

Chính sách: Chính sách Hỗ trợ Tài chính**Thực thể:** Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC**Ngày-giờ:****Phòng:** Cơ quan Quản lý**Ngày Ra soát/Sửa đổi có hiệu lực:** Tháng 1 năm 2016**Thẻ loại:** Tính tuân thủ**Được thông qua vào tháng 09 năm 2015:** Ban Giám đốc Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC**(Các)Địa điểm:** Xem bên dưới**Chủ sở hữu:**

Ngày Ra soát/Sửa đổi trước: 09/09/2015

Mục đích:

Chính sách Hỗ trợ Tài chính này ("Chính sách") áp dụng cho Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC trong việc: (1) xác định tính đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân đang sử dụng Các dịch vụ Y tế Thiết yếu; (2) tính toán viện phí cho bệnh nhân đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính; và (3) tạo thuận lợi về thủ tục đơn từ đối với bệnh nhân được Hỗ trợ Tài chính. Ngoài ra, chính sách này còn sơ lược cách thức xuất hóa đơn và thu viện phí của Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC đối với các dịch vụ chăm sóc y tế được cung cấp tại Cơ sở Y tế của Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC, bao gồm cả những nỗ lực mà Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC sẽ thực hiện nhằm xác định bệnh nhân đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính trước khi tiến hành các Biện pháp Thu phí Đặc biệt trong trường hợp không thanh toán.

Định nghĩa:

Số tiền Tính phí Thông thường (Amounts Generally Billed) hoặc AGB – Khoản tiền mà Cơ sở Y tế thường tính cho Các dịch vụ Y tế Thiết yếu cho bệnh nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó, được quy định theo Treas. Reg. Sec. 1.501 (r) -5 (b).

Thời hạn Nộp đơn – Khoảng thời gian bắt đầu từ thời điểm chăm sóc sức khỏe liên tục của bệnh nhân trong vòng 240 ngày sau khi cung cấp bằng thông báo viện phí sau ngày xuất viện đầu tiên của bệnh nhân.

Các Dịch vụ Được chi trả – Các dịch vụ Y tế Thiết yếu do Cơ sở Y tế cung cấp.

Dịch vụ Cấp cứu – Chăm sóc hoặc điều trị được Cơ sở y tế cung cấp cho một "tình trạng y tế khẩn cấp," như được định nghĩa trong EMTALA.

EMTALA – Điều trị Y tế Khẩn cấp và Đạo luật Lao động (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

Biện pháp Thu hồi nợ Đặc biệt hay Các ECA – Biện pháp thu hồi nợ đặc biệt theo quy định tại Treas. Reg. Sec. 1.501(r)-6(b).

Bảng tiêu chuẩn Nghèo khó Liên bang - Hướng dẫn về chuẩn nghèo khó của Liên bang được xuất bản hàng năm bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Truy cập <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> để xem Hướng dẫn hiện hành

Hỗ trợ Tài chính – Cắt giảm Tổng Viện phí Khám Chữa tại Cơ sở Y tế cho những bệnh nhân có đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính theo chính sách này.

Tổng Viện phí – Chi phí đầy đủ, theo quy định cho các dịch vụ chăm sóc y khoa của Cơ sở Y tế mà Cơ sở Bệnh viện thường áp dụng thống nhất và đồng đều cho bệnh nhân trước khi áp dụng bất cứ ưu đãi, giảm giá hoặc khấu trừ nào theo hợp đồng.

Cơ sở Y tế – Một Cơ sở Y tế phẫu thuật ngoại trú mà yêu cầu có giấy phép bệnh viện theo Đề mục 32.1, Chương 5 của Bộ Luật Virginia.

Thu nhập Hộ gia đình – Tổng thu nhập hàng năm của một bệnh nhân và tất cả các thành viên trong hộ gia đình của anh ta/cô ấy được khai trên cùng tờ khai thuế liên bang.

Bệnh nhân Được bảo hiểm – Cá nhân có tham gia mọi hình thức bảo hiểm thuộc chính phủ, công ty thương mại, chăm sóc giám hộ, y tế tư nhân.

Các Dịch vụ Y tế Cấp thiết – Các dịch vụ y tế cần thiết và hợp lý bắt buộc để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc chấn thương mà được thực hiện theo các tiêu chuẩn chăm sóc y tế được công nhận tại thời điểm yêu cầu dịch vụ và không nhằm mục đích chính tạo sự thuận tiện cho bệnh nhân hay bác sĩ của bệnh nhân hoặc cơ sở khám chữa bệnh khác.

Yêu cầu Bồi thường pháp lý từ Bên thứ ba – Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào mà bệnh nhân có thể đưa ra đối với một cá nhân, công ty bảo hiểm, hoặc tổ chức khác chịu trách nhiệm bao trả chi phí của bệnh nhân về dịch vụ y tế.

Bệnh nhân Không có bảo hiểm – Các cá nhân mà không tham gia hình thức bảo hiểm từ phía chính phủ, công ty thương mại, chăm sóc giám hộ, bảo hiểm y tế tư nhân hoặc người có quyền lợi bảo hiểm đã hết hạn.

Dịch vụ Được bao trả:

Cơ sở Y tế không được sử dụng bác sĩ riêng của mình. Mỗi bác sĩ thực hiện việc ra hóa đơn riêng cho các dịch vụ của mình và thực hiện theo quy trình thanh toán và hóa đơn của riêng từng bác sĩ. **Không có bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào khác, ngoại trừ chính Cơ sở Y tế, cung cấp các Dịch vụ Y tế Cấp thiết trong Cơ sở Y tế cho bệnh nhân được hưởng chi trả theo Chính sách này. Tuyên bố này áp dụng cho tất cả các dịch vụ phẫu thuật được cung cấp trong Cơ Sở Y Tế.**

CHỈ CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI CHÍNH CƠ SỞ Y TẾ TẠI CƠ SỞ Y TẾ MỚI ĐƯỢC XEM LÀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỢP LỆ THEO CHÍNH SÁCH NÀY. Cơ sở Y tế không có thẩm quyền cung cấp Hỗ trợ Tài chính đối với các chi phí từ các bác sĩ hoặc chuyên gia y tế khác mà Cơ sở Y tế không thuê mướn.

Cơ sở Y tế được cấp phép là bệnh viện phẫu thuật ngoại trú theo Đề mục 32.1 Chương 5 của Bộ Luật Virginia và không cung cấp Dịch vụ Cấp cứu.

Không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính:

Hỗ trợ Tài chính không được cung cấp cho những bệnh nhân không tuân thủ hợp lý các yêu cầu của bên bao trả khả dụng, bao gồm, nhưng không giới hạn, xin cấp phép, giới thiệu, hoặc các yêu cầu khác đối với việc xét xử khiếu nại.

Hỗ trợ Tài chính không được cung cấp khi Yêu cầu Bồi thường Pháp lý từ Bên thứ ba có liên quan đã được cung cấp cho bệnh nhân. Trường hợp ngoại lệ được xác định theo từng trường hợp cụ thể dựa vào các sự kiện và hoàn cảnh cụ thể.

Hỗ trợ Tài chính sẽ bị từ chối nếu một bệnh nhân hoặc bên phụ trách / người bảo lãnh bệnh nhân cung cấp thông tin sai lệch về thu nhập, quy mô hộ gia đình, tài sản, khoản nợ, chi phí, hoặc các nguồn lực có sẵn khác của anh ta/cô ấy mà có thể bảo đảm tài chính để chi trả cho các Dịch vụ Bao trả bảo hiểm.

Tiêu chí đủ điều kiện và Xác định Khoản tiền Hỗ trợ Tài chính:

Bệnh nhân có đủ điều kiện nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với các Dịch vụ Được bao trả theo Chính sách này vào bất cứ lúc nào trong Thời hạn nộp đơn. Thu nhập Hộ gia đình của mỗi bệnh nhân được đánh giá căn cứ vào các sự kiện và trường hợp có liên quan, chẳng hạn như thu nhập, tài sản, khoản nợ, chi phí, và các nguồn lực khác trong các báo cáo sẵn có dành cho bệnh nhân hoặc bên phụ trách bệnh nhân, khi xác định mức Hỗ trợ Tài chính mà người nộp đơn đủ điều kiện theo Chính sách này.

Xem xét tất cả các yếu tố khác, tiêu chí Thu nhập Hộ gia đình sau đây thường được sử dụng để xác định khoản tiền, nếu có, số dư nợ tài khoản của bệnh nhân liên quan đến Dịch vụ Được bao trả cho bệnh nhân sẽ được xóa bỏ coi như khoản Hỗ trợ tài chính:

- Bệnh nhân Không có bảo hiểm với Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc thấp hơn 200% theo Bảng tiêu chuẩn Nghèo khó Liên bang hiện có đủ điều kiện xóa bỏ hoàn toàn 100% Tổng viện phí của Cơ sở Bệnh viện liên quan đến Dịch vụ Được bao trả theo Chính sách này.
- Bệnh nhân được bảo hiểm với Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc thấp hơn 200% theo Bảng tiêu chuẩn Nghèo khó Liên bang hiện có đủ điều kiện xóa bỏ hoàn toàn 100% số tiền còn lại bất kỳ của bệnh nhân sau khi bảo hiểm đã chi trả Dịch vụ Được bao trả theo Chính sách này.
- Bệnh nhân không có bảo hiểm với Thu nhập Hộ gia đình **trên** 200% theo Bảng tiêu chuẩn Nghèo khó Liên bang không đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này. Tuy nhiên, bệnh nhân nên liên hệ với Cơ sở Y tế theo quy định trong Chính sách này để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện để được giảm giá ngoài phạm vi Chính sách này hay không.

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này có thể phải nộp các loại giấy tờ sau đây để xác minh Thu nhập hộ gia đình trong Thời hạn nộp đơn: ba cuốn phiếu thanh toán gần nhất tại Thời hạn nộp đơn; tờ khai quyết toán thuế liên bang hàng năm gần nhất hoặc W-2 tại thời điểm nộp đơn; xác minh chủ sử dụng lao động; tài liệu hỗ trợ từ chính phủ; an sinh xã hội, bồi thường người lao động, hoặc thư phê chuẩn bồi thường thất nghiệp; báo cáo Ngân hàng; hoặc các tài liệu khác cung cấp bằng chứng về Thu nhập hộ gia đình. Cơ sở Y tế cũng có thể sử dụng các dữ liệu về nguồn thu nhập, tài sản, trách nhiệm pháp lý, chi phí, và dữ liệu tài nguyên khác từ các nguồn truy vấn tín dụng của bên thứ ba và các nguồn dữ liệu sẵn có công khai làm bằng chứng để xác định và xác thực Thu nhập Hộ Gia đình của đơn xin để xác định tính hội đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này.

Việc xác định trước bệnh nhân đủ điều kiện đối với khoản Hỗ trợ Tài chính không được coi là áp dụng cho các đợt điều trị mới chăm sóc cho bệnh nhân đó. Đơn xin Hỗ trợ Tài chính mới phải được hoàn tất.

Căn cứ theo chính sách này, sau khi bệnh nhân đã được xác định là đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này, thì bệnh nhân sẽ không bị tính phí cho bất cứ chi phí Thông thường (AGB) nào cho các Dịch vụ được Chi Trả theo Chính sách này, do đó, không áp dụng tính phí AGB.

Phương pháp đăng ký nhận Hỗ trợ tài chính:

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính hiện có tại khu vực đăng ký bệnh nhân của Cơ sở Y tế và cũng có thể được tải về miễn phí từ internet tại trang www.lakeridgesurgerycenter.com. Đơn xin Hỗ trợ Tài chính cũng có thể gửi qua bưu điện miễn phí cho bệnh nhân khi có yêu cầu bằng cách gọi số điện thoại 703-357-9568, hoặc gửi văn bản yêu cầu đến địa chỉ sau:

Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC
 Người nhận: Business Office Manager
 12825 Minnieville Road, Suite 204
 Woodbridge, Virginia 22192
 Điện thoại: 703-357-9568

Hoàn tất đơn xin Hỗ trợ tài chính, cùng với bằng chứng về Thu nhập hộ gia đình, cần được gửi đến địa chỉ đã đề cập trong Chính sách này. Ngoài ra, bệnh nhân có thể chuyển lại đơn đăng ký đã điền đầy đủ, nộp cùng bằng chứng chứng minh Thu nhập Hộ Gia đình, cho khu vực đăng ký bệnh nhân của Cơ sở Y tế.

Những bệnh nhân cần biết thông tin thêm về chính sách này, hoặc cần trợ giúp về thủ tục đăng ký Hỗ trợ Tài chính, có thể gọi điện thoại hoặc đến địa điểm ở trên từ thứ Hai đến thứ Sáu trong giờ làm việc hành chính để trao đổi với Giám đốc Phòng Kinh doanh.

Thời hạn đủ điều kiện:

Xác định tính hợp lệ theo Chính sách này có hiệu lực đối với Dịch vụ Được bao trả lên đến 240 ngày trước ngày phê duyệt đăng ký xin Hỗ trợ tài chính, và không áp dụng cho ngày thực hiện dịch vụ nếu sau ngày phê duyệt đăng ký xin Hỗ trợ tài chính:

Những công việc cần thực hiện trong trường hợp Phi thanh toán (Thu hồi nợ):

Cố gắng xác định điều kiện bệnh nhân nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này đối với Dịch vụ Được bao trả trước khi tham gia vào quá trình thu hồi nợ đối với bệnh nhân đó. Những cố gắng này bao gồm thông báo cho bệnh nhân về Chính sách này, trợ giúp bệnh nhân sửa chữa Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, và thông báo cho đương đơn đăng ký xin Hỗ trợ Tài chính về điều kiện của anh/chị đó khi đơn đăng ký hoàn thành được chấp nhận.

Sau khi tiến hành các nỗ lực hợp lý, nếu phát hiện bệnh nhân hoặc không đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này hoặc không phản hồi lại các nỗ lực của Cơ sở Y tế trong việc lấy thông tin cần thiết để xác định tính đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, tài khoản của bệnh nhân có thể được ghi nhận nợ xấu và tài khoản nợ quá hạn được chuyển qua bộ phận thu nợ của bên thứ ba. Cơ sở Y tế có thể tiến hành ECA một khi tài khoản đã được chuyển qua bộ phận thu hồi nợ. ECA có thể bao gồm báo cáo của tài khoản nợ quá hạn gửi tới một hoặc nhiều cơ quan báo cáo tiêu dùng (văn phòng tín dụng) cũng như việc trì hoãn hoặc từ chối Dịch vụ được chi trả, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp Dịch vụ được chi trả, do không thanh toán cho Dịch vụ được chi trả đã được cung cấp trước đó. Ngoài ra, Cơ sở Y tế có thể khởi kiện, thi hành bản án, lưu giữ bản án hoặc chứng thư ủy thác, thế chấp bất động sản, và thu giữ tiền lương và các tài sản khác.

Trước khi phân loại tài khoản của bệnh nhân là nợ xấu, trong quá trình thu hồi nợ định kỳ, Cơ sở Y tế sẽ gửi thư kèm một loạt 03 sao kê tài khoản tới bệnh nhân, và cũng có thể cố gắng liên hệ với bệnh nhân bằng điện thoại. Cơ sở Y tế cũng có thể tận dụng các dịch vụ từ các nhà cung cấp đủ điều kiện để hỗ trợ Bệnh nhân Không có Bảo hiểm trong việc đăng ký các chương trình của chính phủ, chẳng hạn như Medicaid. Cơ sở Y tế tận dụng công nghệ và các dịch vụ từ nhà cung cấp khác để giúp xác định các thông tin về bên trả tiền cho bệnh nhân nếu thông tin đó không được thông báo cho Cơ sở Y tế này trong quá trình đăng ký của bệnh nhân.

Trong trường hợp không thanh toán hoặc không có bất kỳ biện pháp thu xếp thanh toán được thỏa thuận giữa hai bên, Cơ sở Y tế sẽ xem tài khoản là nợ xấu và có thể thực hiện ECA sau 120 ngày kể từ thời điểm cung cấp Bảng thông báo hóa đơn chi phí sau ngày xuất viện của bệnh nhân. Một bệnh nhân sẽ được gửi qua đường bưu điện về một loạt 03 báo cáo bổ sung của bệnh nhân khi tài khoản được coi là nợ xấu. Bất kỳ (các) tài khoản chưa thanh toán còn lại tại cuối của loạt báo cáo thứ hai gửi tới bệnh nhân sẽ được xem xét lại nhằm cân nhắc tính hợp pháp hoặc có thể thu xếp với một cơ quan thu hồi nợ bên ngoài.

Số dư tài khoản bệnh nhân hội đủ điều kiện nhằm đánh giá Hỗ trợ Tài chính trong Thời hạn nộp đơn. Sau khi tiếp nhận Đơn xin Hỗ trợ Tài chính trong Thời hạn nộp đơn, mọi ECA được tạm ngừng cho đến khi có quyết định về tính hợp lệ cuối cùng do một Cơ sở Y tế đưa ra. Đương đơn xin Hỗ trợ Tài chính mà cung cấp thông tin không đầy đủ trong Thời hạn Nộp đơn sẽ được cho một khoảng thời gian hợp lý, theo quy định bởi Cơ sở Y tế và dựa vào các sự kiện và hoàn cảnh cụ thể, để phản hồi thông báo bằng văn bản của Cơ sở Y tế mô tả các thông tin và/hoặc tài liệu bổ sung cần thiết nhằm hoàn tất đơn đăng ký. Nếu đương đơn không phản hồi với yêu cầu bổ sung thông tin từ một Cơ sở Y tế trong khoảng thời gian hợp lý, theo quy định bởi Cơ sở Y tế và dựa vào các sự kiện và hoàn cảnh cụ thể, thì ECA có thể được tiếp tục thực hiện.

Ít nhất 30 ngày trước khi Cơ sở Y tế tiến hành bất kỳ ECA, bệnh nhân sẽ được thông báo bằng văn bản về bất kỳ ECA mà Cơ sở Y tế dự định tiến hành để thu hồi nợ, cũng như khả năng cung cấp Hỗ trợ Tài chính đối với các cá nhân có đủ điều kiện. Cùng với thông báo này, bệnh nhân được cung cấp bản tóm tắt Chính sách này bằng ngôn ngữ đơn giản. Cơ sở Y tế cũng phải nỗ lực hợp lý nhằm truyền đạt bằng miệng cho bệnh nhân về Chính sách này và cách thức họ có thể nhận được hỗ trợ qua quá trình đăng ký hỗ trợ tài chính trong khoảng thời gian giữa khi gửi thư thông báo bắt đầu ECA và khi tiếp tục hoặc tiến hành ECA. (Các) ECA có thể phát sinh không sớm hơn 120 ngày, kể từ khi cung cấp bảng thông báo viện phí sau ngày xuất viện của bệnh nhân, như được đề cập trong Treas. Reg. Sec. 1.501(r)-6(c)(3)(i).

Giám đốc Phòng Kinh doanh của Cơ sở Y tế chịu trách nhiệm xác định xem Cơ sở Y tế đã tiến hành các nỗ lực hợp lý nhằm xác định tính đủ điều kiện của bệnh nhân được hưởng Hỗ trợ tài chính theo Chính sách này trước khi tham gia thực hiện ECA bất kỳ.

Các ngoại lệ theo Chính sách này

Giám đốc Phòng Kinh doanh của Cơ sở Y tế có thẩm quyền đưa ra những trường hợp ngoại lệ về tính đủ điều kiện và sự xác định theo Chính sách này trên cơ sở từng trường hợp cụ thể tùy vào các thực tế và hoàn cảnh cụ thể của từng bệnh nhân. Trong bất cứ trường hợp nào một bệnh nhân không được bị từ chối Hỗ trợ Tài chính nếu anh / cô ta đáp ứng các điều kiện và yêu cầu hợp lý đã quy định đối với các Dịch vụ Được bao trả đề cập trong Chính sách này.

