương tự khác được sử dụng cho các chi phí y tế gia đình đã được lập thì cá nhân đó không đủ điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính nếu các tài sản như thế chưa được dùng hết.

**Để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, điền các thông tin sau:**

Danh sách tất cả người trong gia đình gồm cha mẹ, con cái và/hoặc anh chị em ruột, con đẻ, con nuôi, dưới 18 tuổi đang sinh sống tại gia đình.

Tên thành viên	Tuổi	Quan hệ với bệnh nhân	Nguồn thu nhập hoặc Tên người sử dụng lao động	Tổng thu nhập hằng tháng
1.				
2.				
3.				
4.				

Ngoài Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, chúng tôi cũng cần quý vị đính kèm một số giấy tờ sau khi đăng ký:

- Tờ kê khai thuế thu nhập cá nhân hiện tại của bang hoặc liên bang
- Mẫu W2 hiện tại và/hoặc Mẫu 1099



- Bốn bảng lương gần đây nhất
- Bốn bản sao kê tài khoản tiết kiệm và/hoặc tài khoản séc gần đây nhất
- Tài khoản tiết kiệm y tế
- Tài khoản bồi hoàn y tế
- Tài khoản chi tiêu linh hoạt

Nếu không có những giấy tờ này, vui lòng gọi đến Đơn vị Tư vấn Tài chính để thảo luận các giấy tờ khác mà họ có thể yêu cầu cung cấp.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc kỹ Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Đơn đăng ký và mọi điều tôi phát biểu hoặc bất kỳ giấy tờ nào tôi đính kèm là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng hành vi cố ý gửi các thông tin sai sự thật để được hỗ trợ tài chính là hành vi vi phạm pháp luật.

Chữ ký của Người đăng ký: \_\_\_\_\_

Quan hệ với Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày hoàn thành: \_\_\_\_\_

Nếu thu nhập của quý vị được bổ sung bằng bất kỳ cách nào hoặc quý vị báo cáo mức thu nhập 0.00 USD trong đăng ký này, hãy nhờ (những) người đang giúp đỡ quý vị và gia đình quý vị điền vào Tuyên bố Hỗ trợ dưới đây.

**Tuyên bố Hỗ trợ**

Tôi đã được bệnh nhân/bên chịu trách nhiệm xác nhận là người cung cấp hỗ trợ tài chính. Dưới đây là danh sách các dịch vụ và hỗ trợ mà tôi cung cấp.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi cam đoan và xác nhận những thông tin trên là chính xác và đúng sự thật theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm tài chính cho những chi phí y tế của bệnh nhân.

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày hoàn thành: \_\_\_\_\_

Vui lòng chờ 30 ngày kể từ ngày nhận đơn đăng ký để xem xét tính đủ điều kiện.

Nếu đủ điều kiện, hỗ trợ tài chính sẽ được cấp cho bệnh nhân trong vòng sáu tháng kể từ ngày chấp thuận và có hiệu lực ở tất cả các cơ sở trực thuộc Beth Israel Lahey Health như được nêu trong Phụ lục 5 của Chính sách Hỗ trợ Tài chính tương ứng của họ:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Dành cho nhân viên.	
Đơn được nhận bởi:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Ngày nhận:	

•

**Phụ lục 2**  
**Đơn xin Hỗ trợ**  
**Tài chính đối**  
**với Khó khăn Y**  
**tế**

**Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Khó khăn Y tế**

**Vui lòng in ra**

Ngày: \_\_\_\_\_

Mã SSN# \_\_\_\_\_

Số hồ sơ sức khỏe: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh của bệnh nhân \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Đường

Số nhà

Thành phố

Bang

Mã bưu chính

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid tại thời điểm sử dụng dịch vụ bệnh viện?

Có  Không

Nếu “Có”, đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm (cả hai mặt) và hoàn thành các thông tin sau:

Tên công ty bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Số hiệu giấy bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Ngày có hiệu lực: \_\_\_\_\_

Số điện thoại bảo hiểm: \_\_\_\_\_

**\*\*Trước khi đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải đăng ký Medicaid trước 6 tháng và xuất trình chứng cứ bị từ chối.**

*Lưu ý: Nếu bệnh nhân/người bảo trợ có Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HAS), Tài khoản Bồi hoàn Y tế (HRA), Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt (FSA) hoặc các quỹ tương tự khác được sử dụng cho các chi phí y tế gia đình đã được lập thì cá nhân đó không đủ điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính nếu các tài sản như thế chưa được dùng hết.*

**Để đăng ký nhận hỗ trợ Khó khăn Y tế, điền các thông tin sau:**

Danh sách tất cả người trong gia đình gồm cha mẹ, con cái và/hoặc anh chị em ruột, con đẻ, con nuôi, dưới 18 tuổi đang sinh sống tại gia đình.

Tên thành viên	Tuổi	Quan hệ với cha/mẹ	Nguồn thu nhập hoặc Tên người sử dụng lao động	Tổng thu nhập hàng tháng
1.				
2.				
3.				
4.				

Ngoài Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, chúng tôi cũng cần quý vị đính kèm theo Đơn một số giấy tờ sau:

- Tờ kê khai thuế thu nhập cá nhân hiện tại của bang hoặc liên bang
- Mẫu W2 hiện tại và/hoặc Mẫu 1099
- Bốn bảng lương gần đây nhất
- Bốn bản sao kê tài khoản tiết kiệm và/hoặc tài khoản séc gần đây nhất
- Tài khoản tiết kiệm y tế
- Tài khoản bồi hoàn y tế
- Tài khoản chi tiêu linh hoạt
- Bản sao tất cả các hóa đơn y tế

Nếu không có những giấy tờ này, vui lòng gọi đến Đơn vị Tư vấn Tài chính để thảo luận các giấy tờ khác mà họ có thể yêu cầu cung cấp.

Danh sách các khoản nợ y tế và cung cấp bản sao các hóa đơn y tế phát sinh 12 tháng trước:

Ngày sử dụng dịch vụ	Nơi sử dụng dịch vụ	Khoản nợ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vui lòng giải thích ngắn gọn vì sao những hóa đơn y tế này gây khó khăn:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cam đoan mọi thông tin đã khai trong đơn là đúng theo hiểu biết, niềm tin và thông tin mà tôi có.

Chữ ký của Người đăng ký: \_\_\_\_\_

Quan hệ với Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày hoàn thành: \_\_\_\_\_

Vui lòng chờ 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn hoàn chỉnh để xác định tính đủ điều kiện.

Nếu đủ điều kiện, hỗ trợ tài chính sẽ được cấp cho bệnh nhân trong vòng sáu tháng kể từ ngày chấp thuận và có hiệu lực ở tất cả các cơ sở trực thuộc Beth Israel Lahey Health như được nêu trong Phụ lục 5 của Chính sách Hỗ trợ Tài chính tương ứng của họ:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Dành cho nhân viên.	
Đơn được nhận bởi:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Ngày nhận:	

**Phụ lục 3**  
**Biểu đồ Giảm**  
**giá dựa trên**  
**mức Thu nhập**  
**và Tài sản**

**Chiết khấu Thanh toán Nhanh:** Bệnh nhân không có bảo hiểm của bên thứ ba không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Cộng đồng hoặc Hỗ trợ Tài chính sẽ được giảm 30% tùy thuộc vào việc thanh toán số dư tài khoản của họ đối với tất cả các dịch vụ chăm sóc được cung cấp, bao gồm Chăm sóc Khẩn cấp, Chăm sóc Đặc biệt, Chăm sóc Y tế Cần thiết và Dịch vụ Chọn lọc. Thanh toán số tiền đã thương lượng phải được thực hiện đầy đủ trong vòng mười lăm (15) ngày kể từ ngày bệnh nhân nhận được bản sao kê đầu tiên của họ. Chiết khấu này sẽ không được áp dụng cho bất kỳ dịch vụ nào được ấn định bằng biểu phí tự trả riêng. Ngoài ra, các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ Trong và Ngoài Mạng lưới không đủ điều kiện để được chiết khấu thanh toán nhanh. Điều này có nghĩa là khoản chiết khấu này cũng sẽ không được áp dụng cho bất kỳ bệnh nhân nào trả tiền cho các dịch vụ theo Kế hoạch Thanh toán.

**Giảm giá Hỗ trợ Tài chính và Khó khăn Y tế được áp dụng cho số dư liên quan đến trách nhiệm của bệnh nhân.**

**Giảm giá Hỗ trợ Tài chính cho các bệnh nhân đủ điều kiện:**

**Chăm sóc Từ thiện**

<b>Mức thu nhập</b>	<b>Giảm giá</b>
Ít hơn hoặc bằng 400% FPL	100%

**Khó khăn Y tế**

Bệnh nhân được xác định đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ từ chương trình Trợ cấp Khó khăn Y tế (Medical Hardship) nếu các hóa đơn viện phí lớn hơn hoặc bằng 25% so với Thu nhập Hộ gia đình và sẽ nhận được mức giảm giá là 100%.



**Phụ lục 4**

**Số tiền Thông thường được tính (AGB)**

Xem định nghĩa ở trên về Số tiền Thông thường được tính trong chính sách để có thông tin mô tả về cách tính toán AGB bằng phương pháp “Hồi cứu”.

Tỷ lệ phần trăm AGB hiện tại của LHMC dựa trên yêu cầu cho năm tài chính 2020 bằng 43,23%.

AGB có thể thay đổi bất cứ lúc nào vì những lý do sau:

- Các thay đổi của Công ty Bảo hiểm Y tế Tư nhân và Hợp đồng Phí Dịch vụ Medicare
- Các khoản thanh toán nhận được từ các chương trình của Công ty Bảo hiểm Y tế Tư nhân và Phí dịch vụ của Medicare.

Cập nhật 1/2021

## Phụ lục 5

**Nhà cung cấp và các Phòng khám - Được chi trả và Không được chi trả**

**Chính sách Hỗ trợ Tài chính này chi trả mọi khoản phí Bệnh viện (Cơ sở) tại các đơn vị sau:**

- Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA
- Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA

**Chính sách Hỗ trợ Tài chính này cũng bao gồm các khoản phí từ các cá nhân và tổ chức được liệt kê trong các trang từ 1-15 của tệp đính kèm có tên “Các nhà cung cấp và Phòng khám Được chi Trả và Không được chi trả” cho các dịch vụ được cung cấp trong các cơ sở của Bệnh viện được liệt kê ở trên.**

**Đối với các nhà cung cấp được liệt kê ở trang 16 của tệp đính kèm có tên “Các nhà cung cấp và Phòng khám Được chi Trả và không được chi trả”, Chính sách Hỗ trợ Tài chính này chỉ bao gồm phí Cơ sở Bệnh viện, và không bao gồm các khoản phí nhà cung cấp từ các cá nhân và tổ chức được liệt kê ở trang 16 của tệp đính kèm. Bệnh nhân được khuyến khích liên hệ trực tiếp với các nhà cung cấp này để xem họ có cung cấp bất kỳ hỗ trợ nào không và sắp xếp thanh toán.**

Cập nhật vào tháng 1/2021.

---

**Phụ lục 6**  
**Truy cập Tài**  
**liệu Công khai**

Thông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài chính LHMC, Tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản, Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, Đơn xin Hỗ trợ Khó khăn Y tế và Chính sách Thanh toán và Truy thu của LHMC sẽ được cung cấp miễn phí cho bệnh nhân và cộng đồng mà LHMC phục vụ bằng nhiều nguồn khác nhau:

1. Bệnh nhân và Người bảo lãnh có thể yêu cầu bản sao của các giấy tờ liên quan đến Hỗ trợ Tài chính và Thanh toán và Truy thu, và có thể yêu cầu trợ giúp hoàn tất thủ tục đăng ký Hỗ trợ Tài chính và Hỗ trợ Khó khăn Y tế qua điện thoại, email hoặc trực tiếp nhận tại địa chỉ:

LHMC  
Tur vấn Tài chính  
41 Burlington Mall Road  
Burlington, MA 01803

2. Bệnh nhân và Người bảo lãnh có thể yêu cầu bản sao của các giấy tờ liên quan đến Hỗ trợ Tài chính, Chính sách Thanh toán và Truy thu qua trang web công khai của LHMC: <https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>.

Chính sách Hỗ trợ Tài chính của LHMC, Tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản, Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, Đơn xin Hỗ trợ Khó khăn Y tế và Chính sách Thanh toán và Truy thu của LHMC sẽ được dịch sang bất kỳ ngôn ngữ nào, được xem là ngôn ngữ chính của bên cho thuê có dân số 1.000 người hoặc 5% cư dân trong cộng đồng do LHMC phục vụ.

LHMC đăng tải những thông báo (bảng hiệu) về Hỗ trợ Tài chính hiện có như đã nêu trong chính sách tại các địa điểm sau:

1. Đón tiếp, tiếp nhận bệnh nhân, khu vực chờ/đăng ký hoặc tương đương, tức là ở khu vực chờ/đăng ký của khoa cấp cứu;
2. Khu vực chờ/đăng ký hoặc tương đương của các cơ sở được cấp phép ngoài bệnh viện; và
3. Khu vực tư vấn tài chính cho bệnh nhân

Những bảng hiệu rất dễ thấy (8.5" x 11") và dễ đọc đối với các bệnh nhân tại những khu vực này. Thông báo viết:

**THÔNG BÁO HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

Bệnh viện cung cấp nhiều chương trình hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân đủ điều kiện. Để xem bạn có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, vui lòng đến Văn phòng Tư vấn Tài chính chúng tôi tại Sảnh chính của tầng 1 hoặc gọi 781-744-8815 để biết thêm thông tin về các chương trình.

**Lịch sử Chính sách**

<b>Ngày</b>	<b>Hoạt động</b>
9/2016	Chính sách được Ban Quản trị phê duyệt
7/2020	Đã cập nhật danh sách nhà cung cấp
8/2020	Chính sách sửa đổi được BILH EVP/CFO và Ban Tài chính của LHMC, là Cơ quan ủy quyền của Ban quản trị phê duyệt

---