



St. Vincent's Health System, Inc.
CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
07/01/2022

CHÍNH SÁCH/CÁC NGUYÊN TẮC

Đây là chính sách của các tổ chức được liệt kê trong đoạn dưới đây (gọi tắt là “Tổ chức”) nhằm đảm bảo thực thi công bằng xã hội khi cung cấp các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế khác tại các cơ sở của Tổ chức. Chính sách này được thiết kế cụ thể để giải quyết về khả năng hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân đang cần được hỗ trợ về tài chính và nhận dịch vụ chăm sóc của Tổ Chức. Chính sách này áp dụng cho các Tổ chức sau đây trong St. Vincent's Health System, Inc.:

St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside;
St. Vincent's Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent's Riverside;
St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent's Clay County
St. Vincent's Health System, Inc. dba Ascension St. Vincent's St. Johns County

1. Mọi sự hỗ trợ tài chính đều phản ánh sự cam kết và tôn trọng của chúng tôi đối với phẩm giá cá nhân con người và lợi ích chung, sự quan tâm đặc biệt và đoàn kết của chúng tôi với những người sống trong nghèo khó và người dễ bị tổn thương khác, và sự cam kết của chúng tôi về tính công bằng và trách nhiệm quản lý trong phân phối.
2. Chính sách này áp dụng cho mọi dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế khác mà Tổ Chức cung cấp, bao gồm các dịch vụ của bác sĩ được tuyển dụng và sức khỏe hành vi. Chính sách này không áp dụng cho các chi phí chăm sóc không thuộc diện chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế khác.
3. Bản Danh Sách Các Nhà Cung Cấp Được Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Đãi Thò cung cấp một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ bất kỳ thực hiện việc chăm sóc trong các cơ sở của Tổ chức, danh sách này nêu rõ dịch vụ chăm sóc nào được đãi thò bởi chính sách hỗ trợ tài chính và dịch vụ chăm sóc nào không được đãi thò.

ĐỊNH NGHĨA

Trong Chính sách này, các định nghĩa sau đây được áp dụng:

- “**501(r)**” có nghĩa là Mục 501(r) của Bộ Luật Doanh Thu Nội Bộ và các điều luật ban hành trong đó.
- “**Số Tiền Thường Tính Trên Hóa Đơn**” hoặc “**AGB**” có nghĩa là, đối với các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế khác, là số tiền thường tính trên hoá đơn cho các cá nhân được bảo hiểm đãi thò cho dịch vụ chăm sóc đó.
- “**Cộng đồng**” có nghĩa là năm (5) quận thuộc vùng Đông Bắc Florida, bao gồm: Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns và mười (10) quận thuộc vùng Đông Nam Georgia, bao gồm: Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware và Wayne. Bệnh nhân cũng sẽ được coi là thành viên của Cộng đồng Tổ chức nếu các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về

mặt y tế mà Bệnh nhân yêu cầu là các dịch vụ chăm sóc liên tục mà người đó được nhận tại một cơ sở Ascension Health khác, nơi Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế đó.

- “**Chăm sóc Cấp cứu**” nghĩa là việc Chăm sóc để điều trị một tình trạng bệnh lý biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm cả đau dữ dội) đến mức mà việc không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể, rối loạn nghiêm trọng bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào trong cơ thể, hoặc đặt sức khỏe của người đó vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng.
- “**Chăm sóc cần thiết về mặt y tế**” có nghĩa là (1) sự chăm sóc thích ứng, phù hợp và cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh lý của bệnh nhân; (2) việc cung ứng hoặc mức độ dịch vụ phù hợp nhất cho bệnh lý của Bệnh nhân mà có thể được cung cấp một cách an toàn; (3) không được cung cấp chủ yếu để thuận tiện cho 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 đặt lịch trước trong tương lai được coi là “chăm sóc cần thiết về mặt y tế”, thì việc chăm sóc và thời gian chăm sóc phải được phê duyệt bởi Giám đốc Y tế của Tổ chức (hoặc người được chỉ định). Việc xác định chăm sóc cần thiết về mặt y tế phải do nhà cung cấp được cấp phép đang cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho Bệnh nhân thực hiện và bởi bác sĩ tiếp nhận, bác sĩ giới thiệu và/hoặc Giám đốc y tế hoặc bác sĩ đánh giá khác (tùy thuộc vào loại chăm sóc đang được khuyến nghị) tùy theo quyết định của Tổ chức. Trong trường hợp dịch vụ chăm sóc mà Bệnh nhân yêu cầu được đòi hỏi theo chính sách này nhưng bác sĩ đánh giá xác định là không cần thiết về mặt y tế, thì quyết định đó cũng phải được bác sĩ tiếp nhận hoặc bác sĩ giới thiệu xác nhận lại.
- “**Tổ chức**” có nghĩa là St. Vincent’s Health System, Inc. và các chi nhánh được kiểm soát cụ thể bao gồm, nhưng không chỉ gồm, St. Luke’s-St. Vincent’s HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent’s Southside; St. Vincent’s Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent’s Riverside; St. Vincent’s Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent’s Clay County, St. Vincent’s Health System, Inc. dba Ascension St. Vincent’s St. Johns County
- “**Bệnh Nhân**” có nghĩa là những người nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế khác tại Tổ chức và người chịu trách nhiệm về 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 giới hạn cho các Bệnh nhân sống trong Cộng đồng:

1. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 250% thu nhập của Mức Chuẩn Nghèo Liên bang (“FPL”), sẽ đủ điều kiện nhận 100% chăm sóc từ thiện cho phần chi phí của các dịch vụ mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả sau khi bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó được xác định hội đủ điều kiện theo điểm số giả định (mô tả trong Đoạn 5 dưới đây) hoặc nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (“Đơn đăng ký”) vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên tới 100% nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.

2. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập cao hơn 250% FPL nhưng không vượt quá 400% FPL, sẽ được nhận mức giảm giá theo thang đối chiếu cho phần chi phí dịch vụ đã cung cấp mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả sau khi bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính giảm giá theo thang đối chiếu nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính. Giảm giá theo thang đối chiếu là như sau:
 - Bệnh nhân giữa 251% FPL và 300% FPL sẽ nhận 90% hỗ trợ
 - Bệnh nhân giữa 301% FPL và 350% FPL sẽ nhận 85% hỗ trợ
 - Bệnh nhân giữa 351% FPL và 400% FPL sẽ nhận 81% hỗ trợ
3. Theo các quy định khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính này, Bệnh nhân có thu nhập lớn hơn 400% FPL có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo “Khảo Nghiệm Bình Quân” (Means Test) để giảm giá cho các dịch vụ mà Bệnh nhân đã nhận từ Tổ chức dựa trên tổng nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách Khảo Nghiệm Bình Quân nếu Bệnh nhân có tổng nợ y tế quá mức, bao gồm nợ y tế đối với Ascension và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác, cho dịch vụ cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, bằng hoặc lớn hơn thu nhập gộp hộ gia đình của Bệnh nhân đó. Mức hỗ trợ tài chính được cung cấp theo chính sách Khảo Nghiệm Bình Quân giống như mức cấp cho bệnh nhân có thu nhập ở mức 400% FPL theo Đoạn 2 ở trên, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính giảm giá theo chính sách khảo nghiệm bình quân nếu Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký sau ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại hình này sẽ được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Một Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB đã tính.
4. Bệnh nhân có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được mô tả trong Đoạn 1 đến 3 ở trên nếu Bệnh nhân đó được coi là có đủ tài sản để thanh toán theo một "Khảo Nghiệm Tài Sản" (Asset Test). Khảo Nghiệm Tài Sản bao gồm việc đánh giá thực chất về khả năng thanh toán của Bệnh nhân dựa trên các loại tài sản được đánh giá trong Đơn đăng ký FAP. Bệnh nhân có tài sản vượt quá 250% số tiền FPL của Bệnh nhân đó có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
5. Có thể xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính vào bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ doanh thu và có thể bao gồm việc sử dụng điểm số giả định cho Bệnh nhân có số dư chưa thanh toán đủ trong vòng 240 ngày đầu tiên sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân để xác định đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện 100% bất kể Bệnh nhân không hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký FAP"). Nếu Bệnh nhân được cấp dịch

vụ chăm sóc từ thiện 100% mà chưa nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh và chỉ thông qua điểm số giả định, thì số tiền hỗ trợ tài chính mà Bệnh nhân đủ điều kiện nhận sẽ được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Việc xác định khả năng hội đủ điều kiện dựa trên điểm số giả định chỉ áp dụng cho giai đoạn chăm sóc mà điểm số giả định được tiến hành.

- a. Với mục đích giúp đỡ những bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính, Trung tâm Y tế có thể sử dụng một bên thứ ba để xem xét thông tin của bệnh nhân nhằm đánh giá tư cách đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính 100%. Đánh giá này sử dụng một mô hình dự đoán được ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe công nhận, dựa trên cơ sở dữ liệu hồ sơ công cộng. Mô hình này kết hợp cơ sở dữ liệu hồ sơ công cộng để tính điểm năng lực kinh tế-xã hội và tài chính bao gồm các ước tính về thu nhập, tài sản và tính thanh khoản. Bộ quy tắc của mô hình được thiết kế để đánh giá từng bệnh nhân theo cùng các tiêu chuẩn và được hiệu chỉnh theo lịch sử phê duyệt nhận chăm sóc từ thiện 100% cho Trung tâm Y tế. Mô hình dự đoán cho phép Trung tâm Y tế đánh giá liệu một bệnh nhân có các đặc trưng của các bệnh nhân khác, những người đã có lịch sử đủ tiêu chuẩn để được chăm sóc từ thiện 100% theo Hồ sơ FAP hay không.
 - b. Sau những nỗ lực để xác nhận tính sẵn có của bảo hiểm, mô hình dự đoán cung cấp một phương pháp có tính hệ thống để cấp chăm sóc từ thiện 100% giả định cho những bệnh nhân có nhu cầu tài chính thích hợp. Khi mô hình dự đoán là cơ sở cho điều kiện hội đủ giả định, thì việc chăm sóc từ thiện 100% sẽ chỉ được cấp dựa trên điểm số cho các dịch vụ hội đủ điều kiện cho các ngày dịch vụ có hiệu lực trở về trước.
 - c. Nếu Bệnh nhân được cấp dịch vụ chăm sóc từ thiện 100% mà chưa nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh và chỉ thông qua điểm số giả định, thì số tiền hỗ trợ tài chính mà Bệnh nhân đủ điều kiện nhận sẽ được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của bệnh nhân sau khi tính hết các khoản thanh toán đã thực hiện trên tài khoản của bệnh nhân.
 - d. Trong trường hợp bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn theo bộ quy tắc điều kiện hội đủ giả định, bệnh nhân vẫn có thể được xem xét hỗ trợ tài chính theo Đơn đăng ký FAP.
6. Ngoài việc sử dụng mô hình dự đoán nêu trên cho hỗ trợ tài chính giả định, cũng có thể cung cấp hỗ trợ tài chính ở mức chăm sóc từ thiện 100% trong những trường hợp sau:
- a. Những bệnh nhân đã qua đời mà Trung tâm Y tế đã xác minh rằng họ không có bất động sản và không có vợ/chồng còn sống.
 - b. Những bệnh nhân đủ điều kiện nhận Medicaid từ tiểu bang khác mà tại đó Trung tâm Y tế không phải là nhà cung cấp dịch vụ tham gia và không có ý định trở thành nhà cung cấp dịch vụ tham gia.
 - c. Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận các chương trình hỗ trợ của chính phủ khác, như tem thực phẩm, nhà ở được trợ cấp, và Women's Infants and Children's Program (Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em - WIC).
 - d. Bệnh nhân là người thụ hưởng Medicaid đang nhận các dịch vụ không được đài thọ của Medicaid; và

- e. Bệnh nhân là người thụ hưởng Medicaid nhưng đã hết thời gian cho mọi giới hạn lưu trú.
7. Đối với Bệnh nhân có tham gia một số chương trình bảo hiểm mà Tổ chức cho là “nằm ngoài mạng lưới”, Tổ chức có thể cắt giảm hoặc từ chối khoản hỗ trợ tài chính mà lẽ ra dành cho Bệnh nhân, dựa trên việc duyệt xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân cùng các sự kiện và tình huống có liên quan khác.
8. Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể bị tính phí cố định danh nghĩa lên đến \$20.00 cho mỗi dịch vụ nhận được từ Ascension Medical Group Practices. Phí cố định danh nghĩa sẽ không vượt quá phí AGB cho các dịch vụ.
9. Bệnh Nhân có thể kháng nghị bất kỳ quyết định từ chối đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính nào bằng cách cung cấp thêm thông tin cho Tổ Chức trong vòng mười bốn (14) ngày lịch kể từ ngày nhận được thông báo từ chối. Tất cả kháng nghị sẽ được Tổ Chức xem xét để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng khẳng định quyết định từ chối Hỗ Trợ Tài Chính trước đó, thì thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh Nhân. Quy trình cho các Bệnh nhân và gia đình kháng nghị các quyết định của Tổ chức về khả năng hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính như sau:
- a. Kháng Nghị Hỗ Trợ Tài Chính có thể được gửi đến Văn phòng HOPE của Ascension St. Vincent, (địa chỉ bên dưới). Bệnh nhân cần cung cấp bất kỳ tài liệu bổ sung nào để hỗ trợ cho lý do kháng nghị của họ.

Riverside/HOPE Program
1 Shircliff Way
Jacksonville, FL 32204
(904) 308-1956

Southside/ HOPE Program
4201 Belfort Rd
Jacksonville, FL 32216
(904) 308-1956

Clay/HOPE Program
1670 St. Vincent's Way
Middleburg FL, 32068
(904) 308-1956

St. Johns/HOPE Program
205 Trinity Way
St. Johns, FL 32259
(904) 308-1956

- b. Tất cả các kháng nghị sẽ được Ủy Ban Giải Quyết Kháng Nghị Hỗ Trợ Tài Chính của Tổ chức xem xét, và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi bằng văn bản đến cho Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp kháng nghị.

Những Hỗ Trợ Khác Dành cho Các Bệnh Nhân Không Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ trợ Tài Chính

Những bệnh nhân không hội đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính như đã nêu trên vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận các loại hỗ trợ khác do Tổ chức cung cấp. Để có đầy đủ thông tin, các loại hỗ trợ khác này vẫn được nêu ở đây, mặc dù chúng không dựa trên nhu cầu và không nhằm tuân theo 501(r) nhưng được đưa ra ở đây để thuận tiện cho cộng đồng mà Tổ chức phục vụ.

1. Những Bệnh nhân không có bảo hiểm, không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được giảm giá dựa trên mức giảm giá dành cho người chi trả cao nhất cho Tổ chức đó. Người chi trả cao nhất phải chiếm ít nhất 3% tổng số bệnh nhân của Tổ chức tính theo doanh số hoặc doanh thu bệnh nhân gộp. Nếu một người chi trả không đạt được mức tối thiểu về doanh số này, hợp đồng của hơn một người chi trả sẽ được lấy trung bình sao cho các khoản chi trả được sử dụng để tính trung bình chiếm ít nhất 3% doanh số kinh doanh của Tổ chức trong năm đã cho.
2. Bệnh nhân không có bảo hiểm và có bảo hiểm không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể nhận được khoản giảm giá ngay. Khoản giảm giá ngay có thể được cung cấp thêm vào khoản giảm giá không có bảo hiểm được mô tả trong đoạn liền trước.

Các Giới Hạn về Chi Phí cho Các Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính sẽ không bị tính phí riêng nhiều hơn AGB cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế khác và không quá tổng chi phí cho tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế khác. Tổ chức sẽ tính toán một hoặc nhiều tỷ lệ phần trăm AGB bằng phương pháp “xem lại” và bao gồm dịch vụ tính phí (fee-for-service) của Medicare cùng tất cả các hãng bảo hiểm y tế tư nhân thanh toán cho các yêu cầu bồi thường của Tổ chức, tất cả phải tuân theo 501(r). Quý vị có thể nhận miễn phí bản sao mô tả việc tính toán và (các) tỷ lệ phần trăm AGB trên trang web của Tổ chức tại <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> hoặc bằng cách gửi thư văn bản đến:

Riverside/HOPE Program
1 Shircliff Way
Jacksonville, FL 32204
(904) 308-1956

Southside/ HOPE Program
4201 Belfort Rd
Jacksonville, FL 32216
(904) 308-1956

Clay/HOPE Program
1670 St. Vincent's Way
Middleburg FL, 32068
(904) 308-1956

St. Johns/HOPE Program
205 Trinity Way
St. Johns, FL 32259
(904) 308-1956

Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính và Hỗ Trợ Khác

Bệnh nhân có thể đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính thông qua hội đủ điều kiện điểm số giả định bằng cách nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh để được hỗ trợ tài chính. Đơn đăng ký FAP và Hướng dẫn làm Đơn Đăng ký FAP có sẵn trên trang web của Tổ chức tại <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> hoặc nhận bằng cách gửi thư văn bản đến:

Riverside/HOPE Program
1 Shircliff Way
Jacksonville, FL 32204
(904) 308-1956

Southside/ HOPE Program
4201 Belfort Rd
Jacksonville, FL 32216
(904) 308-1956



Clay/HOPE Program
1670 St. Vincent's Way
Middleburg FL, 32068
(904) 308-1956

St. Johns/HOPE Program
205 Trinity Way
St. Johns, FL 32259
(904) 308-1956

Tổ chức sẽ yêu cầu người không có bảo hiểm làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký nhận Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện tiềm năng để đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp hội đủ điều kiện và được phê duyệt thông qua điểm số giả định). Bệnh nhân có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính nếu cung cấp thông tin sai lệch trên Đơn đăng ký FAP hoặc liên quan đến quy trình hội đủ điều kiện về điểm số giả định, nếu bệnh nhân từ chối giao tiền bảo hiểm hoặc quyền được thanh toán trực tiếp bởi một công ty bảo hiểm có nghĩa vụ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp, hoặc nếu bệnh nhân từ chối làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký nhận Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện tiềm năng để đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp hội đủ điều kiện và được phê duyệt thông qua điểm số giả định). Tổ chức có thể sẽ xem xét Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh trong vòng sáu tháng trở lại trước bất kỳ ngày xác định hội đủ điều kiện nào để đưa ra quyết định về việc hội đủ điều kiện cho một đợt chăm sóc hiện tại. Tổ chức sẽ không xem xét Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh hơn sáu tháng trước bất kỳ ngày xác định hội đủ điều kiện nào.

Lập Hóa Đơn và Thu Nợ

Các hành động mà Tổ chức có thể thực hiện trong trường hợp không thanh toán được mô tả trong chính sách lập hóa đơn và thu nợ riêng. Quý vị có thể nhận bản sao miễn phí của chính sách lập hóa đơn và thu nợ trên trang web của Tổ chức tại <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida> hoặc bằng cách gửi thư văn bản đến:

Riverside/HOPE Program
1 Shircliff Way
Jacksonville, FL 32204
(904) 308-1956

Southside/ HOPE Program
4201 Belfort Rd
Jacksonville, FL 32216
(904) 308-1956

Clay/HOPE Program
1670 St. Vincent's Way
Middleburg FL, 32068
(904) 308-1956

St. Johns/HOPE Program
205 Trinity Way
St. Johns, FL 32259
(904) 308-1956

Thông dịch

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