

## CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

1 Tháng 1, 2022

### CHÍNH SÁCH/NGUYÊN TẮC

Là chính sách của công ty VSC HBO, LLC (tên hoạt động là HealthBridge Orange, một cơ sở y tế chuyên khoa nhi chỉ phục vụ bệnh nhân từ 0 đến 21 tuổi, sau đây gọi là “Cơ sở”) để đảm bảo thực hành công bằng về mặt xã hội trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại Cơ sở. Chính sách này được thiết kế đặc biệt để giải quyết tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân đang cần hỗ trợ tài chính và nhận được sự chăm sóc từ Cơ sở.

1. Tất cả các hoạt động tài chính sẽ phản ánh cam kết và sự tôn trọng của chúng tôi đối với phẩm giá và lợi ích chung của con người, mối quan tâm đặc biệt và tinh đoàn kết của chúng tôi với những hoàn cảnh khó khăn và những người dễ bị tổn thương cũng như cam kết của chúng tôi đối công bằng phân phối và trách nhiệm quản lý.
2. Chính sách này áp dụng cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do Cơ sở cung cấp. Chính sách này không áp dụng cho các khoản phí chăm sóc không phải cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác.
3. Danh sách Nhà cung cấp được bao gồm trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính cung cấp danh sách bất kỳ nhà cung cấp nào có cung cấp dịch vụ chăm sóc trong Cơ sở, trong đó nêu rõ nhà cung cấp nào được bao gồm hoặc không bao gồm trong chính sách hỗ trợ tài chính.

### CÁC ĐỊNH NGHĨA

Cho mục đích của Chính sách này, áp dụng các định nghĩa sau đây:

- “**501(r)**” có nghĩa là Mục 501(r) của Bộ luật Thuế vụ (Internal Revenue Code) và các quy định được ban hành theo đó.
- “**Số tiền tính hóa đơn thông thường**” viết tắt là “**AGB**” (**Amount Generally Billed**) nghĩa là đối với dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế, đó là số tiền thường được tính cho các cá nhân có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó.
- “**Cộng đồng**” của HealthBridge Orange bao gồm Quận Cam, California.
- “**Chăm sóc cần thiết về mặt y tế**” nghĩa là chăm sóc (1) phù hợp, nhất quán và cần thiết cho việc điều trị tình trạng của Bệnh nhân; (2) nguồn cung cấp hoặc mức độ dịch vụ phù hợp nhất có thể được cung cấp một cách an toàn cho tình trạng của Bệnh nhân; (3) không được cung cấp chủ yếu vì sự thuận tiện của Bệnh nhân, gia đình Bệnh nhân, bác sĩ hoặc người chăm sóc; và (4) có nhiều khả năng mang lại lợi ích cho Bệnh nhân hơn là gây hại. Để dịch vụ chăm sóc theo lịch trình trong tương lai được coi là “chăm sóc cần thiết về mặt y tế”, việc chăm sóc và thời gian chăm sóc phải được Giám đốc Y tế của Cơ sở (hoặc người được chỉ định) phê duyệt. Việc xác định dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế phải được thực hiện bởi nhà cung cấp được cấp phép đang cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho Bệnh nhân và, theo quyết định riêng của Cơ sở, bởi bác sĩ tiếp nhận, bác sĩ giới thiệu và/hoặc Giám đốc Y tế hoặc bác sĩ xem xét khác (tùy thuộc vào loại hình chăm sóc được đề nghị). Trong trường hợp dịch vụ chăm sóc mà Bệnh nhân yêu cầu theo chính sách này được bác sĩ xem xét xác định là không cần thiết về mặt y tế thì quyết định đó cũng phải được xác nhận bởi bác sĩ tiếp nhận hoặc giới thiệu.
- “**Cơ sở**” có nghĩa là VSC HBO, LLC, tên hoạt động là HealthBridge Orange, ở Tustin, California
- “**Bệnh nhân**” nghĩa là những trẻ em từ 0 - 21 tuổi nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại Cơ sở và người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc bệnh nhân.

### Hỗ trợ tài chính được cung cấp

Hỗ trợ tài chính được mô tả trong phần này chỉ dành cho Bệnh nhân sống tại Cơ sở:

1. Trong khuôn khổ Chính sách Hỗ trợ Tài chính này, Bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 250% mức thu nhập của FPL (Federal Poverty Level- Mức Nghèo Liên bang), sẽ đủ điều kiện nhận được chăm sóc từ thiện 100% cho phần chi phí dịch vụ mà Bệnh nhân phải chịu trách nhiệm sau khi thanh toán từ phía bảo hiểm (nếu có) với điều kiện: bệnh nhân được xác định đủ điều kiện theo phương thức tính điểm sơ bộ (được mô tả tại Điều 5 dưới đây) hoặc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký") vào hoặc trước ngày thứ 240 kể từ ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và đơn đăng ký được Cơ sở chấp thuận. Trong trường hợp Bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính sau ngày thứ 240 kể từ ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên, Bệnh nhân vẫn có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên đến 100%. Tuy nhiên, số tiền hỗ trợ tài chính tối đa sẽ được tính trên số dư chưa thanh toán của bệnh nhân sau khi đã trừ đi các khoản thanh toán trước đó (nếu có) trên tài khoản của bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn Số tiền tính hóa đơn thông thường (AGB).
2. Trong khuôn khổ Chính sách Hỗ trợ Tài chính này, các Bệnh nhân có thu nhập cao hơn 250%, nhưng không vượt quá 400% mức thu nhập FPL, sẽ được chiết khấu theo thang trượt trên phần chi phí dịch vụ mà Bệnh nhân phải chịu trách nhiệm sau khi thanh toán từ phía bảo hiểm (nếu có), với điều kiện: bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký") vào hoặc trước ngày thứ 240 kể từ ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và đơn xin được Cơ sở chấp thuận. Trong trường hợp Bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính sau ngày thứ 240 kể từ ngày hóa đơn xuất viện đầu tiên, Bệnh nhân vẫn có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên đến 100%. Tuy nhiên, số tiền hỗ trợ tài chính tối đa sẽ được tính trên số dư chưa thanh toán của bệnh nhân sau khi đã trừ đi các khoản thanh toán trước đó (nếu có) trên tài khoản của bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn Số tiền tính hóa đơn thông thường (AGB). Mức chiết khấu theo thang trượt như sau:

Chiết khấu chăm sóc từ thiện - Thang trượt									
Số người	Mức nghèo liên bang	250%	251% - 275%	276% - 300%	301% - 350%	351% - 375%	376% - 400%	> 400%	Chiết khấu ko bảo hiểm
1	\$12,880	\$32,200	\$32,201 - \$35,420	\$35,421 - \$38,640	\$38,641 - \$45,080	\$45,081 - \$48,300	\$48,301 - \$51,520	Bệnh nhân có thể nhận Chiết khấu không bảo hiểm hoặc chiết khấu khác dựa theo Xác minh Tài chính	Bệnh nhân ko bảo hiểm
2	\$17,420	\$43,550	\$43,551 - \$47,905	\$47,906 - \$52,260	\$52,261 - \$60,970	\$60,971 - \$65,325	\$65,326 - \$69,680		
3	\$21,960	\$54,900	\$54,901 - \$60,390	\$60,391 - \$65,880	\$65,881 - \$75,250	\$75,251 - \$82,350	\$82,351 - \$87,840		
4	\$26,500	\$66,250	\$66,251 - \$72,875	\$72,876 - \$79,500	\$79,501 - \$92,750	\$92,751 - \$99,375	\$99,376 - \$106,000		
5	\$31,040	\$77,600	\$77,601 - \$85,360	\$85,361 - \$93,120	\$93,121 - \$108,640	\$108,641 - \$116,400	\$116,401 - \$124,160		
6	\$35,580	\$88,950	\$88,951 - \$97,845	\$97,846 - \$106,740	\$106,741 - \$124,530	\$124,531 - \$133,425	\$133,426 - \$142,320		
7	\$40,120	\$100,300	\$100,301 - \$110,330	\$110,331 - \$120,360	\$120,361 - \$140,420	\$140,421 - \$150,450	\$150,451 - \$160,480		
8	\$44,660	\$111,650	\$111,651 - \$122,815	\$122,816 - \$133,980	\$133,981 - \$156,310	\$156,311 - \$167,475	\$167,476 - \$178,640		
Chiết khấu chăm sóc từ thiện %		100%	95%	85%	75%	65%	55%	Từ tình huống	47%

Thông tin từ Bộ Y tế và Dịch vụ Con người Hoa Kỳ vào thời điểm 13 tháng 1, 2021

Source: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

3. Trong khuôn khổ Chính sách Hỗ trợ Tài chính này, Bệnh nhân có thu nhập vượt quá 400% mức FPL vẫn có thể được xem xét hỗ trợ tài chính theo phương thức "Đánh giá Tài chính" (Means Test) để nhận chiết khấu một phần chi phí dịch vụ tại Cơ sở. Số tiền chiết khấu sẽ phụ thuộc vào tổng nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Đánh giá Tài chính nếu Bệnh nhân có tổng nợ y tế quá mức, bao gồm nợ y tế đối với Cơ sở và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác, cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế, bằng hoặc lớn hơn tổng thu nhập hộ gia đình của Bệnh nhân. Mức hỗ trợ tài chính được cung cấp theo Đánh giá Tài chính cũng giống như mức hỗ trợ được cấp cho bệnh nhân có thu nhập ở mức 400% FPL theo Phần 2 ở trên, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau ngày lập hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký đã được Cơ sở phê duyệt. Trong trường hợp Bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính sau ngày thứ 240 kể từ ngày lập hóa đơn xuất viện đầu tiên, Bệnh nhân vẫn có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Đánh giá Tài chính. Tuy nhiên, số tiền hỗ trợ tài chính tối đa sẽ được tính trên số dư chưa thanh toán của bệnh nhân sau khi đã trừ đi các khoản thanh toán trước đó (nếu có) trên tài khoản của bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn khoản phí thông thường (AGB) được tính.
4. Bệnh nhân có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được mô tả trong Phần 1 - Phần 3 ở trên nếu Bệnh nhân đó được coi là có đủ tài sản để thanh toán theo "Đánh giá Tài sản". "Đánh giá Tài sản" (Asset Test) là một quá trình đánh giá toàn diện khả năng thanh toán

của Bệnh nhân dựa trên các loại tài sản được liệt kê trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính (FAP). Bệnh nhân có tài sản vượt quá 250% mức FPL của Bệnh nhân đó có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.

5. Tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được xác định tại bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ doanh thu và có thể bao gồm việc sử dụng cách tính điểm sơ bộ cho Bệnh nhân có đủ số dư chưa thanh toán trong vòng 240 ngày sau hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân để xác định tính đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện 100% bất kể Bệnh nhân không hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký FAP"). Trong trường hợp bệnh nhân được duyệt hỗ trợ từ thiện 100% thông qua phương pháp tính điểm sơ bộ và chưa nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, thì số tiền hỗ trợ tài chính mà bệnh nhân nhận được sẽ được tính trên số dư nợ chưa thanh toán của bệnh nhân, sau khi đã trừ đi bất kỳ khoản thanh toán nào đã thực hiện trên tài khoản của bệnh nhân. Việc xác định khả năng hội đủ điều kiện dựa trên việc tính điểm sơ bộ chỉ áp dụng cho giai đoạn chăm sóc mà việc tính điểm sơ bộ được tiến hành.
6. Đối với Bệnh nhân tham gia một số gói bảo hiểm coi Cơ sở là "ngoài mạng lưới," Cơ sở có thể giảm hoặc từ chối hỗ trợ tài chính vốn có thể được cung cấp cho Bệnh nhân dựa trên việc xem xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân và các sự kiện, hoàn cảnh liên quan khác.
7. Bệnh nhân có thể khiếu nại việc từ chối tư cách đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính bằng cách cung cấp thông tin bổ sung cho Cơ sở trong vòng mười bốn (14) ngày dương lịch kể từ khi nhận được thông báo từ chối. Tất cả các khiếu nại sẽ được Cơ sở xem xét để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng xác nhận việc từ chối Hỗ trợ Tài chính trước đó, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh nhân. Quy trình để Bệnh nhân và gia đình khiếu nại quyết định của Cơ sở về việc đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính như sau:
  - a. Sau khi bị từ chối chăm sóc từ thiện, Bệnh nhân cũng sẽ nhận được biểu mẫu khiếu nại trong trường hợp Bệnh nhân muốn yêu cầu xem xét lại. Khiếu nại sẽ được trình lên Ủy ban Khiếu nại Chăm sóc Từ thiện (Charity Care Appeal Committee) trong quá trình xem xét hàng tháng và Bệnh nhân sẽ nhận được quyết định khiếu nại dựa trên quyết định xem xét của Ủy ban.
  - b. Tất cả các khiếu nại sẽ được ủy ban kháng nghị hỗ trợ tài chính của Cơ sở xem xét và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi bằng văn bản cho Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp đơn khiếu nại.

### **Hỗ trợ khác dành cho bệnh nhân không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính**

Những bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, như được mô tả ở trên, vẫn có thể đủ điều kiện nhận các loại hỗ trợ khác do Cơ sở cung cấp. Để cung cấp thông tin đầy đủ, chúng tôi xin liệt kê thêm các loại hình hỗ trợ khác dưới đây, mặc dù chúng không phụ thuộc vào nhu cầu của bệnh nhân và không thuộc đối tượng chịu điều khoản 501(r). Các loại hình hỗ trợ này được cung cấp nhằm tạo thuận tiện cho cộng đồng dân cư mà Cơ sở phục vụ.

1. Đối với bệnh nhân không có bảo hiểm và không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, sẽ áp dụng mức chiết khấu dựa trên mức chiết khấu dành cho đối tượng thanh toán với mức chi phí cao nhất cho các dịch vụ tại Cơ sở này. Đối tượng thanh toán với mức chi phí cao nhất phải chiếm ít nhất 3% tổng số bệnh nhân của Cơ sở, được tính theo khối lượng dịch vụ hoặc tổng doanh thu từ bệnh nhân. Nếu không có một bên thanh toán nào chiếm được tỷ lệ khối lượng dịch vụ hoặc tổng doanh thu tối thiểu này, thì cần phải tính trung bình các hợp đồng với nhiều hơn một bên thanh toán sao cho các điều khoản thanh toán được sử dụng để tính trung bình chiếm ít nhất 3% khối lượng dịch vụ của Cơ sở trong năm đó.
2. Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính (có bảo hiểm hoặc không) có thể được chiết khấu ngay lập tức. Chiết khấu thanh toán nhanh có thể được áp dụng cộng thêm với chiết khấu cho bệnh nhân không có bảo hiểm được mô tả ở đoạn trước đó.

## **Giới hạn về phí đối với bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính**

Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sẽ không phải chịu chi phí cá nhân vượt quá Số tiền tính hóa đơn thông thường (AGB) cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết về mặt y khoa, và không vượt quá Tổng chi phí cho tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế khác. Cơ sở tính toán một hoặc nhiều tỷ lệ AGB (Số tiền Thỏa thuận chung) bằng phương pháp “xem lại giai đoạn trước” và bao gồm cả Medicare tính theo chi phí dịch vụ và tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân thanh toán chi phí cho Cơ sở, tất cả đều tuân theo quy định 501(r). Bạn có thể nhận được bản sao miễn phí mô tả tính toán AGB và (các) tỷ lệ phần trăm bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới địa chỉ sau:

HealthBridge - Orange  
Attn: Financial Counseling/AGB – Main Registration 17581  
Irvine Blvd, Suite 202  
Tustin, CA 92780

## **Nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính và Hỗ trợ khác**

Bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính thông qua hai cách: Xác định qua phương pháp tính điểm sơ bộ hoặc Nộp đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh. Đơn xin Hỗ trợ Tài chính (FAP Application) cùng Hướng dẫn điền đơn có sẵn trên trang web của Cơ sở. Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp được xác định đủ điều kiện thông qua phương pháp tính điểm sơ bộ), bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ được yêu cầu phối hợp với nhân viên tư vấn tài chính để nộp đơn xin Medicaid hoặc các chương trình trợ giúp công khác mà bệnh nhân có khả năng đủ điều kiện. Bệnh nhân có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính trong các trường hợp sau:

- + Cung cấp thông tin sai lệch: thông tin không chính xác trên Đơn xin Hỗ trợ Tài chính hoặc trong quá trình xác định đủ điều kiện thông qua phương pháp tính điểm sơ bộ.
- + Từ chối chuyển quyền lợi bảo hiểm: bệnh nhân từ chối chuyển quyền lợi thanh toán từ bảo hiểm y tế (nếu có) hoặc từ chối quyền được nhận thanh toán trực tiếp từ công ty bảo hiểm có trách nhiệm chi trả cho các dịch vụ điều trị.
- + Từ chối hợp tác: bệnh nhân không hợp tác với nhân viên tư vấn tài chính để nộp đơn xin Medicaid hoặc các chương trình trợ giúp công khác mà bệnh nhân có khả năng đủ điều kiện (trừ trường hợp được xác định đủ điều kiện thông qua phương pháp tính điểm sơ bộ). Kết quả xét duyệt hồ sơ xin hỗ trợ tài chính có thể được Cơ sở sử dụng để đánh giá tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ cho ca điều trị hiện tại, ngay cả khi bệnh nhân nộp đơn chưa đến 6 tháng trước ngày xác định đủ điều kiện. Cơ sở sẽ không xem xét Đơn đăng ký FAP đã hoàn thành quá sáu tháng trước bất kỳ ngày xác định tính đủ điều kiện nào.

## **Lập hóa đơn và Thu nợ**

Các hành động mà Cơ sở có thể thực hiện trong trường hợp không thanh toán được mô tả trong chính sách riêng về lập hóa đơn và thu nợ. Bạn có thể lấy bản sao miễn phí của chính sách lập hóa đơn và thu nợ trên trang web của Cơ sở hoặc bằng cách gửi yêu cầu tới:

HealthBridge - Orange  
Attn: Financial Counseling/AGB – Main Registration 17581  
Irvine Blvd, Suite 202  
Tustin, CA 92780

## **Diễn giải**

Chính sách này, cùng với tất cả các thủ tục hiện hành, nhằm mục đích tuân thủ và sẽ được giải thích cũng như áp dụng theo mục 501(r) trừ khi được chỉ định cụ thể.