
Chính sách

Hỗ trợ

Tài chính (FAP)

Financial Assistance Policy

財務補助政策

Política de Assistência Financeira

Правила предоставления финансовой помощи

Política de Asistencia Financiera

1. MỤC ĐÍCH

Tufts Medical Center, thường được gọi là “Tufts MC” hay “Bệnh viện” trong chính sách này, cam kết cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao cho cộng đồng. Bệnh viện cung cấp các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cho tất cả bệnh nhân bất kể khả năng thanh toán của họ. Bệnh viện không phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tư cách công dân, tình trạng ngoại kiều, tôn giáo, tín ngưỡng, nhận dạng giới tính, định hướng tình dục, tuổi tác hay tình trạng khuyết tật khi cung cấp dịch vụ. Để cung cấp các dịch vụ chất lượng cao và hỗ trợ các nhu cầu của cộng đồng, Tufts MC phải duy trì một nền tảng tài chính vững mạnh và trong đó bao gồm việc thu kịp thời các khoản phải thu của bệnh viện.

Tufts MC biết rằng một số bệnh nhân không có đủ điều kiện tài chính và có thể không có bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ. Chính sách này được lập ra để cung cấp thông tin cho các bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ với các nguồn lực tài chính hạn chế về các chương trình hỗ trợ tài chính khác nhau của Bệnh viện mà có thể sẵn có dành cho họ.

Các bệnh nhân có khả năng thanh toán được kỳ vọng thanh toán cho các dịch vụ mà Tufts MC cung cấp cho họ. Chính sách này giả định rằng các bệnh nhân có bảo hiểm với mức giá phải chăng sẽ làm đơn xin tham gia và duy trì bảo hiểm của họ. Các chương trình hỗ trợ tài chính của Tufts MC có mục đích chủ yếu là phục vụ các bệnh nhân không có bảo hiểm y tế từ một nguồn công (ví dụ Medicare hay Medicaid) hay tư nhân (ví dụ Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, v.v.) và có các nhu cầu về tài chính không được đáp ứng. Nếu đáp ứng được các tiêu chí có thể áp dụng, các khoản giảm giá của Tufts MC có thể sẵn có dành cho bệnh nhân có nhu cầu tài chính đã được chứng minh do thu nhập hạn chế hay do các hóa đơn y tế của họ chiếm một tỷ lệ quá lớn trong thu nhập của họ.

2. ĐỊNH NGHĨA

Dịch vụ cấp cứu: các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi xảy ra một tình trạng đau ốm, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu lộ qua các triệu chứng với mức độ đủ nghiêm trọng, bao gồm cơn đau nặng, mà một người thận trọng bình thường với kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa tin tưởng một cách hợp lý rằng nếu không được cứu chữa nhanh chóng sẽ dẫn đến việc sức khỏe của người đó hay của một người khác bị nguy hại nghiêm trọng, gây tổn hại nghiêm trọng đến chức năng cơ thể hay ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của bất kỳ cơ quan nội tạng nào hay một phần cơ quan đó, hoặc trong trường hợp phụ nữ có thai, như được định nghĩa rõ hơn trong 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Việc khám sàng lọc y tế và bất kỳ biện pháp điều trị nào nhằm giữ ổn định cho một tình trạng y tế cấp cứu, bao gồm nhưng không giới hạn với chăm sóc y tế nội trú hay dịch vụ khác như vậy được cung cấp trong phạm vi yêu cầu của Emergency Medical Treatment and Labor Act (Đạo luật Lao động và Điều trị Y tế Cấp cứu - EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)), được coi là Dịch vụ cấp cứu.

Dịch vụ khẩn cấp: các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi xảy ra một tình trạng đau ốm, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu lộ qua các triệu chứng cấp tính với mức độ đủ nghiêm trọng (bao gồm cơn đau nặng) mà một người thận trọng bình thường sẽ tin tưởng một cách hợp lý rằng nếu không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ sẽ dẫn đến việc sức khỏe của người đó bị nguy hại nghiêm trọng, gây tổn hại đến chức năng cơ thể hay ảnh hưởng đến chức năng của bất kỳ cơ quan nội tạng nào hay một phần cơ quan đó. Các dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao dẫn đến tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe một người.

Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp, cần thiết về mặt y tế: các dịch vụ không đáp ứng định nghĩa về dịch vụ Cấp cứu hoặc Khẩn cấp nhưng cần thiết về mặt y tế. Thường thì bệnh nhân, nhưng không chỉ là bệnh nhân, xếp trước lịch cho các dịch vụ này.

Dịch vụ không cần thiết về mặt y tế: một thủ thuật, xét nghiệm hay dịch vụ không tác động đến chất lượng sức khỏe hay không yêu cầu chăm sóc cấp cứu hay khẩn cấp.

3. ĐIỀU KHOẢN CHUNG

a. Các tổ chức tham gia

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi Bệnh viện tại các địa

điểm được nêu trong Phụ lục A—Các địa điểm của Tufts Medical Center, các tổ chức tham gia. Chính sách này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi các tổ chức được liệt kê trong Phụ lục B—Danh sách các nhà cung cấp liên kết của Tufts Medical Center, các tổ chức không tham gia dù các dịch vụ đó có thể được cung cấp ở các địa điểm của Bệnh viện được nêu trong Phụ lục A.

- b. Bệnh nhân không có bảo hiểm hay bảo hiểm không đủ của Tufts MC được định nghĩa là:
1. Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế (“không có bảo hiểm”);
 2. Bệnh nhân có “bảo hiểm” duy nhất là Massachusetts Health Safety Net;
 3. Bệnh nhân có khoản nợ phải trả do đã “dùng hết” các quyền lợi trong chương trình bảo hiểm của họ; hay
 4. Bệnh nhân mà khoản nợ phải trả của họ là do các dịch vụ “không được bảo hiểm” mà bảo hiểm đã xác định rằng bệnh nhân chịu trách nhiệm toàn bộ cho các khoản phí liên quan đến các dịch vụ bị loại trừ. Điều này bao gồm các dịch vụ mà công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm do hạn chế về mạng lưới của công ty bảo hiểm.
- c. Trách nhiệm của bệnh nhân:
- i. Bệnh nhân có một số trách nhiệm phải đáp ứng để đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Bệnh viện theo chính sách này, bao gồm:
1. Trách nhiệm mua và duy trì bảo hiểm, nếu có bảo hiểm giá cả phải chăng dành cho họ;
 2. Trách nhiệm làm đơn xin tham gia bất kỳ chương trình bảo hiểm nào do chính phủ tài trợ mà họ có thể đủ điều kiện tham gia;
 3. Trách nhiệm nộp đúng hạn tất cả các tài liệu được yêu cầu về thu nhập, tài sản, định danh và tình trạng cư trú cần có để ghi danh tham gia bảo hiểm của Tiểu bang và/hoặc để hoàn thiện Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC;
 4. Trách nhiệm cập nhật cho Bệnh viện các thông tin mới nhất về nhân khẩu và bảo hiểm; và
 5. Trách nhiệm thanh toán tất cả các khoản nợ theo khung thời gian đã thỏa thuận.
- d. Quy trình Điều phối Tài chính của Tufts MC:
- i. Ban Điều phối Tài chính (FC) chủ động xem xét các bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ có thể nhận biết đã được xếp lịch để nhận dịch vụ. Bệnh nhân cũng được giới thiệu tới FC từ các khoa của Tufts MC.
- ii. FC sàng lọc bệnh nhân để xét tính hội đủ điều kiện về bảo hiểm công và/hoặc tư nhân
1. Tufts MC sàng lọc bệnh nhân cho các chương trình tiểu bang và liên bang đủ điều kiện. Để đủ điều kiện nhận giảm giá theo chính sách này, bệnh nhân có thể phải làm đơn xin tham gia các chương trình tiểu bang và liên bang khác nhau, bao gồm nhưng không giới hạn ở MassHealth và/hoặc Medicare.
 2. Nếu bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí trong hướng dẫn về tính hội đủ điều kiện cho dịch vụ công, FC sẽ tư vấn trong quá trình làm đơn xin và giúp bệnh nhân làm đơn xin nếu có thể.
 3. Nếu bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chí trong hướng dẫn về tính hội đủ điều kiện cho dịch vụ công (ví dụ dựa trên Federal Poverty Level (Chuẩn nghèo Liên bang-FPL), tình trạng nhập cư, v.v.), bị từ chối hỗ trợ theo bất kỳ chương trình công sẵn có nào, hay nếu chương trình công đó sẽ không bao trả toàn bộ các chi phí của bệnh nhân, FC sẽ tư vấn về các lựa chọn bảo hiểm tư nhân và sàng lọc bệnh nhân để xét tính hội đủ điều kiện theo Chương trình Giảm giá Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC (Mục IV dưới đây).

4. CÁC CHƯƠNG TRÌNH GIẢM GIÁ CHO BỆNH NHÂN CỦA TUFTS MC

- a. Tufts MC cung cấp các chương trình giảm giá sau cho bệnh nhân:
1. Giảm giá cho bệnh nhân có thu nhập thấp, đủ điều kiện theo các ngưỡng FPL của Tufts MC (Mục IV(g))
 2. Giảm giá cho bệnh nhân có khó khăn về y tế, đủ điều kiện theo các ngưỡng của Tufts MC (Mục IV(h))
 3. Giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hay bảo hiểm không đủ (Mục IV(i))

Khoản giảm giá theo các chương trình này có thể được cấp cho tất cả (các) khoản nợ với trách nhiệm của bệnh nhân đáp ứng các ngưỡng do Tufts MC xác định trong Phụ lục C—Số tiền Giảm giá Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center, ngoại trừ các khoản đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ nhiều chương trình giảm giá, thì chương trình với mức giảm giá cao nhất sẽ được áp dụng.

Các khoản giảm giá sẽ không dựa trên bất kỳ quan hệ nào mà bệnh nhân hay gia đình của họ có thể có với bất kỳ nhân viên hay thành viên ban lãnh đạo nào của Bệnh viện. Các khoản giảm giá sẽ không được cấp dựa trên bất kỳ việc “nể nang đồng nghiệp” nào đối với một bác sĩ hay gia đình của họ. Các khoản giảm giá sẽ không được cấp để khuyến khích bệnh nhân nhận dịch vụ hay bằng cách nào đó có thể liên quan đến việc tạo ra doanh số bởi một chương trình y tế liên bang và các khoản giảm giá đó cũng sẽ không đổi được thành tiền mặt cho các hạng mục hay dịch vụ được cung cấp bởi Bệnh viện, hay bất kỳ tổ chức nào khác thuộc Tufts MC (điều này bao gồm các khoản giảm giá ở tiệm bán đồ lưu niệm, căng tin, v.v.).

b. Quy trình làm đơn xin và sàng lọc:

- i. Bệnh nhân phải nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center đã điền thông tin (Phụ lục D) cùng với các tài liệu hỗ trợ cần thiết để được cân nhắc hỗ trợ. Tài liệu cần thiết có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở bằng chứng về: (1) thu nhập hộ gia đình hàng năm (phiếu lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội, và một lá thư từ chủ lao động, bản khai thuế hay bảng kê tài khoản ngân hàng), (2) tư cách công dân và định danh, (3) tình trạng nhập cư cho người không phải công dân (nếu có thể áp dụng), (4) tài sản của người từ 65 tuổi trở lên, và (5) thông tin bảo hiểm, bao gồm phạm vi lợi ích bảo hiểm và các giới hạn về mạng lưới. Để được Bệnh viện xét đơn, tất cả các tài liệu hỗ trợ phải được nộp trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn xin lần đầu.
- ii. Có thể nộp đơn xin hỗ trợ được giữ bí mật cho Bệnh viện đối với trẻ vị thành niên và người bị lạm dụng. Những người này cần liên hệ với Ban Điều phối Tài chính.
- iii. Tufts MC không xét đến các quyết định trước đây đối với tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của Tufts MC khi ra quyết định về một Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của một bệnh nhân.
- iv. Tufts MC có quyền xác minh lại tính hội đủ điều kiện để nhận giảm giá sau mỗi sáu tháng.

c. Chấp thuận bao trả

- i. Bệnh viện sẽ thông báo cho bệnh nhân bằng văn bản về quyết định về tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ chương trình của Tufts MC. Tham khảo Phụ lục E—Thông báo về Quyết định về tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Chương trình của Tufts Medical Center.
- ii. Bệnh viện có quyền từ chối đơn xin nếu không nhận được tất cả các tài liệu hỗ trợ đúng hạn.
- iii. Bệnh viện có thể xem xét lại kháng cáo quyết định về tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ chương trình nếu người làm đơn cung cấp thông tin mới cho Bệnh viện.

d. Các giới hạn về thu nhập của bệnh nhân:

- i. Đối với các cư dân của Hoa Kỳ, các ngưỡng FPL được công bố gần đây nhất cho tổng thu nhập của gia đình sẽ được sử dụng làm tiêu chí quyết định chính cho các khoản giảm giá được mô tả trong Mục IV(g) và Mục IV(h).
- ii. Những người không phải cư dân Hoa Kỳ và cư dân Hoa Kỳ đáp ứng các yêu cầu của Mục III(c) của chính sách này nhưng không đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện về FPL có thể có quyền nhận Giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ như mô tả trong Mục IV(i) dưới đây.
- iii. Tất cả các bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu của Mục III(c) của chính sách này có thể đủ điều kiện nhận Giảm giá cho bệnh nhân gặp khó khăn về y tế của Tufts MC như được trình bày trong Mục IV(h) dưới đây.

e. Các dịch vụ đủ điều kiện:

- i. Chính sách này nhìn chung chỉ giới hạn trong các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp và lập hóa đơn bởi Tufts MC bao gồm:
 1. Dịch vụ cấp cứu;
 2. Dịch vụ khẩn cấp; và
 3. Dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp.

- f. Các trường hợp loại trừ:
- i. Tufts MC không hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế vì các dịch vụ như vậy được bác sĩ điều trị quyết định. Ví dụ về các dịch vụ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn bởi: các dịch vụ phi y tế (ví dụ: xã hội, giáo dục, hay dạy nghề, phẫu thuật thẩm mỹ, nghiên cứu hay các dịch vụ khác). Việc xác định dịch vụ nào được coi là đủ điều kiện theo chính sách này hoàn toàn tùy thuộc vào suy xét của Bệnh viện.
 - ii. Tufts MC thường không áp dụng giảm giá cho bệnh nhân cho các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp mà ở đó nhu cầu cần chăm sóc là do bệnh nhân dự liệu và bệnh nhân đến Tufts MC từ ngoài khu vực dịch vụ của bệnh viện để yêu cầu chăm sóc trong khi có dịch vụ tại khu vực dịch vụ của bệnh nhân.
 - iii. Các khoản đồng thanh toán, khấu trừ và đồng bảo hiểm của bệnh nhân được loại trừ khỏi phạm vi bao trả theo chính sách này.
- g. Giảm giá cho bệnh nhân có thu nhập thấp của Tufts MC:
- i. Đối với các cư dân Hoa Kỳ, các ngưỡng FPL được công bố gần đây nhất cho tổng thu nhập của gia đình sẽ được sử dụng làm tiêu chí quyết định chính. Các khoản giảm giá chỉ dựa vào thu nhập và thường chỉ giới hạn trong số các bệnh nhân có mức thu nhập gia đình dưới 301% FPL.
 - ii. Bệnh nhân đáp ứng ngưỡng này sẽ được cung cấp mức giảm giá bằng hoặc lớn hơn mức Số tiền thường được lập hóa đơn (AGB) như được trình bày trong Mục IV(j) dưới đây.
 - iii. Việc xác định mức giảm giá này là trách nhiệm của Tufts MC.
 - iv. Tham khảo Phụ lục C và Phụ lục D để biết thêm chi tiết.
- h. Giảm giá cho bệnh nhân gặp khó khăn về y tế của Tufts MC:
- i. Bệnh nhân không đáp ứng các yêu cầu về ngưỡng FPL cần thiết để đủ điều kiện nhận Giảm giá cho bệnh nhân có thu nhập thấp của Tufts MC có thể vẫn đủ điều kiện nhận giảm giá nếu họ chứng minh được rằng các chi phí y tế của họ vượt quá 20% thu nhập gia đình. Các chi phí phải phát sinh trong vòng 12 tháng trước và chỉ giới hạn trong số các chi phí có thể đủ điều kiện là chi phí y tế theo quy định của Internal Revenue Service (Sở Thuế vụ).
 - ii. Việc xác định mức giảm giá này là trách nhiệm của Tufts MC.
 - iii. Tham khảo Phụ lục C và Phụ lục D để biết thêm chi tiết.
- i. Chính sách giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hay bảo hiểm không đủ của Tufts MC:
- iv. Tufts MC sẽ cung cấp một khoản giảm giá cho bệnh nhân ở mọi mức thu nhập không phụ thuộc vào tư cách cư trú và đáp ứng các yêu cầu về “Bệnh nhân không có bảo hiểm và bảo hiểm không đủ” được liệt kê trong Mục III(b) ở trên, hoàn thành các trách nhiệm của bệnh nhân trong Mục III(c) ở trên, và hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC.
 - v. Tất cả bệnh nhân không có bảo hiểm và bảo hiểm không đủ đáp ứng các điều kiện của chính sách này đều đủ điều kiện nhận giảm giá tới 20% cho các dịch vụ đủ điều kiện nếu đã nhận được thanh toán, hoặc nếu đã đồng ý một kế hoạch thanh toán, trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận hóa đơn ban đầu.
 1. Đối với các dịch vụ phi cấp cứu, phi khẩn cấp, bệnh nhân phải thanh toán toàn bộ, hay đồng ý với một kế hoạch thanh toán, trước khi dịch vụ được cung cấp. Nếu như khoản phí thực tế vượt quá ước tính, bệnh nhân phải thanh toán bất kỳ khoản nợ bổ sung nào trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận hóa đơn ban đầu.
 - a. Nếu các khoản phí bổ sung không được thanh toán đúng hạn, thì toàn bộ thỏa thuận giảm giá có thể bị hủy bỏ và bệnh nhân sẽ nhận được hóa đơn cho toàn bộ khoản phí
 2. Đối với các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp, bệnh nhân phải thanh toán, hay đồng ý với một kế hoạch thanh toán, trong vòng 30 ngày sau khi nhận được hóa đơn ban đầu.
 - vi. Trong quá trình đánh giá liệu có nên cấp một khoản giảm giá theo chính sách này hay không, Tufts MC có thể xét đến việc liệu một bệnh nhân hiện có thanh toán đầy đủ hạn tất cả các khoản nợ hay không.
- j. Cơ sở cho việc tính toán các khoản tiền tính phí cho bệnh nhân:
- i. Sau khi có quyết định về tính hội đủ điều kiện của một bệnh nhân cho các chương trình giảm

giá được trình bày trong Mục IV(g) hoặc Mục IV(h) ở trên, bệnh nhân sẽ không bị tính phí cho các Dịch vụ đủ điều kiện cao hơn Số tiền thường được lập hóa đơn (“AGB”) của Bệnh viện.

- ii. Tufts MC xác định AGB bằng cách trước tiên chia tổng số tiền thanh toán cho tổng các khoản phí đối với tất cả các chương trình thương mại và trả phí dịch vụ Medicare (FFS) trong năm tài chính trước để xác định Payment on Account Factor (Hệ số thanh toán trên tài khoản-PAF) cho năm tài chính trước. Việc này thường được thực hiện trong tháng 8 khi đã có dữ liệu chính xác nhất từ các chương trình bảo hiểm y tế. Mức giảm giá tối thiểu cho bệnh nhân có thu nhập thấp của Tufts MC bằng với số nghịch đảo của hệ số PAF của năm tài chính trước, đây chính là giá trị AGB.
- iii. Ví dụ, tính toán cho dịch vụ điều trị nội trú:
 1. Tổng thanh toán từ các chương trình thương mại và Medicare FFS: \$550
 2. Tổng các khoản phí từ các chương trình thương mại và Medicare FFS: \$1,000
 3. PAF: 55%
 4. Giảm giá AGB cho bệnh nhân có thu nhập thấp của Tufts MC: 45%
- iv. Mức Giảm Giá Tối Thiểu Cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp của Tufts MC, chính là AGB, có hiệu lực từ ngày 01/10/2017 ở mức 42% cho các dịch vụ điều trị nội trú và 69% cho các dịch vụ điều trị ngoại trú. Các mức này được xác định từ các yêu cầu đã được thanh toán của các chương trình thương mại và Medicare FFS cho giai đoạn 01/06/2016 đến 31/05/2017.

5. KẾ HOẠCH THANH TOÁN

Các kế hoạch thanh toán không tính lãi cho các Dịch vụ đủ điều kiện sẽ được cung cấp cho tất cả các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí được trình bày trong Mục III(c) ở trên nếu có yêu cầu. Sự chấp thuận cuối cùng đối với một kế hoạch thanh toán tùy thuộc vào việc xem xét đầy đủ tình trạng và lịch sử thanh toán của bệnh nhân. Tufts MC sẽ xử lý và giám sát kế hoạch thanh toán của tất cả các bệnh nhân. Chúng tôi yêu cầu bệnh nhân tuân thủ hoàn toàn nếu họ đã đồng ý với một kế hoạch thanh toán. Nếu một bệnh nhân lỡ hai kỳ thanh toán liên tiếp, kế hoạch thanh toán sẽ bị hủy bỏ và Bệnh viện có thể đặt tài khoản vào hạng mục Nợ xấu theo các quy trình và biện pháp bảo vệ được quy định trong Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của Bệnh viện (có sẵn tại www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance). Sau khi nhận được thông báo từ bệnh nhân về các thay đổi tình trạng tài chính, Bệnh viện có thể đánh giá lại các trách nhiệm thanh toán chưa thực hiện của bệnh nhân.

- a. Bệnh nhân đã được coi là Bệnh nhân có thu nhập thấp hay đủ điều kiện được coi là gặp Khó khăn về y tế theo chương trình Massachusetts Health Safety Net (HSN) không cần phải đáp ứng các tiêu chí được trình bày trong Mục III(c) trước khi Bệnh viện đưa ra một kế hoạch thanh toán. Đối với các bệnh nhân HSN Thu nhập thấp hay gặp Khó khăn về y tế với khoản nợ từ \$1,000 trở xuống, kế hoạch thanh toán đó ít nhất phải là kế hoạch một năm, không có lãi suất với thanh toán tối thiểu không quá \$25 mỗi tháng. Đối với các bệnh nhân HSN Thu nhập thấp hay gặp Khó khăn về y tế với khoản nợ từ \$1,000 trở lên, kế hoạch thanh toán đó ít nhất phải là kế hoạch hai năm, không có lãi suất.

6. KHÔNG THANH TOÁN

Bệnh viện duy trì một chính sách riêng về Tín dụng và Thu hồi nợ đề cập đến các hành động mà Bệnh viện có thể thực hiện trong trường hợp không thanh toán và bao gồm một danh sách các bệnh nhân có thể được bảo vệ theo luật của Tiểu bang khỏi bất kỳ hành động thu hồi nợ nào. Trước khi dùng đến bất kỳ biện pháp thu hồi nợ bất thường nào theo chính sách đó, Bệnh viện sẽ có nỗ lực hợp lý để giúp bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách này bằng cách thông báo cho bệnh nhân bằng văn bản về các chương trình hỗ trợ sẵn có và giúp người đó hoàn thành đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC. Chính sách riêng của Bệnh viện về Tín dụng và Thu hồi nợ sẵn có để mọi người xem xét tại trang web của Bệnh viện www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

7. CÔNG BỐ VÀ PHÂN PHỐI FAP

- a. Quý vị có thể liên lạc với Ban Điều phối Tài chính của Tufts MC, nơi cung cấp dịch vụ tư vấn tài chính và hỗ trợ tài chính:
 - i. Trực tuyến tại www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance;
 - ii. Qua điện thoại theo số 617-636-6013; hoặc

iii. Đến trực tiếp tại các địa điểm sau của Tufts Medical Center:

1. Biewend Building, 1st Floor, 260 Tremont Street, Boston, MA 02111
2. Proger Building, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. Floating Plaza, 1st Floor, 755 Washington Street, Boston, MA 02111
4. Emergency Department, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111

b. Đăng trên Internet

i. Ngoài việc sẵn có thông qua Ban Điều phối Tài chính của Tufts MC, chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC, các mẫu đơn xin và bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản có sẵn tại: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance

1. Quý vị cũng có thể truy cập trang web này từ trang chủ của Tufts MC

(www.tuftsmedicalcenter.org) bằng cách chọn *Patient Care + Services* (Chăm sóc bệnh nhân + Dịch vụ), rồi chọn *Financial Assistance (Hỗ trợ tài chính)*

2. Trang web có nhiều cách khác nhau mà bệnh nhân có thể làm đơn xin hỗ trợ tài chính từ Bệnh viện, bao gồm danh sách các địa điểm của Ban Điều phối Tài chính, số điện thoại trung tâm và địa chỉ email trung tâm. Trang web cho bệnh nhân biết rằng các mẫu đơn xin và hỗ trợ của Ban Điều phối Tài chính là miễn phí.

c. Bệnh viện công bố rộng rãi về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính theo chính sách này bằng các cách sau:

i. Biển báo lớn, dễ nhìn (8" X 14") được dán ở tất cả các cửa ra vào và các khu vực nhiều người qua lại khác, bao gồm cả Phòng Cấp cứu, Ban Điều phối Tài chính và Ban Dịch vụ Khách hàng;

ii. Các tờ rơi bằng ngôn ngữ đơn giản thông báo về sự sẵn có của các lựa chọn hỗ trợ tài chính của Tufts MC được bày ở Phòng Cấp cứu và các khu vực làm thủ tục nhập viện.

iii. Bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản của FAP có sẵn cho bệnh nhân như một phần của quy trình nhập viện và xuất viện của Bệnh viện.

iv. Các bản sao của chính sách FAP của Bệnh viện, đơn xin, bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản có sẵn cho bệnh nhân có yêu cầu, trực tiếp hay qua thư và cho bất kỳ bệnh nhân nào có các câu hỏi cụ thể.

v. Các tài liệu, bao gồm chính sách, mẫu đơn xin và bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản có sẵn bằng Tiếng Anh, Tiếng Trung Hoa, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Việt, Tiếng Bồ Đào Nha - Lục địa và Tiếng Nga.

vi. Các nhân viên chương trình cộng đồng của Bệnh viện đã được phổ biến kiến thức về FAP và được hướng dẫn để phổ biến lại kiến thức và thông báo cho các cư dân của cộng đồng về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính tại Tufts MC.

8. CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC:

a. Nợ xấu Medicare:

i. Chính sách này cũng có thể được sử dụng để xác minh tình trạng khó khăn của bệnh nhân nhằm giúp hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ cho khoản nợ là kết quả của một khoản đồng bảo hiểm hay khấu trừ từ các dịch vụ được Medicare bao trả mà ở đó có thể áp dụng Nợ xấu Medicare. Các tiêu chí quyết định sẽ là thu nhập hiện tại của bệnh nhân của các mức tài sản được báo cáo của họ. Để đủ điều kiện, bệnh nhân phải có thu nhập dưới 201% của FPL và tài sản dưới \$10,000 cho thành viên gia đình đầu tiên và cho phép cộng thêm một khoản \$3,000 cho mỗi thành viên bổ sung của gia đình. Việc xác định tài sản sẽ không bao gồm nơi ở chính hay chiếc xe chính của gia đình. Việc bệnh nhân hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC sẽ được coi là bằng chứng rằng bệnh nhân không thể sử dụng tài sản để trả khoản nợ tồn đọng của họ.

b. Đánh giá theo từng trường hợp:

i. Bệnh nhân được khuyến khích báo cho Ban Điều phối Tài chính hay Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân biết về tình trạng tài chính đặc biệt của mình. Tufts MC có thể mở rộng các khoản giảm giá vượt quá các điều khoản của chính sách này tùy từng trường hợp nhằm phản ánh các tình huống khó khăn đặc biệt về tài chính.

ii. Các khoản giảm giá hiện có vượt quá chính sách này sẽ được tiếp tục thực hiện nếu được CFO của Bệnh viện chấp thuận.

PHỤ LỤC A

CÁC ĐỊA ĐIỂM CỦA TUFTS MEDICAL CENTER, CÁC TỔ CHỨC THAM GIA

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi Tufts MC tại các địa điểm sau:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children tại Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI tại Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors, Stoneham, MA 02180

PHỤ LỤC B

DANH SÁCH NHÀ CUNG CẤP LIÊN KẾT CỦA TUFTS MEDICAL CENTER, CÁC TỔ CHỨC KHÔNG THAM GIA

Chính sách này loại trừ các dịch vụ được cung cấp và lập hóa đơn bởi các tổ chức có liên kết với Tufts MC sau đây:

1. Tufts Medical Center Physicians Organization (Tổ chức Bác sĩ của Tufts Medical Center), bao gồm:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians tại 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Physical Therapy đặt tại Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Các Bác sĩ Phẫu thuật Thẩm mỹ Bên ngoài

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Private Practice Internal Medicine tại Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

7. CardioVascular Center at Tufts Medical Center, Inc.

Tất cả các tổ chức của bác sĩ điều trị liên kết với Tufts MC bao gồm các tổ chức được liệt kê ở trên được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân thủ chính sách này.

PHỤ LỤC C

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER: SỐ TIỀN GIẢM GIÁ

Quy mô gia đình	100% FPL	Lên đến 150% FPL	Lên đến 300% FPL	Cao hơn 301% FPL
1	\$12,144	\$18,216	\$36,420	\$36,421
2	\$16,464	\$24,696	\$49,380	\$49,381
3	\$20,784	\$31,176	\$62,340	\$62,341
4	\$25,104	\$37,656	\$75,300	\$75,301
5	\$29,424	\$44,136	\$88,260	\$88,261
6	\$33,744	\$50,616	\$101,220	\$101,221
7	\$38,064	\$57,096	\$114,180	\$114,181
8	\$42,384	\$63,576	\$127,140	\$127,141
Với mỗi người >8	\$4,320	\$6,480	\$12,960	\$12,961
Giảm giá cho dịch vụ điều trị nội trú	100%	42%	20%	
Giảm giá cho dịch vụ điều trị ngoại trú	100%	69%	20%	
Thanh toán theo kỳ vọng của bệnh nhân nội trú	0%	58%	80%	
Thanh toán theo kỳ vọng của bệnh nhân ngoại trú	0%	31%	80%	

FPL là Federal Poverty Level (Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang), được ban hành vào tháng 01 năm 2018, được Federal Register (Đăng Ký Liên Bang) định nghĩa.

PHỤ LỤC D: ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER

Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính

Tufts Medical Center tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mọi bệnh nhân. Tufts MC cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho các bệnh nhân không đủ khả năng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế. Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC không có dự định thanh toán cho dịch vụ chăm sóc không cần thiết về mặt y tế. Chính sách cũng không có dự định cung cấp các khoản giảm giá đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hay khấu trừ bảo hiểm.

Các bệnh nhân có khả năng thanh toán được yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ mà họ nhận được ở Tufts MC. Tuy nhiên, điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính sẵn có cho quý vị. Bệnh nhân rất được khuyến khích làm hồ sơ xin hỗ trợ từ bất kỳ chương trình hỗ trợ sẵn có nào của chính phủ, như MassHealth, ConnectorCare hay Health Safety Net, trước khi xin hỗ trợ từ Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC. **Nếu quý vị không làm đơn xin hỗ trợ từ một chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có khả năng đủ điều kiện nhận thì điều đó có thể dẫn đến việc đơn xin hỗ trợ của quý vị bị trì hoãn hoặc từ chối.** Nếu quý vị cần được giúp đỡ để làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong những Điều phối viên Tài chính của Tufts MC có thể giúp quý vị.

Tình trạng đủ điều kiện của quý vị để nhận hỗ trợ từ các chương trình hỗ trợ tài chính tùy thuộc vào việc quý vị hoàn thành đầy đủ và chính xác Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính này.

■ HƯỚNG DẪN

Vui lòng hoàn thành đầy đủ Đơn xin Hỗ trợ Tài chính và gửi kèm bản sao các tài liệu sau đối với tất cả những người làm đơn xin. Nếu quý vị không gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết trong vòng 30 ngày thì đơn xin của quý vị sẽ bị từ chối. Vui lòng gửi bản sao của bất kỳ tài liệu nào mà quý vị nộp vì chúng tôi sẽ không thể gửi lại các tài liệu này.

- Hoàn thành tất cả các phần của đơn xin và nhớ **ký vào tuyên bố có tuyên thệ ở trang 4**
- Gửi kèm bản sao **bằng lái xe, các giấy căn cước hoặc tài liệu có ảnh khác có thể xác minh nơi sinh sống hiện tại của quý vị.** Bất kỳ giấy tờ nào được nộp phải có tên của quý vị.
- Gửi kèm bản sao **(các) thẻ bảo hiểm của quý vị**
- Gửi kèm giấy tờ nào đó có thể **xác minh thu nhập của quý vị:**
 - Gửi kèm bản sao (các) mẫu **W-2** gần đây nhất của quý vị
 - Nếu **gần đây có sự thay đổi về thu nhập của quý vị**, hãy gửi kèm tài liệu như các phiếu lương gần đây (tối thiểu là 4), các bảng kê trợ cấp thất nghiệp, các bảng kê ngân hàng/đầu tư và/hoặc các bảng kê trợ cấp an sinh xã hội
- Nếu bệnh nhân đã **qua đời**, vui lòng cung cấp bản sao giấy chứng tử và một lá thư cho biết tình trạng hiện tại của tài sản để lại

Tufts Medical Center

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ Phòng Điều phối Tài chính của Tufts MC tại:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance

617-636-6013

hoặc đến trực tiếp tại các địa điểm sau của Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor
755 Washington Street
Boston, MA 02111

Vui lòng gửi đơn xin đã hoàn thành của quý vị tới:

Tufts Medical Center
Financial Coordination
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

PHỤ LỤC D: ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER

TRANG 2

1 THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN/NGƯỜI LÀM ĐƠN

Vui lòng hoàn thành phần này về bệnh nhân và/hoặc người làm đơn.

TÀI LIỆU YÊU CẦU: Vui lòng gửi kèm tài liệu có thể xác minh nơi sinh sống của quý vị: bằng lái xe, các giấy căn cước hoặc tài liệu có ảnh khác có thể chứng minh nơi sinh sống hiện tại của quý vị. Bất kỳ giấy tờ nào được nộp phải có tên của bệnh nhân.

Người làm đơn là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.

Ngày hôm nay _____

Tên Bệnh nhân _____

Ngày sinh của Bệnh nhân / /

Số An sinh xã hội của Bệnh nhân / /

Hồ sơ Y tế Bệnh nhân Số _____

Tên Người làm đơn _____

Số điện thoại của Người làm đơn _____

Địa chỉ của Người làm đơn _____

Định dạng Ngày sinh: Tháng/Ngày/Năm

THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH CỦA QUÝ VỊ

Liệt kê tất cả các thành viên hộ gia đình, ngày sinh của họ và mối quan hệ của họ với người làm đơn.

Thành viên Hộ gia đình 1 _____

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Thành viên Hộ gia đình 2 _____

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Thành viên Hộ gia đình 3 _____

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Thành viên Hộ gia đình 4 _____

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Thành viên Hộ gia đình 5 _____

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Có Không Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ không?

Có Không Nếu KHÔNG, quý vị có phải là thường trú nhân sống hợp pháp ở Hoa Kỳ không*?

*nếu bệnh nhân là thường trú nhân, hãy nộp bản sao giấy tờ chính thức.

PHỤ LỤC D: ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER

TRANG 3

2 THÔNG TIN BẢO HIỂM

Vui lòng hoàn thành phần này về thông tin bảo hiểm của bệnh nhân.

TÀI LIỆU YẾU CẦU: Nếu áp dụng, hãy gửi kèm bản sao (các) thẻ bảo hiểm của bệnh nhân, thông báo từ Medicaid, thông báo về các dịch vụ không thuộc phạm vi thanh toán, giấy tờ về các giới hạn của mạng lưới. Bất kỳ giấy tờ nào được nộp đều phải có tên của bệnh nhân.

- Có Không Quý vị có nộp đơn xin Medicaid trong vòng 6 tháng qua không?
- Có Không Quý vị có đơn xin Medicaid đang chờ xử lý hay đã được chấp thuận không?
- Có Không Đơn xin Medicaid của quý vị có từng bị từ chối không?
- Có Không Quý vị có bảo hiểm y tế không?
- Có Không Chương trình bảo hiểm của quý vị có thanh toán cho các dịch vụ ở Tufts Medical Center không?
- Có Không có một dịch vụ cụ thể nào đó không được công ty bảo hiểm của quý vị thanh toán không?

Nếu có, hãy mô tả

THÔNG TIN BẢO HIỂM CHÍNH

Tên Bảo hiểm _____

Địa chỉ Bảo hiểm _____

Mã số Hợp đồng/ID _____

Số Nhóm _____

Người mua _____

Ngày sinh của Người mua / /

Quan hệ với Người mua _____

Chủ lao động của Người mua _____

Ngày có Hiệu lực / /

THÔNG TIN BẢO HIỂM THỨ CẤP

Tên Bảo hiểm _____

Địa chỉ Bảo hiểm _____

Mã số Hợp đồng/ID _____

Số Nhóm _____

Người mua _____

Ngày sinh của Người mua / /

Quan hệ với Người mua _____

Chủ lao động của Người mua _____

Ngày có Hiệu lực / /

PHỤ LỤC D: ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER

TRANG 4

3 TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG VÀ TÀI SẢN

Vui lòng hoàn thành phần này về thu nhập và tài sản cho bệnh nhân và từng thành viên hộ gia đình được ghi ở Phần 1 hiện đang làm việc. Vui lòng ghi tổng thu nhập, tức là thu nhập trước khi trả thuế và các khoản khấu trừ.

Phần 3 có thể để trống nếu bệnh nhân và các thành viên hộ gia đình không có thu nhập hay tài sản nào.

TÀI LIỆU YẾU CẦU: Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh thu nhập này: các phiếu lương, bảng khai thuế thu nhập, bảng kê W2, bảng kê tài khoản ngân hàng, bảng kê tài khoản môi giới đầu tư hay bằng chứng khác.

THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH

	BỆNH NHÂN	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 1	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 2	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 3	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 4	(CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ SỬ DỤNG)
Tiền công/Lương/Tiền thưởng						
Tiền Trợ cấp Thất nghiệp						
An sinh Xã hội						
Cấp dưỡng Nuôi con + Cấp dưỡng cho vợ cũ						
Thu nhập Tự kinh doanh						
Thu nhập từ tiền lãi/Cổ tức						
Tiền lương hưu						
IRA/Cổ phiếu/Trái phiếu						
Thu nhập từ cho thuê nhà						
Tiền thanh toán ủy thác						
Bồi thường cho Người lao động						
Phúc lợi Cựu chiến binh						

TUYÊN BỐ THIẾU THU NHẬP

Nếu quý vị **không có thu nhập** và đang được người khác hỗ trợ tài chính, hãy yêu cầu họ hoàn thành và ký vào tuyên bố dưới đây.

Tên Bệnh nhân _____

hiện tại không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ các nhu cầu về thực phẩm, nơi cư trú và quần áo. Tôi cũng giúp đỡ họ về mặt tài chính với số tiền là

\$ _____ bình quân mỗi tháng.

Chữ ký của Người hỗ trợ _____

Ngày / /

TÀI SẢN CỦA HỘ GIA ĐÌNH—CÁC TÀI KHOẢN CHI PHIẾU VÀ TIẾT KIỆM

LOẠI TÀI KHOẢN	NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÍN DỤNG	SỐ DƯ

Loại tài khoản: chi phiếu hay tiết kiệm.

Phần 3 tiếp theo trang 5

PHỤ LỤC D: ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TUFTS MEDICAL CENTER

TRANG 5

TÀI SẢN CỦA HỘ GIA ĐÌNH CÓ THỂ TÍNH KHÁC

LOẠI TÀI KHOẢN	NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÍN DỤNG	SỐ DƯ
Cổ phiếu/Trái phiếu		
Chứng chỉ Tiền gửi		
Trái phiếu Tiết kiệm Hoa Kỳ		
Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)		
Chứng chỉ Tiết kiệm		
Tài khoản Christmas Club (Câu lạc bộ Giáng sinh) hay Vacation Club (Câu lạc bộ Nghỉ mát)		
Tài khoản khác		

4 KHÓ KHĂN VỀ Y TẾ

Phần này có thể không áp dụng với quý vị. Hãy hoàn thành phần này nếu quý vị có số lượng hóa đơn y tế đáng kể. Ghi các chi phí y tế từ Tufts Medical Center và các nhà cung cấp khác. Có thể sẽ yêu cầu bổ sung tài liệu nhưng hiện không bắt buộc.

CÁC CHI PHÍ Y TẾ	TỔNG SỐ TIỀN	CHI PHÍ XUẤT HIỆN VỚI TẦN SUẤT RA SAO?	(CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ SỬ DỤNG)
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	

TUYÊN THỆ — TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI LÀM ĐƠN ĐỀU PHẢI KÝ TÊN

Tôi xin thề (hay khẳng định) rằng tất cả thông tin ghi trên mẫu đơn này là sự thật, chính xác và đầy đủ với khả năng, hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cho Tufts Medical Center, trong vòng một tuần, tất cả những thay đổi về thu nhập, nguồn tài chính hay các thông tin khác được ghi trên mẫu này mà có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ tài chính tại Tufts Medical Center. Tôi hiểu rằng thông tin về tín dụng hay các thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh tuyên bố và điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ từ chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chuẩn xác và cần thiết để được cân nhắc giảm giá.

Các tuyên bố sai sự thật của bệnh nhân nhằm nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được gửi cho văn phòng Massachusetts Attorney General (Bộ trưởng Tư pháp Massachusetts). Các bệnh nhân làm giả đơn xin hỗ trợ từ Chương trình sẽ mất tư cách nhận hỗ trợ từ Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm với tất cả những khoản phải trả phát sinh trong thời gian ghi danh tham gia Chương trình tính ngược cho tới ngày đầu tiên phát sinh các khoản phải trả trong Chương trình.

Để đơn xin được xem xét thì tất cả những người làm đơn đều phải ký vào tuyên thệ này.

Chữ ký của Người làm đơn _____

Ngày / /

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỢI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Approval Letter—Partial Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ hóa đơn theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Chúng tôi đã xem xét đơn xin của quý vị và các tài liệu hỗ trợ và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ giảm giá theo Chương trình.

Chúng tôi đã xác định rằng thu nhập của quý vị là _____ với quy mô gia đình của quý vị là _____, và điều đó giúp quý vị đủ điều kiện để chỉ phải trả _____ của khoản thông thường của chúng tôi. Các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào __/__/____ được giảm xuống còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị thanh toán phần nợ còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn chi tiết khi yêu cầu. Xin lưu ý rằng phần giảm giá theo Chương trình này không áp dụng cho bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hay khấu trừ nào mà vẫn thuộc trách nhiệm thanh toán của quý vị.

Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này và cho rằng quý vị đủ điều kiện để được giảm trừ nhiều hơn nữa đối với khoản phí tổn của quý vị, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỢI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmc.org

[Approval Letter—100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ hóa đơn theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Chúng tôi đã xem xét đơn xin của quý vị và các tài liệu hỗ trợ và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí theo Chương trình. Do vậy chúng tôi sẽ miễn trách nhiệm thanh toán các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào __/__/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho các dịch vụ này.

Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Partial Discount to 100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Chúng tôi xin thông báo về kết luận của chúng tôi sau khi có quyết định ban đầu vào ngày ___/___/___ rằng quý vị chỉ đủ điều kiện được giảm giá một phần theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xem xét lại quyết định ban đầu của chúng tôi đối với đơn xin của quý vị và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí theo Chương trình. Do vậy chúng tôi sẽ miễn trách nhiệm thanh toán các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào ___/___/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho các dịch vụ này. Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỢI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Not Previously Eligible to 100% Discount]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Chúng tôi xin thông báo về kết luận của chúng tôi sau khi có quyết định ban đầu rằng quý vị không đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xem xét lại quyết định ban đầu của chúng tôi đối với đơn xin của quý vị và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí theo Chương trình. Do vậy chúng tôi sẽ miễn trách nhiệm thanh toán các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào __/__/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho các dịch vụ này. Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Not Eligible to Partial Discount]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Chúng tôi xin thông báo về kết luận của chúng tôi sau khi có quyết định ban đầu rằng quý vị không đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xem xét lại quyết định ban đầu của chúng tôi và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ giảm giá theo Chương trình.

Chúng tôi đã xác định rằng thu nhập của quý vị là _____ với quy mô gia đình của quý vị là _____, và điều đó giúp quý vị đủ điều kiện để chỉ phải trả _____ của khoản thông thường của chúng tôi. Các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào __/__/____ được giảm xuống còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị thanh toán phần nợ còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn chi tiết khi yêu cầu. Xin lưu ý rằng phần giảm giá theo Chương trình này không áp dụng cho bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hay khấu trừ nào mà vẫn thuộc trách nhiệm thanh toán của quý vị.

Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này và cho rằng quý vị đủ điều kiện để được giảm trừ nhiều hơn nữa đối với khoản quý vị, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Original Decision Stands- Partial]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Chúng tôi xin thông báo về kết luận của chúng tôi sau khi có quyết định ban đầu vào ngày ___/___/___ rằng quý vị chỉ đủ điều kiện được giảm giá một phần theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xem xét lại quyết định ban đầu của chúng tôi đối với đơn xin của quý vị và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị vẫn chỉ đủ điều kiện nhận các dịch vụ giảm giá một phần theo Chương trình.

Như được nêu trong thư thông báo về quyết định ban đầu, các hóa đơn với số tiền _____ cho các dịch vụ mà _____ nhận được vào ___/___/___ được giảm xuống còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị thanh toán phần nợ còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn chi tiết khi yêu cầu. Xin lưu ý rằng phần giảm giá theo Chương trình này không áp dụng cho bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hay khấu trừ nào mà vẫn thuộc trách nhiệm thanh toán của quý vị.

Sự chấp thuận này sẽ có hiệu lực trong sáu (6) tháng. Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định này, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Original Decision Stands Not Eligible]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Chúng tôi xin thông báo về kết luận của chúng tôi sau khi có quyết định ban đầu vào ngày ___/___/___ rằng quý vị không đủ điều kiện được hỗ trợ theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xem xét lại quyết định ban đầu của chúng tôi đối với đơn xin của quý vị và đã quyết định rằng, dựa vào thu nhập của quý vị, quý vị không đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo Chương trình.

Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định này hoặc muốn bàn về các lựa chọn sắp xếp thanh toán, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—General]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ hóa đơn theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”). Chúng tôi đã xem xét đơn xin của quý vị và các tài liệu hỗ trợ và đã quyết định rằng, dựa thu nhập của quý vị, quý vị không đủ điều kiện được giảm giá theo Chương trình.

Chúng tôi đã xác định rằng thu nhập của quý vị là _____ với quy mô hộ gia đình là _____ cao hơn mức giới hạn là _____.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc gần đây có thay đổi về hoàn cảnh, chúng tôi rất sẵn lòng xem xét lại đơn xin của quý vị đối với bất kỳ thông tin mới nào mà quý vị có. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—Incomplete Application]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ hóa đơn theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center mà quý vị đã gửi vào ngày__/__/____. Cho đến ngày hôm nay chúng tôi vẫn chưa nhận được các tài liệu hỗ trợ cần thiết để xử lý đơn xin của quý vị, vì vậy chúng tôi từ chối đơn xin hỗ trợ của quý vị.

Sau khi quý vị đã tập hợp đầy đủ các tài liệu hỗ trợ cần thiết, chúng tôi mong quý vị sẽ nộp đơn xin hỗ trợ tài chính mới để chúng tôi xem xét. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone

PHỤ LỤC E: (FAP)—THƯ THÔNG BÁO VỀ TÍNH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*

Tufts Medical
Center

800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—Services Not Eligible]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Số tài khoản bệnh nhân:

Gửi:

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ hóa đơn theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medical Center (“Chương trình”) mà quý vị đã gửi vào ngày __/__/__. Chúng tôi rất tiếc phải thông báo với quý vị rằng các dịch vụ mà quý vị nhận được vào ngày __/__/__ được coi là không cần thiết về mặt y tế và vì vậy không đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính theo Chương trình. Vui lòng thanh toán nhanh chóng để tránh các thủ tục thu hồi nợ bổ sung.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Điều phối viên Tài chính có tên dưới đây.

Trân Trọng,

Name

Title, Telephone