

Chính sách: Chính sách Hỗ trợ Tài chính**Bộ phận:** Tài chính Doanh nghiệp**Ngày Ban đầu:** Tháng 8 năm 2003**Phòng:** Tài chính Doanh nghiệp**Ngày xem xét/sửa đổi có hiệu lực:** Ngày 15 tháng 4 năm 2024**Hạng mục:** Tuân thủ**Người thông qua:** Phó chủ tịch điều hành và Giám đốc Tài chính của Sentara.**(Các) Vị trí:** Xem bên dưới**Người phụ trách:** Chu trình Doanh thu

Ngày đánh giá/sửa đổi trước đây: Tháng 1 năm 2009, tháng 3 năm 2013, tháng 10 năm 2019, tháng 5 năm 2020, tháng 2 năm 2021

Tuyên bố Chính sách:

Là một phần trong sứ mệnh Sentara Health (“Sentara”) nhằm nâng cao sức khỏe từng ngày, Sentara cam kết cung cấp Dịch vụ Cấp cứu và các Dịch vụ Y tế Cần thiết khác cho tất cả bệnh nhân trong cộng đồng tương ứng của mình, bất kể bệnh nhân có khả năng chi trả cho những dịch vụ đó hay không.

Mục đích:

Chính sách Chiết khấu dành cho Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Tự thanh toán này (“Chính sách”) là cơ sở để thiết lập chính sách mà mỗi Cơ sở Bệnh viện, Cơ sở Hậu cấp tính, Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp và Nhóm Y tế phải tuân theo, gồm: (1) xác định những bệnh nhân đang nhận Dịch vụ Cấp cứu và các Dịch vụ Y tế Cần thiết khác có đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính hay không; (2) xác định số tiền được tính cho bệnh nhân đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính; và (3) hỗ trợ quá trình nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của bệnh nhân. Ngoài ra, Chính sách này cũng nêu rõ phương thức lập hóa đơn và thu phí của Sentara Health đối với các dịch vụ chăm sóc y tế, bao gồm những việc Cơ sở Bệnh viện, Cơ sở Hậu Cấp tính, Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp và Nhóm Y tế phải làm để xác định bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính trước khi thực hiện các Hành động Thu phí Đặc biệt trong trường hợp không thanh toán.

Định nghĩa:

Số tiền thường tính hoặc AGB – AGB là số tiền tối đa mà Cơ sở Bệnh viện có thể thu từ bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này. Số tiền này được tính toán trên từng cơ sở bằng cách sử dụng tất cả các yêu cầu bảo hiểm được Medicare và các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cho phép trong khoảng thời gian 12 tháng cụ thể chia cho Tổng Chi phí liên quan đến các yêu cầu bảo hiểm của Cơ sở Bệnh viện đó.

Thời gian Nộp đơn Đăng ký – Khoảng thời gian bắt đầu từ ngày sử dụng dịch vụ cho đến 240 ngày tính từ khi cung cấp bảng kê hóa đơn đầu tiên của bệnh nhân cho thời điểm sử dụng dịch vụ.

Tài sản Khả dụng - Tổng số tài sản khả dụng của Hộ gia đình, bao gồm bất kỳ tài sản lưu động và/hoặc tài sản cố định nào, được sử dụng để chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế, bao gồm nhưng không giới hạn ở: tiền mặt và các khoản tương đương tiền mặt, tài khoản ngân hàng, chứng nhận tiền gửi, đầu tư, tài khoản ủy thác, ô tô, phương tiện giải trí và các hình thức phương tiện di chuyển giải trí khác, vốn chủ sở hữu bất động sản trong bất động sản không phải là nơi cư trú chính. Đặc biệt trong Tài sản Khả dụng, không bao gồm vốn chủ sở hữu tại nơi cư trú chính của người nộp đơn đăng ký, nguồn phương tiện vận chuyển chính, tài khoản tiết kiệm hưu trí được IRS công nhận, tài sản kinh doanh và 3,99 mẫu Anh đất.

Đơn vị Được bảo hiểm – Cơ sở Bệnh viện, Cơ sở Hậu cấp tính, Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Nhóm Y tế được bảo hiểm theo Chính sách này. Sentara Reference Lab Solutions, LLC cũng là một Đơn vị Được bảo hiểm theo Chính sách này.

Dịch vụ Được bảo hiểm - Dịch vụ Cấp cứu và Dịch vụ Y tế Cần thiết khác do Đơn vị Được bảo hiểm cung cấp.

Dịch vụ Cấp cứu – Dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị do Đơn vị Được bảo hiểm cung cấp cho “tình trạng y tế cấp cứu”, theo định nghĩa của thuật ngữ này trong EMTALA.

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

Hành động Thu phí Đặc biệt (ECA) - Các hành động thu phí đặc biệt theo định nghĩa trong Quy định của Bộ Ngân khố Hoa Kỳ Mục 1.501(r)-6(b). Trong trường hợp không thanh toán và không có hỗ trợ tài chính, Đơn vị Được bảo hiểm có thể bán khoản nợ của cá nhân cho một bên khác, báo cáo thông tin bất lợi cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng, trì hoãn hoặc từ chối dịch vụ hoặc thực hiện các hành động liên quan đến pháp lý hoặc quy trình tư pháp bao gồm việc nộp đơn kiện để yêu cầu (các) phán quyết, ghi lại (các) phán quyết hoặc chứng thư ủy thác, tịch thu tài sản thực tế, tịch biên hoặc tịch thu tài khoản ngân hàng của cá nhân hoặc tài sản cá nhân khác, cũng như gán nợ tiền lương của cá nhân.

Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang - Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang do Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ công bố hàng năm. Xem <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> để biết hướng dẫn áp dụng hiện tại.

Hỗ trợ Tài chính - Giảm số tiền Tổng Chi phí của Đơn vị Được bảo hiểm cho những bệnh nhân đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính theo Chính sách này. Còn có thể được gọi là "Tư thiện", "Chăm sóc Tư thiện", "Hỗ trợ Tư thiện" hoặc các từ đồng nghĩa cho mục đích báo cáo tài chính, báo cáo quy định và tuân thủ.

Tổng Chi phí - Giá trọn gói được quy định cho dịch vụ chăm sóc y tế mà Đơn vị Được bảo hiểm tính cho bệnh nhân một cách nhất quán và đều đặn, trước khi áp dụng bất kỳ khoản trợ cấp, chiết khấu hoặc khấu trừ nào theo hợp đồng.

HITECH – Đạo luật Công nghệ Thông tin Y tế dành cho Kinh tế và Sức khỏe Lâm sàng năm 2009. Theo Mục 13405 của Phụ đề D thuộc Đạo luật HITECH (42 USC 17935), Bệnh nhân Có bảo hiểm có thể từ chối báo cáo những thông tin sức khỏe được HIPAA bảo vệ của mình cho đơn vị bảo hiểm y tế, đồng nghĩa với việc Bệnh nhân Có bảo hiểm chọn trở thành Bệnh nhân Tự thanh toán và do đó chịu trách nhiệm phải tự thanh toán cho tất cả các chi phí bằng tiền của mình.

Cơ sở Bệnh viện – Cơ sở bệnh viện do Sentara điều hành yêu cầu giấy phép bệnh viện theo Tiêu đề 32.1, Chương 5 của Bộ luật Virginia. Chính sách này áp dụng cho các cơ sở bệnh viện sau của Bệnh viện Sentara, Bệnh viện Khu vực Halifax, Bệnh viện Sentara Princess Anne, Trung tâm Y tế Sentara RMH, Bệnh viện Martha Jefferson và Tổng công ty Bệnh viện Potomac của Hoàng tử William, tất cả các tổ chức từ thiện của bệnh viện theo Mục 501(c)(3) của Bộ luật Thuế vụ:

- Trung tâm Y tế Sentara Albemarle
- Bệnh viện Sentara CarePlex
- Bệnh viện Khu vực Sentara Halifax
- Bệnh viện Sentara Leigh
- Bệnh viện Sentara Martha Jefferson (bao gồm Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú Sentara Martha Jefferson)
- Trung tâm Y tế Sentara Northern Virginia
- Bệnh viện Đa khoa Sentara Virginia Beach
- Bệnh viện Đa khoa Sentara Norfolk
- Bệnh viện Sentara Obici (bao gồm Trung tâm Phẫu thuật Sentara BelleHarbour)
- Bệnh viện Sentara Princess Anne
- Trung tâm Y tế Sentara RMH
- Trung tâm y tế Khu vực Sentara Williamsburg

Tổ chức Bệnh viện - Tổ chức được chứng nhận hoặc đang xin chứng nhận theo mô tả Mục 501(c)(3) của Bộ luật Thuế vụ, hiện đang điều hành một hoặc nhiều Cơ sở Bệnh viện.

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 bệnh nhân đó được khai trên cùng một tờ khai thuế liên bang.

Bệnh nhân Có bảo hiểm – Cá nhân có bảo hiểm y tế chính phủ, thương mại, quản lý chăm sóc hoặc tư nhân.

Nhóm Y tế – Một nhóm bác sĩ, trợ lý bác sĩ, y sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khác do Sentara điều hành, theo đó cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu, nhi khoa và chăm sóc đặc biệt trên khắp Khối thịnh vượng chung Virginia và Đông Bắc North Carolina. Các Nhóm Y tế và các đơn vị một thành viên trực thuộc Nhóm Y tế được bảo hiểm theo Chính sách này bao gồm:

- Albemarle Physician Services – Sentara, Inc.
- Sentara Dominion Health Medical Associates, Ltd.
- Sentara Martha Jefferson Medical Group, LLC.
- RMH Medical Group, LLC.
- Nhóm Y tế Sentara
- Sentara Therapy Solutions, LLC.

Dịch vụ Y tế Cần thiết – Các dịch vụ hợp lý và cần thiết bắt buộc để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng liên quan đến thai kỳ được thực hiện theo tiêu chuẩn chăm sóc đã được công nhận tại thời điểm phục vụ và chủ yếu



không nhằm đến việc tạo điều kiện thuận tiện cho bệnh nhân, bác sĩ của bệnh nhân hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Dịch vụ Không được bảo hiểm – Các dịch vụ được cung cấp bởi Đơn vị Được bảo hiểm nhưng không được bảo hiểm theo Chính sách này. Các dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn ở tất cả các dịch vụ thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật giảm béo, phòng khám giảm cân, các thủ thuật tự chọn, các hạng mục nhằm mang lại tiện lợi cho bệnh nhân, dịch vụ bán lẻ hoặc dịch vụ giá trọn gói đã được áp dụng giảm giá, các dịch vụ chỉ có thể thanh toán bằng tiền mặt, thử nghiệm lâm sàng và tất cả các dịch vụ chịu ràng buộc Khiếu nại về Trách nhiệm Pháp lý của Bên Thứ ba.

Cơ sở Không thuộc Bệnh viện - Cơ sở không yêu cầu giấy phép bệnh viện theo Tiêu đề 32.1 Chương 5 của Bộ luật Virginia, bao gồm nhưng không giới hạn ở văn phòng của bác sĩ thuộc quyền sở hữu và điều hành của một tổ chức bệnh viện được miễn yêu cầu về giấy phép bệnh viện theo Bộ luật của Virginia Mục 32.1-124.

Cơ sở Hậu cấp tính – Tất cả các cơ sở do Sentara Enterprises (SE) điều hành cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cuối đời, truyền dịch và y dược trên khắp Khối thịnh vượng chung Virginia và Đông Bắc North Carolina.

Tình trạng Khẩn cấp về Sức khỏe Cộng đồng (PHE) - Tuyên bố chính thức do Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS) đưa ra, theo mục 319 của Đạo luật Dịch vụ Y tế Công cộng (PHS). Tuyên bố có thể kéo dài trong thời hạn khẩn cấp hoặc 90 ngày, nhưng có thể được Bộ trưởng kéo dài hoặc gia hạn trong thời hạn 90 ngày tiếp theo. Tuyên bố của Tổng thống về lệnh khẩn cấp hoặc thảm họa theo Đạo luật Stafford cũng có thể đi kèm với PHE, nhưng không bắt buộc phải tuyên bố PHE cũng như không cần Thống đốc bang phải tuyên bố Tình trạng Khẩn cấp mới được xem là Tình trạng Khẩn cấp về Sức khỏe Cộng đồng.

Bệnh nhân Tự thanh toán – Bệnh nhân Có bảo hiểm quyết định không lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của họ đối với dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe trước khi nhận Dịch vụ Bảo hiểm từ Đơn vị Được bảo hiểm theo yêu cầu của Đạo luật HITECH.

Thanh toán Hóa đơn Sentara (SBP) – Tùy chọn thanh toán hóa đơn điện tử của Sentara.

Sentara MyChart – Một công cụ an toàn và thuận tiện giúp cung cấp quyền truy cập điện tử vào thông tin y tế cá nhân của bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Với Sentara MyChart, bệnh nhân có thể làm đơn đăng ký hỗ trợ tại chính, tải tài liệu liên quan và gửi cho Sentara Health để được xem xét và xử lý.

Sentara Reference Lab Solutions, LLC. - Phòng thí nghiệm độc quyền cho Sentara Connection, một Mạng lưới Lâm sàng Tích hợp. Các Dịch vụ Giải phẫu Bệnh lý tại chỗ bao gồm Bệnh lý Phẫu thuật và Tế bào học, cũng như xét nghiệm tại phòng thí nghiệm trong ngày dành cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú, bệnh nhân thuộc chương trình tiếp cận cộng đồng, mắc bệnh tâm lý và bệnh nhân tại viện dưỡng lão.

Đơn vị Liên quan Mật thiết - Đối với Cơ sở Bệnh viện do Tổ chức Bệnh viện điều hành, đây là đơn vị được coi là đối tác vì mục đích thuế liên bang, trong đó Tổ chức Bệnh viện sở hữu vốn hoặc lãi từ lợi nhuận, hoặc đơn vị một thành viên trực thuộc mà Tổ chức Bệnh viện là thành viên hoặc chủ sở hữu duy nhất, cung cấp các Dịch vụ Được bảo hiểm trong Cơ sở Bệnh viện đó.

Khiếu nại về Trách nhiệm Pháp lý của Bên Thứ ba - Mọi khiếu nại mà bệnh nhân đệ trình đối với cá nhân, công ty bảo hiểm không phụ trách diện y tế hoặc đơn vị khác chịu trách nhiệm chi trả chi phí dịch vụ y tế của bệnh nhân.

Chiết khấu cho Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Tự thanh toán – Tỷ lệ phần trăm chiết khấu cố định áp dụng cho Tổng Chi phí của Đơn vị Được bảo hiểm đối với những Dịch vụ Bảo hiểm của Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Tự thanh toán.

Bệnh nhân Không có bảo hiểm – Cá nhân không tham gia bất kỳ hình thức bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào (Bảo hiểm y tế của chính phủ, thương mại, quản lý chăm sóc hoặc tư nhân).

Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp – Cơ sở cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp. Các Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp sau đây được bảo hiểm theo Chính sách này:

- Velocity Urgent Care, LLC.

Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp – Khi Cơ sở Chăm sóc Khẩn cấp cần cung cấp Dịch vụ Y tế Cần thiết cho tình trạng nghiêm trọng đến mức khiến một người tình tảo phải tìm kiếm sự cứu chữa ngay lập tức, nhưng không nghiêm trọng đến mức cần đến Dịch vụ Cấp cứu.

Dịch vụ Được bảo hiểm:

Chỉ các Dịch vụ Được bảo hiểm do Đơn vị Được bảo hiểm hoặc Đơn vị Liên quan Mật thiết của Bệnh viện cung cấp mới được xem là dịch vụ chăm sóc bệnh nhân đủ điều kiện theo Chính sách này. Theo định nghĩa, Dịch vụ Không được bảo hiểm là những dịch vụ cụ thể không nằm trong Dịch vụ Được bảo hiểm. Đơn vị Được bảo hiểm không có quyền cung cấp Hỗ trợ Tài chính đối với chi phí được tính từ những nhà cung cấp không nằm trong khuôn khổ của Sentara Health.

Danh sách tất cả các nhà cung cấp, ngoại trừ bản thân Cơ sở Bệnh viện, cung cấp Dịch vụ Cấp cứu hoặc Dịch vụ Y tế Cần thiết khác trong mỗi Cơ sở Bệnh viện và việc các dịch vụ của họ có được bảo hiểm theo Chính sách này hay không đều được lưu giữ trong tài liệu riêng biệt. Bệnh nhân có thể nhận miễn phí: (1) từ khu vực đăng ký bệnh nhân trong mỗi Cơ sở Bệnh viện; (2) bằng cách gọi đến số điện thoại được nêu trong Chính sách này; (3) bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến địa chỉ được nêu trong Chính sách này; hoặc (4) bằng cách truy cập www.sentara.com/financialassistance.

Không đủ Tiêu chuẩn Nhận Hỗ trợ Tài chính:

Hỗ trợ Tài chính không áp dụng cho những bệnh nhân không tuân thủ các yêu cầu hiện hành của bên thanh toán một cách hợp lý, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc xin phép, giới thiệu, đáp ứng các yêu cầu của công ty bảo hiểm y tế hoặc các yêu cầu khác để xử lý yêu cầu bảo hiểm.

Hỗ trợ Tài chính không áp dụng khi có Khiếu nại về Trách nhiệm Pháp lý của Bên Thứ ba liên quan đối với bệnh nhân. Các trường hợp ngoại lệ sẽ do Đơn vị Được bảo hiểm hiện hành xác định theo từng trường hợp dựa trên sự kiện và hoàn cảnh cụ thể.

Hỗ trợ Tài chính sẽ bị từ chối nếu bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm/người bảo lãnh của bệnh nhân cung cấp thông tin sai lệch về thu nhập, quy mô hộ gia đình, tài sản, nợ phải trả, chi phí hoặc các nguồn lực khả dụng khác cho thấy khả năng tài chính đủ để thanh toán Dịch vụ Được bảo hiểm.

Tiêu chí Thỏa Điều kiện và Xác định Số tiền Hỗ trợ Tài Chính:

Bệnh nhân đủ điều kiện để nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính đối với Dịch vụ được Bảo hiểm theo Chính sách này bất kỳ lúc nào trong Thời hạn Nộp đơn Đăng ký. Thu nhập Hộ gia đình của mỗi bệnh nhân sẽ được đánh giá dựa trên các sự kiện và hoàn cảnh liên quan, chẳng hạn như thu nhập đã báo cáo, tài sản, nợ phải trả, chi phí và các nguồn lực khả dụng khác của bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm cho bệnh nhân trong quá trình xác định mức Hỗ trợ Tài chính mà người nộp đơn đăng ký đủ điều kiện nhận theo Chính sách này.

Tiêu chí Thu nhập Hộ gia đình sau đây sẽ được sử dụng để xác định mức giảm dư nợ chưa thanh toán (nếu có) cho Dịch vụ Được bảo hiểm dưới dạng Hỗ trợ Tài chính:

- Bệnh nhân Không có bảo hiểm có Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc dưới 300% theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành cũng như có Tài sản Khả dụng dưới \$50.000 sẽ đủ điều kiện để được xóa sổ 100% toàn bộ Tổng Chi phí phải trả cho Đơn vị Được bảo hiểm đối với Dịch vụ Được bảo hiểm theo Chính sách này.
- Bệnh nhân Tự thanh toán có Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc dưới 300% theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành cũng như có Tài sản Khả dụng dưới \$50.000 sẽ đủ điều kiện để được xóa sổ 100% toàn bộ Tổng Chi phí phải trả cho Đơn vị Được bảo hiểm đối với Dịch vụ Được bảo hiểm theo Chính sách này.
- Bệnh nhân Có bảo hiểm có Thu nhập Hộ gia đình bằng hoặc dưới 300% theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành cũng như có Tài sản Khả dụng dưới \$50.000 sẽ đủ điều kiện để được xóa sổ 100% toàn bộ tổng dư nợ phải trả còn lại của bệnh nhân sau khi bảo hiểm đã thanh toán cho Dịch vụ Được bảo hiểm theo Chính sách này.
- Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Bệnh nhân Tự thanh toán có Thu nhập Hộ gia đình trên 300%, nhưng từ 400% trở xuống theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành cũng như có Tài sản Khả dụng dưới \$50.000 sẽ đủ điều kiện để được giảm giá 80% Tổng Chi phí phải trả cho Đơn vị Được bảo hiểm đối với Dịch vụ Được bảo hiểm theo Chính sách này.

- Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Bệnh nhân Tự thanh toán có Thu nhập Hộ gia đình trên 400% theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành sẽ không đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này. Đối với những Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Bệnh nhân Tự thanh toán không được nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này, bệnh nhân sẽ được nhận một khoản chiết khấu tương đương 50% Tổng Chi phí của Bệnh viện. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Chính sách Chiết khấu cho Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Tự Thanh toán.
- Có Hỗ trợ Tài chính do Thảm họa cho các Dịch vụ được Bảo hiểm đối với bệnh nhân không đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá dựa trên các tiêu chí trên, tuy nhiên do bản chất và mức độ dịch vụ được cung cấp, bệnh nhân sẽ có nghĩa vụ tài chính đáng kể phải trả cho Sentara Health đối với dịch vụ chăm sóc so với Thu nhập Hộ gia đình và các nguồn lực tiềm năng khả dụng khác. Trong những trường hợp này, khi số tiền bệnh nhân phải chịu trách nhiệm cho các Dịch vụ được Bảo hiểm vượt quá 100% Thu nhập Hộ gia đình, Đơn vị Được bảo hiểm sẽ điều chỉnh số dư trách nhiệm phải trả thành 25% Thu nhập Hộ gia đình của người nộp đơn đăng ký.

Người nộp đơn phải đăng ký bảo hiểm hiện có bao gồm cả Medicaid trước khi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính. Đơn vị Được bảo hiểm đã liệt kê các dịch vụ của Nhà cung cấp Medicaid đủ điều kiện để hỗ trợ Bệnh nhân Không có bảo hiểm nộp đơn đăng ký các chương trình của chính phủ. Đơn vị Được bảo hiểm cũng sử dụng công nghệ và các dịch vụ khác của nhà cung cấp để giúp xác định thông tin bên thanh toán của bệnh nhân khi thông tin đó không được thông báo cho Đơn vị Được bảo hiểm trong quá trình đăng ký của bệnh nhân.

Trong thời hạn nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này, người nộp đơn có thể được yêu cầu phải nộp các tài liệu sau đây để xác minh Thu nhập Hộ gia đình: ba cuống phiếu lương gần nhất tại thời điểm nộp đơn; tờ khai 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 của chính phủ; an sinh xã hội, bồi thường cho người lao động, hoặc thư quyết định trợ cấp thất nghiệp; bảng sao kê của ngân hàng; hoặc các tài liệu khác cung cấp bằng chứng về Thu nhập Hộ gia đình và Tài sản Khả dụng. Đơn vị Được bảo hiểm cũng có thể sử dụng dữ liệu thu nhập, tài sản, nợ phải trả, chi phí và các nguồn lực khác từ các yêu cầu truy vấn tín dụng của bên thứ ba và các nguồn dữ liệu khả dụng công khai làm bằng chứng trong việc xác định và xác thực Thu nhập Hộ gia đình cũng như Tài sản Khả dụng của người nộp đơn đăng ký để xác minh tính đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này.

Đơn vị Được bảo hiểm có thể đưa ra quyết định giả định bằng cách sử dụng yêu cầu truy vấn tín dụng của bên thứ ba và các nguồn dữ liệu khả dụng công khai để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này hay không. Nếu dữ liệu này cho thấy tổng Thu nhập Hộ gia đình của Bệnh nhân Có bảo hiểm, Bệnh nhân Không có bảo hiểm hoặc Bệnh nhân Tự thanh toán từ 300% trở xuống theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành, 100% dư nợ còn lại của bệnh nhân đối với Dịch vụ được Bảo hiểm có thể đủ điều kiện để được xóa sổ.

Các quyết định trước về tính đủ điều kiện của bệnh nhân liên quan đến việc ra quyết định Hỗ trợ Tài chính không có tính giả sử sẽ áp dụng cho các đợt chăm sóc mới của bệnh nhân đó sau khi thời hạn phê duyệt tính đủ điều kiện đã hết. Lúc này, phải nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính mới.

Ngay khi bệnh nhân tại Cơ sở Bệnh viện được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này, bệnh nhân đó sẽ không bị tính phí các Dịch vụ được Bảo hiểm theo Chính sách này cao hơn Số tiền thường tính. AGB được xác định bằng cách nhân Tổng Chi phí cung cấp bất kỳ Dịch vụ Cấp cứu hoặc Dịch vụ Y tế Cần thiết nào khác với tỷ lệ phần trăm AGB của Cơ sở Bệnh viện, dựa trên tất cả các yêu cầu bảo hiểm được phép theo Medicare và bảo hiểm y tế tư nhân. Tờ thông tin nêu rõ tỷ lệ phần trăm AGB cho mỗi Cơ sở Bệnh viện được chỉ trả theo Chính sách này và cách tính tỷ lệ phần trăm AGB này có thể được cung cấp miễn phí: (1) từ khu vực đăng ký bệnh nhân trong mỗi Cơ sở Bệnh viện; (2) bằng cách gọi đến số điện thoại được nêu trong Chính sách này; (3) bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến địa chỉ được nêu trong Chính sách này; hoặc (4) bằng cách truy cập www.sentara.com/financialassistance.

Bệnh nhân Không có bảo hiểm hoặc Bệnh nhân Tự thanh toán không đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này cần phải liên hệ với Sentara Health theo mô tả trong Chính sách này để xác định xem bệnh nhân đó có đủ điều kiện để được hưởng chiết khấu cung cấp khác ngoài Chính sách này hay không.

Phương pháp Nộp đơn Đăng ký hoặc Nhận Hỗ trợ Tài chính:

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính có sẵn tại các khu vực đăng ký bệnh nhân của mỗi Cơ sở Bệnh viện và cũng có thể được tải xuống miễn phí từ internet tại www.sentara.com/financialassistance. Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính cũng có thể được gửi miễn phí qua đường bưu điện đến bệnh nhân theo yêu cầu bằng cách gọi điện đến số 757-233-4600 hoặc bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến địa chỉ sau:



Sentara Health
Người nhận: Financial Coordinator
PO BOX 117839
Atlanta, GA 30368-7839

Phải gửi Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính đã hoàn chỉnh, cùng với bằng chứng về Thu nhập Hộ gia đình và các nguồn hỗ trợ khác qua đường bưu điện đến địa chỉ được nêu trong Chính sách này, hoặc nộp đơn đăng ký và tài liệu liên quan qua Sentara MyChart. Ngoài ra, bệnh nhân có thể gửi lại đơn đăng ký đã hoàn chỉnh, cùng với chứng từ về Thu nhập Hộ gia đình và các tài liệu liên quan khác đến bất kỳ khu vực đăng ký bệnh nhân nào của Cơ sở Bệnh viện.

Bệnh nhân cần thêm thông tin về Chính sách này, hoặc cần hỗ trợ về quy trình nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính, có thể gọi điện từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8:30 đến 16:30 để trao đổi với Điều phối viên Tài chính Sentara.

Thời hạn Đủ điều kiện:

Quyết định về tính đủ điều kiện theo Chính sách này có hiệu lực đối với các Dịch vụ Được bảo hiểm đã cung cấp tối đa 240 ngày trước ngày nộp đơn và đối với các Dịch vụ Được bảo hiểm cung cấp 6 tháng sau ngày phê duyệt cuối cùng hoặc 12 tháng tròn sau ngày phê duyệt cuối cùng nếu phương thức Thu nhập Hộ gia đình duy nhất của người nộp đơn là từ nguồn thu nhập cố định có thể xác minh được như lương hưu hoặc An sinh Xã hội.

Hành động được Thực hiện trong Trường hợp Không Thanh toán (Thu phí/Nợ xấu):

Quy trình thu phí của tất cả Bệnh nhân Có bảo hiểm đều giống nhau, bất kể là loại bảo hiểm nào, như Medicare, bảo hiểm thương mại, quản lý chăm sóc hoặc bảo hiểm y tế tư nhân. Hành động thu phí bệnh nhân sẽ chỉ bắt đầu sau khi tất cả các bên bảo hiểm đã thanh toán. Mọi số dư còn lại sau khi tất cả các bên bảo hiểm đã thanh toán đều được tính là số tiền bệnh nhân phải chịu trách nhiệm. Sentara Health sẽ cố gắng thu số tiền bệnh nhân phải chịu trách nhiệm từ những Bệnh nhân Có bảo hiểm trong tối thiểu 120 ngày kèm theo ít nhất ba thông báo về số dư đến hạn trước khi dư nợ/đợt thăm khám trở thành nợ xấu, vào thời điểm đó dư nợ/đợt thăm khám có thể được chuyển đến bộ phận thu nợ của Sentara hoặc cơ quan thu phí bên ngoài.

Đối với số tiền bệnh nhân phải chịu trách nhiệm, Bệnh nhân Không có bảo hiểm và Bệnh nhân Tự thanh toán sẽ phải tuân theo quy trình thu phí giống như Bệnh nhân Có bảo hiểm. Bộ phận thu phí của Sentara hoặc cơ quan thu phí sẽ thực hiện thêm ít nhất ba lần yêu cầu thu phí trong khoảng thời gian 120 ngày tiếp theo để thu số tiền đến hạn từ bệnh nhân và việc này cũng bao gồm Thời gian Nộp đơn Đăng ký để bệnh nhân đăng ký Hỗ trợ Tài chính. Các tài khoản nợ xấu được giao cho cơ quan thu phí bên ngoài sẽ vẫn được các cơ quan này giữ lại đến khi đã được thanh toán hoặc trả lại cho Sentara Health. Sentara Health sẽ thực hiện thêm các hành động thu phí bổ sung đối với các tài khoản đã trả lại cho Sentara Health hoặc Sentara Health có thể quyết định ngừng tất cả các nỗ lực thu phí dựa trên hoàn cảnh cá nhân của bệnh nhân trên tinh thần tự nguyện.

Sentara Health sẽ có những cố gắng trong khả năng để xác định bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này đối với các Dịch vụ Được bảo hiểm trước khi nỗ lực thu phí bệnh nhân đó. Những nỗ lực này bao gồm việc thông báo cho bệnh nhân về Chính sách này, giúp bệnh nhân sửa lại Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính chưa hoàn chỉnh và thông báo cho người nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính về việc xác định tính đủ điều kiện của người nộp đơn đó ngay khi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.

Nếu sau khi đã nỗ lực hợp lý nhưng vẫn nhận thấy bệnh nhân không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này hoặc không đáp ứng nỗ lực lấy được thông tin cần thiết nhằm xác định tính đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính của Đơn vị Được bảo hiểm, tài khoản của bệnh nhân có thể bị chuyển sang trạng thái nợ xấu và tài khoản quá hạn sẽ được chuyển cho bộ phận thu phí của Sentara hoặc cơ quan thu phí bên ngoài. Đơn vị Được bảo hiểm có thể thực hiện ngay ECA khi tài khoản đã được chuyển cho bộ phận thu phí của Sentara hoặc cơ quan thu phí bên ngoài. ECA có thể bao gồm việc giao tài khoản cho cơ quan thu phí, cơ quan này có thể báo cáo tài khoản trễ nợ cho một hoặc nhiều cơ quan báo cáo tiêu dùng (văn phòng tín dụng). Ngoài ra, Đơn vị Được bảo hiểm có thể nộp đơn kiện yêu cầu (các) phán quyết, ghi lại (các) phán quyết hoặc chứng thư ủy thác và (các) quyền lưu giữ đối với bất động sản.

Sau thời hạn hợp lý và trước khi tham gia vào bất kỳ ECA nào, Đơn vị Được bảo hiểm cũng sẽ cố gắng giúp bệnh nhân xác nhận tính đủ điều kiện và xóa số dư liên quan đến các Dịch vụ Được bảo hiểm của bệnh nhân đó theo Chính sách này khi bệnh nhân không cung cấp thông tin tài chính hoặc đáp ứng nỗ lực cung cấp Hỗ trợ Tài chính dựa trên dữ liệu báo cáo tín dụng giúp xác định thu nhập và khả năng trả nợ. Khi dữ liệu tín dụng cho thấy tổng Thu nhập Hộ gia đình của Bệnh nhân Có



bảo hiểm, Bệnh nhân Không có bảo hiểm hoặc Bệnh nhân Tự thanh toán từ 300% trở xuống theo Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang hiện hành, dư nợ còn lại của bệnh nhân đối với Dịch vụ được Bảo hiểm có thể đủ điều kiện để được xóa sổ theo diện hỗ trợ tài chính giả định.

Bệnh nhân đủ điều kiện để được xem xét hỗ trợ tài chính giả định đối với các Dịch vụ Được bảo hiểm theo Chính sách này và cũng có thể được xóa sổ dư nợ nếu bệnh nhân được coi là đủ điều kiện nhận hoặc có bảo hiểm Medicaid, là người vô gia cư, người qua đời không có di sản, đang nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại một cơ sở phòng khám miễn phí không thuộc Sentara Health, Phòng khám Chăm sóc Cộng đồng Sentara, Trung tâm Y tế Đạt tiêu chuẩn Liên bang (FQHC) hoặc đang tham gia Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP).

Trước khi phân loại tài khoản của bệnh nhân là nợ xấu, theo quy trình thu phí thông thường, Đơn vị Được bảo hiểm sẽ gửi ít nhất ba lần thông tin liên lạc về dư nợ hoặc bảng sao kê của bệnh nhân qua đường bưu điện hoặc trên Sentara Bill Pay (SBP), và cũng có thể liên lạc qua điện thoại với bệnh nhân. Trong trường hợp không thanh toán hoặc không có bất kỳ thỏa thuận thanh toán nào được thống nhất, Đơn vị Được bảo hiểm sẽ xem tài khoản là nợ xấu và có thể thực hiện các ECA sau 120 ngày kể từ khi cung cấp bảng sao kê hóa đơn sau khi xuất viện đầu tiên hoặc sau lần thông tin liên lạc về sổ dư đầu tiên của bệnh nhân trong Sentara Bill Pay (SBP). Bệnh nhân sẽ được gửi thêm ba đợt qua bưu điện bảng sao kê cần trả khi tài khoản được xem là nợ xấu. Tất cả (các) dư nợ chưa thanh toán còn lại cuối đợt gửi bảng sao kê thứ hai cho bệnh nhân sẽ được xem xét về mặt pháp lý hoặc sắp xếp với một cơ quan thu phí bên ngoài.

Dư nợ của bệnh nhân đủ điều kiện được đánh giá Hỗ trợ Tài chính trong Thời hạn Nộp đơn Đăng ký. Khi nhận được Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính trong Thời hạn Nộp đơn Đăng ký, tất cả ECA đều sẽ bị đình chỉ cho đến khi Đơn vị Được bảo hiểm đưa ra quyết định cuối cùng về tính đủ điều kiện. Người nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính cung cấp thông tin không đầy đủ trong Thời hạn Nộp đơn Đăng ký sẽ được cung cấp khoảng thời gian hợp lý, do Sentara Health xác định và dựa trên các sự kiện cũng như hoàn cảnh cụ thể, để trả lời thông báo bằng văn bản của Đơn vị Được bảo hiểm, trong đó yêu cầu mô tả thông tin và/hoặc tài liệu bổ sung cần thiết để hoàn thành đơn đăng ký. Nếu người nộp đơn không trả lời yêu cầu cung cấp thông tin bổ sung từ Đơn vị Được bảo hiểm trong khoảng thời gian hợp lý, do Sentara Health xác định và dựa trên các sự kiện cũng như hoàn cảnh cụ thể, thì Sentara Health có thể tiếp tục ECA.

Ít nhất là 30 ngày trước khi bắt đầu bất kỳ ECA nào do Cơ sở Bệnh viện thực hiện, bệnh nhân sẽ được thông báo bằng văn bản về ECA mà Cơ sở Bệnh viện dự định bắt đầu thực hiện để nhận thanh toán cũng như việc cơ sở có cung cấp Hỗ trợ Tài chính dành cho các cá nhân đủ điều kiện. Cùng với thông báo này, bệnh nhân được cung cấp một bản tóm tắt Chính sách này bằng ngôn ngữ đơn giản. Cơ sở Bệnh viện cũng sẽ cố gắng trong khả năng để thông báo trực tiếp cho bệnh nhân của mình về Chính sách này và cách họ có thể được hỗ trợ về quy trình nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính trong thời gian từ khi gửi thông báo bắt đầu ECA qua đường bưu điện đến khi tiếp tục hoặc bắt đầu ECA. Cơ sở sẽ không thực hiện ECA sớm hơn 120 ngày kể từ ngày cung cấp bảng sao kê hóa đơn đầu tiên sau khi xuất viện, như được nêu trong Quy định của Bộ Ngân khố Hoa Kỳ Mục 1.501(r)-6(c)(3)(i).

Giám đốc Thanh toán và Thu nợ Tài chính sẽ chịu trách nhiệm xác nhận Đơn vị Được bảo hiểm đã cố gắng trong khả năng để xác định bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách này trước khi tham gia vào bất kỳ ECA nào.

Trường hợp Ngoại lệ đối với Chính sách này

Giám đốc Thanh toán và Thu nợ Tài chính, Phó trưởng ban Pháp chế, Phó Chủ tịch Chu trình Doanh thu, Phó Chủ tịch Cấp cao về Tài chính Doanh nghiệp và Giám đốc Tài chính của Sentara đều được cấp thẩm quyền đưa ra ngoại lệ đối với quy trình đánh giá tính đủ điều kiện và quyết định đối với Chính sách này tùy theo từng trường hợp đối chiếu với thực tế và hoàn cảnh của từng bệnh nhân. Nếu Tình trạng Khẩn cấp về Sức khỏe Cộng đồng được ban bố, các lãnh đạo của Sentara Health được ủy quyền tùy từng trường hợp để đưa ra ngoại lệ đối với quy trình đánh giá tính đủ điều kiện và quyết định đối với Chính sách này có thể tạm thời sửa đổi các yêu cầu về tính đủ điều kiện cũng như tiêu chí đưa ra quyết định cho tất cả những người nộp đơn đăng ký trong suốt thời gian ban bố Tình trạng Khẩn cấp về Sức khỏe Cộng đồng. Trong mọi trường hợp, bệnh nhân sẽ không bị từ chối Hỗ trợ Tài chính nếu bệnh nhân đó đáp ứng các điều kiện và quyết định đã nêu đối với các Dịch vụ Được bảo hiểm có trong Chính sách này.