Tên tài liệu: Hỗ trợ tài chính - Các dịch vụ tại bệnh viện

Phạm Vi:

Chính sách này áp dụng cho những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho Chăm sóc thiện nguyện hoặc Hỗ trợ tài chính, đối với các dịch vụ mà họ nhận được tại các cơ sở Bệnh viện thuộc MultiCare Health System ("MHS"), do MHS cung cấp.

Các địa điểm bao gồm: Bệnh viện Đa khoa Tacoma/Bệnh vện Allenmore, Bệnh viện Nhi Mary Bridge, Bệnh viện Good Samaritan, Trung tâm Y tế Auburn, Trung tâm Y tế Covington, Bệnh viện Deaconess, Bệnh viện Valley, Nhà an dưỡng cuối đời và dịch vụ chăm sóc tại nhà, Trung tâm Sức khỏe Hành vi Navos và Trung tâm Y tế Capital và Bệnh viện Yakima Memorial.

Tuyên Bố về Chính Sách:

MHS được dẫn dắt bởi sứ mệnh cung cấp dịch vụ chất lượng cao, lấy bệnh nhân làm trọng tâm. Chúng tôi cam kết phục vụ tất cả bệnh nhân, kể cả những người không có bảo hiểm y tế hoặc những người không thể chi trả cho tất cả hoặc một phần dịch vụ chăm sóc thiết yếu mà họ nhận được. Chúng tôi cam kết điều trị cho tất cả bệnh nhân với lòng trắc ẩn. Chúng tôi cam kết duy trì các chính sách Hỗ trợ tài chính phù hợp với sứ mệnh và các giá trị của chúng tôi, có xem xét đến khả năng chi trả của bệnh nhân đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế.

Định Nghĩa:

1. **Hoạt Động Truy Thu** và **Thủ Tục Truy Thu Đặc Biệt** (ECA) được định nghĩa theo bản chính sách Nguyên Tắc Truy Thu Nợ của MHS.
2. **Chăm Sóc Thiện Nguyện** và/hoặc **Hỗ Trợ Tài Chính** là các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, dành cho những Cá Nhân Đủ Điều Kiện, trong trường hợp Bảo Hiểm của Bên Thứ Ba, nếu có, hết hiệu lực, khiến cá nhân đó không thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc, hoặc không thể chi trả các khoản khấu trừ hoặc đồng bảo hiểm theo yêu cầu của bên thứ ba, dựa trên các tiêu chí trong chính sách này. Khi trao đổi với bệnh nhân, cụm từ "Hỗ trợ tài chính" được sử dụng thay cho "Chăm sóc thiện nguyện." Hai cụm từ này có nghĩa tương đương xét theo mục đích của chính sách và các bảng kê trong hoá đơn của MHS.
3. **(Những) Cá Nhân Đủ Điều Kiện**, theo định nghĩa là các bệnh nhân đã dùng hết nguồn tài trợ của bên thứ ba, và có thu nhập tương đương hoặc dưới 400% mức nghèo khó liên bang, tương ứng với quy mô gia đình.
4. **Các Điều Kiện Y Tế Khẩn Cấp** (EMC) được định nghĩa như trong Đạo Luật Lao Động Hiện Hành và Điều Trị Y Tế Khẩn Cấp của MHS (EMTALA), chính sách Tuân Thủ, tương ứng với WAC 246-453-010.
5. **Gia đình** được định nghĩa theo WAC 246-453-010 (18) là một nhóm gồm hai người trở lên, có quan hệ huyết thống, hôn ước hoặc nuôi dưỡng (nhận nuôi), sống cùng với nhau; tất cả những người có quan hệ như trên được xem là thành viên của một gia đình.

6. **Thu nhập** theo định nghĩa của WAC 246-453-010(17) là tổng số tiền mặt nhận được trước thuế, bao gồm tiền công và lương bổng, phúc lợi, bảo hiểm xã hội, trợ cấp đình công, trợ cấp thất nghiệp hoặc thương tật, chu cấp cho con cái, cấp dưỡng cho vợ chồng sau ly hôn, các khoản thu ròng từ các hoạt động kinh doanh và đầu tư.
7. **Cần Thiết Về Y Tế** theo định nghĩa của WAC 246-453-010 (7) là các dịch vụ y tế phù hợp tại bệnh viện.
8. **Bên Chịu Trách Nhiệm** là cá nhân chịu trách nhiệm thanh toán bất cứ khoản viện phí nào không được nguồn viện trợ chi trả như mô tả dưới đây.

Hướng Dẫn về Chính Sách:

Chính sách này bao gồm bản hướng dẫn cho việc đưa ra những quyết định nhất quán và khách quan về điều kiện hội đủ để nhận Hỗ trợ tài chính. Các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện đủ điều kiện nhận được Hỗ Trợ Tài Chính (bao gồm dịch vụ chăm sóc khẩn cấp) do MultiCare Health System cung cấp.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp sẽ được cung cấp cho bệnh nhân theo Tình trạng y tế khẩn cấp bất kể họ có khả năng chi trả hay không. MHS sẽ phân phối nguồn lực để xác định các trường hợp chăm sóc thiện nguyện, và cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần bồi hoàn dựa theo RCW 70.170 và WAC 246453. *Xem* Chính sách MHS: Đạo Luật Lao Động Hiện Hành và Điều Trị Y Tế Khẩn Cấp (EMTALA), Tuân Thủ.

MHS ủng hộ cam kết tự nguyện của các bệnh viện trên toàn bang cung cấp Hỗ trợ tài chính cho những cá nhân đủ điều kiện, theo hệ thống phương pháp mà Hiệp hội Bệnh viện Bang Washington (Washington State Hospital Association) cung cấp và cập nhật hằng năm.

Việc xem xét Hỗ trợ tài chính sẽ được thực hiện công bằng cho tất cả cá nhân đủ điều kiện, bất kế sắc tộc, màu da, giới tính, tôn giáo, tuổi tác, nguồn gốc dân tộc, chức vị cựu binh, tình trạng hôn nhân, xu hướng tính dục, tình trạng nhập cư, hay các tình trạng được bảo vệ về mặt luật pháp khác. *Xem* Chính sách MHS: Không phân biệt đối xử bệnh nhân

Mọi thông tin liên quan đến đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính đều được bảo mật và bảo vệ theo các nguyên tắc của HIPAA. *Xem* Tuân Thủ Quyền Riêng Tư HIPAA - Chính Sách Hành Chính.

Danh sách các nhà cung cấp chấp nhận và không chấp nhận Hỗ trợ tài chính có tại trang web https://www.multicare.org/financial-assistance/ .

Bản chính sách này mô tả quy trình thẩm định hồ sơ đăng ký và cấp Hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ miễn phí và giảm giá theo các mức sau, căn cứ trên Mức nghèo khó Liên bang (FPL) tương ứng với quy mô gia đình:

1. Hỗ trợ tài chính 100% - Các mức thu nhập từ 300% trở xuống so với (FPL); hoặc
2. Hỗ trợ tài chính theo thang trượt giá - Thu nhập đạt từ 300,5% đến 400% của FPL.

Thủ tục:

I. Tiêu chí xác định đủ điều kiện

Bên chịu trách nhiệm được xem là đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ tài chính, cần đáp ứng các tiêu chí sau đây:

A. *Đã dùng hết mọi nguồn hỗ trợ*

1. Tất cả các nguồn hỗ trợ sau phải được sử dụng hết trước khi Bên chịu trách nhiệm được xem xét Hỗ trợ tài chính:
    a. Các chương trình y tế nhóm hoặc cá nhân
    b. Các chương trình bồi hoàn của người lao động
    c. Các chương trình bảo hiểm y tế Medicaid
    d. Các chương trình khác của bang, liên bang hoặc quân đội
    e. Các trường hợp mà bên thứ ba phải chịu nghĩa vụ pháp lý (ví dụ, tai nạn xe hơi hoặc thương tích cá nhân)
    f. Các chương trình phúc lợi sức khoẻ bộ lạc
    g. Các chương trình chia sẻ dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Bộ Ban Ngành
    h. Bất cứ cá nhân hay cơ quan nào có trách nhiệm pháp lý phải chi trả
    i. Các quỹ tài khoản tiết kiệm y tế (HSA). MHS có thể yêu cầu Bên chịu trách nhiệm sử dụng hết mọi nguồn quỹ có sẵn từ HSA để bù đắp các khoản nợ.
    j. MHS sẽ truy thu tiền thanh toán từ các nguồn quỹ có sẵn. Phần nghĩa vụ pháp lý còn lại của bệnh nhân sẽ được xét Hỗ trợ tài chính, dựa theo các tiêu chí trong bản chính sách này.

B. *Điền chính xác mẫu đơn đăng ký xin Hỗ trợ tài chính.*

1. Đơn đăng ký không điền đầy đủ thông tin sẽ bị từ chối. Bệnh nhân có thể kháng nghị quyết định từ chối và cung cấp thông tin còn thiếu theo các nguyên tắc đề ra dưới đây.
2. Nếu đơn đăng ký đặt ra một khoản chi phí không hợp lý, xét đến việc có bất cứ khiếm khuyết thể chất, tinh thần, trí tuệ hoặc giác quan hoặc rào cản ngôn ngữ nào có thể gây cản trở cho bên chịu trách nhiệm trong việc tuân thủ quy trình đăng ký, thì việc xử lý hồ sơ đăng ký sẽ không được thực hiện.

C. *Tiêu chuẩn điều kiện Medicaid trong vòng 90 ngày sau khi nhận dịch vụ thay cho đơn đăng ký*

1. Quyết định về tính đủ điều kiện của Medicaid trong vòng (90) ngày kể từ ngày thực hiện dịch vụ có thể thay thế đơn xin Hỗ trợ tài chính và có thể được sử dụng để xét đủ điều kiện cho Bên chịu trách nhiệm nhận Hỗ trợ tài chính 100% trừ các khoản vượt mức. Bằng chứng về tính đủ điều kiện sẽ là trong hồ sơ bảo hiểm của bệnh nhân ở Epic có bao gồm bảo hiểm Medicaid trong khung thời gian thích hợp.

D. *Quyết định trên cơ sở giả định hoặc các trường hợp đặc biệt*

1. Bên chịu trách nhiệm có thể đáp ứng tiêu chuẩn Hỗ trợ tài chính, căn cứ vào quyết định trên cơ sở giả định hoặc các trường hợp đặc biệt, như nêu dưới đây.

E. *Các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cần thiết về mặt y tế được thực hiện*

1. Các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân phải cần thiết về mặt y tế, không phải dịch vụ tuỳ chọn.
2. Dịch vụ được nêu nào có vẻ như không cần thiết về mặt y tế, thì sẽ được Bộ

phận Quản lý việc Sử dụng xem xét lại trước ngày cung cấp dịch vụ, để xác định mức độ cần thiết về y tế.

F. *Bệnh nhân ngoại quốc*

1. Quyết định về tính đủ điều kiện của bệnh nhân quốc tế đối với các dịch vụ phi y tế sẽ được xem xét theo từng trường hợp, thông qua một hội đồng gồm có đại diện từ các Bác sĩ phụ trách, Bộ phận Chu kỳ Doanh thu và Tài chính.

II. Chứng minh thu nhập: Thu nhập sẽ được đánh giá dựa trên các tiêu chí sau:

A. *Bằng chứng xác minh thu nhập*

1. Mọi loại tài liệu sau đây đều được chấp thuận cho mục đích chứng minh thu nhập:
   a. Bản kê khai khấu trừ thuế W2
   b. Cuống phiếu lương
   c. Các giấy tờ hoàn thuế IRS gần đây nhất
   d. Quyết định Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế bằng nguồn quỹ của bang
   e. Quyết định đủ điều kiện để nhận bồi thường thất nghiệp
   f. Văn bản xác nhận từ chủ lao động hoặc các cơ quan phúc lợi
2. Đối với các phúc lợi Bảo hiểm xã hội và lương hưu, có thể dùng giấy xác nhận của ngân hàng để chứng minh khoản thu ổn định hằng tháng.
3. Trong trường hợp Bên chịu trách nhiệm không cung cấp được hồ sơ như mô tả bên trên, MHS phải dựa vào văn bản xác nhận có chữ ký từ Bên chịu trách nhiệm để đưa ra quyết định sau cùng về tính đủ điều kiện.
4. MHS có thể sử dụng giấy xác minh năng lực của một bên thứ ba để đưa ra quyết định có cơ sở giả định và áp dụng một khoản giảm giá thiện nguyện, mà không cần nhận đơn đăng ký hỗ trợ tài chính.

B. *Tính toán thu nhập*

1. MHS sẽ tính toán thu nhập dựa theo các nguyên tắc sau:
   a. Toàn bộ thu nhập của Gia đình sẽ được gộp vào bảng tính trên.
   b. Căn cứ trên loại tài liệu được cung cấp, thu nhập sẽ được tính toán trên một chu kỳ là mười hai (12) tháng.

C. *Thời điểm xác định*

1. Thu nhập sẽ được xác định tính đến thời điểm cung cấp dịch vụ.
2. Thu nhập tại thời điểm đăng ký Hỗ trợ tài chính sẽ được xem xét, nếu hồ sơ đăng ký được nộp trong vòng hai năm sau khi dịch vụ được cung cấp, và Bên chịu trách nhiệm cho thấy những nỗ lực uy tín trong việc thanh toán các dịch vụ.

III. Quy trình xác định tính đủ điều kiện

A. Vào thời điểm bệnh nhân đăng ký nhập viện, hoặc càng sớm càng tốt ngay sau khi dịch vụ bắt đầu, MultiCare sẽ đưa ra quyết định ban đầu về tính đủ điều kiện, sau khi xem xét tình trạng của bệnh nhân trên thang FPL. Nếu bệnh nhân được xác

định là có khả năng thấp hơn mức 300% của FPL, họ sẽ không phải thanh toán và sẽ được giới thiệu đến một Chuyên viên điều hướng tài chính cho bệnh nhân (PFN), và nhân viên này sẽ cung cấp thêm thông tin về chương trình Hỗ trợ tài chính cùng các chương trình sẵn có khác cho bệnh nhân.

B. Hoạt động truy thu sẽ ngừng lại trong vòng 30 ngày theo lịch đối với các bệnh nhân được cho là thấp hơn mức 300% của FPL, và Bên chịu trách nhiệm sẽ được yêu cầu làm đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính. Nếu trong vòng 30 ngày chúng tôi không nhận được đơn đăng ký, hoạt động truy thu sẽ tiếp tục được thực hiện.

C. Khi chúng tôi nhận đơn đăng ký, một chuyên viên PFN sẽ xem xét đơn này để quyết định nếu đơn đăng ký đủ điều kiện.

D. Đơn đăng ký không điền đầy đủ thông tin sẽ bị từ chối. Bên chịu trách nhiệm sẽ nhận được thư nêu rõ thông tin nào còn thiếu, và họ có thể kháng nghị với quyết định từ chối tuỳ theo những yêu cầu dưới đây.

E. Văn bản thông báo về quyết định sẽ được gửi đến người làm đơn đăng ký trong vòng mười bốn (14) ngày làm việc, kể từ khi nhận được đơn đăng ký hoàn thiện.

F. Nếu đơn đăng ký được chấp thuận, thư thông báo sẽ ghi rõ số tiền mà Bên chịu trách nhiệm phải thanh toán, nếu có.

G. Kết quả chấp thuận có hiệu lực trong 180 ngày, và sau thời gian đó thì Bên Chịu Trách Nhiệm phải nộp đơn đăng ký mới. Các khoản phúc lợi cho cá nhân đủ tiêu chuẩn trên thu nhập cố định như bảo hiểm xã hội sẽ được chấp thuận trong vòng một (1) năm, tuỳ theo quyết định của chuyên viên PFN xét duyệt hồ sơ.

IV. Kháng nghị

A. Bên chịu trách nhiệm có thể kháng nghị quyết định, bằng cách cung cấp thêm giấy tờ xác minh thu nhập hoặc quy mô gia đình, trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch, từ khi nhận được quyết định.

B. MultiCare sẽ hồi đáp kháng nghị trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch, tính từ thời điểm nhận đơn kháng nghị.

C. Mọi kháng nghị sẽ được xem xét và chấp thuận hoặc từ chối bởi Quản lý hoặc Giám đốc, thuộc Bộ phận Điều hướng tài chính cho bệnh nhân.

D. Nếu kháng nghị bị từ chối, đơn kháng nghị sẽ được trình cho AVP, Bộ phận Quyết toán tài chính, Phó Giám đốc Bộ phận Chu kỳ doanh thu, hoặc Chánh Văn phòng Tài Chính (CFO) để ra quyết định sau cùng. Nếu quyết định này xác nhận quyết định từ chối Hỗ trợ tài chính trước đó, Bên chịu trách nhiệm và Bộ Y Tế sẽ nhận được văn bản thông báo theo đúng luật pháp bang.

E. Các hoạt động truy thu sẽ được hoãn lại trong thời gian kháng nghị ba mươi (30) ngày theo lịch và thời gian xem xét kháng nghị mười bốn (14) ngày theo lịch.

V. Đăng ký các mức giảm giá Hỗ trợ tài chính

A. Hỗ trợ Tài chính áp dụng cho tổng số dư của tất cả các tài khoản mở cho Bên chịu trách nhiệm tại thời điểm nộp đơn đăng ký. Số tiền mà cá nhân đủ điều kiện thiếu nợ theo chính sách Hỗ trợ tài chính này, không được vượt quá số tiền phải chi trả thông thường của Bên chịu trách nhiệm khi không được hỗ trợ. Phương pháp dùng để tính toán mức giảm giá cho cá nhân đủ điều kiện sẽ được dựa trên bản phân tích hồi cứu thường niên. Mức giá sẽ được xác định cho từng bệnh viện riêng biệt.

Mức giá này sẽ được xác định dựa trên phương pháp Look-Back, xem xét các văn bản xác nhận cho thấy chi phí đã được trả toàn bộ cho Medicare và bảo hiểm y tế tư nhân/thương mại của Bên chịu trách nhiệm trong một năm, để xác định "số tiền phải chi trả thông thường". Bệnh nhân có thể liên hệ số 800-919-1936 để nhận thông tin miễn phí về các bản tính toán số tiền phải chi trả thông thường.

1. Số dư sẽ được xem xét Hỗ trợ tài chính dựa trên các nguyên tắc FPL trong Phụ Lục A.
2. Nếu cá nhân đủ điều kiện sống ở Hawaii hoặc Alaska, các nguyên tắc FPL gắn liền với các tiểu bang này sẽ được sử dụng để đưa ra quyết định hỗ trợ.

B. Các điều chỉnh Hỗ trợ Tài chính sẽ được xem xét trên cơ sở số dư tài khoản cá nhân. Việc phê duyệt các điều chỉnh này sẽ được uỷ quyền như sau:

1. Chuyên viên điều hướng tài chính cho bệnh nhân: $0,01 - $4.999
2. Giám sát viên: $5.000 - $49.999
3. Quản lý/Giám đốc: $50.000 - $99.999
4. AVP: $100.000 - $499.999
5. Phó chủ tịch: $500.000 - $999.999
6. SVP, CFO: $1.000.000 - $2.999.999

C. Số lượng hồ sơ đăng ký và mức độ tuân thủ chính sách này sẽ được rà soát và kiểm định hằng tháng. Báo cáo này sẽ được Phó Chủ tịch của Bộ phận Chu kỳ doanh thu, hoặc AVP, Bộ phận Quyết toán tài chính, xem xét và ký.

VI. Tính đủ điều kiện trên cơ sở giả định

A. Tính đủ điều kiện có thể được xác định trên cơ sở giả định.

1. MHS có thể sử dụng phần mềm hoặc ứng dụng phần mềm của một bên thứ ba để xác định khả năng truy thu nợ từ một tài khoản. Đây là một cuộc kiểm tra tín dụng "đơn giản" và sẽ không gây ảnh hưởng đến tình trạng tín dụng của Bên chịu trách nhiệm.
2. Nếu xét thấy bệnh nhân có thể ở trong mức 300% hoặc thấp hơn của FPL, sẽ có sự điều chỉnh tự động, với giả định rằng tài khoản này đáp ứng tiêu chuẩn nhận Hỗ trợ tài chính.

VII. Những trường hợp đặc biệt

A. Một số trường hợp đặc biệt cũng có thể nhận Hỗ trợ tài chính. Ví dụ về những trường hợp như trên gồm có:

1. **Người vô gia cư:** Người vô gia cư là người không có nhà ở hay nơi cư trú, sống phụ thuộc vào từ thiện hoặc hỗ trợ công. Những cá nhân như vậy hội đủ điều kiện để được Hỗ Trợ Tài Chính, kể cả khi họ không thể cung cấp được các hồ sơ cần thiết cho đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính.
2. **Bệnh nhân đã qua đời:** Các chi phí mà một bệnh nhân đã qua đời phải chịu có thể được xem là điều kiện hội đủ để nhận Hỗ trợ tài chính. Để đăng ký Hỗ trợ tài chính, bệnh nhân quá cố sẽ được tính là một thành viên gia đình. Các tài khoản thuộc tình trạng "Di Sản", khi di sản chưa được mở ra thì sẽ không được tính là đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ tài chính, cho đến khi Di Sản được dàn xếp xong.

3. **Tù nhân:** Trường hợp Bên chịu trách nhiệm đang bị giam giữ, họ vẫn có thể được xem xét là đủ điều kiện, nếu có quyết định từ Bang hoặc Hạt rằng Bang và Hạt không chịu trách nhiệm cho các phí tổn, và tù nhân/bệnh nhân phải chịu trách nhiệm chi trả hoá đơn. Các chi phí phát sinh trong quá trình chăm sóc thường được Cơ quan Hành pháp chi trả, không được xem là tiêu chuẩn Hỗ trợ tài chính.

4. **Xác định trường hợp thảm họa:** Bên chịu trách nhiệm có thể đáp ứng tiêu chuẩn được hỗ trợ Giảm giá trong trường hợp thiên tai thảm họa. Chỉ có các dịch vụ cần thiết về y tế là hội đủ điều kiện để nhận hỗ trợ Giảm giá trong trường hợp thiên tai thảm họa. Các trường hợp thiên tai thảm họa sẽ được xác định tùy theo từng trường hợp. Các trường hợp thiên tai thảm họa có thể bao gồm chi phí y tế đặc biệt hoặc các hoàn cảnh khó khăn. Mọi nguồn thu nhập và không phải thu nhập đều được xem xét để đưa ra quyết định, bao gồm tiềm năng thu nhập trong tương lai của Bên Chịu Trách Nhiệm, nhất là khi khả năng làm việc của người này có thể bị giới hạn vì lý do bệnh tật và/hoặc khả năng chi trả trong thời gian dài. Toàn bộ nợ hoặc một phần nợ cũng có thể được xem là tiêu chuẩn để nhận Hỗ trợ tài chính. Giám đốc hoặc Quản lý của Bộ phận Điều hướng tài chính sẽ hỗ trợ đưa ra quyết định đối với hồ sơ đăng ký trong trường hợp thiên tai thảm họa.

B. Các yêu cầu Hỗ trợ tài chính có thể xuất phát từ những nguồn khác, như bác sĩ, tập thể tôn giáo hoặc cộng đồng, các ban ngành dịch vụ xã hội, nhân viên dịch vụ hành chính, và/hoặc Bên chịu trách nhiệm.

VIII. Cá nhân đủ điều kiện cho các Chương trình hỗ trợ y tế

A. MHS thực hiện các bước sau đây để xác định bệnh nhân hoặc người bảo hộ có thể đủ điều kiện cho các chương trình hỗ trợ y tế theo RCW 74.09:

1. Nhân viên Điều hướng tài chính cho bệnh nhân xem xét đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn thiện và sẽ theo dõi những bệnh nhân hoặc người bảo lãnh có khả năng đủ điều kiện cho các chương trình hỗ trợ y tế.

2. Nhân viên điều hướng làm việc tại các cơ sở bệnh viện thuộc MHS, bao gồm các khoa cấp cứu ngoài bệnh viện của chúng tôi, để xác định và sàng lọc bệnh nhân hoặc người bảo hộ đủ điều kiện.

3. Tất cả bệnh nhân tự trả tiền được nhận vào các cơ sở y tế của MHS sẽ được sàng lọc để xác định xem họ có đủ điều kiện cho bất kỳ chương trình hỗ trợ y tế nào không.

4. Các quản lý chăm sóc sức khỏe, nhân viên đăng ký và các nhà cung cấp có thể giới thiệu bệnh nhân để sàng lọc cho các chương trình hỗ trợ y tế hoặc bảo hiểm.

5. MHS luôn có sẵn nhân viên điều hướng có chứng nhận để hỗ trợ bệnh nhân đăng ký bảo hiểm thông qua Washington Healthplanfinder miễn phí. Dịch vụ này không chỉ dành riêng cho bệnh nhân MHS, mà còn được cung cấp cho bất kỳ cá nhân nào đang tìm kiếm chương trình bảo hiểm sức khỏe.

B. Sau khi bệnh nhân hoặc người bảo hộ được xác định là có khả năng đủ điều kiện tham gia một chương trình hỗ trợ y tế:

1. Bệnh nhân sẽ được sàng lọc bởi Nhân viên điều hướng, người giúp xác định

tính đủ điều kiện để nhận bảo hiểm sức khỏe cộng đồng, dựa trên quy mô gia đình và thu nhập.

2. Khi bệnh nhân được xác nhận là đủ điều kiện, thì Nhân viên điều hướng sẽ đồng hành và hỗ trợ bệnh nhân đăng ký chương trình chăm sóc sức khỏe phù hợp.

3. Tài khoản của bệnh nhân sẽ được đánh dấu để đảm bảo bệnh nhân không phải thanh toán trong khi đơn đăng ký đang chờ xử lý.

C. MHS không có nghĩa vụ cung cấp hỗ trợ tài chính khi bệnh nhân hoặc người bảo hộ đủ điều kiện nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hồi tố theo RCW 74.09 và khi bệnh nhân hoặc người bảo hộ không nỗ lực hỗ trợ trong quá trình đăng ký bảo hiểm (RCW 70.170.060(5)).

IX. Các hoạt động truy thu đối với tài khoản thiếu nợ của bệnh nhân

A. MHS sẽ không bắt đầu truy thu hay yêu cầu nộp tiền, với điều kiện Bên Chịu Trách Nhiệm, trong phạm vi thời gian hợp lý, hợp tác với hệ thống để nhận được quyết định Hỗ Trợ Tài Chính. ECA có thể chỉ được bắt đầu sau thời gian thông báo, tương ứng với chính sách của MHS: Nguyên tắc truy thu, Tài khoản của bệnh nhân.

B. Các nghĩa vụ tài chính còn lại của Bên chịu trách nhiệm, sau khi đăng ký chương trình trượt giá, sẽ được chi trả theo các quy trình truy thu thông thường, đúng với chính sách.

C. Trong các trường hợp Bên chịu trách nhiệm đã trả một phần hoặc toàn bộ chi phí liên quan tới dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cần thiết về y tế, rồi sau đó đạt tiêu chuẩn Hỗ trợ tài chính, mọi khoản chi trả cho các dịch vụ trên mức giá đúng chuẩn sẽ được hoàn lại cho Bên chịu trách nhiệm trong vòng 30 ngày nhận được quyết định về đơn đăng ký đủ điều kiện.

X. Đào tạo nhân viên

A. Tất cả nhân viên hỗ trợ cho các cơ sở của bệnh viện có vai trò liên quan và thích hợp, những người làm thủ tục đăng ký, tiếp nhận, gửi hoá đơn, hoặc các hoạt động liên quan khác, phải tham gia vào quá trình đào tạo chuẩn hoá dựa trên Chính sách Hỗ trợ tài chính này, và sử dụng dịch vụ phiên dịch để giúp những người không thông thạo tiếng Anh hoặc không nói tiếng Anh hiểu được thông tin về tình trạng đáp ứng của các chương trình hỗ trợ tài chính.

B. Quy trình đào tạo giúp bảo đảm rằng nhân viên có thể đưa ra những phản hồi hiệu quả cho các thắc mắc về chương trình Hỗ trợ tài chính, tiếp nhận dịch vụ phiên dịch cần thiết, và chuyển các thắc mắc đến cho các phòng ban thích hợp kịp thời.

XI. Phổ biến chính sách Hỗ trợ Tài chính của MHS

A. Tất cả các bệnh nhân đều được cung cấp thông tin về chương trình Hỗ trợ tài chính khi đăng ký nhập viện. Bệnh nhân có thể yêu cầu các bản sao bổ sung từ các chuyên viên điều hướng tài chính của bệnh viện hoặc các kỹ thuật viên tiếp cận bệnh nhân tại các cơ sở của bệnh viện.

B. Các thông báo về chương trình Hỗ trợ tài chính được viết bằng tất cả các ngôn ngữ mà có hơn 10% dân số sử dụng, các thông báo sẽ được dán tại các khu vực công cộng chính của bệnh viện, bao gồm khu vực tiếp nhận và/hoặc đăng ký,

	phòng Cấp cứu, phòng Lập hóa đơn và Tài chính. C. Theo chính sách này, bệnh nhân có thể yêu cầu miễn phí mẫu đơn đăng ký và bản tóm tắt bằng ngôn ngữ mong muốn bằng cách liên hệ số 800-919-1936. D. Các tham vấn viên tài chính luôn sẵn sàng trao đổi trực tiếp về các lựa chọn Hỗ trợ tài chính tại mọi địa điểm của bệnh viện, hoặc qua điện thoại tại các khu vực khác của hệ thống y tế. E. Các bản kê hoá đơn được gửi tới cho các Bên chịu trách nhiệm bao gồm thông tin về chương trình Hỗ trợ tài chính bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha. F. Các tài liệu có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Nga và tiếng Việt. . G. Các thông báo tới cộng đồng sẽ được thực hiện qua các hình thức sau: 1. Tại khu vực đăng ký của mọi cơ sở trong bệnh viện, 2. Trên website MHS www.multicare.org 3. Các ấn phẩm truyền thông được cung cấp cho các cộng sự của MHS trong cộng đồng để truyền bá, và 4. Theo yêu cầu, bằng cách gọi số 800-919-1936
	Các mẫu đơn liên quan: Tờ hướng dẫn về bằng chứng thu nhập cho đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Thư hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân Sách giới thiệu bằng ngôn ngữ thích hợp với bệnh nhân
	Phụ Lục A- Hỗ Trợ Tài Chính
	Tham khảo: RCW 70.170 WAC 246-453 Đăng ký Liên bang Số 79, ngày 31 tháng 12 năm 2014 Final Rule
	Thông Tin Liên Hệ: AVP, Bộ phận Quyết toán tài chính, rcardenas@multicare.org

Được phê duyệt bởi:	***Ngày phê duyệt:***
Ban lãnh đạo bộ phận tài chính	***18/12, 21/4, 21/10, 22/4***
Ban lãnh đạo bộ phận tuân thủ công ty	***18/12, 21/4, 21/10, 22/4***
Hội đồng Chính sách Hệ thống	***22/4***
Ủy ban điều hành an toàn chất lượng MHS	***12/7, 13/8, 14/7, 15/4, 19/9, 21/5, 21/12***
Ban lãnh đạo MHS	***22/10***
Ngày đề xuất:	5/97
Ngày hiệu chỉnh:	*11/00, 8/03, 2/05, 2/06, 9/08, 11/09, 4/11, 6/12, 8/13, 7/14, 3/15, 2/17, 2/18, 8/18, 9/18, 4/21, 9/21, 4/22, 10/22*
Ngày kiểm tra lại xác nhận không có sự thay đổi:	*X/XX; X/XX*

Tiêu đề cũ: Chăm sóc thiện nguyện và Hỗ trợ tài chính (trước ngày 14/9)

Hỗ Trợ Tài Chính
Phụ lục A
2024

QUY MÔ GIA ĐÌNH	Tổng thu nhập hàng năm	300%	350%	400%
1	$15.060	$45.180	$52.710	$60.240
2	$20.440	$61.320	$71.540	$81.760
3	$25.820	$77.460	$90.370	$103.280
4	$31.200	$93.600	$109.200	$124.800
5	$36.580	$109.740	$128.030	$146.320
6	$41.960	$125.880	$146.860	$167.840
7	$47.340	$142.020	$165.690	$189.360
8	$52.720	$158.160	$184.520	$210.880
9	$58.100	$174.300	$203.350	$232.400
10	$63.480	$190.440	$222.180	$253.920
CỘNG THÊM MỖI NGƯỜI	$5.380			

Mức nghèo khó, lên đến		
300%	350%	400%
Giảm Giá Thiện Nguyện, %		
100%	75%	70%
Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân, %		
0%	25%	30%