

Thăng thiên qua Christi Health

CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

1 Tháng Bảy 2023

CHÍNH SÁCH/HƯỚNG DẪN

Chính sách của các tổ chức được liệt kê trong đoạn dưới đây ("Tổ chức") là đảm bảo thực hiện công bằng xã hội khi cung cấp, cung cấp các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác tại các cơ sở của Quỹ. Chính sách này được thiết kế đặc biệt để giải quyết tính đủ

điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính và nhận sự chăm sóc từ Quỹ.

Chính sách này áp dụng cho các Tổ chức sau đây trong Ascension Via Christi Health:

Thăng thiên qua Christi St.
Francis Thăng thiên qua Christi
St. Joseph Thăng thiên qua
Christi St. Teresa
Ascension Via Christi Rehabilitation Hospital
Ascension Via Christi Hospital ở Pittsburg
Ascension Via Christi Hospital ở Manhattan
Khoa Cấp cứu Ascension Via Christi tại Trung tâm Y tế
Wellington Wamego
Khoa Cấp cứu Ascension Via Christi ở Tập đoàn Y tế Fort
Scott Ascension
Trung tâm phẫu thuật và phục hồi Kansas
Hình ảnh giải phẫu

1. Mọi hỗ trợ tài chính phản ánh cam kết và sự tôn trọng của chúng tôi đối với phẩm giá con người cá nhân và lợi ích chung, liên quan đến chuyên môn và tình liên đới của chúng tôi với những người sống trong nghèo đói và những người dễ bị tổn thương khác, và cam kết của chúng tôi đối với sự công bằng và trách nhiệm quản lý trong phân phối.
2. Chính sách này áp dụng cho tất cả các trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác do Quỹ cung cấp, bao gồm các dịch vụ bác sĩ Khả năng tuyển dụng và sức khỏe hành vi. Chính sách này không áp dụng cho các chi phí chăm sóc không khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác.
3. Danh sách Nhà cung cấp được Bao trả Chính sách Hỗ trợ Tài chính cung cấp danh sách bất kỳ nhà cung cấp nào thực hiện dịch vụ chăm sóc. chăm sóc tại các cơ sở của Quỹ, danh sách nêu rõ dịch vụ chăm sóc nào được bao trả bởi chính sách hỗ trợ tài chính và dịch vụ chăm sóc Những con sóc nào không được bảo hiểm.

ĐỊNH NGHĨA

Đối với mục đích của Chính sách này, các định nghĩa sau đây được áp dụng:

Phụ lục A

- "**501 (r)**" có nghĩa là Mục 501 (r) của Bộ luật Thuế vụ và các luật được ban hành trong đó.
- "Số tiền được lập hóa đơn " hoặc "**AGB**" có nghĩa là, đối với các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác, Số tiền thường được tính trên **hóa đơn** cho cá nhân được bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó.
- " **Cộng đồng**" có nghĩa là Quận Sedgwick là một phần của Khu vực Thống kê Đô thị Wichita, Kansas (MSA), theo định nghĩa của Văn phòng Quản lý và Ngân sách Hoa Kỳ. Quản lý và Ngân sách). MSA là một khu vực năm quận ở trung nam Kansas, được neo đậu bởi thành phố Wichita. Năm quận này bao gồm Butler, Harvey, Sedgwick, Sumner và Kingman. Cộng đồng Ascension Via Christi Hospital Manhattan và Wamego Health Center được định nghĩa là các quận Riley, Pottawatomie và Geary. Cộng đồng Ascension Via Christi Hospital Pittsburg được định nghĩa là các quận Crawford, Bourbon, Cherokee và Linn.
- "**Chăm sóc khẩn cấp**" có nghĩa là chăm sóc để điều trị một tình trạng y tế biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) đến mức không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể, rối loạn nghiêm trọng bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể, hoặc khiến sức khỏe của người đó gặp nguy hiểm nghiêm trọng.
- "Chăm sóc cần thiết về mặt y tế" có nghĩa là (1) chăm sóc thích ứng, thích hợp và cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của bệnh nhân; (2) việc cung cấp hoặc mức độ dịch vụ phù hợp nhất với tình trạng của Bệnh nhân có thể được cung cấp một cách an toàn; (3) không được cung cấp chủ yếu để thuận tiện cho Bệnh nhân, gia đình, bác sĩ hoặc người chăm sóc Bệnh nhân; và (4) có nhiều khả năng mang lại lợi ích cho Bệnh nhân hơn là gây hại. Đối với dịch vụ chăm sóc theo lịch trình trước là "chăm sóc cần thiết về mặt y tế", việc chăm sóc và thời gian chăm sóc phải có sự đồng ý của Giám đốc Y tế của Tổ chức (hoặc người được chỉ định). Việc xác định chăm sóc cần thiết về mặt y tế phải được thực hiện bởi nhà cung cấp được cấp phép đang cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho Bệnh nhân thực hiện và bởi bác sĩ tiếp nhận, bác sĩ giới thiệu và / hoặc Giám đốc y tế hoặc người đánh giá khác (tùy thuộc vào loại hình chăm sóc đang được yêu cầu) theo quyết định của Quý. Trong trường hợp sự chăm sóc theo yêu cầu của bệnh nhân được bao trả theo chính sách này nhưng bác sĩ đánh giá xác định nó không cần thiết về mặt y tế Ngoài ra, quyết định đó cũng phải được xác nhận bởi bác sĩ tiếp nhận hoặc bác sĩ giới thiệu.
- "**Tổ chức**" có nghĩa là Thăng thiên thông qua Christi Health.
- "**Bệnh nhân**" có nghĩa là những người được chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế tại Tổ chức và chịu trách nhiệm tài chính về việc chăm sóc bệnh nhân.
- "**Lưu vực** " - xác định những cộng đồng nằm trong Đánh giá Nhu cầu Sức khỏe Cộng đồng (CHNA) và do đó đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, nếu tiêu chuẩn của quy trình đăng ký và hướng dẫn chính sách.

Hỗ trợ tài chính được cung cấp

Hỗ trợ tài chính được mô tả trong phần này chỉ giới hạn cho Bệnh nhân sống trong Cộng đồng:

1. Theo các quy định khác trong Chính sách hỗ trợ tài chính này, Người bệnh có thu nhập

Phụ lục A

ít hơn hoặc bằng 250,1% thu nhập của Mức Nghèo Liên bang ("FPL"), sẽ đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện 100% cho phần chi phí của các dịch vụ mà Bệnh nhân chịu trách nhiệm thanh toán sau khi thanh toán bảo hiểm, nếu có, nếu Bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện theo điểm giả định (được mô tả trong Đoạn 5 dưới đây) hoặc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính ("Đơn đăng ký") vào hoặc trước ngày thứ 240 tiếp theo khi nhận được lần xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính lên đến 100% nếu Bệnh nhân nộp Đơn sau ngày thứ 240 sau khi có sẵn hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính có sẵn cho Bệnh nhân theo loại này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tất cả các khoản thanh toán được thực hiện trên tài khoản được hạch toán của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB được tính.

2. Theo các quy định khác trong Chính sách hỗ trợ tài chính này, Người bệnh có thu nhập cao hơn 250,2% FPL nhưng không vượt quá 400,3% FPL. % sẽ được giảm giá theo thang điểm tương ứng với phần chi phí dịch vụ với điều kiện Bệnh nhân có trách nhiệm thanh toán sau khi thanh toán bảo hiểm, nếu có, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn vào hoặc trước ngày thứ 240 sau hóa đơn đầu tiên của Bệnh nhân xuất viện và Đơn được Tổ chức phê duyệt. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính chiết khấu trên thang điểm hòa giải nếu Bệnh nhân nộp Đơn sau ngày 240 sau hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân thuộc loại này được giới hạn trong số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tất cả các khoản thanh toán đã được hạch toán được thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB được tính. Giảm giá trên thang điểm tham chiếu như sau:

251% - 300% FPL Base = xóa 85%

301% - 350% FPL Base = xóa 80%

351% - 399% FPL Base = xóa 75%

3. Theo các điều khoản khác trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính này, Bệnh nhân có thu nhập lớn hơn 400,4% FPL có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo "Kiểm tra Phương tiện" để được giảm giá cho chi phí dịch vụ từ Tổ chức dựa trên tổng nợ y tế của Bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách Xét nghiệm Trung bình nếu bệnh nhân có tổng nợ y tế vượt quá, bao gồm nợ y tế cho Ascension và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác, cho các trường hợp khẩn cấp và chăm sóc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, bằng hoặc lớn hơn tổng thu nhập hộ gia đình của Bệnh nhân đó. Mức hỗ trợ tài chính được cung cấp theo chính sách Khảo sát

¹ Trung tâm Y tế có thể điều chỉnh ngưỡng cao hơn 250%, nhưng không thấp hơn. (Bất kỳ điều chỉnh phải thống nhất cho toàn bộ Trung tâm Y tế, không chỉ ở cấp cơ sở bệnh viện.

² Như được điều chỉnh tại Trung tâm Y tế cho bất kỳ điều chỉnh nào được thực hiện theo ghi chú 5 ở cuối trang.

³ Trung tâm y tế có thể điều chỉnh ngưỡng 400% cao hơn hoặc thấp hơn đối với chi phí sinh hoạt bằng cách sử dụng chỉ số tiền lương địa phương so với chỉ số tiền lương quốc gia.

⁴ Như được điều chỉnh tại Trung tâm Y tế cho bất kỳ điều chỉnh nào được thực hiện theo ghi chú 9 ở cuối trang.

Phụ lục A

Xét nghiệm trung bình giống như xét nghiệm được cấp cho bệnh nhân có thu nhập 400 10% FPL theo Khoản 2 ở trên, nếu Bệnh nhân đó nộp Đơn đến hoặc trước ngày thứ 240 sau hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân và Đơn đăng ký được Tổ chức chấp thuận. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính chiết khấu theo chính sách xét nghiệm trung bình nếu Bệnh nhân nộp đơn sau ngày 240 sau hóa đơn xuất viện đầu tiên của Bệnh nhân, nhưng sau đó, số tiền hỗ trợ tài chính dành cho Bệnh nhân theo loại này được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi tất cả các khoản thanh toán được thực hiện được hạch toán vào tài khoản của Bệnh nhân. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận loại hỗ trợ tài chính này sẽ không bị tính phí nhiều hơn phí AGB được tính.

4. Một bệnh nhân có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được mô tả trong Đoạn 1 đến 3 ở trên nếu người đó được xác định là có đủ tài sản để thanh toán theo "Kiểm tra tài sản". Xét nghiệm tài sản bao gồm đánh giá nội dung về khả năng thanh toán của Bệnh nhân dựa trên các loại tài sản được đánh giá trong Ký hiệu FAP của Đơn đăng ký. Một 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. Tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được xác định tại bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ thu nhập và có thể bao gồm việc sử dụng điểm giả định cho Bệnh nhân không đủ số dư chưa thanh toán trong vòng 240 ngày đầu tiên sau hóa đơn xuất viện đầu tiên để xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện 100% bất kể Bệnh nhân có hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính hay không ("Đơn đăng ký" đăng ký FAP"). Nếu Bệnh nhân được chăm sóc từ thiện 100% mà không nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh và chỉ thông qua điểm số sai Số tiền hỗ trợ tài chính đủ điều kiện mà Bệnh nhân sẽ được giới hạn ở số dư chưa thanh toán của Bệnh nhân sau khi hạch toán tất cả các khoản thanh toán được thực hiện trên tài khoản của Bệnh nhân. Việc xác định tính đủ điều kiện dựa trên điểm giả định chỉ áp dụng cho giai đoạn chăm sóc mà điểm số giả định TinH đã đến.
6. Đối với Bệnh nhân tham gia vào một số chương trình bảo hiểm nhất định mà Tổ chức coi là "ngoài mạng lưới", Tổ chức có thể giảm hoặc từ chối số tiền hỗ trợ tài chính có sẵn cho Bệnh nhân, dựa trên việc xem xét thông tin bảo hiểm của Bệnh nhân và các thành phần và chi phí Các dịch tiết liên quan khác.
7. Bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể bị tính một khoản phí cố định danh nghĩa cho các dịch vụ. Phí cố định danh nghĩa sẽ không vượt quá phí AGB cho các dịch vụ.⁵

Đồng thanh toán Hỗ trợ Tài chính là bắt buộc cho mỗi lần truy cập, mọi cuộc họp.

Số tiền đồng thanh toán hỗ trợ tài chính tiêu chuẩn:

- ED: \$ 100 / lần
- Khám tại bệnh viện ngoại trú: \$ 25 / lần khám

⁵ Điều này sẽ được bao gồm nếu Tổ chức tính một khoản phí cố định như vậy và được sửa đổi để phản ánh các hành động thực thi của mình.

- Theo dõi thời gian lưu trú: \$ 100 / lượt
- Bệnh nhân nội trú: \$100/lần khám

LƯU Ý: Khoản đồng thanh toán nội trú đã bao gồm tất cả các lần khám bệnh nhân trong khi điều trị nội trú.

- Thăm khám phục hồi chức năng ngoại trú: \$ 25 / lần khám

LƯU Ý: Các tài khoản được thiết lập để thăm khám phục hồi chức năng định kỳ sẽ phải chịu khoản thanh toán cơ bản \$ 250 thích hợp.

8. Nếu một bệnh nhân sống bên ngoài khu vực lưu vực được xác định mà họ đang tìm kiếm dịch vụ, họ sẽ không đủ điều kiện để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính và không có phương tiện thanh toán nào khác có thể được tạo ra nếu bệnh nhân chọn điều trị tại cơ sở Ascension Via Christi. Ngoài ra, cần phải hiểu vị trí của bệnh nhân trong các tổ chức khác trong cộng đồng quê hương của họ cung cấp các dịch vụ tương tự.
 - a. Nếu một bệnh nhân được điều trị thông qua Khoa Cấp cứu cho một dịch vụ cấp cứu, được nhận từ Khoa Cấp cứu hoặc Uống trực tiếp, Khu vực lưu vực sẽ chỉ được miễn cho ngày dịch vụ đó.
 - b. Nếu bất kỳ bệnh nhân nào sống bên ngoài khu vực lưu vực được xác định được giới thiệu đến cơ sở Ascension Via Christi và có lệnh của bác sĩ để giới thiệu Một dịch vụ không có sẵn trong cộng đồng nhà của họ và dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế. Ascension Via Christi sẽ xem xét các dịch vụ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính thông qua đơn đăng ký hoàn chỉnh và các tài liệu hỗ trợ. Phả hệ bệnh nhân tuân thủ đầy đủ quy trình đăng ký và hướng dẫn chính sách.
9. Bệnh nhân có thể kháng cáo bất kỳ sự từ chối nào về tính đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính bằng cách cung cấp thêm thông tin cho Quỹ trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch kể từ ngày nhận được thông báo từ chối. Tất cả các kháng cáo sẽ được Tổ chức xem xét để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng xác nhận quyết định từ chối Hỗ trợ Tài chính trước đó, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh nhân. Quy trình để bệnh nhân và gia đình kháng cáo các quyết định của tổ chức về tính đủ điều kiện hỗ trợ tài chính Những cái chính như sau:
 - a. Bằng cách cung cấp một yêu cầu kháng cáo bằng văn bản cho bộ phận tư vấn tài chính. Lý do kháng cáo phải được ghi lại trong yêu cầu. Tất cả các yêu cầu có thể được gửi đến: Hỗ trợ Tài chính / Kháng cáo tại PO Box 47887, Wichita, KS 67201. Tài liệu bổ sung có thể được yêu cầu trong quá trình kháng cáo.
 - b. Tất cả các kháng cáo sẽ được xem xét bởi ủy ban giải quyết kháng cáo hỗ trợ tài chính của Quỹ và các quyết định của ủy ban sẽ được gửi bằng văn bản cho Bệnh nhân hoặc gia đình đã nộp đơn kháng cáo.

Hỗ trợ khác cho bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính

Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính như đã nêu ở trên vẫn có thể đủ điều kiện nhận các loại hỗ trợ khác do Quỹ cung cấp. Để biết thông tin đầy đủ, các loại hỗ trợ

Những hỗ trợ khác này vẫn được nêu ở đây, mặc dù chúng không dựa trên nhu cầu và không nhằm mục đích tuân thủ 501 (R) nhưng được cung cấp ở đây để thuận tiện cho cộng đồng mà Quỹ phục vụ.

1. Bệnh nhân không có bảo hiểm không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được giảm giá dựa trên chiết khấu của người trả cao nhất cho Tổ chức đó. Người trả tiền cao nhất phải chiếm ít nhất 3% tổng số bệnh nhân của Tổ chức về doanh thu hoặc tổng doanh thu của bệnh nhân. Nếu một người thanh toán không đáp ứng được doanh số bán hàng tối thiểu này, hợp đồng của nhiều hơn một người thanh toán sẽ được tính trung bình sao cho các khoản thanh toán được sử dụng để tính toán trung bình chiếm ít nhất 3% doanh số kinh doanh của Tổ chức trong năm nhất định.
2. Bệnh nhân không có bảo hiểm và có bảo hiểm không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể được giảm giá ngay lập tức. Giảm giá ngay lập tức có thể được cung cấp ngoài chiết khấu không có bảo hiểm được mô tả trong đoạn trước.

Gới hạn chi phí cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính

Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sẽ không bị tính phí riêng nhiều hơn AGB cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế khác và không nhiều hơn 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 cách sử dụng phương pháp "hồi cứu" và bao gồm các dịch vụ trả phí của Medicare và tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân thanh toán các yêu cầu của Quỹ, tất cả đều tuân theo 501 (r). Một bản sao miễn phí của mô tả tính toán AGB và (các) tỷ lệ có thể được lấy trên trang web của Foundation <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/kansas>

Đăng ký hỗ trợ tài chính và các hỗ trợ khác

Bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính thông qua khả năng đáp ứng điểm số giả định bằng cách nộp Đơn xin FAP hoàn chỉnh để được hỗ trợ tài chính. Ứng dụng FAP và Hướng dẫn Tạo Đơn FAP có sẵn trên trang web của Foundation <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/kansas>

Đăng ký hoặc bằng cách liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 800-298-8347. Tổ chức sẽ yêu cầu người không có bảo hiểm 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 đủ điều kiện tiềm năng để được hỗ trợ tài chính (trừ khi đủ điều kiện đủ điều kiện và được chấp thuận thông qua điểm giả định). Bệnh nhân có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính nếu họ cung cấp thông tin sai lệch trên Ứng dụng FAP hoặc liên quan đến quy trình đủ điều kiện điểm 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 buộc phải trả tiền cho dịch vụ chăm sóc được 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 đủ điều kiện tiềm năng để nhận hỗ trợ tài chính (trừ khi đủ điều kiện và được chấp thuận thông qua các giả định lớp).. Tổ chức có thể xem xét Đơn đăng ký FAP đã hoàn thành trong vòng sáu tháng qua trước bất kỳ ngày xác định tính đủ điều kiện nào để: đưa ra quyết định về tính đủ điều kiện cho vòng chăm sóc hiện tại. Tổ chức sẽ không xem xét Đơn đăng ký FAP đã hoàn thành hơn sáu tháng trước bất kỳ ngày xác định tính đủ điều kiện nào.

Lập hóa đơn và thu tiền

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 hộ riêng. Bạn có thể nhận được một bản sao miễn phí của chính sách thanh toán và thu tiền trên trang web của Quỹ <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/kansas>

Đăng ký hoặc bằng cách liên hệ với Bộ phận Service của Khách hàng theo số 800-298-8347

Giải thích

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