

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

CHÍNH SÁCH TRỢ GIÚP Y PHÍ

Ngày bắt đầu có hiệu lực: Ngày 1 tháng Một, 2017

CHÍNH SÁCH/CÁC NGUYÊN TẮC

Chính sách của HackensackUMC Pascack Valley Medical Center (“Tổ Chức”) là bảo đảm thực hành một chính sách xã hội bình đẳng khi cung cấp dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cần thiết về mặt y tế tại các cơ sở của Tổ Chức. Chính sách này được thiết lập đặc biệt để giải quyết điều kiện trợ giúp y phí cho các bệnh nhân cần trợ giúp y phí và nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Tổ Chức.

1. Tất cả các hình thức trợ giúp y phí sẽ thể hiện cam kết của chúng tôi đối với quyền lợi chung, sự quan tâm đặc biệt của chúng tôi đối với người nghèo và những người gặp hoàn cảnh khó khăn khác, cũng như cam kết phục vụ cộng đồng.
2. Chính sách này áp dụng cho tất cả các dịch vụ cấp cứu và các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế mà Tổ Chức cung cấp, trong đó bao gồm cả các dịch vụ của nhân viên bác sĩ và sức khỏe hành vi. Chính sách này không áp dụng cho các trường hợp trả góp cho các thủ thuật tùy chọn hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác không phải là cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế.
3. Danh Sách Nhà Cung Cấp Dịch Vụ thuộc Chính Sách Trợ Giúp Y Phí là danh sách về bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào cung cấp dịch vụ y tế trong các cơ sở của Tổ Chức, trong đó ghi rõ dịch vụ nào có hoặc không nằm trong chính sách trợ giúp y phí.

ĐỊNH NGHĨA

Vì các mục đích của Chính Sách này, các định nghĩa sau đây được áp dụng:

- “**501(r)**” có nghĩa là Mục 501(r) của Bộ Luật Thuế Vụ và các quy chế được phổ biến theo mục đó.
- “**Số Tiền Thường Được Tính Trong Hóa Đơn**” hay “**AGB**” có nghĩa là số tiền thường được tính cho những người có bảo hiểm bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết khác về mặt y tế.
- “**Cộng Đồng**” có nghĩa là khu vực địa lý của Tiểu Bang New Jersey
- “**Chăm Sóc Cấp Cứu**” có nghĩa là trở dạ sinh con hoặc một chứng bệnh nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc chữa trị tức thời thì có lý do hợp lý để tin là sẽ gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của bệnh nhân (hoặc thai nhi), làm suy yếu nghiêm trọng chức năng của cơ thể, hoặc làm rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ bộ phận hay cơ quan cơ thể nào.
- “**Chăm Sóc Cần Thiết về Mặt Y Tế**” có nghĩa là dịch vụ chăm sóc sức khỏe được xác định là cần thiết về mặt y tế sau khi đã được một bác sĩ có giấy phép hành nghề thấy là hợp lý vì lý do y khoa sau khi đã hội ý với bác sĩ nhập viện.
- “**Tổ Chức**” có nghĩa là HackensackUMC Pascack Valley Medical Center.
- “**Bệnh Nhân**” có nghĩa là những người được điều trị cấp cứu hoặc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế tại Tổ Chức và người có trách nhiệm trả chi phí chữa trị cho

bệnh nhân đó.

Trợ Giúp Y Phí Được Cung Cấp

1. Những bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 200% Mức Nghèo Khó của Liên Bang (“FPL”), sẽ hội đủ điều kiện được miễn trừ 100% chi phí chữa trị theo diện từ thiện cho phần chi phí áp dụng cho các dịch vụ mà bệnh nhân đó có trách nhiệm phải trả sau khi hãng bảo hiểm chi trả, nếu có.
2. Những bệnh nhân có thu nhập cao hơn 200% Mức Nghèo Khó Quy Định của Liên Bang (“FPL”), sẽ hội đủ điều kiện nhận trợ cấp từ thiện dựa trên các tiêu chí dưới đây:

<u>Tiêu Chí về Thu Nhập</u>	<u>Phần trăm lệ phí Do Bệnh Nhân Trả</u>
<u>Thu nhập theo tỷ lệ phần trăm của Quy Định Hướng Dẫn về Thu Nhập của Người Nghèo HHS</u>	
Ít hơn hoặc bằng 200%	0%
Từ 200% đến 225%	20%
Từ 225% đến 250%	40%
Từ 250% đến 275%	60%
Từ 275% đến 300%	80%
Cao hơn 300%	100%

3. Nếu các bệnh nhân nằm ở mức 20% đến 80% thang lệ phí theo thu nhập có trách nhiệm tự trả các khoản chi phí y tế quá 30% tổng thu nhập hàng năm trước khi trừ thuế (chẳng hạn như các hoá đơn không được các bên khác chi trả), thì số tiền vượt quá 30% đó được coi là trợ cấp y phí bệnh viện.
4. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận tài trợ có thể được xác định vào bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ doanh thu và có thể bao gồm sử dụng mức điểm giả định để xác định tình trạng hội đủ điều kiện cho dù đương đơn không điền đơn xin trợ giúp y phí (“Đơn Xin FAP”).
5. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí phải được xác định cho bất kỳ số tiền nào còn lại mà Bệnh Nhân cần trợ giúp y phí có trách nhiệm phải trả.

Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện:

- Chương Trình Trợ Giúp Y Phí Bệnh Viện New Jersey (Trợ Giúp Chăm Sóc Từ Thiện là dịch vụ chăm sóc điều trị miễn phí hoặc giảm giá, cung cấp cho các bệnh nhân nhận dịch vụ bệnh nhân nội trú và bệnh nhân ngoại trú tại các bệnh viện chăm sóc cấp tính trên toàn Tiểu Bang New Jersey. Trợ giúp y phí bệnh viện và dịch vụ chăm sóc chữa trị được giảm giá chỉ dành cho các trường hợp chăm sóc điều trị cần thiết tại bệnh viện. Một số dịch vụ như lệ phí bác sĩ, lệ phí gây mê/gây tê, đọc kết quả quang tuyến X, và thuốc kê toa dành cho bệnh nhân ngoại trú không bao gồm trong lệ phí bệnh viện và có thể không hội đủ điều kiện được giảm giá.
- Nguồn ngân quỹ trợ cấp y phí bệnh viện là qua Quỹ Trợ Cấp Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Care Subsidy Fund) được điều hành theo Công Luật 1997, Chương 263.

Trợ Giúp Khác cho Các Bệnh Nhân Không Hội Đủ Điều Kiện Nhận Trợ Giúp Y Phí

Những bệnh nhân không hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí, như trình bày ở trên, có thể vẫn hội đủ điều kiện nhận các dạng tài trợ khác mà Tổ Chức cung cấp. Để cung cấp thông tin đầy đủ, chúng tôi liệt kê thêm các dạng tài trợ khác ở đây, mặc dù các dạng tài trợ này không phải là dựa trên nhu cầu và không nhằm mục đích tuân thủ quy định của mục 501(r), mà chúng tôi đưa vào đây để khách hàng của HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center tiện tham khảo.

1. Các Bệnh Nhân không có bảo hiểm và không hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí sẽ được giảm giá dựa trên các tiêu chí dưới đây:
 - (a) Các thủ thuật y khoa cho bệnh nhân nội trú: 100% Mức Bảo Hiểm Medicare
 - (b) Những lần tới Phòng Cấp Cứu: 115% Mức Bảo Hiểm Medicare
 - (c) Các dịch vụ tùy chọn cho bệnh nhân ngoại trú: 200% Mức Bảo Hiểm Medicare
 - (i) Các thủ thuật Sản Khoa và Thẩm Mỹ có bảng giá tự trả, và không theo mức giá dựa trên mức hoàn trả của Medicare.

Các Giới Hạn đối với Lệ Phí Áp Dụng cho Các Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện nhận Trợ Giúp Y Phí

Những bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Y Phí sẽ không phải trả cao hơn số tiền (AGB) đối với dịch vụ cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cần thiết về mặt y tế và không quá tổng lệ phí áp dụng cho tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Tổ Chức tính toán một hoặc nhiều mức phần trăm AGB dựa trên phương pháp “hội lưu” và bao gồm lệ phí trả theo dịch vụ của Medicare và tất cả các hãng bảo hiểm sức khỏe tư nhân chi trả hóa đơn cho Tổ Chức, theo quy định của mục 501(r). Có thể lấy một bản sao miễn phí của tài liệu trình bày về cách tính AGB và các mức phần trăm tại bộ phận làm thủ tục nhập viện. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao miễn phí tài liệu giải thích cách tính AGB và mức phần trăm được gửi qua thư bằng cách gọi ban Dịch Vụ Tài Chánh Bệnh Nhân tại số (201)383-1043 để yêu cầu gửi một bản sao tới địa chỉ bưu tín của Bệnh Nhân.

Nộp Đơn Xin Trợ Giúp Y Phí và Tài Trợ Khác

Bệnh Nhân có thể đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí thông qua tiêu chuẩn theo mức điểm đánh giá giả định hoặc nộp Đơn Xin FAP đã điền để xin trợ giúp y phí. Đơn Xin FAP và hướng dẫn điền Đơn Xin FAP sẽ được cung cấp nếu bệnh nhân có yêu cầu vào thời điểm nhận dịch vụ. Nếu muốn nộp đơn xin trợ giúp y phí sau (các) ngày nhận dịch vụ, Bệnh Nhân có thể lấy Đơn Xin FAP và hướng dẫn điền Đơn Xin FAP và in ra trực tiếp từ website của HackensackUMC Pascaack Valley. Bệnh Nhân cũng có thể yêu cầu một bản sao của Đơn Xin FAP và hướng dẫn cách điền Đơn Xin FAP qua thư. Để yêu cầu gửi một bản sao các giấy tờ này qua thư, Bệnh Nhân nên gọi ban Dịch Vụ Tài Chánh Bệnh Nhân tại số (201)383-1043. Tại mỗi địa điểm có phương tiện trợ giúp nói trên, Đơn Xin FAP và hướng dẫn cách điền Đơn Xin FAP đều có bản tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha.

Khung Thời Gian Truy Thu đối với Bệnh Nhân – Các Dịch Vụ Bệnh Nhân Nội Trú và Bệnh Nhân Ngoại Trú

HackensackUMC Pascaek Valley Medical Center gửi hóa đơn cho các dịch vụ cung cấp sau khi bảo hiểm đã giải quyết hồ sơ yêu cầu hoàn trả chi phí, hoặc gửi hóa đơn ngay nếu bệnh nhân Số tiền còn lại mà bệnh nhân có trách nhiệm trả bao gồm các khoản sau đây:

- Số Tiền Tự Trả (Bệnh nhân không có bảo hiểm)
- Số Tiền Tự Trả sau khi Bảo Hiểm đã trả (Bảo hiểm đã trả phần của họ, và số tiền còn lại thuộc trách nhiệm của bệnh nhân)
- Chăm Sóc Từ Thiện (Các khoản lệ phí được giảm giá dựa trên mức phần trăm từ thiện)
- Tự Trả sau khi Medicare đã trả (Số tiền mà bệnh nhân có trách nhiệm trả theo định nghĩa của Medicare)

Chu Kỳ Hóa Đơn

Đối với tất cả các bệnh nhân, bản kết toán được gửi qua thư khoảng năm ngày sau khi biết số tiền mà bệnh nhân có trách nhiệm phải trả.

Toàn bộ chu kỳ hóa đơn đối với tất cả các bệnh nhân là 120 ngày trước khi số tiền đó được gửi đến cơ quan truy thu. Một bản kết toán được gửi cho bệnh nhân sau khi bảo hiểm đã trả phần của họ, nếu thích hợp. Nếu tới ngày hạn chót chưa nhận được tổng số tiền quá hạn mà bệnh nhân có trách nhiệm trả, thì bệnh nhân sẽ tiếp tục nhận được các bản kết toán tiếp theo (tổng cộng tối đa 5 lần). Nếu vẫn không nhận được tiền, hồ sơ sẽ được chuyển cho một cơ quan truy thu.

Bệnh Nhân nào có thắc mắc về số tiền phải trả có thể gọi cho ban Dịch Vụ Khách Hàng tại số (866) 525-5557 để biết mình có hội đủ điều kiện trả góp hay không. Những bệnh nhân không có khả năng chi trả có thể liên lạc với văn phòng Trợ Giúp Y Phí của chúng tôi tại số (201) 383-1043.

Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ theo Ban Cung Cấp Dịch Vụ Cấp Cứu hoặc Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Khác Cần Thiết về Mặt Y Tế trong Bệnh Viện

Khoa/Tổ Chức/Nhóm	Được Chính Sách Y Phí Bao Trả?
Khoa Gây Mê/Gây Mê	Không
Khoa Cấp Cứu	Không
Khoa Nghiên Cứu Y Khoa	Không
Khoa Sản Nhi	Không
Khoa Giải Phẫu	Không
Khoa Quang Tuyến X	Không
Khoa Tim	Không