



Tiêu đề: Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Dành Cho Bệnh Nhân Bệnh Viện của Banner Health	
Số: 770, Phiên Bản: 5	Ngày Ban Đầu: 10 tháng 06 năm 2019
Ngày Có Hiệu Lực: 06 tháng 07 năm 2023	Ngày Xem Xét/Sửa Đổi Gần Nhất: 06 tháng 07 năm 2023
Ngày Xem Xét Tiếp Theo: 06 tháng 07 năm 2026	Tác Giả: Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
Phê duyệt bởi: Ủy Ban Chính Sách Hành Chính, Banner Health - Hội Đồng Quản Trị, Quản Trị Viên PolicyTech	
Đơn Vị/Cơ Sở Vận Hành Riêng Lê: Các Bệnh Viện Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center	Banner Corporate Banner Medical Group Banner-University Medical Group

I. Mục Đích/Đối Tượng:

- A. Mục đích: Chính sách này và Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính ("Chương Trình FA") được nêu ở đây nhằm thiết lập một phương pháp nhất quán và không phân biệt đối xử để cung cấp miễn phí hoặc giảm giá dịch vụ cấp cứu và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế (bắt buộc) khác tại các bệnh viện của Banner Health ("BH"). Chính sách này cũng quy định các chính sách lập hóa đơn và thu tiền đối với tất cả các dịch vụ của Bệnh Viện được lập hóa đơn cho bệnh nhân.
- B. Đối Tượng: Mọi Nhân Viên.

II. Định Nghĩa:

- A. Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn (AGB) - số tiền mà Bệnh Viện thường lập hóa đơn cho những bệnh nhân được bảo hiểm cho một Dịch Vụ Được Đãi Thọ, được xác định bằng "phương pháp nhìn lại" như được quy định trong 26 CFR 1.501(r) - 5(b)(3). Tỷ lệ phần trăm AGB cho mỗi Bệnh Viện được đăng tải tại: <https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients- visitors/billing/financial-assistance/agb-summar.yashx>
- B. Số Dư Sau Bảo Hiểm (BAI) - mọi khoản tiền bệnh nhân phải trả sau khi đã hoàn tất thanh toán bảo hiểm (ví dụ, các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm). BAI không bao gồm phần chi phí của bệnh nhân Medicaid cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ (như được tiểu bang xác định là khoản tiền bệnh nhân phải trả để đủ điều kiện hưởng Medicaid) và BH không được phép cung cấp hỗ trợ tài chính để tài trợ hoặc miễn trừ số tiền này.
- C. Chăm Sóc Từ Thiện - Các Dịch Vụ Được Đãi Thọ được cung cấp hoàn toàn miễn phí cho bệnh nhân.
- D. Dịch Vụ Được Đãi Thọ - Các Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế do Bệnh Viện cung cấp.
- E. Chăm Sóc Giảm Giá - Các Dịch Vụ Được Đãi Thọ mà bệnh nhân cần phải chi trả một khoản đã được giảm giá.
- F. Tình Trạng Cấp Cứu - có nghĩa là tình trạng bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng cấp tính, trong trường hợp không được chăm sóc y tế ngay lập tức, có khả năng gây nguy hiểm nghiêm trọng cho sức khỏe của bệnh nhân, dẫn đến suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng các cơ quan hoặc bộ phận cơ thể.
- G. Mức Nghèo Liên Bang (FPL) - mức thu nhập hàng năm của các quy mô hộ gia đình khác nhau do chính phủ liên bang quy định.
- H. Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính (Chương Trình FA) - Chương trình của BH điều chỉnh việc cung cấp Chăm Sóc Từ Thiện và Chăm Sóc Giảm Giá.
- I. Bệnh Viện - mỗi bệnh viện thuộc sở hữu hoặc được thuê bởi BH (trừ những bệnh viện ở California).

- J. Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Bệnh Viện - Các bác sĩ và nhân viên y tế khác cung cấp dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế khác trong Bệnh Viện, như được liệt kê trong Phụ lục A theo nhóm hoặc khoa.
- K. Medicaid - tất cả các chương trình bảo hiểm công của tiểu bang bao gồm (nhưng không giới hạn ở) Medicaid, AHCCCS, CICP và FES.
- L. Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế - hộ gia đình có chi phí y tế phát sinh trong 12 tháng trước đó, trong đó phần mà hộ gia đình chi trả vượt quá 50% tổng thu nhập của hộ gia đình trong năm đó. Để xác định Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế, tất cả các chi phí y tế đều được tính, bao gồm cả các chi phí y tế không liên quan tới BH.
- M. Cần Thiết Về Mặt Y Tế - các dịch vụ do Bệnh Viện cung cấp và đáp ứng tất cả các tiêu chí sau:
1. Được yêu cầu để điều trị bệnh, thương tích, tình trạng bệnh lý, bệnh hoặc các triệu chứng bệnh;
 2. Phù hợp với chẩn đoán và điều trị tình trạng bệnh lý của bệnh nhân;
 3. Được cung cấp theo các tiêu chuẩn thực hành tốt về y tế;
 4. Không được cung cấp vì sự tiện lợi cho bệnh nhân hoặc bác sĩ; và
 5. Là cấp độ chăm sóc phù hợp nhất cho bệnh nhân, được xác định bởi tình trạng bệnh lý của bệnh nhân chứ không phải hoàn cảnh tài chính hoặc gia đình của bệnh nhân.
- Các dịch vụ Bệnh Viện cung cấp để điều trị Tình Trạng Cấp Cứu được coi là Cần Thiết Về Mặt Y Tế.
- N. Quản Lý Số Dư Của Bệnh Nhân (PBM) - đơn vị vận hành của BH chịu trách nhiệm thanh toán và thu các tài khoản tự thanh toán cho các dịch vụ của Bệnh Viện, bao gồm đồng thanh toán và khấu trừ.
- O. Mức Tự Thanh Toán - 125% AGB áp dụng cho Dịch Vụ Được Đàm Thọa.
- P. Bảo Hiểm Bên Thứ Ba - một tổ chức (công ty, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc quỹ tín thác của công ty, công ty thị trường chăm sóc sức khỏe, chế độ phúc lợi y tế liên quan tới ô tô, bồi thường cho người lao động, v.v.) không phải là bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh) sẽ thanh toán toàn bộ hoặc một phần hóa đơn y tế.
- Q. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ - bệnh nhân có Bảo Hiểm Bên Thứ Ba, nhưng có hạn chế về tài chính hoặc đồng trách nhiệm, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm, có chi phí tự chi trả vượt quá khả năng tài chính của mình
- R. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm - một bệnh nhân không có Bảo Hiểm Bên Thứ Ba và không được ghi danh vào chương trình bảo hiểm của chính phủ. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm ban đầu được tính Mức Tự Thanh Toán đối với các Dịch Vụ Được Đàm Thọa.

III. Chính Sách:

- a. Không Phân Biệt Đối Xử. BH cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho tất cả bệnh nhân bất kể chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, nguồn gốc quốc gia, tình

trạng khuyết tật, tuổi tác, khuynh hướng tính dục, bản dạng giới, tình trạng cựu chiến binh và/hoặc khả năng chi trả.

b. Phạm Vi.

- i. Các Dịch Vụ Bệnh Viện Cần Thiết Về Mặt Y Tế. Chính Sách này chỉ áp dụng cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ tại các Bệnh Viện của BH, tùy thuộc vào các trường hợp loại trừ được nêu dưới đây.
 - ii. Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Bệnh Viện. Không phải tất cả các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Bệnh Viện đều áp dụng Chính Sách này. Phụ Lục A nêu rõ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Bệnh Viện, theo khoa hoặc nhóm, được và không được đãi thọ theo Chính Sách này.
 - iii. Bệnh Viện California. Banner Lassen Medical Center đặt tại Susanville, California không nằm trong phạm vi áp dụng Chính Sách này. Cơ sở đó được quản lý bởi Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Dành Cho Bệnh Nhân của Banner Lassen Medical Center (Số 3658).
 - iv. Cơ Sở Không Phải Bệnh Viện. Chính sách này không áp dụng cho các cơ sở không phải bệnh viện của BH (ví dụ: Trung Tâm Chẩn Đoán Hình Ảnh Banner, Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp Banner) hoặc nhà cung cấp dịch vụ không phải là bệnh viện (ví dụ: một số bác sĩ, người hành nghề cung cấp dịch vụ sức khỏe nâng cao). Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Dành Cho Các Bác Sĩ/Phòng Khám/Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà Của Banner Health (Số 1455) áp dụng cho các cơ sở không phải bệnh viện BH và các nhà cung cấp dịch vụ không phải bệnh viện.
- c. Chương Trình FA. Chính Sách này thiết lập Chương Trình FA của BH, dựa trên thu nhập hộ gia đình và số tiền chi phí y tế của bệnh nhân, xác định tư cách đủ điều kiện của bệnh nhân để được Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Chăm Sóc Giảm Giá. Hỗ trợ tài chính cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ sẽ được cung cấp cho những bệnh nhân là: (1) Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ và đáp ứng các nguyên tắc hướng dẫn về thu nhập hộ gia đình có trong Chính Sách này, và/hoặc (2) là thành viên của Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế.
- i. Hỗ Trợ Tài Chính Dựa Trên Thu Nhập Hộ Gia Đình. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập hộ gia đình nếu: (1) thu nhập hộ gia đình của họ bằng 400% FPL trở xuống; và (2) họ hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoặc được xác định là đủ điều kiện theo giả định (xem Mục 111.D.iv của Chính Sách này). Số tiền hỗ trợ tài chính BH cung cấp cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ được xác định theo các bảng sau:

Bệnh Viện ở các Tiểu Bang khác ngoài Colorado		
Thu Nhập Hộ Gia Đình	Giảm Giá Áp Dụng - Không Được Bảo Hiểm Đủ	Giảm Giá Áp Dụng - Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ
< 200% FPL	Giảm giá 100% AGB	Giảm giá 100% BAI
200% - 300% FPL	Giảm giá 75% AGB	Giảm giá 75% BAI
> 300% - 400% FPL	Giảm giá 50% AGB	Giảm giá 50% BAI

Bệnh nhân Colorado được chăm sóc tại một Bệnh Viện ở Colorado có thể đủ điều kiện được giảm giá cao hơn theo Colorado HB 21-1198 (Yêu Cầu Lập Hóa Đơn Chăm Sóc Sức Khỏe cho Bệnh Nhân Khó Khăn).

Colorad Bệnh Viện		
Thu Nhập Hộ Gia Đình	Giảm Giá Áp Dụng Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm	Giảm Giá Áp Dụng - Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ
< 200% FPL	Giảm giá 100%	Giảm giá 100% BAI
200%-250% FPL	Định Giá Chăm Sóc Giảm Colorado (CDCP) nếu được phê duyệt. Nếu quý vị không được phê duyệt cho CDCP, Giảm giá 75% AGB	Định Giá Chăm Sóc Giảm Colorado (CDCP) nếu được phê duyệt. Nếu quý vị không được phê duyệt cho CDCP, Giảm giá 75% BAI
> 250% - 300% FPL	Giảm giá 75% AGB	Giảm giá 75% BAI
> 300% - 400% FPL	Giảm giá 50% AGB	Giảm giá 50% BAI

- ii. Hỗ Trợ Tài Chính Dựa Trên Tình Trạng Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên tình trạng Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế nếu: (1) bệnh nhân là thành viên của Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế, và (2) bệnh nhân nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh để nhận hỗ trợ tài chính đó.

- Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ có Thu Nhập Hộ Gia Đình từ 400% FPL Trở Xuống. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập hộ gia đình theo Mục 111.C.i của Chính Sách này cũng có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên tình trạng Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế nếu, *sau khi áp dụng giảm giá theo Mục III.C.i*, hộ gia đình vẫn đáp ứng định nghĩa Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế. Nếu được chấp thuận, BH sẽ giảm 75% số dư còn lại của bệnh nhân.
- Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Có Thu Nhập Hộ Gia Đình Cao Hơn 400% FPL. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm có thu nhập hộ gia đình

cao hơn 400% FPL ban đầu sẽ được tính Mức Tự Thanh Toán đối với các Dịch Vụ Được Đãi Thọ. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm đủ tiêu chuẩn là thành viên Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế sẽ được BH giảm 75% Mức Tự Thanh Toán cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ.

- Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ có Thu Nhập Hộ Gia Đình Cao Hơn 400% FPL. BH sẽ giảm giá 75% BAI cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ được phê duyệt hỗ trợ tài chính do là thành viên của Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế.
- iii. Chi Phí Tối Đa cho Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách này có thể không bị tính phí nhiều hơn AGB cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ. Trong trường hợp việc áp dụng các bảng trong Mục 111.C.i đối với các Dịch Vụ Được Đãi Thọ dẫn đến chi phí vượt quá AGB, chi phí cho các Dịch Vụ Được Đãi Thọ đó sẽ được giảm về AGB.
- iv. Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính. Trừ phi được xác định là chắc đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính theo quy định tại Mục 111.D.iv dưới đây, bệnh nhân phải nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính. Bệnh nhân có thể nhận đơn đăng ký hỗ trợ tài chính trực tiếp tại Bệnh Viện hoặc bằng cách truy cập trang web của BH. Bệnh nhân cũng có thể yêu cầu gửi đơn qua đường bưu điện bằng cách gọi 1-888-264-2127. Tất cả các đơn đăng ký hỗ trợ tài chính phải được gửi trực tiếp đến Bệnh Viện, gửi đến địa chỉ được cung cấp trên mẫu đơn, hoặc được gửi theo hướng dẫn có trên trang web của BH.
- v. Xác Minh Thu Nhập/Khả Năng Thanh Toán
 - Thu nhập của bệnh nhân sẽ được xác minh bằng cách sử dụng các mục sau đây, do bệnh nhân cung cấp:
 - Tờ khai thuế thu nhập năm trước,
 - 3 phiếu lương gần đây nhất; và/hoặc
 - 3 bản sao kê tài khoản tiết kiệm và tài khoản thanh toán gần nhất.
 - Nếu bệnh nhân không có thu nhập có thể chứng minh bằng giấy tờ và/hoặc không bắt buộc phải khai thuế thu nhập Hoa Kỳ (ví dụ, bệnh nhân đã nghỉ hưu), BH có thể đánh giá khả năng thanh toán của bệnh nhân bằng cách so sánh nợ với tài sản của bệnh nhân. Nợ bao gồm tất cả các chi phí hàng tháng như nhà ở, ô tô, chăm sóc sức khỏe, v.v. Tài sản bao gồm tài sản lưu động (tiền mặt, cổ phiếu, trái phiếu và các tài sản khác có thể được thanh lý trong vòng 7 ngày) để trang trải các hóa đơn chưa thanh toán. BH sẽ cung cấp mức giảm giá tương đương của bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên tình trạng Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế cho bệnh nhân có tỷ lệ nợ trên tài sản lớn hơn 50%.
- vi. Thông Báo về Quyết Định Tính Đủ Điều Kiện. Sau khi xác định đủ điều kiện tham gia Chương Trình FA, cho dù bệnh nhân được coi là đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, BH sẽ gửi thông báo bằng văn bản về quyết định của mình đến địa chỉ gần đây nhất của bệnh nhân.
- vii. Áp Dụng Giảm Giá Hỗ Trợ Tài Chính.

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính sẽ được áp dụng mức giảm giá phù hợp cho tất cả các Dịch Vụ Được Đãi Thọ mà bệnh nhân nhận được: (i) trong vòng 12 tháng trước kể từ ngày đủ điều kiện; và (2) trong vòng 180 ngày sau ngày đủ điều kiện.
 - Bệnh nhân đăng ký và được phê duyệt hỗ trợ tài chính nhưng đã trả cao hơn ít nhất \$5 so với giá đã giảm cho Dịch Vụ Được Đãi Thọ sẽ được hoàn lại số tiền thanh toán vượt quá.
- d. **Lập Hóa Đơn và Thu Nợ.** BH có thể thực hiện bất kỳ và tất cả các hành động pháp lý, bao gồm Hành Động Thu Nợ Bất Thường ("ECA"), để thu tiền các dịch vụ đã được cung cấp mà chưa được thanh toán sau 120 ngày kể từ ngày lập hóa đơn thanh toán đầu tiên cho các dịch vụ đó ("Giai Đoạn Thông Báo"). ECA bao gồm nhưng không giới hạn ở nộp đơn khiếu nại pháp lý, nộp đơn yêu cầu giữ đồ thế nợ và báo cáo các khoản nợ đó cho các cơ quan tín dụng.
- i. **Đặt Cọc.** Bệnh Viện có thể yêu cầu Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm đặt cọc trước khi cung cấp dịch vụ, ngoại trừ các trường hợp cấp cứu. Tất cả Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm phải được thông báo về khả năng sẵn có hỗ trợ tài chính và được cung cấp mẫu đơn đăng ký khi có yêu cầu.
 - ii. **Tài Khoản Bệnh Nhân Duy Nhất.** Khi bệnh nhân có nhiều hơn một hóa đơn chưa thanh toán, BH có thể tổng hợp các hóa đơn chưa thanh toán vào một hóa đơn thanh toán duy nhất. Tuy nhiên, ECA sẽ không được bắt đầu đối với mọi dịch vụ cho đến khi kết thúc Giai Đoạn Thông Báo cho dịch vụ cụ thể đó.
 - iii. **Thông Báo về Hóa Đơn Chưa Thanh Toán.** Trong Giai Đoạn Thông Báo, BH sẽ gửi sao kê hóa đơn qua đường bưu điện cho bệnh nhân (và người bảo lãnh, nếu có) tại địa chỉ mới nhất. Sao kê hóa đơn sẽ bao gồm:
 - Tóm tắt các dịch vụ được đề cập trong sao kê;
 - Các khoản phí thực tế cho từng dịch vụ (bao gồm cả số tiền được tính cho nhà cung cấp Bảo Hiểm Bên Thứ Ba);
 - Số tiền mà bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh) phải trả cho mỗi dịch vụ; và
 - Thông báo bằng văn bản cho người nhận về các hỗ trợ tài chính có sẵn theo Chương Trình FA, kèm theo bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản của Chương Trình FA và thông tin về cách đăng ký hỗ trợ tài chính ("Tài Liệu Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản").
- BH cũng có thể gửi cho bệnh nhân (và người bảo lãnh) email và tin nhắn văn bản thông báo về số dư chưa thanh toán và tạo cơ hội xem các sao kê kỹ thuật số.
- iv. **Khả Năng Cao Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính.** Trước khi bắt đầu một ECA, BH sẽ quyết định trực tiếp hoặc qua bên thứ ba về việc bệnh nhân/người bảo lãnh có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập hộ gia đình hay không. Quyết định này sẽ được thực hiện phù hợp với Quy Trình Xác Định Tính Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Nâng Cao Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm. Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh được xác định là chắc đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập hộ gia đình, bệnh nhân/người bảo lãnh không cần phải điền đơn đăng ký và mức giảm giá trong Mục 111.C.i sẽ được tự động áp dụng vào tài khoản theo Mục 111.C.vii của Chính Sách này. Tuy

nhiên, nếu bệnh nhân/người bảo lãnh đã thanh toán một Dịch Vụ Được Đài Thọ áp dụng giảm giá, bệnh nhân/người bảo lãnh phải đăng ký và được chấp thuận tham gia Chương Trình FA để được áp dụng giảm giá cho các Dịch Vụ Được Đài Thọ đó.

- v. Những nỗ lực Thu Nợ Cuối Cùng Trước ECA. Trước khi bắt đầu một ECA, BH sẽ gửi hóa đơn đến địa chỉ mới nhất của bệnh nhân (và/hoặc người bảo lãnh) để thông báo cho người nhận về ECA cụ thể mà BH dự định thực hiện nếu đến ngày cuối cùng của Giai Đoạn Thông Báo, bệnh nhân/người bảo lãnh không: (1) nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính theo Chương Trình FA; (2) thanh toán đầy đủ số tiền đến hạn; hoặc (3)

thiết lập một thỏa thuận thanh toán với BH. Sao kê hóa đơn này sẽ bao gồm Tài Liệu Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản và sẽ được gửi ít nhất 30 ngày trước khi kết thúc Giai Đoạn Thông Báo. BH cũng phải thực hiện nỗ lực hợp lý để thông báo bằng lời cho bệnh nhân về Chương Trình FA và cách mà họ có thể được hỗ trợ trong quá trình đăng ký Chương Trình FA.

- Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh theo Chương Trình FA, BH sẽ không bắt đầu một ECA trong khi đơn đăng ký đang chờ xử lý.
- Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính không hoàn chỉnh theo Chương Trình FA, BH sẽ cho bệnh nhân/người bảo lãnh một khoảng thời gian hợp lý để cung cấp thông tin cần thiết cho việc hoàn thành đơn đăng ký. Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh không cung cấp thông tin được yêu cầu trước thời hạn được cung cấp, BH có thể bắt đầu một ECA.
- Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh cung cấp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh theo Chương Trình FA sau khi ECA đã được bắt đầu, ECA đó sẽ bị tạm dừng cho khi BH đưa ra quyết định cuối cùng về tính đủ điều kiện của bệnh nhân/người bảo lãnh cho Chương Trình FA.
- Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh thiết lập thỏa thuận thanh toán với BH, BH có thể bắt đầu ECA sau ba lần lỡ hạn thanh toán liên tiếp.

e. Xóa Nợ và Điều Chỉnh.

- i. Tính Đủ Điều Kiện. Dù bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chương Trình FA hay không, BH sẽ giảm giá 100% đối với Dịch Vụ Được Đài Thọ cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và miễn BAI cho mọi Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm Đầy Đủ nếu:
- Bệnh nhân ghi danh vào Medicaid trong vòng 12 tháng *sau khi* Dịch Vụ Được Đài Thọ đã được cung cấp; hoặc
 - Bệnh nhân ghi danh vào Medicaid tại thời điểm Dịch Vụ Được Đài Thọ được cung cấp nhưng quỹ Medicaid không có sẵn để chi trả cho Dịch Vụ Được Đài Thọ hoặc Medicaid từ chối đài thọ cho Dịch Vụ Được Đài Thọ.
- ii. Thẩm Quyền Phê Duyệt Xóa Nợ. Tất cả các hành động xóa nợ và điều chỉnh phải được phê duyệt theo các điều sau đây:
- Xóa nợ/điều chỉnh dưới \$5,000: Phải được phê duyệt bởi Quản Lý

PBM

- Xóa nợ/điều chỉnh \$5,000 trở lên: Phải được Giám Đốc PBM phê duyệt. Giám Đốc PBM có thể ủy quyền việc này cho CFO Bệnh Viện.
- f. Bảo Lưu Quyền Yêu Cầu Hoàn Trả Chi Phí Từ Bên Thứ Ba. Nếu một bên thứ ba phải chịu trách nhiệm pháp lý đối với một phần trong hóa đơn BH của bệnh nhân, BH sẽ yêu cầu bên thứ ba đó hoàn trả đầy đủ tất cả các khoản phí mà bệnh nhân phải chịu theo mức giá trên hợp đồng hoặc mức giá hiện hành của chính phủ. Hoặc, nếu không có mức giá trên hợp đồng hoặc mức giá hiện hành của chính phủ, Mức Tự Thanh Toán sẽ được áp dụng, dù bệnh nhân có được cung cấp hỗ trợ tài chính theo Chương Trình FA hay không.
- g. Ngoài Mạng Lưới Và Các Dịch Vụ Bị Từ Chối. Những bệnh nhân Ngoài Mạng Lưới và bệnh nhân bị công ty bảo hiểm tư nhân từ chối yêu cầu bồi thường sẽ được tính theo Mức Tự Thanh Toán ban đầu cho tất cả các Dịch Vụ Được Đãi Thọ.

IV. Thủ Tục/Biện Pháp Can Thiệp:

- A. Không có

V. Tài Liệu Thủ Tục:

- A. Không có

VI. Thông Tin Bổ Sung:

- A. Không có

VII. Nguồn Tham Khảo:

- A. Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng, Mục 9007
B. Bộ Luật Thuế Vụ, Mục 501(r)
C. Chương Trình Chăm Sóc Người Khó Khăn Colorado, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 đến §1.501(r)-7
E. Thông Báo 2015-46, Bản Tin Thuế Vụ 2015-28 (ngày 13 tháng 7 năm 2015)
F. 79 Fed Reg 78954-79016

VIII. Các Chính Sách/Thủ Tục liên quan khác:

- A. Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Banner Lassen Medical Center cho Bệnh Nhân Bệnh Viện (Số 3658)
B. Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Các Cơ Sở Không Phải Bệnh Viện của Banner Health (Số 1455)

IX. Từ Khóa và Cụm Từ Khóa:

- A. Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính
B. Chương Trình Hỗ Trợ Bệnh Nhân
C. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm
D. Lập hóa đơn
E. Thu Nợ
F. Chăm Sóc Từ Thiện
G. Giảm Giá Khoản Tự Thanh Toán

X. Phụ Lục:

- A. Danh Sách Nhà Cung Cấp Bệnh Viện

PHỤ LỤC A

Danh Sách Nhà Cung Cấp Bệnh Viện

Danh sách sau đây bao gồm các Nhà Cung Cấp Bệnh Viện, theo Khoa hoặc Nhóm, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Cần Thiết Về Mặt Y Tế trong các Bệnh Viện BH và Nhà Cung Cấp Bệnh Viện nào trong số đó được đài thọ bởi Chính Sách này.

Khoa hoặc Nhóm	Được Đài Thọ	Không Được Đài Thọ
Banner Medical Group - Bác Sĩ Nội Trú	X	
Banner University Medical Group - Bác Sĩ Nội Trú	X	
Nhân Sự Không Thuộc Banner ¹ - Bác Sĩ Nội Trú		X
Banner Medical Group - Bác Sĩ Chuyên Khoa Chăm Sóc Tích Cực	X	
Banner University Medical Group - Bác Sĩ Chuyên Khoa Chăm Sóc Tích Cực	X	
Nhân Sự Không Thuộc Banner ¹ - Bác Sĩ Chuyên Khoa Chăm Sóc Tích Cực		X
Banner Medical Group - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Banner University Medical Group - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Banner MD Anderson - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Nhân Sự Không Thuộc Banner - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²		X
Banner University Medical Group - Bác Sĩ Gây Mê	X	
Nhân Sự Không Thuộc Banner ¹ - Bác Sĩ Gây Mê		X
Banner Medical Group - Y Học Từ Xa	X	
Banner University Medical Group - Y Học Từ Xa	X	
Banner MD Anderson - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	X	
Nhân Sự Không Thuộc Banner ¹ Y Học Từ Xa		X
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Banner	X	
Dịch Vụ Xe Cứu Thương Mặt Đất Banner Health	X	
Dịch Vụ Xe Cứu Thương Mặt Đất Không Thuộc Banner Health		X

Phụ Lục này sẽ được đánh giá hàng quý và cập nhật, nếu cần. Việc sửa đổi Danh Sách Nhà Cung Cấp Bệnh Viện có trong Phụ Lục này không cần sự chấp thuận của Hội Đồng Quản Trị BH.

¹ Nhà Cung Cấp Không Thuộc Banner ký hợp đồng với Banner để cung cấp Dịch Vụ Lập Hóa Đơn được coi như các thực thể được đài thọ.

² Các bác sĩ chuyên khoa bao gồm nhưng không giới hạn ở: Phòng Cấp Cứu, Bác Sĩ Phẫu Thuật, Bác Sĩ X-quang, nhà cung cấp Khoa Sản, Chăm Sóc và Phục Hồi Sang Chấn Tâm Lý.