
Chính sách

Tín dụng và

Thu hồi Nợ

信用與催收政策

Política de Créditos y Cobros

Política de Crédito e Cobrança

Политика предоставления кредита и взыскания задолженности

Credit and Collection Policy

MỤC LỤC

I	GIỚI THIỆU	3	VII	CƯ DÂN KHÔNG THUỘC MASSACHUSETTS	10
II	CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE	3		A. Cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts	10
	A. Nguyên tắc chung	3		B. Bệnh nhân quốc tế	10
	B. Dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp	4	VIII	SẮP XẾP THANH TOÁN	10
	C. Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp	4		A. Giới thiệu chung	10
	D. Các địa điểm mà bệnh nhân có thể đến để nhận dịch vụ	4		B. Các hình thức thanh toán	10
III	THU THẬP VÀ XÁC MINH THÔNG TIN BỆNH NHÂN	4		C. Loại tiền	11
	A. Dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp	5		D. Kế hoạch thanh toán	11
	B. Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp	5		E. Đặt cọc	11
IV	XÁC ĐỊNH TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN	5	IX	LẬP HÓA ĐƠN CHO BỆNH NHÂN VÀ THU HỒI NỢ	11
	A. Nguyên tắc chung	5		A. Nguyên tắc chung	11
	B. Chuẩn bị các ước tính	5		B. Hoạt động lập hóa đơn của bệnh viện, bao gồm bảng kê cho bệnh nhân, gửi thư và gọi điện	11
	C. Bệnh nhân có bảo hiểm	5		C. Thông báo thu phụ phí	13
	D. Bệnh nhân không có bảo hiểm (Tự trả)	6		D. Các tình huống thu hồi nợ đặc biệt	13
V	DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI TÀI CHÍNH	6		E. Các cân nhắc xử lý tài khoản đặc biệt	13
	A. Giới thiệu chung	6	X	ĐẶT VÀO MỤC NỢ XẤU	14
	B. Thông báo về dịch vụ điều phối tài chính	7		A. Chuyển tài khoản sang nợ xấu	14
	C. Tình trạng cư trú	7		B. Các cơ quan thu hồi nợ	14
	D. Hỗ trợ tài chính, giảm giá, chăm sóc thiện nguyện của bệnh viện	7		C. Thế chấp đối với dàn xếp trả nợ	14
	E. Các cân nhắc đơn xin đặc biệt	7		D. Các biện pháp thu hồi nợ bất thường (ECA)	14
VI	CHƯƠNG TRÌNH CỦA TIỂU BANG—CƯ DÂN MASSACHUSETTS	7		E. Những nỗ lực Hợp Lý	14
	A. Quy trình làm đơn Xin—Tất cả các chương trình Tiểu bang ngoài chương trình khó khăn về y tế	7	XI	CÁC KHOẢN TRẢ THỪA VÀ HOÀN TRẢ	15
	B. Quy trình làm đơn xin—HSN—Khó khăn về y tế	8	XII	CÁC BIẾN CỐ NGHIÊM TRỌNG CẦN BÁO CÁO (SRE)	15
	C. Chấp thuận bảo hiểm theo các chương trình tiểu bang	8	XIII	TUÂN THỦ ĐẠO LUẬT VỀ TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ (HIPAA)	15
	D. Ảnh hưởng của một đơn xin HSN/MassHealth đang chờ xét duyệt	8	XIV	QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BỆNH NHÂN	15
	E. Kháng cáo kết quả	8	XV	CÔNG BỐ CHÍNH SÁCH TÍN DỤNG VÀ THU HỒI NỢ	15
	F. HSN—Hội đủ điều kiện bệnh nhân có thu nhập thấp và cân nhắc bảo hiểm	8			

I. GIỚI THIỆU

Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ này áp dụng cho Tufts Medical Center, được gọi là “Tufts MC” hay “Bệnh viện” trong cả chính sách này. Tufts Medical Center bao gồm Tufts Medical Center, một bệnh viện phi lợi nhuận, nơi giới thiệu cấp ba và cấp bốn có đầy đủ dịch vụ, có phục vụ giảng dạy và nghiên cứu, và Floating Hospital for Children, một bệnh viện nhi có đầy đủ dịch vụ đặt tại Boston. Tufts MC là một tổ chức đi đầu trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cho tất cả mọi người không phụ thuộc vào khả năng chi trả. Tufts MC cung cấp dịch vụ chăm sóc này cho tất cả các bệnh nhân đến với cơ sở của chúng tôi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và 365 ngày một năm.

Tufts MC không phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tư cách công dân, tình trạng ngoại kiều, tôn giáo, tín ngưỡng, nhận dạng giới tính, định hướng tình dục, tuổi tác hay tình trạng khuyết tật khi cung cấp dịch vụ. Điều này áp dụng cho cả bản chất và việc áp dụng chính sách của Bệnh viện liên quan đến việc thu thập và xác minh thông tin tài chính, tiền đặt cọc trước khi nhập viện hay trước khi điều trị, kế hoạch thanh toán, hoãn cung cấp dịch vụ hay nhập viện, tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp, và các hoạt động lập hóa đơn và thu hồi nợ.

Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ này liên quan đến việc bảo tồn các tài sản của Bệnh viện và duy trì một cơ sở tài chính vững chắc cho các hoạt động của Bệnh viện đồng thời cân bằng được nhu cầu của cộng đồng và các bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ. Chính sách này đưa ra hướng dẫn chung của Bệnh viện cho việc thu thập và xác minh thông tin, cho việc phân nhóm bệnh nhân theo khả năng chi trả của họ và cho việc thu các khoản thanh toán từ các công ty bảo hiểm bên thứ ba, bệnh nhân, người bảo lãnh của họ và những người khác chịu trách nhiệm tài chính cho khoản thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế. Chính sách của Bệnh viện là tuân thủ các yêu cầu theo các luật của tiểu bang và liên bang hiện hành trong việc thực hiện những chức năng này và để cập nhật các hoạt động của mình bất kỳ khi nào các luật đó thỉnh thoảng được sửa đổi.

Các bệnh nhân có khả năng thanh toán được yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ mà Tufts MC cung cấp cho họ. Chính sách này giả định rằng các bệnh nhân có bảo hiểm với mức giá phải chăng sẽ làm đơn xin tham gia và duy trì bảo hiểm của họ. Trong trường hợp bệnh nhân không thể thanh toán, Bệnh viện sẽ giúp họ tìm hỗ trợ tài chính từ các chương trình của chính phủ và các nguồn khác cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế bất kỳ khi nào phù hợp. Để có thể tồn tại và hoàn thành nhiệm vụ của mình, Tufts MC phải đáp ứng được trách nhiệm ủy thác để lập hóa đơn và thu hồi nợ một cách phù hợp cho các dịch vụ y tế được cung cấp cho bệnh nhân. Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ này được lập ra để đảm bảo tuân thủ các luật hiện hành, bao gồm nhưng không giới hạn bởi: (1) quy định về tính hội đủ điều kiện Health Safety Net (An sinh Y tế) của Tiểu bang (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) các yêu cầu về nợ xấu Medicare của Centers for Medicare and Medicaid Services (Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid-”CMS”) (42 C.F.R. § 413.89); và (4) Mục 501(r) của Internal Revenue Code (Bộ luật Thuế vụ).

Hội đồng Ủy thác đã chỉ định Giám đốc Tài chính của Bệnh viện chịu trách nhiệm đảm bảo rằng một bản sao điện tử hiện tại của Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ này được lưu hồ sơ tại Health Safety Net Office (Văn phòng An sinh Y tế) cùng với tài liệu hỗ trợ và các phụ lục.

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi Bệnh viện tại các địa điểm được nêu trong Phụ lục A—Các địa điểm của Tufts Medical Center, các tổ chức tham gia. Chính sách này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi các tổ chức được liệt kê trong Phụ lục B—Danh sách các nhà cung cấp liên kết của Tufts Medical Center, các tổ chức không tham gia dù các dịch vụ đó có thể được cung cấp ở các địa điểm của Bệnh viện được nêu trong Phụ lục A.

II. CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

A. Nguyên tắc chung

Tất cả các bệnh nhân tới để nhận dịch vụ điều trị không có xếp lịch sẽ được đánh giá theo các nhóm có trong mục này. Các dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp (như được định nghĩa trong Mục II(B) dưới đây) sẽ không thể bị từ chối hay trì hoãn dựa trên khả năng của Bệnh viện xác định một bệnh nhân, bảo hiểm của họ hay khả năng thanh toán. Tuy nhiên, các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp (như được định nghĩa trong Mục II(C) dưới đây) có thể trì hoãn vô thời hạn trong các trường hợp khi Bệnh viện không thể xác định được nguồn thanh toán cho các dịch vụ, dựa trên trao đổi với bác sĩ điều trị cho bệnh nhân.

Mức độ khẩn cấp của điều trị liên quan đến các triệu chứng hiện tại của mỗi bệnh nhân sẽ được xác định bởi một chuyên gia y tế theo các tiêu chuẩn chăm sóc của địa phương, tiểu bang và quốc gia, cũng như các chính sách và quy trình về nhân viên y tế của Bệnh viện. Điều quan trọng cần lưu ý là việc phân loại các tình trạng bệnh lý của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích quản lý điều trị, và việc phân loại như vậy là nhằm sắp xếp thứ tự mà nhân viên điều trị của Bệnh viện thăm khám bệnh nhân dựa trên các triệu chứng lâm sàng hiện tại của họ. Việc phân loại này không phản ánh việc đánh giá y tế về tình trạng bệnh lý của bệnh nhân như được nêu trong bản chẩn đoán cuối cùng.

B. Dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp

“**Dịch vụ cấp cứu**” như được đề cập trong chính sách này bao gồm:

Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi xảy ra một tình trạng đau ốm, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu lộ qua các triệu chứng với mức độ đủ nghiêm trọng, bao gồm cơn đau nặng, mà một người thận trọng bình thường với kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa tin tưởng một cách hợp lý rằng nếu không được cứu chữa nhanh chóng sẽ dẫn đến việc sức khỏe của người đó hay của một người khác bị nguy hại nghiêm trọng, gây tổn hại nghiêm trọng đến chức năng cơ thể hay ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của bất kỳ cơ quan nội tạng nào hay một phần cơ quan đó, hoặc trong trường hợp phụ nữ có thai, như được định nghĩa rõ hơn trong 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Việc khám sàng lọc y tế và bất kỳ biện pháp điều trị nào nhằm giữ ổn định cho một tình trạng y tế cấp cứu, bao gồm nhưng không giới hạn với chăm sóc y tế nội trú hay dịch vụ khác như vậy được cung cấp trong phạm vi yêu cầu của EMTALA (42 U.S.C. § 1395(dd)), được coi là Dịch vụ cấp cứu.

“**Dịch vụ khẩn cấp**” như được đề cập trong chính sách này bao gồm:

Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi xảy ra một tình trạng đau ốm, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu lộ qua các triệu chứng cấp tính với mức độ đủ nghiêm trọng (bao gồm cơn đau nặng) mà một người thận trọng bình thường sẽ tin tưởng một cách hợp lý rằng nếu không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ sẽ dẫn đến việc sức khỏe của người đó bị nguy hại nghiêm trọng, gây tổn hại đến chức năng cơ thể hay ảnh hưởng đến chức năng của bất kỳ cơ quan nội tạng nào hay một phần cơ quan đó. Các dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao dẫn đến tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe một người.

Các yêu cầu về mức độ EMTALA:

Theo Đạo luật Lao động và Điều trị Y tế Cấp cứu (EMTALA), Bệnh viện phải cung cấp dịch vụ khám sàng lọc y tế cho tất cả các cá nhân tới khoa cấp cứu của Bệnh viện để yêu cầu được chăm sóc cho một tình trạng y tế, và cho tất cả các cá nhân có mặt trong khuôn viên Bệnh viện để yêu cầu được chăm sóc cho một tình trạng y tế cấp cứu để xác định liệu người đó, trên thực tế, có ở trong một tình trạng y tế cấp cứu hay không. Nếu một bác sĩ điều trị hay nhân viên y tế đủ trình độ khác ở Bệnh viện xác định rằng một bệnh nhân đang ở trong một tình trạng y tế cấp cứu, thì Bệnh viện tiếp theo phải cung cấp cho người đó dịch vụ điều trị giữ ổn định trong phạm vi khả năng và năng lực của mình theo quy định của EMTALA. Phạm vi của các dịch vụ của Bệnh viện cần thiết để khám sàng lọc y tế phù hợp cũng như phạm vi của dịch vụ điều trị cần thiết để giữ ổn định cho tình trạng y tế cấp cứu theo yêu cầu của EMTALA, có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở việc nhập viện để điều trị nội trú, được cung cấp cho bệnh nhân dựa vào đánh giá của bác sĩ điều trị hoặc nhân viên y tế đủ trình độ của Bệnh viện như được ghi trong hồ sơ y tế.

C. Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp

“**Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp**” như được nêu trong chính sách này thường bao gồm các dịch vụ cần thiết về mặt y tế không đáp ứng được định nghĩa của Dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp như được quy định trong Mục II(B) của chính sách này, hay các dịch vụ mà một bác sĩ điều trị đã xác định là không cần thiết về mặt y tế như các dịch vụ phi y tế (ví dụ, xã hội, giáo dục hay dạy nghề, phẫu thuật thẩm mỹ, nghiên cứu, và các dịch vụ khác) (nhóm các dịch vụ phía sau có thể được mô tả trong chính sách này là *Dịch vụ không cần thiết về mặt y tế*). Thường thì bệnh nhân, nhưng không chỉ là bệnh nhân, tự xếp trước lịch cho các dịch vụ này. Bệnh viện có thể từ chối cung cấp cho bệnh nhân các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp trong các trường hợp Bệnh viện không xác định được rằng liệu có thu được khoản thanh toán cho dịch vụ hay không.

D. Các địa điểm mà bệnh nhân có thể đến để nhận dịch vụ

Tham khảo Phụ lục A.

III. THU THẬP VÀ XÁC MINH THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Bệnh nhân có trách nhiệm phải cung cấp thông tin về bảo hiểm và nhân khẩu học đầy đủ và đúng hạn cho Bệnh viện và phải biết những dịch vụ nào thuộc hợp đồng bảo hiểm của mình. Bệnh viện sẽ nỗ lực hết sức để xác định tất cả bệnh nhân và thu thập, ghi lại, và xác minh thông tin nhân khẩu học và tài chính đầy đủ cho mọi bệnh nhân cần được chăm sóc. Thông tin cần thu thập bao gồm thông tin nhân khẩu học (như tên bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại, số an sinh xã hội, giới tính, ngày sinh, và các thông tin khác về bệnh nhân có thể áp dụng) và thông tin bảo hiểm y tế (bao gồm tên và địa chỉ, số hợp đồng bảo hiểm, số nhóm, thông tin người đăng ký và thông tin về quyền lợi bảo hiểm như đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm) đủ để đảm bảo cho khoản thanh toán cho các dịch vụ. Yêu cầu đối với Bệnh viện phải thu thập thông tin đầy đủ phải cần nhắc đến tình trạng của bệnh nhân với việc ưu tiên các nhu cầu chăm sóc y tế trước mắt của bệnh nhân. Với bệnh nhân nội trú, việc xác minh có thể diễn ra ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình cung cấp dịch vụ, lúc xuất viện hay trong quá trình thu thập. Với bệnh nhân ngoại trú, việc xác minh có thể diễn ra vào lúc bệnh nhân nhận các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp hoặc trong quá trình thu thập.

A. Dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp

Việc đăng ký và tiến hành nhập viện cho các bệnh nhân cấp cứu hoặc khẩn cấp sẽ được thực hiện tuân theo các yêu cầu của EMTALA. Thông thường, thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm của bệnh nhân có thể được thu thập theo quy trình đăng ký thông thường của Bệnh viện với điều kiện là việc thu thập đó không làm trì hoãn việc cung cấp dịch vụ khám sàng lọc và/hoặc bất kỳ dịch vụ điều trị giữ ổn định nào. Trong trường hợp một bệnh nhân không thể cung cấp thông tin nhân khẩu học hay bảo hiểm tại thời điểm nhận dịch vụ và bệnh nhân đồng ý, thì Bệnh viện phải nỗ lực hết sức để phỏng vấn những người họ hàng hay bạn bè có thể đi cùng hay được bệnh nhân xác định bằng cách nào đó. Khi có thể, thông tin bảo hiểm mà bệnh nhân cung cấp cần được xác nhận với người thanh toán thông qua các phương tiện điện tử hoặc các phương pháp sẵn có khác. Tuy nhiên, trong bất kỳ trường hợp nào nhân viên Bệnh viện cũng không được phép xác minh tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân, lấy ý kiến chấp thuận trước của những người thanh toán bên thứ ba, hay đưa cho bệnh nhân các mẫu đơn trách nhiệm tài chính trước khi thực hiện khám sàng lọc y tế và bắt đầu bất kỳ thủ thuật điều trị giữ ổn định nào.

B. Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp

Việc đăng ký và nhập viện đối với bệnh nhân phi cấp cứu, phi khẩn cấp cần được thực hiện trước khi cung cấp dịch vụ. Thông tin nhân khẩu học, bảo hiểm và tài chính của bệnh nhân tái khám hay đã được thiết lập cũng sẽ được xem xét và cập nhật khi cần, bao gồm việc xác minh tình trạng bảo hiểm của họ thông qua các phương pháp điện tử hay các phương pháp sẵn có khác, khi có thể áp dụng. Bệnh nhân có trách nhiệm cập nhật thông tin nhân khẩu học với bộ phận Đăng ký.

IV. XÁC ĐỊNH TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA BỆNH NHÂN

A. Nguyên tắc chung

Bệnh viện sẽ nỗ lực để xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân ngay khi có thể trong quá trình chăm sóc bệnh nhân; với điều kiện là sẽ hoàn thành việc khám sàng lọc và bắt đầu bất kỳ dịch vụ điều trị giữ ổn định nào tuân theo EMTALA cho các bệnh nhân cấp cứu hoặc khẩn cấp trước khi thực hiện các hoạt động xác định trách nhiệm tài chính của bệnh nhân. Bệnh nhân là thành viên của các chương trình bảo hiểm y tế có quản lý, hay bảo hiểm có các yêu cầu tiếp cận cụ thể có trách nhiệm hiểu và tuân thủ tất cả các yêu cầu của chương trình bảo hiểm của họ, bao gồm giới thiệu, ủy quyền, các quyền lợi không được bảo hiểm và các hạn chế 'mạng lưới' khác. Bệnh viện sẽ yêu cầu chấp thuận trước, ủy quyền hay đảm bảo thanh toán từ công ty bảo hiểm bất kỳ khi nào có thể. Trong một số trường hợp, bao gồm cả dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp, việc giới thiệu và ủy quyền này có thể diễn ra sau khi cung cấp dịch vụ. Tất cả các bệnh nhân đã phát sinh số dư nợ cho dịch vụ sẽ được thông báo về sự sẵn có của nhân viên của Ban Điều phối Tài chính để giúp họ hoàn thành trách nhiệm tài chính với Tufts MC. Bệnh viện sẽ nỗ lực hết sức để báo cho tất cả các bệnh nhân về bất kỳ trách nhiệm tài chính đáng kể nào trước khi cung cấp bất kỳ dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp nào trong phạm vi thông tin sẵn có đối với Bệnh viện.

B. Chuẩn bị các ước tính

Khi được bệnh nhân yêu cầu trước khi cung cấp một dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp, Bệnh viện phải cung cấp ước tính về số tiền hay khoản phí được phép cho dịch vụ bao gồm bất kỳ khoản lệ phí nào của cơ sở. Thông tin ước tính được Bệnh viện thu thập và tính toán thường sử dụng các khoản tiền hay khoản phí được phép trung bình trước đây dựa trên các dịch vụ y tế hay phẫu thuật dự tính và, nếu thích hợp, cả ước tính thời gian nằm viện. Trong khả năng tốt nhất của Bệnh viện, các ước tính sẽ cân nhắc trách nhiệm của bệnh nhân, bao gồm các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm. Các ước tính không cân nhắc đến tất cả các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi các tổ chức được liệt kê trong Phụ lục B. Số dư nợ cuối cùng có thể khác so với ước tính đã được cung cấp cho bệnh nhân do các trường hợp gây suy yếu sức khỏe mà có thể cần các thủ thuật, thăm khám và/hoặc đánh giá phức tạp hơn. Các ước tính cần phải có sự tham gia của bệnh nhân và bác sĩ điều trị để xác định một cách hợp lý các dịch vụ điều trị và chăm sóc y tế dự kiến trong tương lai. Sau khi đã xác định được các dịch vụ y tế cần thiết để làm căn cứ cho ước tính, Bệnh viện có hai (2) ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu để đưa ra con số ước tính cuối cùng và trả lời bệnh nhân. Ước tính cuối cùng sẽ được cung cấp cho bệnh nhân cùng với các lựa chọn thanh toán.

C. Bệnh nhân có bảo hiểm

Bệnh viện sẽ nỗ lực để xác minh tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ các yêu cầu của chương trình bảo hiểm y tế của họ. Bệnh nhân có trách nhiệm lấy giới thiệu từ các nhà cung cấp khác, khi được yêu cầu. Việc xác minh bảo hiểm sẽ diễn ra theo các nguyên tắc đã nêu trong Mục III ở trên. Bất kỳ khi nào có thể, việc xác minh này sẽ bao gồm xác định trách nhiệm tài chính dự kiến của bệnh nhân, bao gồm các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm có thể áp dụng. Nếu khả thi và phù hợp về mặt y tế, khoản thanh toán với bất kỳ số tiền nào đã định trước (các khoản đồng thanh toán, khấu trừ cố định) liên quan đến một dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp sẽ được đảm bảo từ bệnh nhân trước hay vào ngày nhận dịch vụ. Nếu khả thi và phù hợp về mặt y tế, Bệnh viện có thể thu các khoản đồng thanh toán và/hoặc khấu trừ tại thời điểm xuất viện của một bệnh nhân cấp cứu hoặc khẩn cấp. Trong một số trường hợp, chương trình bảo hiểm của bệnh nhân và loại bảo hiểm có thể không cho phép xác định chính xác trách nhiệm tài chính của bệnh nhân trước khi dịch vụ được cung cấp. Trong các trường hợp đó, Bệnh viện có thể yêu cầu một khoản tiền đặt cọc bằng với ước

tính tốt nhất của bệnh viện đối với trách nhiệm tài chính dự kiến của bệnh nhân. Bệnh nhân không thể trả tiền trước khi nhận bất kỳ dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp nào hoặc sau khi nhận dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp có thể được chuyển tới Ban Điều phối Tài chính.

1) Các chương trình bảo hiểm có hợp đồng

Bệnh viện ký hợp đồng với một số chương trình bảo hiểm. Trong các trường hợp đó, Bệnh viện sẽ yêu cầu chương trình bảo hiểm thanh toán cho tất cả các dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm. Để hỗ trợ bệnh nhân nắm được các chi phí tự trả tiền của mình, khi được bệnh nhân yêu cầu, Bệnh viện sẽ cung cấp thông tin đầy đủ về dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp được đề xuất. Nếu một dịch vụ cụ thể được công ty bảo hiểm xác định là không thuộc phạm vi bảo hiểm hay bị từ chối thanh toán, bệnh viện sẽ yêu cầu bệnh nhân thanh toán trực tiếp cho dịch vụ đó theo hợp đồng bảo hiểm có liên quan. Bất kỳ khi nào có thể, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân kháng cáo quyết định từ chối hay các phán xét bất lợi khác với chương trình bảo hiểm của họ với hiểu biết rằng chương trình bảo hiểm thường yêu cầu việc kháng cáo đó phải do bệnh nhân thực hiện.

2) Các chương trình bảo hiểm không có hợp đồng

Bệnh viện sẽ cố gắng lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bệnh nhân trong trường hợp Bệnh viện không có hợp đồng với công ty bảo hiểm. Mặc dù Bệnh viện sẽ lập hóa đơn cho chương trình bảo hiểm của bệnh nhân, nhưng trách nhiệm tài chính cuối cùng là của bệnh nhân hay người bảo lãnh (bên chịu trách nhiệm cho các nghĩa vụ tài chính cá nhân của bệnh nhân). Việc công ty bảo hiểm không hồi đáp kịp thời về hóa đơn của Bệnh viện có thể dẫn đến việc lập hóa đơn trực tiếp cho bệnh nhân cho các dịch vụ trừ trường hợp bệnh nhân được bảo vệ đối với các biện pháp thu hồi nợ (Mục IX(B)(6)). Số dư nợ còn lại sau khi áp dụng khoản thanh toán từ bảo hiểm sẽ được lập hóa đơn cho bệnh nhân. Bất kỳ khi nào có thể, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân kháng cáo quyết định từ chối hay các phán xét bất lợi khác với chương trình bảo hiểm của họ với hiểu biết rằng chương trình bảo hiểm thường yêu cầu việc kháng cáo đó phải do bệnh nhân thực hiện.

D. Bệnh nhân không có bảo hiểm (Tự trả)

Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế và chưa từng được xác định là đủ điều kiện để coi là “Bệnh nhân có thu nhập thấp” theo Massachusetts Health Safety Net (HSN) như được mô tả kỹ hơn trong Mục VI(F) dưới đây, sẽ được yêu cầu thanh toán toàn phần trong trường hợp có số ước tính cho khoản phí. Trong trường hợp không có số ước tính, thì phải có một khoản đặt cọc xác định sẵn trước khi nhận bất kỳ dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp nào tại Bệnh viện. Nếu bệnh nhân không thực hiện khoản thanh toán trước này hay cho thấy rằng không có khả năng thanh toán khoản đặt cọc, thì bệnh nhân có thể được giới thiệu tới Ban Điều phối Tài chính.

Bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ được giới thiệu tới Ban Điều phối Tài chính để xác định tính hội đủ điều kiện của họ đối với các chương trình sẵn có của Tiểu bang và Liên bang, và nếu họ đủ điều kiện tham gia, thì Ban Điều phối Tài chính sẽ giúp bệnh nhân đó làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình đó. Điều này bao gồm cư dân Massachusetts làm đơn xin qua tổ chức Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Ngoài sự sẵn có tiềm năng của bất kỳ chương trình nào của chính phủ, tất cả các bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ được cung cấp thông tin về các chương trình hỗ trợ tài chính có thể theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (có tại <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>, hay gọi cho Ban Điều phối Tài chính của Bệnh viện theo số 617-636-6013, hoặc đến trực tiếp Ban Điều phối Tài chính ở các địa điểm khác nhau tại địa chỉ 800 Washington Street, Boston, MA 02111). Nếu không cần phải cung cấp dịch vụ ngay lập tức theo xác định của bác sĩ điều trị, dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp có thể bị trì hoãn vô thời hạn cho đến khi bệnh nhân có thể thanh toán, sắp xếp tài chính phù hợp, mua bảo hiểm hay tham gia vào một chương trình hỗ trợ tài chính mà sẽ thanh toán cho dịch vụ đó.

V. DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI TÀI CHÍNH

A. Giới thiệu chung

Bệnh viện sẽ nỗ lực để nhận biết bệnh nhân có thể không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ để cung cấp dịch vụ tư vấn hay hỗ trợ. Bệnh viện sẽ cung cấp dịch vụ tư vấn tài chính cho các bệnh nhân này và gia đình của họ, bao gồm sàng lọc tính hội đủ điều kiện đối với các nguồn bảo hiểm khác, như các chương trình của chính phủ Liên bang hay Tiểu bang, và cung cấp thông tin về tất cả các phương pháp thanh toán được chấp nhận đối với hóa đơn của Bệnh viện. Nếu cần thêm hỗ trợ tài chính, Ban Điều phối Tài chính có thể cung cấp giảm giá hoặc có điều chỉnh khác cho bệnh nhân nếu họ đủ điều kiện theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC. Bệnh nhân có một số trách nhiệm để đủ điều kiện nhận hỗ trợ, bao gồm trách nhiệm nộp tất cả các tài liệu cần thiết và chính xác. Trong trường hợp bệnh nhân có thể đủ điều kiện tham gia các chương trình của Liên bang, bao gồm Medicare, Bệnh viện sẽ tư vấn cho bệnh nhân về các chương trình có thể và hỗ trợ họ làm đơn xin và cung cấp tài liệu khi thích hợp.

B. Thông báo về dịch vụ điều phối tài chính

Bệnh viện công bố rộng rãi thông tin về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm những nơi cần đến để nhận hỗ trợ. Vui lòng tham khảo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC để biết thêm chi tiết (có sẵn tại www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance).

C. Tình trạng cư trú

Tình trạng cư trú là một yếu tố quyết định tính hội đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính sẵn có theo các chương trình hỗ trợ tài chính của Tiểu bang, Liên bang, và của Bệnh viện. Vui lòng tham khảo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC để biết thêm chi tiết (có sẵn tại www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance).

D. Hỗ trợ tài chính, giảm giá, chăm sóc thiện nguyện của bệnh viện

Bệnh nhân được khuyến khích làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình của Tiểu bang và/hoặc Liên bang trước. Nếu bệnh nhân không hội đủ điều kiện tham gia các chương trình này, có thể có hỗ trợ tài chính theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC.

E. Các cân nhắc đơn xin đặc biệt

- 1) Đơn xin bảo mật: Có thể nộp đơn xin bảo mật cho các chương trình hỗ trợ tài chính của Tiểu bang hay Bệnh viện trong hai tình huống:
 - a. Trẻ vị thành niên: có thể nộp đơn xin bảo hiểm bảo mật cho trẻ vị thành niên để yêu cầu các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ có liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các đơn xin này có thể được xử lý theo thu nhập của trẻ vị thành niên mà không liên quan đến thu nhập của gia đình. Các bệnh nhân này cần được giới thiệu đến Ban Điều phối Tài chính.
 - b. Những người bị lạm dụng: những người này cũng có thể làm đơn xin bảo hiểm trên cơ sở thu nhập cá nhân của họ và không phải báo cáo địa chỉ chính của họ. Các bệnh nhân này cần được giới thiệu đến Ban Điều phối Tài chính.
- 2) Những người không có giấy tờ: Bệnh nhân có thể lo lắng về những hệ quả liên quan đến việc nhập cư của việc làm đơn xin công nhận tình trạng Bệnh nhân có thu nhập thấp theo các chương trình sẵn có của Tiểu bang được mô tả trong Mục VI dưới đây. Bệnh nhân có các nguồn lực hạn chế để thanh toán sẽ được khuyến khích làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình được Tiểu bang hay chính quyền cấp khác tài trợ. Nếu bệnh nhân vẫn lo lắng, bệnh nhân có thể được giới thiệu đến các cơ quan bên ngoài để được tư vấn. Bệnh nhân từ chối làm đơn xin hỗ trợ sẽ tiếp tục được coi là không có bảo hiểm và các dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu vẫn sẽ được cung cấp. Các dịch vụ phi khẩn cấp, phi cấp cứu có thể bị trì hoãn vô thời hạn cho đến khi bệnh nhân có thể thanh toán, sắp xếp tài chính phù hợp, mua bảo hiểm hay tham gia vào một chương trình hỗ trợ tài chính mà sẽ thanh toán cho dịch vụ đó.

VI. CHƯƠNG TRÌNH CỦA TIỂU BANG—CƯ DÂN MASSACHUSETTS

Ngoài các thủ tục chung sau đây cho các bệnh nhân có bảo hiểm (Mục IV(C)) và không có bảo hiểm (Mục IV(D)) ở trên, Bệnh viện sẽ khuyến khích bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện được nhận bảo hiểm từ các chương trình Tiểu bang hay các chương trình khác của chính phủ làm đơn xin bảo hiểm và có thể hỗ trợ bệnh nhân đó làm đơn xin quyền lợi. Bệnh nhân cũng có thể làm đơn xin và được chấp thuận thanh toán bởi HSN cho các khoản đồng bảo hiểm hay khấu trừ không thuộc phạm vi bảo hiểm của chương trình bảo hiểm chính của họ; các khoản đồng thanh toán bị loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm này. Các chương trình của Tiểu bang mà một bệnh nhân có thể được chấp thuận thanh toán bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở, MassHealth, HSN và các chương trình khác thông qua tổ chức Health Connector (gọi chung là “các chương trình Tiểu bang”).

A. Quy trình làm đơn Xin—Tất cả các chương trình Tiểu bang ngoài chương trình khó khăn về y tế

Bệnh viện hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành đơn xin hỗ trợ từ các chương trình Tiểu bang và thu thập và nộp các tài liệu cần thiết mà chương trình Tiểu bang đó yêu cầu. Các cá nhân làm đơn xin bảo hiểm qua thông đơn xin thích hợp được nộp thông qua hệ thống ghi danh của Tiểu bang. Cá nhân đó có thể nộp đơn xin qua một trang mạng trực tuyến, được đặt tại trang mạng của Health Connector của Tiểu bang, đơn xin trên giấy, hay qua điện thoại với một đại diện dịch vụ khách hàng tại MassHealth hoặc Health Connector. Tài liệu cần thiết có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở bằng chứng về: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (phiếu lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội, và một lá thư từ chủ lao động, bản khai thuế hay bảng kê tài khoản ngân hàng), (2) tư cách công dân và định danh, (3) tình trạng nhập cư cho người không phải công dân (nếu có thể áp dụng) và (4) tài sản của người từ 65 tuổi trở lên. Tiểu bang sẽ thông báo cho bệnh nhân về bất kỳ tài liệu nào cần phải nộp để làm thủ tục xác minh cuối cùng. Bệnh nhân có thể nhận bảo hiểm tạm thời nếu đáp ứng được các điều kiện hướng dẫn của chương trình phù hợp.

B. Quy trình làm đơn xin—HSN—Khó khăn về y tế

Bệnh viện sẽ làm việc với bệnh nhân để xác định liệu một chương trình như HSN—Khó khăn về y tế có phù hợp hay không. Nếu phù hợp, Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành và nộp đơn xin tham gia chương trình Khó khăn về y tế cho Health Safety Net. Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp tất cả các thông tin cần thiết mà Bệnh viện yêu cầu một cách kịp thời để đảm bảo rằng Bệnh viện có thể nộp đơn xin đã điền đầy đủ thông tin. Sau khi bệnh nhân hoàn thành đơn xin và tập hợp tất cả các tài liệu yêu cầu, Bệnh viện sẽ nộp đơn xin đã điền đầy đủ thông tin cho HSN trong vòng năm (5) ngày làm việc sau khi nhận được đơn từ bệnh nhân. Nếu Bệnh viện không nộp đơn xin đã điền đầy đủ thông tin mà bệnh nhân cung cấp trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi nhận được đơn xin từ bệnh nhân, thì các biện pháp thu hồi nợ sẽ không được phép tiến hành đối với bệnh nhân liên quan đến các hóa đơn mà lẽ ra đã có thể đủ điều kiện được coi là khó khăn về y tế nếu đơn xin được nộp đúng hạn cho Tiểu bang.

C. Chấp thuận bảo hiểm theo các chương trình tiểu bang

Bệnh viện có thể hỗ trợ bệnh nhân làm đơn xin bảo hiểm theo các chương trình Tiểu bang sẵn có nhưng không có vai trò nào trong việc ra quyết định hội đủ điều kiện đối với chương trình bởi MassHealth hay HSN. MassHealth hay HSN sẽ gửi tất cả các thông báo về tính hội đủ điều kiện. Việc thông báo cho Bệnh viện về tất cả các quyết định bảo hiểm đã được đưa ra nhằm đảm bảo xử lý chính xác và đúng hạn tất cả các hóa đơn của Bệnh viện vẫn là trách nhiệm của bệnh nhân.

D. Ảnh hưởng của một đơn xin HSN/MassHealth đang chờ xét duyệt

Các bệnh nhân mà Bệnh viện đã nộp hồ đơn xin Massachusetts Health Connector bao gồm tính hội đủ điều kiện đối với chương trình MassHealth và HSN sẽ được hoãn lập hóa đơn cho đến khi quyết định xét duyệt được đưa ra.

E. Kháng cáo kết quả

- 1) MassHealth: Bệnh nhân có thể giữ vai trò trực tiếp trong việc kháng cáo hay yêu cầu thông tin từ MassHealth liên quan đến quyết định bảo hiểm của họ. Yêu cầu phải được gửi tới MassHealth cùng với các tài liệu hỗ trợ.
- 2) Bệnh nhân có thu nhập thấp: Một người có thể yêu cầu MassHealth/Connector xem xét lại quyết định về tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp, sự tuân thủ của Bệnh viện với các điều khoản của 101 C.M.R. § 613.00, hoặc, trong các trường hợp đặc biệt, là tính hội đủ điều kiện để được coi là có khó khăn về y tế.

F. HSN—Hội đủ điều kiện bệnh nhân có thu nhập thấp và cân nhắc bảo hiểm

- 1) Xác định tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp
Việc xác định tình trạng bệnh nhân có thu nhập thấp là do hệ thống xác định tính hội đủ điều kiện của MassHealth/Massachusetts Health Connector thực hiện và chỉ áp dụng cho các cư dân của Massachusetts. Bệnh nhân phải nộp đơn xin trực tuyến hay bằng giấy như được mô tả kỹ hơn trong Mục VI(A) hay Mục VI(B) ở trên để đủ điều kiện tham gia bao gồm các tài liệu cần thiết để chứng minh tư cách cư dân Massachusetts, xác định danh tính và thu nhập. Có bốn nhóm bảo hiểm chính cho bệnh nhân có thu nhập thấp theo HSN: (i) HSN-Chính (Mục VI(F)(4) dưới đây); (ii) HSN-Phụ (Mục VI(F)(5) dưới đây); (iii) HSN-Một phần (Mục VI(F)(6) dưới đây); và (iv) HSN-Khó khăn về y tế (Mục VI(F)(7) dưới đây).

Bệnh viện cũng có thể hỗ trợ bệnh nhân ghi danh tham gia Health Safety Net thông qua một quy trình xác định ước đoán, cung cấp một giai đoạn hội đủ điều kiện hạn chế. Quy trình này được thực hiện bởi nhân viên của Ban Điều phối Tài chính. Trên cơ sở thông tin tài chính tự khai của bệnh nhân, họ sẽ xác định bệnh nhân có đáp ứng được định nghĩa về bệnh nhân có thu nhập thấp hay không chỉ cho mục đích bảo hiểm của dịch vụ Health Safety Net. Bảo hiểm sẽ bắt đầu vào ngày mà Bệnh viện đưa ra quyết định đó cho đến cuối tháng tiếp theo mà vào lúc đó quyết định ước chừng được đưa ra. Tuy nhiên, bảo hiểm có thể được thay đổi sớm hơn nếu bệnh nhân nộp đơn xin đầy đủ cho các chương trình Tiểu bang như được mô tả chi tiết trong Mục VI(A) hoặc Mục VI(B) ở trên.

- 2) Tính hội đủ điều kiện cho HSN
Tình trạng hội đủ điều kiện của một bệnh nhân đối với bảo hiểm theo HSN sẽ được xác minh vào thời điểm đăng ký thông qua hệ thống Xác minh tính hội đủ điều kiện của MassHealth (EVS), Hệ thống thông tin quản lý Medicaid của Massachusetts (MMIS), NEHEN (New England Healthcare Exchange Network-Mạng lưới giao dịch y tế New England), hay các hệ thống xác định tính hội đủ điều kiện khác của Bệnh viện, nếu có thể áp dụng, và bất kỳ thay đổi nào về tình trạng của bệnh nhân sẽ được ghi lại trong hồ sơ.
- 3) Các hạn chế dịch vụ
Các bệnh nhân được xác định là bệnh nhân có thu nhập thấp, trong phạm vi có thể, sẽ được cung cấp các dịch vụ phù hợp với hướng dẫn về bảo hiểm của HSN hay MassHealth bao gồm các hạn chế về “Dịch vụ đủ điều kiện” theo các quy định của tiểu bang và công thức thuốc hiện hành. Một bệnh nhân muốn nhận một dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp có thể hoàn tiền sẽ được thông báo bằng văn bản về chi phí tối đa của dịch vụ đó và phải ký một văn bản xác nhận rằng họ chấp nhận trách nhiệm tài chính trước khi cung cấp dịch vụ.

4) Bảo hiểm—HSN—Chính

Một bệnh nhân có thu nhập thấp không có bảo hiểm và khai thu nhập Hộ gia đình MassHealth MAGI hoặc Thu nhập có thể tính được của gia đình có khó khăn về y tế (như được mô tả trong 101 C.M.R. § 613.04(1)), từ 0-300% Mức nghèo liên bang (FPL) có thể hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm HSN—Chính tùy thuộc vào các ngoại lệ sau:

- a. Bệnh nhân có thu nhập thấp hội đủ điều kiện cho Chương trình Thanh toán Hỗ trợ Phí bảo hiểm do Health Connector điều hành cũng đủ điều kiện cho Health Safety Net - Chính chỉ trong phạm vi cho phép theo 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. Học sinh đáp ứng yêu cầu Bảo hiểm Y tế Học sinh Đủ điều kiện của M.G.L. c. 15A, § 18 không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Health Safety Net—Chính.

5) Phạm Vi Bảo Hiểm -- HSN - Bảo Hiểm Phụ

Một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp có thể hội đủ điều kiện nhận HSN - Bảo Hiểm Phụ nếu người đó có bảo hiểm chính khác và tài liệu cho thấy thu nhập Hộ gia đình MassHealth MAGI hoặc Medical Hardship Family Countable Income (Thu Nhập Tính Được Của Các Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế) (như được nêu trong 101 C.M.R. § 613.04 (2)) trong khoảng 0-300% FPL (Federal Poverty Level, Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang), với các trường hợp ngoại lệ sau đây:

- a. Có hiệu lực sau 101 ngày kể từ Ngày Bảo Hiểm Y Tế, các bệnh nhân có Thu Nhập Thấp hội đủ điều kiện cho Premium Assistance Payment Program (Chương Trình Hỗ Trợ Chi Trả Phí Bảo Hiểm) do Health Connector điều hành chỉ đủ điều kiện hưởng các dịch vụ nha khoa mà lẽ ra không được bao trả bởi Premium Assistance Payment Program do Health Connector điều hành.
- b. Các bệnh nhân có thu nhập thấp tham gia vào một Chương Trình Bảo Hiểm Y tế Sinh viên đủ tiêu chuẩn sẽ hội đủ điều kiện nhận Health Safety Net- Bảo Hiểm Phụ.

6) Bảo hiểm—HSN—Khấu trừ một phần

Bệnh nhân đủ điều kiện nhận HSN—Chính hay HSN—Phụ với thu nhập Hộ gia đình MassHealth MAGI hay Thu nhập có thể tính được của gia đình có khó khăn về y tế từ 150.1% đến 300% FPL có thể bị áp dụng một khoản khấu trừ hàng năm nếu tất cả các thành viên của Nhóm gia đình trả phí bảo hiểm (PBF) có thu nhập vượt quá 150.1% FPL. Một PBF là một nhóm người sống cùng nhau theo định nghĩa kỹ hơn trong 130 C.M.R. § 501.001. Nếu bất kỳ thành viên nào của PBF có thu nhập thấp hơn 150.1% FPL, thì sẽ không có khấu trừ đối với bất kỳ thành viên nào của PBF. Khoản khấu trừ hàng năm được tính toán theo quy định của 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).

7) Bảo hiểm—HSN—Khó khăn về y tế

Một cư dân Massachusetts ở bất kỳ mức thu nhập nào có thể đủ điều kiện được coi là có khó khăn về y tế thông qua Health Safety Net nếu các chi phí y tế được phép đã làm cạn kiệt thu nhập có thể tính được của họ đến mức họ không thể thanh toán cho các dịch vụ y tế. Để đủ điều kiện được coi là khó khăn về y tế, các chi phí y tế được phép của người làm đơn xin phải vượt quá một tỷ lệ phần trăm đã định của thu nhập có thể tính được của người làm đơn xin như quy định trong 101 C.M.R. § 613.05(1)(c). Phần đóng góp bắt buộc của người làm đơn xin được tính toán theo một tỷ lệ phần trăm đã định của thu nhập có thể tính được như quy định trong 101 C.M.R. § 613.05(1)(b) dựa vào mức FPL của Gia đình có khó khăn về y tế nhân với thu nhập có thể tính được thực tế trừ đi các hóa đơn không hội đủ điều kiện nhận thanh toán của Health Safety Net, là các hóa đơn mà người làm đơn xin vẫn phải chịu trách nhiệm.

8) Trách nhiệm tài chính của bệnh nhân có Thu nhập thấp/ HSN Một phần/Khó khăn về y tế

- a. Trách nhiệm tài chính cho một bệnh nhân có thu nhập thấp chỉ giới hạn trong các khoản đồng thanh toán (từ bất kỳ bên thanh toán nào trừ Medicare), các khoản khấu trừ được xác định bởi HSN (như trình bày trong Mục VI(F)(6) ở trên), hoặc bệnh nhân đã đồng ý nhận hóa đơn đối với phần Spend Down của CommonHealth.
- b. Các khoản đặt cọc đối với bệnh nhân có thu nhập thấp thuộc diện HSN Một phần (như trình bày trong Mục VI(F)(6) ở trên) hoặc có khó khăn về y tế (như trình bày trong Mục VI(F)(7) ở trên): Các khoản đặt cọc sẽ được yêu cầu từ các bệnh nhân này với điều kiện đây là nguồn chi trả chính cho các khoản nợ đối với tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế phi cấp cứu, phi khẩn cấp. Trạng thái hiện tại của khoản khấu trừ hàng năm của gia đình bệnh nhân HSN Một phần sẽ được xem xét và một khoản đặt cọc lên tới 20% của khoản khấu trừ hàng năm của bệnh nhân lên đến tối đa \$500 có thể được thu từ bệnh nhân đó. Bệnh viện cũng có thể yêu cầu một khoản đặt cọc từ bệnh nhân đủ điều kiện được coi là có khó khăn về y tế lên tới 20% giá trị khoản đóng góp Khó khăn về y tế của bệnh nhân, lên đến tối đa \$1,000.
- c. Kế hoạch thanh toán: Bệnh nhân có thu nhập thấp sẽ được báo về sự sẵn có của các kế hoạch thanh toán để đáp ứng tất cả các khoản nợ còn lại theo các điều khoản được quy định trong Mục VIII Sắp xếp thanh toán.

- d. Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế: Bệnh nhân có thu nhập thấp sẽ phải thanh toán cho bất kỳ dịch vụ không cần thiết về mặt y tế nào như được mô tả trong Mục II(C), với điều kiện là bệnh nhân được thông báo trước về chi phí tối đa của các dịch vụ này và ký một văn bản xác nhận rằng các dịch vụ này không thuộc phạm vi bảo hiểm của HSN hay bất kỳ chương trình hỗ trợ nào của Massachusetts. Các dịch vụ sẽ trì hoãn vô thời hạn cho đến khi bệnh nhân thanh toán theo quy định của Mục VIII(E).

VII. CƯ DÂN KHÔNG THUỘC MASSACHUSETTS

A. Cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts

Ngoài các thủ tục sau đây dành cho các bệnh nhân có bảo hiểm (Mục IV(C)) và không có bảo hiểm (Mục IV(D)), Bệnh viện sẽ khuyến khích bệnh nhân là cư dân Hoa Kỳ nhưng không thuộc Massachusetts có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm theo các chương trình Medicaid của tiểu bang của họ hay các chương trình khác của chính phủ (các chương trình Tiểu bang dành cho cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts) làm đơn xin bảo hiểm và có thể hỗ trợ bệnh nhân đó làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình phúc lợi đó.

- 1) Bệnh viện có thể hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành đơn xin hỗ trợ từ các chương trình Tiểu bang dành cho cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts và thu thập và nộp các tài liệu cần thiết mà chương trình đó yêu cầu. Các cá nhân làm đơn xin bảo hiểm thông qua đơn xin thích hợp được nộp thông qua hệ thống ghi danh của chương trình Tiểu bang dành cho cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts. Tài liệu cần thiết có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở bằng chứng về: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (phiếu lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội, và một lá thư từ chủ lao động, bản khai thuế hay bảng kê tài khoản ngân hàng), (2) tư cách công dân và định danh, (3) tình trạng nhập cư cho người không phải công dân (nếu có thể áp dụng) và (4) tài sản của người từ 65 tuổi trở lên. Tiểu bang thích hợp sẽ thông báo cho bệnh nhân về bất kỳ tài liệu nào cần phải nộp để làm thủ tục xác minh cuối cùng.
- 2) Bệnh viện không giữ vai trò nào trong việc xác định tính hội đủ điều kiện tham gia chương trình được quyết định bởi các chương trình Tiểu bang dành cho cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts. Các chương trình đó sẽ gửi tất cả các thông báo về tính hội đủ điều kiện, không phải Bệnh viện. Việc thông báo cho Bệnh viện về tất cả các quyết định bảo hiểm đã được đưa ra nhằm đảm bảo xử lý chính xác và đúng hạn tất cả các hóa đơn của Bệnh viện vẫn là trách nhiệm của bệnh nhân.
- 3) Bệnh nhân có thể giữ vai trò trực tiếp trong việc kháng cáo hay yêu cầu thông tin từ chương trình Tiểu bang dành cho cư dân Hoa Kỳ không thuộc Massachusetts liên quan đến quyết định bảo hiểm của họ.

B. Bệnh nhân quốc tế

Ngoài các thủ tục sau đây dành cho các bệnh nhân có bảo hiểm (Mục IV(C)) và không có bảo hiểm (Mục IV(D)), Bệnh viện sẽ nỗ lực một cách hợp lý để thu thập thông tin về địa chỉ ở địa phương và địa chỉ thường trú đối với các cư dân ngoại kiều và có những hành động bổ sung phù hợp cần thiết để thu các khoản thanh toán trước cho tất cả các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp.

VIII. SẮP XẾP THANH TOÁN

A. Giới thiệu chung

Có thể thanh toán bằng nhiều cách ở Bệnh viện. Các sắp xếp thanh toán khác nhau có thể có sẵn bao gồm các khoản đặt cọc (thanh toán trả trước) và kế hoạch thanh toán. Bệnh nhân hay người bảo lãnh có thể đưa ra các sắp xếp này với Ban Điều phối Tài chính của Tufts MC hoặc Ban Dịch vụ Khách hàng của Tufts MC. Tất cả các sắp xếp thanh toán sẽ tuân theo các tiêu chí đã định và được ghi hồ sơ thích hợp trong các hệ thống lập hóa đơn và đăng ký của Bệnh viện.

B. Các hình thức thanh toán

Các khoản thanh toán có thể được thực hiện bằng séc bảo chi hay séc ngân hàng, chuyển khoản, thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ hay tiền mặt. Việc chấp thuận séc cá nhân sẽ tùy thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở số tiền, ngân hàng mà séc được rút tiền từ đó, và quan hệ trước đây của bệnh nhân với Bệnh viện. Séc cá nhân có thể được yêu cầu trong một thời gian đủ dài trước khi thực hiện dịch vụ được xếp lịch để cho phép có đủ thời gian kiểm tra séc. Bệnh nhân có tiền sử nợ xấu có thể được xem xét riêng để xác định phương thức thanh toán phù hợp. Bệnh viện sẽ duy trì một quy trình để theo dõi các tờ séc “xấu” và đảo ngược bất kỳ khoản thanh toán nào có thể đã được áp dụng cho tài khoản của bệnh nhân. Việc nộp một tờ séc “xấu” có thể là cơ sở để chuyển tài khoản sang mục Nợ Xấu.

C. Loại tiền

Trừ khi được thỏa thuận khác, khoản thanh toán sẽ được thực hiện bằng đô-la Mỹ. Khoản thanh toán được thực hiện bằng loại tiền không phải Hoa Kỳ sẽ được áp dụng ở tỷ giá chuyển đổi do ngân hàng của Bệnh viện quy định, bao gồm bất kỳ khoản phí chuyển đổi nào.

D. Kế hoạch thanh toán

Bệnh viện duy trì một Chính sách Hỗ trợ Tài chính riêng để áp dụng cho các kế hoạch thanh toán. Tất cả các bệnh nhân có thu nhập thấp hoặc có khó khăn về y tế sẽ được thông báo rằng Bệnh viện có một kế hoạch thanh toán. Chính sách Hỗ trợ Tài chính sẵn có cho công chúng tại trang mạng của Bệnh viện tại <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>.

E. Đặt cọc

Tufts MC có quyền yêu cầu thanh toán trước toàn bộ đối với bệnh nhân nhận các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp. Nếu không có ước tính, bệnh nhân sẽ được yêu cầu đặt cọc (phần trả trước cho các khoản nợ dự kiến trong tương lai). Việc không thanh toán toàn bộ trước khi nhận bất kỳ dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp nào hoặc không đáp ứng yêu cầu đặt cọc sẽ dẫn đến việc trì hoãn dịch vụ vô thời hạn với điều kiện là bác sĩ điều trị xác định rằng đây là thủ thuật không cần thiết về mặt y tế. Tufts MC sẽ không yêu cầu các khoản đặt cọc trước khi nhập viện và/hoặc điều trị từ những người cần các dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp hoặc từ những người được bảo vệ khỏi các biện pháp thu hồi nợ theo các luật hiện hành của tiểu bang (Phụ lục C- Các bệnh nhân được bảo vệ khỏi biện pháp thu hồi nợ).

IX. LẬP HÓA ĐƠN CHO BỆNH NHÂN VÀ THU HỒI NỢ

A. Nguyên tắc chung

Bệnh viện sẽ nỗ lực để thu tất cả các khoản phí đến hạn từ các công ty bảo hiểm theo các tiêu chuẩn đã được thiết lập của ngành và sẽ tìm cách áp dụng các khoản thanh toán và điều chỉnh hợp đồng một cách kịp thời cho tài khoản của bệnh nhân. Những nỗ lực này bao gồm việc lập hóa đơn cho tất cả các chương trình bảo hiểm sẵn có theo các yêu cầu của bên thanh toán và có các bước kế tiếp đúng hạn đối với các khoản yêu cầu thanh toán bị từ chối. Bệnh nhân hay những người bảo lãnh khác sẽ phải chịu trách nhiệm cho tất cả các khoản nợ còn lại trong tài khoản sau khi áp dụng tất cả các khoản thanh toán bảo hiểm, điều chỉnh hợp đồng và các khoản giảm giá/điều chỉnh đã được thỏa thuận theo bất kỳ gợi ý thanh toán nào của người thanh toán trừ trường hợp số dư nợ có thể được gửi cho Health Safety Net hoặc được coi là miễn trừ khỏi các biện pháp thu hồi nợ theo luật pháp của Massachusetts. Các biện pháp thu hồi nợ có thể bao gồm gửi bảng kê cho bệnh nhân, gửi thư cho bệnh nhân, gọi điện thoại, thông báo qua thư bảo đảm và các biện pháp thu hồi nợ bất thường bao gồm báo cáo cho cơ quan tín dụng và giữ thế chấp bất động sản.

Bệnh nhân có trách nhiệm phải cung cấp thông tin về bảo hiểm và nhân khẩu học đầy đủ và đúng hạn và phải biết những dịch vụ nào thuộc hợp đồng bảo hiểm của mình. Bệnh nhân có khả năng thanh toán được yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ mà Tufts MC đã cung cấp cho họ.

B. Hoạt động lập hóa đơn của bệnh viện, bao gồm bảng kê cho bệnh nhân, gửi thư và gọi điện

Bệnh viện sẽ nỗ lực để đảm bảo lập hóa đơn cho bên phù hợp và thu hồi nợ từ người thanh toán phù hợp. Bệnh viện, dù trực tiếp hay thông qua các đại diện chỉ định, sẽ chuẩn bị và gửi bảng kê cho bệnh nhân/người bảo lãnh một cách thường xuyên để cập nhật cho họ về số dư nợ đối với Bệnh viện. Một hồ sơ gồm tất cả các hoạt động và thông báo về tài khoản, bao gồm các hóa đơn, thường được phản ánh trong hệ thống quản lý hóa đơn. Nhân viên phải ghi lại tất cả các liên lạc với bệnh nhân (hay người bảo lãnh) trong hệ thống quản lý hóa đơn, hệ thống đăng ký hay hệ thống thu hồi nợ tự thanh toán phù hợp. Đối với cư dân Massachusetts, các yêu cầu thanh toán sẽ chỉ được gửi cho Health Safety Net sau khi đã thực hiện hết các nỗ lực này.

- 1) Hóa đơn bệnh nhân ban đầu: Bệnh viện sẽ gửi một hóa đơn ban đầu cho bệnh nhân hay người bảo lãnh. Hóa đơn ban đầu sẽ có phần tóm tắt tất cả các khoản phí, các khoản thanh toán và các khoản điều chỉnh có trong hóa đơn ban đầu cho từng ngày phát sinh dịch vụ/nhập viện. Hóa đơn ban đầu sẽ cung cấp thông tin về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính có thể thanh toán cho chi phí hóa đơn Bệnh viện.
- 2) Các hóa đơn tiếp theo: Bệnh viện dự kiến sẽ tiếp tục gửi hóa đơn cho bệnh nhân hay người bảo lãnh khoảng 30 ngày một lần trong tối đa 120 ngày, là thời gian phù hợp thực hiện các biện pháp gửi hóa đơn và thu hồi nợ liên tục.
- 3) Gọi điện thoại và các biện pháp liên lạc khác: Các cuộc gọi điện thoại, gửi bảng kê hóa đơn, gửi thư, liên lạc trực tiếp, thông báo hay bất kỳ phương pháp thông báo nào khác cấu thành một nỗ lực hợp lý để liên hệ với bên chịu trách nhiệm thanh toán khoản nợ và thông báo cho bệnh nhân về sự sẵn có của chương trình hỗ trợ tài chính.

- 4) Dừng gửi hóa đơn: Trong các tình huống nhất định, việc gửi hóa đơn và hoạt động đòi nợ liên tục có thể là không phù hợp và có thể bị tạm dừng hoặc ngừng hẳn. Những tình huống như vậy bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: Địa chỉ không đúng (Mục IX(B)(9)), các trường hợp phá sản (Mục IX(D)(1)), bệnh nhân đã qua đời (Mục IX(D)(2)), khiếu nại bệnh nhân, số dư nợ nhỏ (Mục IX(B)(10)), hội đủ điều kiện nhận MassHealth hoặc HSN đang chờ xét duyệt hoặc đã được chấp thuận (Mục VI(D) và Mục IX(B)(6)), hoặc bệnh nhân đang trong quá trình làm đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC.
- 5) Thông báo về sự sẵn có của Hỗ trợ Tài chính: Các bảng kê của bệnh nhân sẽ bao gồm các thông báo theo yêu cầu của các luật hiện hành để báo cho bệnh nhân về sự sẵn có và cách để tiếp cận hỗ trợ tài chính. Các thông báo về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính cũng sẽ được đưa vào các thông báo khác bằng văn bản và bằng lời với bệnh nhân tại thời điểm nhập viện và xuất viện.
- 6) Bệnh nhân được bảo vệ khỏi biện pháp thu hồi nợ: Bệnh viện sẽ có các biện pháp hợp lý để đảm bảo không thực hiện các biện pháp thu hồi nợ, bao gồm gọi điện, gửi bảng kê hay thư, cho số dư nợ của những bệnh nhân có thể được miễn các biện pháp thu hồi nợ theo các luật hiện hành. Điều này có thể bao gồm bệnh nhân đang tham gia vào các Chương trình Tiểu bang và được miễn trừ khỏi các biện pháp thu hồi nợ trong phạm vi được mô tả trong Phụ lục C, bệnh nhân mà Bệnh viện đã chậm trễ trong việc nộp đơn xin công nhận Khó khăn về y tế cho họ (Mục VI(B)), bệnh nhân có đơn xin tham gia Chương trình Tiểu bang đang chờ xét duyệt (Mục VI(D)), hoặc có yêu cầu hỗ trợ tài chính theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC đang chờ xét duyệt. Bệnh viện có thể tiếp tục gửi thư yêu cầu thông tin hay yêu cầu bệnh nhân hành động để giải quyết các vấn đề về bảo hiểm và/hoặc tính hội đủ điều kiện với một bên thanh toán chính, Chương trình Đền bù cho Người lao động hoặc nhận bất kỳ trách nhiệm nào của Bên thứ ba hoặc thông tin chuyên chở MVA.
- 7) Thông báo (Thu hồi nợ) cuối cùng: Bệnh viện sẽ nỗ lực hợp lý để gửi cho từng bệnh nhân một thông báo (thu hồi nợ) cuối cùng qua thư trước khi tài khoản được chuyển sang mục Nợ Xấu. Thông báo cho bệnh nhân là trẻ vị thành niên sẽ được gửi cho người bảo lãnh.
- 8) Nợ Xấu Cấp Cứu Cho Cư dân Massachusetts: Đối với các trường hợp có tài khoản đang được Bệnh viện cân nhắc để làm đơn xin HSN dưới dạng một khoản nợ xấu cấp cứu, Bệnh viện sẽ đảm bảo các điều kiện sau đây được đáp ứng:
- Tài khoản đã trải qua các nỗ lực thu hồi nợ liên tục và được ghi hồ sơ trong tối thiểu 120 ngày;
 - Yêu cầu xác định hội đủ điều kiện điện tử đã được gửi cho EVS hoặc MMIS để kiểm tra xem có được bảo hiểm hay không;
 - Các dịch vụ đã được cung cấp đủ điều kiện để được coi là các Dịch vụ Cấp cứu theo định nghĩa trong chính sách này; và
 - Một thông báo thu hồi nợ cuối cùng đã được gửi bằng thư bảo đảm đối với các khoản nợ từ \$1,000 trở lên. Các tài khoản được ghi hồ sơ thích hợp là tài khoản có địa chỉ không đúng có thể được gửi cho Health Safety Net mà không cần gửi một thông báo thu hồi nợ cuối cùng qua thư bảo đảm với điều kiện là đã quá 120 ngày kể từ ngày gửi hóa đơn ban đầu và sau một nỗ lực hợp lý và hết khả năng, Bệnh viện vẫn không thể có được thông tin địa chỉ cập nhật.
- 9) Trả lại vì địa chỉ không đúng: Bệnh viện sẽ có những nỗ lực hợp lý để theo dõi, tìm hiểu và lập hóa đơn lại cho tất cả các bảng kê của bệnh nhân mà USPS trả lại vì không thể chuyển được. Thông tin địa chỉ sẽ được xác minh và sửa lại cho đúng bằng các chương trình “tìm người” có thể có sẵn từ các bên thứ ba. Khi có thể, các tài khoản sẽ được xác định là tài khoản có “Địa chỉ không đúng” trong các hệ thống quản lý hóa đơn và đăng ký. Sau khi một tài khoản đã được đánh dấu là Địa chỉ không đúng, sẽ không có thêm bảng kê hay thư nào được xử lý trừ khi đã xác định được địa chỉ mới. Bệnh viện sẽ ngừng gửi các bảng kê tới các địa chỉ không đúng để duy trì sự riêng tư HIPAA. Các tài khoản mà trong đó thông tin nhân khẩu học gần đây nhất có chứa Địa chỉ không đúng có thể được chuyển cho các cơ quan ở bên ngoài dưới dạng Nợ xấu để có các biện pháp tiếp theo trừ việc các tài khoản có thể là Nợ xấu Cấp cứu sẽ được theo dõi trong 120 ngày trước khi chính thức chuyển sang mục Nợ xấu.

- 10) Điều chỉnh số dư nợ thấp: Với các chi phí của việc xử lý bảng kê và hoạt động thu hồi nợ, sau bảng kê ban đầu, Bệnh viện có thể dừng các bảng kê của các tài khoản dưới ngưỡng “hóa đơn giá trị nhỏ” là \$10. Chính sách này phải được áp dụng thống nhất cho tất cả các bên thanh toán. Các khoản điều chỉnh số dư nợ thấp được thực hiện theo mục này sẽ không được gửi hóa đơn cho HSN trong bất kỳ trường hợp nào.

C. Thông báo thu phụ phí

Bệnh viện sẽ duy trì một quy trình để xác định tất cả các số dư nợ của bệnh nhân phải chịu Phụ phí Quỹ ủy thác Health Safety Net đối với các Bệnh viện chăm sóc cấp tính theo như yêu cầu trong 101 C.M.R. § 614.05. Các khoản phụ phí sẽ được lập hóa đơn cho bệnh nhân và số tiền thu được sẽ được gửi cho HSN theo lịch mà họ yêu cầu.

D. Các tình huống thu hồi nợ đặc biệt

- 1) Bệnh nhân phá sản: Bệnh viện sẽ có những nỗ lực hợp lý để theo dõi tất cả các thông báo phá sản và lưu lại trong hồ sơ để đảm bảo tuân thủ tất cả các thủ tục tòa án đã được chấp thuận, bao gồm việc nộp đơn khiếu nại đòi thanh toán với Tòa án nếu thích hợp, hoặc xóa nợ.
- 2) Bệnh nhân đã qua đời: Khi thích hợp và có hiệu quả về chi phí, Bệnh viện sẽ thực hiện tìm kiếm tài sản, gửi hóa đơn đối với tài sản, và làm thủ tục đòi quyền giữ tài sản để thế nợ.
- 3) Bệnh viện sẽ không gửi hóa đơn cho Bệnh nhân HSN có thu nhập thấp đối với (1) các yêu cầu thanh toán liên quan đến các biến cố nghiêm trọng cần báo cáo như được mô tả kỹ hơn trong 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); hoặc (2) các yêu cầu thanh toán xuất phát từ lỗi hành chính hay kỹ thuật trong lập hóa đơn.
- 4) Bảo hiểm HSN phụ: Bệnh viện sẽ nỗ lực hạn chế việc gửi yêu cầu thanh toán cho HSN, bao gồm các khoản khấu trừ và các dịch vụ không được bảo hiểm, các trường hợp mà bệnh nhân đã dùng hết các quyền lợi của họ hay trong các trường hợp mà sự tham gia với bên thanh toán không hoạt động tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Nếu Bệnh viện nhận được một khoản thanh toán bổ sung hay chỉnh sửa đối với một yêu cầu thanh toán trước đây đã gửi cho HSN thì một yêu cầu thanh toán chỉnh sửa sẽ được gửi cho HSN.
- 5) Khấu trừ HSN Một phần: Bệnh viện sẽ lập hóa đơn cho bệnh nhân cho 100% khoản Khấu trừ HSN Một phần hàng năm trừ đi bất kỳ khoản đặt cọc nào của bệnh nhân đã nhận được theo Mục VI(F)(8)(b) cho đến khi các khoản phí bằng với khoản khấu trừ hàng năm đã được lập hóa đơn cho bệnh nhân, bao gồm bất kỳ số dư nợ nào đã được đưa vào kế hoạch thanh toán. Các khoản yêu cầu thanh toán sẽ không được gửi cho HSN cho đến khi khoản khấu trừ của bệnh nhân đã được đáp ứng.

E. Các cân nhắc xử lý tài khoản đặc biệt

Trong một số trường hợp, có thể cần đến các thông tin hay thủ tục bổ sung để xử lý thích hợp tài khoản của bệnh nhân.

- 1) Bồi thường cho người lao động (WC): Các dịch vụ liên quan đến tai nạn công nghiệp cần được ghi nhãn phù hợp trong hồ sơ đăng ký. Các thông tin bổ sung yêu cầu bao gồm ngày và giờ xảy ra tai nạn, tên và số điện thoại của chủ lao động, và tên và số điện thoại của công ty bảo hiểm bồi thường cho người lao động của chủ lao động. Bệnh viện sẽ nỗ lực hợp lý để theo đuổi bảo hiểm WC. Bất kỳ khoản thu hồi nào có thể nhận được sau khi nộp yêu cầu thanh toán sẽ được bù vào yêu cầu thanh toán ban đầu và được báo cáo cho bên thanh toán hoặc HSN bao gồm bất kỳ yêu cầu thanh toán bắt buộc nào đã không còn hiệu lực hay bị trả lại. Nếu không có bảo hiểm WC, thì yêu cầu thanh toán sẽ được quản lý theo biện pháp lập hóa đơn thông thường.
- 2) Tai nạn phương tiện cơ giới (MVA) và trách nhiệm của bên thứ ba (TPL): Các dịch vụ liên quan đến tai nạn xe cơ giới hay trách nhiệm của bên thứ ba khác cần được ghi nhãn phù hợp trong hồ sơ đăng ký. Sẽ có các nỗ lực để thu thập thông tin bổ sung được yêu cầu để nộp yêu cầu thanh toán MVA bao gồm ngày và giờ xảy ra tai nạn, địa điểm cho các trường hợp có trách nhiệm của bên thứ ba, và bất kỳ tên công ty bảo hiểm xe hơi nào đã biết. Tên của bất kỳ luật sư nào, nếu có, liên quan đến yêu cầu thanh toán cũng cần được ghi chú trong hệ thống đăng ký. Sẽ có nỗ lực hợp lý để gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm MVA/TPL để thu hồi bất kỳ khoản tiền Bảo vệ Chấn thương Thân thể (PIP) nào có sẵn. Các yêu cầu thanh toán bảo hiểm y tế sẽ được xử lý sau khi đã dùng hết PIP. Bệnh viện cũng có thể làm hồ sơ đòi quyền giữ để thế nợ đối với các khoản thanh toán chấn thương cơ thể trong tương lai do công ty bảo hiểm MVA thanh toán cho bệnh nhân nếu chúng tôi có thể xác định được tên của luật sư của bệnh nhân quản lý yêu cầu thanh toán đó. Bất kỳ khoản thu hồi nào có thể nhận được sau khi nộp yêu cầu thanh toán sẽ được bù vào yêu cầu thanh toán ban đầu và được báo cáo cho bên thanh toán hoặc HSN bao gồm bất kỳ yêu cầu thanh toán bắt buộc nào đã không còn hiệu lực hay bị trả lại. Nếu không có bảo hiểm MVA/TPL, thì yêu cầu thanh toán sẽ được quản lý theo biện pháp lập hóa đơn thông thường.

- 3) Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (HIPAA): Theo HIPAA, bệnh nhân đã thanh toán đầy đủ cho Bệnh viện cho một hàng hóa hay dịch vụ có quyền yêu cầu PHI (Thông tin Y tế được Bảo vệ) của họ liên quan đến các hàng hóa hay dịch vụ đó không bị gửi đến chương trình bảo hiểm y tế để phục vụ mục đích thanh toán trừ khi việc tiết lộ đó được yêu cầu theo các luật hiện hành. Hạn chế đó chỉ áp dụng cho hàng hóa và dịch vụ cụ thể được Bệnh viện cung cấp và lập hóa đơn. Bệnh nhân muốn áp dụng hạn chế đó phải trả toàn bộ bất kỳ số dư nợ tồn đọng nào tại thời điểm nhận dịch vụ hoặc, nếu không thể ước tính đầy đủ số dư nợ vào thời điểm nhận dịch vụ, thì tại thời điểm nhận bảng kê. Nếu Bệnh viện không thể thu được toàn bộ tiền từ bệnh nhân yêu cầu hạn chế đó sau khi đã có các nỗ lực hợp lý, Bệnh viện có thể báo cho bệnh nhân và gửi hóa đơn cho chương trình bảo hiểm y tế của bệnh nhân. Các tài khoản phải được ghi chú về thủ tục để phòng tránh việc tiết lộ thông tin không phù hợp.
- 4) Các dự án nghiên cứu: Các dịch vụ liên quan đến các dự án nghiên cứu cần được ghi chú vào thời điểm đăng ký cho dịch vụ đó và được ghi nhận để đảm bảo rằng các khoản yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ này được gửi cho quỹ nghiên cứu chỉ định.
- 5) Người hiến tạng: Bệnh viện sẽ xác định những người hiến tạng tại thời điểm cung cấp dịch vụ và đảm bảo rằng các yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ này được áp dụng cho nguồn bảo hiểm thích hợp hoặc nguồn tài trợ khác.

X. ĐẶT VÀO MỤC NỢ XẤU

A. Chuyển tài khoản sang nợ xấu

Bệnh viện sẽ có nỗ lực hợp lý để giúp bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo các chương trình của Tiểu bang, Liên bang hoặc của Tufts MC bằng cách thông báo cho bệnh nhân bằng văn bản về các chương trình hỗ trợ sẵn có và giúp người đó hoàn thành các đơn xin. Sau khi đã có các nỗ lực hợp lý đó và tất cả các nỗ lực thu hồi nợ nội bộ đã được sử dụng, thì tài khoản có thể được chuyển sang nợ xấu. Điều này thường xảy ra sau khi tài khoản đã trải qua chu kỳ lập hóa đơn cho bệnh nhân kéo dài 120 ngày với một số ngoại lệ do địa chỉ không đúng hoặc các tình huống giảm nhẹ khác. Các tài khoản nợ xấu sẽ thường nhận được các nỗ lực thu hồi nợ bổ sung thông qua một số nguồn bao gồm nhân viên, các cơ quan thu hồi nợ bên ngoài, hay luật sư đòi nợ tuân theo quy định của các luật hiện hành.

B. Các cơ quan thu hồi nợ

Bất kỳ cơ quan nào muốn thu hồi nợ của bệnh nhân thay mặt cho Bệnh viện sẽ phải tuân thủ chính sách này, bao gồm nghĩa vụ tránh “các biện pháp thu hồi nợ bất thường” (như được định nghĩa dưới đây) cho đến khi Bệnh viện đã có nỗ lực hợp lý và tuân theo một quy trình hợp lý để xác minh liệu một bệnh nhân có được quyền nhận hỗ trợ hoặc miễn trừ khỏi bất kỳ thủ tục thu hồi nợ hoặc lập hóa đơn nào theo chính sách này hay không. Bất kỳ khiếu nại hợp lệ nào của bệnh nhân sẽ được báo cáo cho Bệnh viện để xem xét và theo dõi. Tất cả các cơ quan sẽ tuân thủ đầy đủ các quy định về Thu hồi nợ hiện hành của Liên bang hay của IRS cũng như các quy định về thu hồi nợ theo luật pháp Massachusetts. Tất cả các cơ quan sẽ báo cáo bất kỳ biện pháp thu hồi nợ hay biện pháp xử lý tài khoản nào khác đúng hạn, bao gồm cả quyết định dừng các nỗ lực thu hồi nợ.

C. Thế chấp đối với dàn xếp trả nợ

Bệnh viện có thể làm hồ sơ đòi quyền giữ thế chấp đối với một khoản tiền dàn xếp trong một vụ tai nạn phương tiện cơ giới hay một yêu cầu bồi thường cho người lao động.

D. Các biện pháp thu hồi nợ bất thường (ECA)

Bệnh viện có thể tiến hành các Biện pháp Thu hồi nợ Bất thường (ECA) trong các trường hợp nhất định đối với các tài khoản mà các khoản thanh toán dự kiến vẫn chưa được thực hiện sau khi đã có các nỗ lực hợp lý như được định nghĩa trong [Mục X\(B\)](#).

- 1) Báo cáo tín dụng: Bệnh viện hay một cơ quan thu hồi nợ, thay mặt cho Bệnh viện, có thể báo cáo các số dư nợ tồn đọng cho các tổ chức báo cáo tín dụng.

E. Những Nỗ Lực Hợp Lý

Bệnh Viện tạo ra những nỗ lực hợp lý để xác định liệu một bệnh nhân có hội đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính trước khi tham gia vào bất kỳ các ECA nào bằng cách thông báo cho bệnh nhân về những hỗ trợ tài chính có sẵn và xem xét các đơn xin hỗ trợ tài chính. Trước khi tham gia vào bất kỳ ECA nào, quyết định về khả năng hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính của bệnh nhân do Văn Phòng Điều Phối Tài Chính Bệnh Viện đưa ra phải được Quản Lý Tiếp Cận Bệnh Nhân xem xét và phê duyệt. Trong trường hợp việc đưa ra quyết định không hội đủ điều kiện gặp khó khăn, Quản Lý Tiếp Cận Bệnh Nhân của Bệnh Viện, Phó Giám Đốc phụ trách Chu Kỳ Doanh Thu và/hoặc Giám Đốc Tài Chính có thể xem xét thêm.

XI. CÁC KHOẢN TRẢ THỪA VÀ HOÀN TRẢ

Thông thường, Bệnh viện sẽ trả lại cho bệnh nhân bất kỳ khoản trả thừa nào, mà có thể là kết quả của việc thu thừa tiền của bệnh nhân. Trong các trường hợp mà những nỗ lực để hoàn trả số dư có tự thanh toán không thành công, Bệnh viện sẽ chuyển số dư có cho Treasurer of the Commonwealth of Massachusetts (Ngân khố Tiểu bang Massachusetts) theo các quy định của tiểu bang về Tài sản Vô thừa nhận.

XII. CÁC BIẾN CỐ NGHIÊM TRỌNG CẦN BÁO CÁO (SRE)

Bệnh viện luôn đảm bảo tuân thủ các yêu cầu về lập hóa đơn hiện hành, bao gồm các quy định của Department of Public Health (Sở Y tế Công cộng) (105 C.M.R. § 130.332) đối với các khoản không thanh toán cho các dịch vụ cụ thể hay các trường hợp tái nhập viện mà Bệnh viện xác định là kết quả của một Biến cố Nghiêm trọng cần Báo cáo (SRE). Các SRE không xuất hiện tại Bệnh viện được loại trừ khỏi thủ tục xác định khoản nợ không thanh toán này.

XIII. TUÂN THỦ ĐẠO LUẬT VỀ TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ (HIPAA)

Bệnh viện cũng duy trì tất cả các thông tin theo các luật của liên bang và tiểu bang hiện hành về quyền riêng tư, bảo mật và chống tội phạm trộm cắp thông tin định danh cá nhân.

XIV. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BỆNH NHÂN

Bệnh viện sẽ thông báo cho bệnh nhân về trách nhiệm của họ trong việc:

- 1) Cung cấp thông tin về bảo hiểm và nhân khẩu học đầy đủ và đúng hạn. Báo cho Bệnh viện và MassHealth bất kỳ thay đổi nào về tình trạng bao gồm các thay đổi về thu nhập hoặc tình trạng bảo hiểm, và theo dõi số liệu khấu trừ thủ công HSN.
- 2) Có những nỗ lực hợp lý để hiểu các giới hạn của bảo hiểm của họ bao gồm các giới hạn của mạng lưới, giới hạn cung cấp dịch vụ và các trách nhiệm tài chính do giới hạn bảo hiểm, các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm.
- 3) Đối với bệnh nhân có điều kiện thanh toán, phải thanh toán đúng hạn cho các dịch vụ được Tufts MC cung cấp, bao gồm các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, và đồng bảo hiểm.
- 4) Tuân thủ chính sách giới thiệu bảo hiểm, cho phép trước, và các chính sách quản lý y tế khác. Tuân thủ các yêu cầu bảo hiểm khác bao gồm hoàn thiện các mẫu đơn điều phối quyền lợi bảo hiểm, cập nhật thông tin tư cách thành viên, cập nhật thông tin về bác sĩ điều trị, hiểu phạm vi quyền lợi bảo hiểm và các yêu cầu khác đối với người thanh toán. Đối với việc không thanh toán bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế, phải xác nhận và bố trí biện pháp thanh toán khác.
- 5) Đối với cư dân Massachusetts, phải mua bảo hiểm qua Health Connector, các nguồn bảo hiểm khác, hoặc làm đơn xin MassHealth/Commonwealth Care/xác nhận bệnh nhân có hu nhập thấp (nếu như có khả năng đủ điều kiện), bao gồm việc nộp tất cả các tài liệu cần thiết.
- 6) Thông báo cho Bệnh viện, về bất kỳ bảo hiểm Tai nạn Phương tiện Cơ giới, bảo hiểm Trách nhiệm Bên thứ ba, hay bảo hiểm Bồi thường cho Người Lao động có thể nào. Đối với bệnh nhân được bảo hiểm bởi MassHealth hay Health Safety Net, phải làm đơn yêu cầu bồi thường, nếu có, đối với bất kỳ tai nạn, chấn thương hay thiệt hại nào và thông báo cho chương trình công của tiểu bang (ví dụ Văn phòng Medicaid và Health Safety Net) trong vòng mười ngày về các thông tin liên quan đến bất kỳ vụ kiện hay yêu cầu thanh toán bảo hiểm nào mà sẽ chi trả cho các chi phí dịch vụ do Bệnh viện cung cấp. Một bệnh nhân tiếp theo phải chỉ định quyền thu khoản thanh toán của bên thứ ba mà sẽ chi trả cho chi phí của các dịch vụ đã được Tiểu bang hay Health Safety Net thanh toán hoặc hoàn tiền lại cho HSN từ nguồn tiền nhận được từ bên thứ ba. Nếu bệnh nhân không tự nguyện hoàn lại tiền cho HSN từ các nguồn tiền nhận được từ bên thứ ba, thì HSN có thể thu hồi các khoản thanh toán đó.

XV. CÔNG BỐ CHÍNH SÁCH TÍN DỤNG VÀ THU HỒI NỢ

Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của Tufts MC, Danh sách Nhà cung cấp Liên kết và Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC có sẵn tại: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

- 1) Cũng có thể truy cập trang mạng này từ trang chủ của Tufts MC (www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance) bằng cách chọn **Patient Care + Services** (Chăm sóc Bệnh nhân + Dịch vụ), tiếp theo chọn **Financial Assistance** (Hỗ trợ Tài chính).
- 2) Trang mạng có nhiều cách khác nhau mà bệnh nhân có thể làm đơn xin hỗ trợ tài chính từ Bệnh viện, bao gồm một danh sách các địa điểm của Ban Điều phối Tài chính, số điện thoại trung tâm và địa chỉ email trung tâm. Trang mạng cho bệnh nhân biết rằng các mẫu đơn xin và hỗ trợ của Ban Điều phối Tài chính là miễn phí.

PHỤ LỤC A

Các địa điểm của Tufts Medical Center, các tổ chức tham gia

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi Tufts MC tại các địa điểm sau:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children tại Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI tại Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors, Stoneham, MA 02180

PHỤ LỤC B

Danh sách Nhà cung cấp liên kết của Tufts Medical Center, các Tổ chức không tham gia

Chính sách này loại trừ các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi các tổ chức có liên kết với Tufts MC sau đây:

1. Tufts Medical Center Physicians Organization (Tổ chức Bác sĩ của Tufts Medical Center), bao gồm:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.
18. CardioVascular Center at Tufts Medical Center, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians tại 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Physical Therapy (Vật lý Trị liệu) đặt tại Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Các Bác sĩ Phẫu thuật Thẩm mỹ Bên ngoài

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Private Practice Internal Medicine đặt tại Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

Tất cả các tổ chức của bác sĩ điều trị liên kết với Tufts MC bao gồm các tổ chức được liệt kê ở trên được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân thủ chính sách này.

PHỤ LỤC C

Các bệnh nhân của Tufts Medical Center được bảo vệ khỏi biện pháp thu hồi nợ¹



Các bệnh nhân sau đây, là người nhận các dịch vụ cần thiết về mặt y tế từ Bệnh viện, được miễn trừ khỏi các biện pháp thu hồi nợ trong phạm vi được mô tả dưới đây. Các biện pháp thu hồi nợ bao gồm bất kỳ hoạt động nào mà qua đó Bệnh viện hay một đại diện của Bệnh viện yêu cầu khoản thanh toán cho các dịch vụ từ bệnh nhân, người bảo lãnh của bệnh nhân hay một bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán. Các hoạt động đó có thể bao gồm các khoản đặt cọc trước khi nhập viện hay điều trị, gửi bảng kê hóa đơn, thư đòi nợ, gọi điện thoại, liên hệ trực tiếp với cá nhân và các hoạt động của các cơ quan và luật sư đòi nợ.

Chương trình của Massachusetts	Nguyên tắc chung	Các ngoại lệ
Bệnh nhân MassHealth	Bệnh viện không thể lập hóa đơn chùng nào bệnh nhân còn có thể cung cấp bằng chứng tham gia.	<p>a. Có thể lập hóa đơn cho các khoản đồng thanh toán và khấu trừ.</p> <p>b. Có thể lập hóa đơn cho bệnh nhân không thể cung cấp bằng chứng tham gia.</p>
Hỗ trợ cấp cứu cho bệnh nhân là người già, người khuyết tật và trẻ em (EAEDC)		
Bệnh nhân thuộc chương trình An sinh Y tế Trẻ em (CMSP) với thu nhập MAGI từ 300% FPL trở xuống		
Bệnh nhân có khó khăn về y tế	Bệnh viện không thể lập hóa đơn cho bệnh nhân cho phần hóa đơn vượt quá khoản đóng góp Khó Khăn Về Y Tế. Điều này bao gồm các bệnh nhân hội đủ điều kiện được nhận thanh toán cho khó khăn về y tế từ HSN và có một yêu cầu thanh toán Nợ xấu cấp cứu đang chờ xét duyệt.	
BỆNH NHÂN CÓ THU NHẬP THẤP		
Tất cả các bệnh nhân có thu nhập thấp	Bệnh viện không thể lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với các dịch vụ y tế không hoàn trả mà bệnh nhân đã đồng ý chấp nhận trách nhiệm tài chính nếu: (i) yêu cầu thanh toán cho dịch vụ y tế không hoàn trả có liên quan đến lỗi y tế, hay (ii) nếu yêu cầu thanh toán bị từ chối bởi công ty bảo hiểm chính của bệnh nhân do lỗi hành chính hoặc lỗi lập hóa đơn.	<p>a. Có thể lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với các dịch vụ y tế không hoàn trả mà bệnh nhân đã đồng ý chấp nhận trách nhiệm tài chính.</p> <p>b. Khi được bệnh nhân yêu cầu, Bệnh viện có thể lập hóa đơn cho bệnh nhân để cho phép bệnh nhân đáp ứng khoản khấu trừ một lần liên quan đến chương trình CommonHealth.</p>
Tất cả các bệnh nhân có thu nhập thấp trừ bệnh nhân có thu nhập thấp chỉ có bảo hiểm nha khoa	Bệnh viện không thể lập hóa đơn cho các dịch vụ y tế có thể hoàn trả mà Bệnh viện sẽ nhận thanh toán cho các dịch vụ đó từ HSN.	<p>a. Có thể lập hóa đơn cho các khoản đồng thanh toán và khấu trừ.</p> <p>b. Có thể lập hóa đơn cho các dịch vụ đủ điều kiện do Bệnh viện cung cấp trước khi Tiểu bang xác định tình trạng thu nhập thấp của bệnh nhân hoặc sau khi tình trạng thu nhập thấp của bệnh nhân đã hết hạn hoặc bị hủy bỏ.</p>
Bệnh nhân có thu nhập thấp với thu nhập MassHealth MAGI hoặc Thu nhập có thể tính được của gia đình có khó khăn về y tế ở trong khoảng từ 150.1% đến 300% FPL	Bệnh viện không thể lập hóa đơn cho bệnh nhân cho phần hóa đơn vượt quá khoản khấu trừ.	<p>a. Có thể lập hóa đơn cho các khoản đồng thanh toán được phẩm.</p> <p>b. Có thể lập hóa đơn cho khoản khấu trừ HSN Một phần.</p> <p>c. Có thể lập hóa đơn cho các dịch vụ hội đủ điều kiện do Bệnh viện cung cấp trước khi Tiểu bang xác định tình trạng thu nhập thấp của bệnh nhân hoặc sau khi tình trạng thu nhập thấp của bệnh nhân đã hết hạn hoặc bị hủy bỏ.</p>

¹Tham khảo các quy định của Massachusetts Health Safety Net 101 C.M.R. § 613.08(3).

PHỤ LỤC D

Mẫu Thông Báo Hỗ Trợ và Chương Trình của Tufts Medical Center – Hóa Đơn Thanh Toán, mặt trước

				IF PAYING BY CREDIT CARD OR DEBIT CARD FILL OUT HERE			
				CHECK CARD USING FOR PAYMENT			<input type="checkbox"/> MASTERCARD
CARD NUMBER						EXPIRATION DATE	
[Grid for card number]						[Grid for expiration date]	
PLEASE SIGN HERE					DUE DATE		
STATEMENT DATE	ACCOUNT NUMBER	PAY THIS AMOUNT	AMOUNT PAID				

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR ACCOUNT

PHỤ LỤC D

Mẫu Thông Báo Hỗ Trợ và Chương Trình của Tufts Medical Center – Hóa Đơn Thanh Toán, mặt sau

PLEASE COMPLETE THE APPROPRIATE SECTIONS AND RETURN IN THE ENCLOSED ENVELOPE AS SOON AS POSSIBLE.

CREDIT CARD PAYMENT / CHANGE OF ADDRESS			INSURANCE INFORMATION			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			MASSHEALTH MassHealth ID Number		Effective Date / /	
CREDIT CARD NO.: _____			Recipient ID Number _____		OTHER INSURANCE Insurance Company Name and Address	
PAYMENT AMOUNT _____			MEDICARE Medicare Number		Effective Date / /	
CARDHOLDER SIGNATURE _____			Retirement Date		Medex Number	
EXP. DATE M M Y Y			MY INFORMATION HAS CHANGED TO			
NAME _____			Policy / ID Number _____ Pt's Relationship to Subsc. _____			
ADDRESS _____			Subscriber Name _____ Subscriber Date of Birth / /			
CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____			Subscriber Employer _____			
TELEPHONE _____			Employer City & State _____			
OTHER _____			WORK RELATED INJURY			
			Injury Date _____		Case No. _____	
			Employer Name _____		Employer Phone _____	
			Employer Address _____		City _____ State _____ Zip Code _____	

If you are unable to pay your full balance at this time, please contact our business office to discuss alternative payment arrangements.

HOW TO REACH US

Questions About Your Bill?



Please call the number listed on the front of this document.



Tufts Medical Center
 800 Washington Street
 Box 1005
 Boston, MA 02111-1526

NOTICE OF AVAILABILITY OF FINANCIAL ASSISTANCE

The Hospital provides financial assistance for medically necessary services for United States residents who cannot afford to pay based on the below Federal Poverty Guideline.

Financial Assistance for Low Income Patients as of 2019

For Financial Assistance Information for Tufts Medical Center, Please Call: 617-636-6013

Family Size	Full Assistance up to these income levels	Partial Assistance up to these income levels
1	\$ 18,744	\$ 37,476
2	\$ 25,368	\$ 50,736
3	\$ 32,004	\$ 63,996
4	\$ 38,628	\$ 77,256
5	\$ 45,264	\$ 90,516
6	\$ 51,888	\$ 103,776
7	\$ 58,524	\$ 117,036
8	\$ 65,148	\$ 130,296
Each Additional Person	+ \$ 6,636	+ \$ 13,260

Alternative assistance may also be available through various public assistance programs, in cases of additional financial need or medical hardship.

PLEASE CONTACT US IF YOU WOULD LIKE MORE INFORMATION.