

CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

AMITA HEALTH

MỤC ĐÍCH

Mục đích của Chính sách này là nêu rõ các yêu cầu đối với việc quản lý Hỗ trợ Tài chính tại Hệ thống AMITA Health.

CHÍNH SÁCH

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 từng Tổ chức sau đây trong AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Holy Family Medical Center – Des Plaines

Mercy Medical Center - Aurora

Resurrection Medical Center

St. Francis Hospital - Evanston

Saint Joseph Hospital - Chicago

Saint Joseph Hospital - Elgin

Saint Joseph Medical Center - Joliet

Saints Mary and Elizabeth Medical Center

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

St. Mary's Hospital - Kankakee

Các cơ sở hành nghề của bác sĩ được tuyển dụng

- A. 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.
- B. 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.
- C. Bản Danh Sách Các Nhà Cung Cấp Được Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Đài Thọ cung cấp một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ bất kỳ thực hiện dịch vụ chăm sóc trong các cơ sở của Tổ Chức, danh sách này nêu rõ dịch vụ chăm sóc nào được đài thọ bởi chính sách hỗ trợ tài chính và dịch vụ chăm sóc nào không được đài thọ.

ĐỊNH NGHĨA

Chính Sách-Các Định Nghĩa Cụ Thể

- A. **“501(r)”** có nghĩa là Mục 501(r) của Bộ Luật Doanh Thu Nội Bộ và các quy định ban hành trong đó.
- B. **“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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc đó.
- C. **“Cộng đồng”** có nghĩa là Tiểu bang Illinois. "Sinh sống trong Cộng đồng", theo các mục đích của Chính sách này, có nghĩa là cư dân Illinois - một người sống ở Illinois và có ý định tiếp tục sống ở Illinois vô thời hạn, nhưng không phải là người đã chuyển đến Illinois với mục đích nhận được quyền lợi về bảo hiểm sức khỏe. 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 khác của AMITA Health, nơi Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính cho trường hợp chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế đó.
- D. **“Chăm sóc Cấp cứu”** có nghĩa là chăm sóc để điều trị một tình trạng y tế biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính với mức độ nghiêm trọng đủ lớn (bao gồm cả cơn đau dữ dội) vì nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến suy giảm chức năng cơ thể nghiêm trọng, rối loạn chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào trên cơ thể, hoặc khiến sức khỏe của cá nhân gặp nguy hiểm nghiêm trọng.
- E. **“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 tình trạng của Bệnh nhân; (2) việc cung ứng hoặc mức độ dịch vụ phù hợp nhất cho tình trạng của Bệnh nhân có thể được cung cấp một cách an toàn; (3) không được cung cấp chủ yếu vì sự 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 đài thọ 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.
- F. **“Tổ chức”** có nghĩa là AMITA Health và các cơ quan được quy định trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính này như được nêu ở trên trong Phần II.
- G. **“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.
- H. **“Thang điểm Giả định”** có nghĩa là việc sử dụng các nguồn thông tin của bên thứ ba, có thể bao gồm hồ sơ công khai hoặc các phương tiện chính xác khách quan và hợp lý khác để đánh giá khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân.
- I. **“Bệnh nhân không có bảo hiểm”** có nghĩa là bệnh nhân không được bảo hiểm theo chính sách bảo hiểm y tế và không phải là người thụ hưởng theo bảo hiểm y tế công cộng hoặc tư nhân, quyền lợi y tế, hoặc chương trình bảo hiểm y tế khác, bao gồm các chương trình bảo hiểm y tế có khấu trừ cao, bồi thường của người lao động, bảo hiểm trách nhiệm tai nạn, hoặc trách nhiệm của bên thứ ba khác.

QUY TRÌNH BẮT BUỘC

A. Hỗ trợ tài chính được mô tả trong phần này chỉ giới hạn cho Các Bệnh Nhân sống trong Cộng Đồng:

1. Bệnh nhân có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 250% thu nhập theo Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang ("FPL"), sẽ đủ điều kiện được chiết khấu 100% đối với phần chi phí mà Bệnh nhân phải chịu sau khi công ty bảo hiểm thanh toán, nếu có, nếu Bệnh nhân đó được xác định là đủ điều kiện theo thang điểm giả định (được mô tả trong Đoạn 5 bên dưới) hoặc nộp đơn xin 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 chấp thuận bởi Tổ chức. 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 không có bảo hiểm có thu nhập trên 250% FPL nhưng không vượt quá 600% FPL, sẽ được giảm giá theo thang đối chiếu cho phần chi phí đó đối với các dịch vụ được cung cấp. Bệnh nhân có bảo hiểm và có thu nhập trên 250% FPL nhưng không vượt quá 400% FPL, sẽ được giảm giá theo thang đối chiếu cho phần chi phí đối với các dịch vụ đã cung cấp mà Bệnh nhân phải chịu trách nhiệm, theo giải thích về quyền lợi của chương trình bảo hiểm. Việc giảm giá này sẽ được áp dụng sau khi Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký vào hoặc trước ngày thứ 240 sau khi có hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính chiết khấu theo thang điểm trượt 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 trong diện này được giới hạn trong số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tham gia hạch toán bất kỳ khoản thanh toán nào được 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: (FPL - Thu nhập theo Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang)

Thang Đối chiếu của Bệnh nhân Không có Bảo hiểm	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Thang Đối chiếu của Bệnh nhân Có Bảo hiểm	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. Theo các điều khoản khác trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính, Bệnh nhân có thu nhập lớn hơn

600% (không có bảo hiểm) và 400% (có bảo hiểm) FPL có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo quy trình “Giám Định Khả Năng Tài Chính” với một phần chiết khấu trong khoản chi phí của Bệnh nhân cho những dịch vụ mà Tổ chức cung cấp dựa trên tổng nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo quy trình Giám Định Khả Năng Tài Chính nếu có tổng nợ y tế vượt mức, bao gồm nợ y tế với AMITA Health và bất kỳ đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế nào khác đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác mà tổng nợ này bằng hoặc lớn hơn tổng thu nhập của cả gia đình của Bệnh nhân. 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 600% (không có bảo hiểm) và 400% (có bảo hiểm) 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.

Ngoài ra, đối với những bệnh nhân không có bảo hiểm đủ tiêu chuẩn được giảm giá theo thang đối chiếu như quy định trong Đoạn 2, việc thu nợ trong thời gian 12 tháng sẽ được giới hạn ở mức 20% thu nhập của gia đình bệnh nhân.

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 xác định 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 600% 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"). 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.

Bệnh nhân thể hiện một trong những tiêu chí sau đây sẽ được coi là đủ điều kiện để nhận chăm sóc từ thiện 100%: vô gia cư, không có tài sản thừa kế, mất khả năng tinh thần mà không có ai đại diện cho bệnh nhân, tình trạng đủ điều kiện nhận Medicaid, nhưng không vào ngày dịch vụ hoặc dịch vụ không được bảo hiểm, đăng ký Medicaid ở một tiểu bang khác mà Tổ chức không cung cấp và không có ý định trở thành một nhà cung cấp dịch vụ tham gia, và tham gia Medicaid nhưng đã hết thời hạn lưu trú.

Các hạng mục bắt buộc khác bao gồm ghi danh vào các chương trình sau: Chương trình Dinh dưỡng Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC); Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP); Chương trình Bữa Trưa và Bữa Sáng Miễn phí của Illinois; Chương trình Hỗ trợ Năng lượng Tại Nhà cho Người Thu Nhập Thấp (LIHEAP); Ghi danh vào một chương trình dựa trên cộng đồng có tổ chức cung cấp quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế để đánh giá và ghi lại tình trạng tài chính thu nhập thấp như là các tiêu chí; và Biên lai nhận tài trợ cho các dịch vụ y tế.

6. 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 chi tiết có liên quan khác.
7. Bệnh nhân có thể kháng nghị khi bị từ chối do không đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính

bằng cách cung cấp thêm thông tin cho Tổ chức trong vòng mười bốn (14) ngày theo 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. Tiến 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 nên được nhận ban đầu bởi Bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân để xem xét và theo dõi các câu hỏi, nếu có.
- b. Một ủy ban sau đó sẽ họp hàng tháng để xem xét tất cả các kháng nghị. Ban thành viên của ủy ban cần bao gồm đại diện đến từ Bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân, Tích hợp Nhiệm vụ, Quản lý Hồ sơ/Dịch vụ Xã hội và Tài chính/CFO.

Kháng nghị sẽ được gửi cho các thành viên ủy ban trước cuộc họp ủy ban hàng tháng để xem xét.
- c. Một đại diện Bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân cần có mặt tại cuộc họp của ủy ban để thảo luận về từng trường hợp và cung cấp thêm thông tin đầu vào mà bệnh nhân có thể đã cung cấp.
- d. Ủy ban sẽ xem xét Đơn đăng ký FAP của người nộp đơn và sẽ chú ý đặc biệt đến thông tin bổ sung và các điểm mà người nộp đơn đưa ra trong quy trình kháng nghị.
- e. Ủy ban có thể phê duyệt, không phê duyệt hoặc hoãn kháng nghị. Ủy ban có thể hoãn kháng nghị nếu cần thêm thông tin dựa trên các câu hỏi được đưa ra trong cuộc thảo luận về kháng nghị.
- f. Bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân sẽ liên lạc bằng văn bản về kết quả của kháng nghị đến Bệnh nhân hoặc người nhà.

B. 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 lại. 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. Giảm giá ngay có thể được cung cấp thêm vào khoản giảm giá không có bảo hiểm được mô tả trong đoạn liền trước.

C. Các Giới Hạn Về Chi Phí Cho Các Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

1. 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 được bản sao miễn phí của mô tả tính toán AGB và (các) tỷ lệ phần trăm trên trang web của Tổ chức, gọi 888-693-2252, qua email theo địa chỉ amitafinancialassistance@amitahealth.org, hoặc bằng văn bản tại:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Và Hỗ Trợ Khác

Bệnh Nhân có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính qua khả năng hội đủ 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 đăng ký FAP có sẵn trên trang web của Tổ chức hoặc gọi 888-693-2252, qua email theo địa chỉ amitafinancialassistance@amitahealth.org, hoặc bằng văn bản tại:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Tổ chức sẽ yêu cầu những bệnh nhân không có bảo hiểm làm việc với cố vấn tài chính để đăng ký tham gia vào Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là có khả năng đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ tài chính (trừ khi đủ điều kiện và được chấp thuận theo thang điểm 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 chuyển tiền được bảo hiểm hoặc quyền được thanh toán trực tiếp bởi một công ty bảo hiểm bị buộc 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 Medicaid hoặc các chương trình hỗ trợ cộng đồng khác mà bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện tiềm năng để đủ tư cách nhận hỗ trợ tài chính (trừ trường hợp hội đủ điều kiện và được chấp thuận 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.

E. Lập Hóa Đơn Và Thu Nợ

Các hành động mà Tổ Chức có thể đảm nhận trong trường hợp không thanh toán được mô tả trong chính sách lập hóa đơn và thu nợ riêng. Quý vị có thể nhận được bản sao miễn phí của chính sách thanh toán và thu tiền trên trang web của Tổ chức hoặc bằng cách gọi 888-693-2252, qua email tại amitafinancialassistance@amitahealth.org hoặc bằng văn bản tại:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. Diễn giải:

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- a. Chính sách hành chính của Ascension số 600 – Hỗ trợ Tài chính cho những Người cần Giúp đỡ
- b. Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính
- c. Bản Tóm Tắt bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản về Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính
- d. Danh Sách Các Nhà Cung Cấp Được Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Đãi Thọ và Không Đãi Thọ
- e. Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn