



## CHƯƠNG TRÌNH TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ

### TÓM TẮT QUY ĐỊNH:

Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (từ đây về sau gọi là “Hạt”) hỗ trợ việc tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế với chi phí thích hợp. Do đó, Hạt cung cấp các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế được giảm giá cho các bệnh nhân đủ điều kiện có thu nhập thấp và trung bình tự chi trả và có chi phí y tế cao thông qua Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế này (còn gọi là Quy định Hỗ trợ tài chính cho Bệnh nhân hoặc “Hỗ trợ Tài chính”). Dưới đây là tổng quan ngắn gọn về Quy định. Bệnh nhân nên xem toàn bộ Quy định để biết thông tin đầy đủ về chương trình và liên hệ với Cố vấn tài chính Hạt theo số (866) 967-4677 (Thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều) nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

- Bệnh nhân tự chi trả là những bệnh nhân không có bảo hiểm của bên thứ ba từ công ty bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm y tế, Medicare hoặc Medi-Cal, và thương tích của họ không phải là thương tích được bồi thường theo các mục đích bồi thường cho người lao động, bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm khác, và những người không đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế do Hạt cung cấp.
- Bệnh nhân có chi phí y tế cao là (1) bệnh nhân đã phát sinh chi phí y tế tự trả hàng năm từ Hạt vượt quá mức 10% Thu nhập gia đình hiện tại hoặc Thu nhập gia đình trong 12 tháng trước đó tùy theo mức nào thấp hơn, hoặc (2) bệnh nhân mà Gia đình đã thanh toán chi phí y tế cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc thành viên Gia đình bệnh nhân đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.
- Các bệnh nhân tự chi trả và có chi phí y tế cao là Cư dân của Hạt và có Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đủ điều kiện nhận các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế được giảm trừ 100% từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt.
- Bệnh nhân tự chi trả và có chi phí y tế cao là Cư dân của Hạt và có Thu nhập gia đình trên 400% nhưng dưới 450%, 550% hoặc 650% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đủ điều kiện được giảm trừ cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt với mức giảm trừ tương ứng là 70%, 50% hoặc 25%. Bệnh nhân đủ điều kiện được giảm trừ một phần có thể yêu cầu Hạt thiết lập một kế hoạch thanh toán dài hạn, không lãi suất để cho phép bệnh nhân thanh toán mức giá đã giảm theo thời gian.
- Mức Chuẩn Nghèo Liên bang thay đổi hàng năm. Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022 tham chiếu trong Quy định này được nêu trong Bản đính kèm A.
- Những bệnh nhân đủ điều kiện được nhận Hỗ trợ tài chính trong khoảng thời gian một năm, trừ khi có thay đổi quan trọng về trạng thái đủ điều kiện của họ trước khi năm đó kết thúc. Bệnh nhân phải thông báo cho Hạt về những thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của họ (chẳng hạn như thay đổi về thu

nhập, trạng thái đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm khác cho các dịch vụ y tế, thành phần gia đình và/hoặc chi phí y tế) trong vòng sáu mươi (60) ngày hoặc vào thời điểm tiếp theo của dịch vụ, tùy theo điều kiện nào đến trước. Hạt có quyền xác minh lại trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân bất kỳ lúc nào.

- Bệnh nhân đủ điều kiện phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày được gửi bảng kê hóa đơn lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và Thông báo Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế kèm theo. Nếu bệnh nhân không nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được bảng kê thanh toán lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, thì tài khoản của bệnh nhân có thể được gửi để thu hồi nợ như được mô tả trong Quy định Thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân theo Bản đính kèm B. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền xác định bệnh nhân không đủ điều kiện nếu bệnh nhân không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết để Hạt xác định trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể xác định trạng thái đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính của bệnh nhân sau khoảng thời gian 180 ngày này dựa trên lý do chính đáng, như được mô tả ở phần sau của Quy định này.
- Nhìn chung, bệnh nhân Tự chi trả và có Chi phí y tế cao không phải là Cư dân của Hạt thì không đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế không khẩn cấp tại các cơ sở của Hạt Santa Clara. Tại những cơ sở dư thừa khả năng, người không phải là Cư dân của Hạt có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp. Những người không phải là Cư dân của Hạt nhận được các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế tại các cơ sở của Hạt và là những bệnh nhân Tự chi trả hoặc có Chi phí y tế cao sẽ đủ điều kiện được giảm trừ 100% cho Giai đoạn Chăm sóc cụ thể đó (như được định nghĩa dưới đây) nếu họ có Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

#### **ĐỊNH NGHĨA:**

1. **Gia đình hoặc Gia đình của Bệnh nhân:** Đối với bệnh nhân từ mười tám (18) tuổi trở lên, Gia đình của Bệnh nhân bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng hoặc bạn đời sống cùng nhà của bệnh nhân và con cái phụ thuộc dưới hai mươi một (21) tuổi, cho dù sống cùng nhà hay không. Đối với bệnh nhân dưới mười tám (18) tuổi, Gia đình của Bệnh nhân bao gồm cha mẹ hoặc người thân chăm sóc của bệnh nhân và những đứa con khác dưới hai mươi một (21) tuổi của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc.
2. **Cư dân của Hạt:** Cư dân của Hạt là người sống trong Hạt Santa Clara.
3. **Người không phải là cư dân của Hạt:** Người không phải là Cư dân của Hạt là người không sống trong Hạt Santa Clara.
4. **Thu nhập gia đình:** Thu nhập gia đình bao gồm tổng thu nhập hàng năm của tất cả các thành viên trong gia đình của bệnh nhân, trừ đi mọi khoản thanh toán để trả tiền cấp dưỡng hoặc trợ cấp nuôi con.
5. **Bệnh nhân tự chi trả:** Bệnh nhân tự chi trả là bệnh nhân không có bảo hiểm bên thứ ba từ công ty bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm y tế, Medicare hoặc Medi-Cal, thương tích của họ không phải là thương tích được bồi thường theo

các mục đích bồi thường cho người lao động, bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm khác và không đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế do Hạt cung cấp. Bệnh nhân Tự chi trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: (a) bệnh nhân đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm của chính phủ nhưng nhận các dịch vụ không được chương trình đó bao trả và (b) bệnh nhân đã hết quyền lợi trước hoặc trong khi dịch vụ được cung cấp.

6. **Bệnh nhân có chi phí y tế cao:** Bệnh nhân có chi phí y tế cao là bệnh nhân:

- a. Có nguồn thanh toán của bên thứ ba cho các dịch vụ y tế (nghĩa là không phải là Bệnh nhân tự chi trả), và
- b. Một trong hai trường hợp sau:
  - i. Còn nợ Hạt chi phí y tế tự trả hàng năm cho chính họ vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân hiện tại hoặc Thu nhập gia đình của Bệnh nhân trong mười hai (12) tháng trước đó, tùy theo mức nào thấp hơn, hoặc
  - ii. Đã thanh toán, hoặc có một hoặc nhiều thành viên Gia đình đã thanh toán, chi phí y tế tự trả hàng năm cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc thành viên gia đình của bệnh nhân đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.

Các chi phí y tế này có thể bao gồm khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, số tiền miễn thường hoặc số tiền khác phải trả từ một bệnh nhân được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế của bệnh nhân.

7. **Xem như Đủ điều kiện nhận Chăm sóc Giảm trừ:** Một bệnh nhân có thể được xác định đủ điều kiện tham gia Chương trình Tiếp cận Dịch vụ y tế dựa trên thông tin kinh tế xã hội cụ thể của bệnh nhân, được thu thập từ các nguồn thị trường. Những bệnh nhân vô gia cư hoặc hết thời hạn nhận dịch vụ và không có nguồn tài trợ cũng như bên chịu trách nhiệm hoặc tài sản, có thể được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính ngay cả khi họ không hoàn thành Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính. Giám đốc Phụ trách tiếp cận bệnh nhân hoặc Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định sẽ xem xét các trường hợp đó và đưa ra quyết định cho từng trường hợp.

8. **Vật tư hoặc Dịch vụ Cần thiết về mặt y tế:** Vật tư hoặc Dịch vụ cần thiết về mặt y tế là dịch vụ và/hoặc vật tư y tế cần thiết để điều trị hoặc chẩn đoán một tình trạng y tế, mà nếu thiếu có thể ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của bệnh nhân. Các dịch vụ sau đây thường không được coi là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế và do đó thường không được Quy định này chi trả:

- a. Dịch vụ nội tiết sinh sản và dịch vụ hiếm muộn;
- b. Dịch vụ thẩm mỹ hoặc dịch vụ phẫu thuật tạo hình;
- c. Các dịch vụ điều chỉnh thị giác, bao gồm LASEK, PRK, tạo hình giác mạc dẫn điện, vòng phân đoạn giác mạc của Intac, C-CAP có đường viền tùy chỉnh;
- d. Vận chuyển cấp cứu do bệnh nhân khởi xướng; và

- e. Thuốc dùng cho lối sống, theo định nghĩa của Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu của Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

Hạt có quyền thay đổi danh sách các dịch vụ và/hoặc vật tư không được bao trả này. Chẳng hạn, trong một số trường hợp hiếm gặp, theo đề xuất của bác sĩ hoặc nhà cung cấp tham gia chương trình, Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định có thể phê duyệt một trong những dịch vụ hoặc vật tư này là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế cho một bệnh nhân cụ thể. Quyết định của Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định là quyết định cuối cùng.

9. **Giai đoạn Chăm sóc:** Vì mục đích của Quy định này, Giai đoạn Chăm sóc có nghĩa là:

- a. Trong môi trường điều trị nội trú, các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế nhận được từ ngày nhập viện đến ngày xuất viện liên quan đến việc nhập viện; hoặc là
- b. Trong môi trường khoa cấp cứu hoặc môi trường điều trị ngoại trú, một cuộc thăm khám cá nhân để nhận Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế.

**QUY CÁCH:**

**A. Tính đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính**

1. Để nhận được Hỗ trợ tài chính theo Quy định này, bệnh nhân phải đăng ký Hỗ trợ tài chính bằng cách nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh hoặc đủ điều kiện Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ.
  - a. Bệnh nhân đủ điều kiện phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày được gửi bảng kê hóa đơn lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và Thông báo Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế kèm theo. Nếu bệnh nhân không nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được bảng kê thanh toán lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, thì tài khoản của bệnh nhân có thể được gửi để thu hồi nợ như được mô tả trong Quy định Thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân theo Bản đính kèm B. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền từ chối trạng thái đủ điều kiện nếu bệnh nhân không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết để Hạt xác định trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân.
  - b. Ngay sau khoảng thời gian 180 ngày này và trong bất kỳ trường hợp nào trước khi phán quyết cuối cùng được đưa ra trong một vụ kiện thu nợ dân sự liên quan đến hóa đơn chưa thanh toán của bệnh nhân, Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể xác định trạng thái đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính của bệnh nhân nói trên khi họ xuất trình lý do chính đáng. Cùng với Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn thiện, bệnh nhân phải nộp một văn bản giải thích lý do tại sao họ không đăng ký Hỗ trợ tài chính trong khung thời gian 180 ngày bắt buộc. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể yêu cầu thông tin bổ sung từ bệnh nhân để minh chứng cho lý do chính đáng. Ví

dự về các trường hợp mà bệnh nhân có thể chứng minh rằng họ có lý do chính đáng bao gồm nhưng không giới hạn ở: Hạt đã vô tình cung cấp cho bệnh nhân thông tin không đầy đủ hoặc không chính xác về Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế hoặc các lựa chọn bảo hiểm y tế của chính phủ; các hạn chế về thể chất, tinh thần, giáo dục hoặc ngôn ngữ của bệnh nhân khiến cho bệnh nhân không thể gửi Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh trong khung thời gian 180 ngày; và/hoặc bệnh nhân mắc bệnh nghiêm trọng, hoặc có người thân trong gia đình bệnh nhân tử vong hoặc bị bệnh nặng khiến cho bệnh nhân không thể nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh trong khung thời gian 180 ngày.

2. Bệnh nhân phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ khi đăng ký Hỗ trợ Tài chính, bao gồm các tài liệu hỗ trợ cần thiết, theo yêu cầu của Hạt. Bệnh nhân có thể được xác định là không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính nếu họ cung cấp thông tin sai lệch hoặc không đầy đủ trong quá trình đăng ký.
3. Bệnh nhân phải cung cấp một trong các loại tài liệu sau đây kèm theo đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính của họ:
  - a. Bằng chứng về danh tính (ví dụ: bằng lái xe, hộ chiếu, thẻ căn cước do chính phủ cấp, thẻ căn cước nơi làm việc hoặc trường học, hoặc giấy khai sinh cùng với giấy tờ tùy thân khác, chẳng hạn như tư cách thành viên phòng tập thể dục hoặc thẻ thành viên Costco);
  - b. Bằng chứng về thu nhập (ví dụ: cuống phiếu trả lương hoặc tờ khai thuế thu nhập); và
  - c. Bằng chứng về nơi cư trú (ví dụ: hợp đồng cho thuê/thuê nhà, bản sao kê khoản vay thế chấp, hóa đơn điện nước, đăng ký xe, bằng lái xe, tuyên bố vô gia cư hoặc thư hỗ trợ từ người mà đương đơn đang sống cùng và bằng chứng về nơi cư trú của người đó).
  - d. Bất kỳ bệnh nhân nào muốn đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính theo phần (b)(ii) của định nghĩa “Bệnh nhân có chi phí y tế cao” nêu trên cũng phải nộp hồ sơ về chi phí y tế mà họ và/hoặc các thành viên Gia đình của họ đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.
4. Các mức Hỗ trợ tài chính khác nhau dành cho bệnh nhân đủ điều kiện dựa trên Thu nhập gia đình của họ, như được liệt kê trong bảng dưới đây và Bản đính kèm A của Quy định này.

**Số tiền Hỗ trợ tài chính dành cho cư dân của Hạt là bệnh nhân tự chi trả hoặc bệnh nhân có chi phí y tế cao căn cứ vào thu nhập gia đình**

<b>THU NHẬP GIA ĐÌNH</b>	<b>Số tiền được Giảm trừ từ Số tiền mà Bệnh nhân phải trả cho Các dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế</b>
Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn <b>400%</b> Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện <b>100%</b>
Thu nhập gia đình từ <b>401-449%</b> Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện <b>70%</b>

Thu nhập gia đình từ <b>450 – 549%</b> Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện <b>50%</b>
Thu nhập gia đình từ <b>550 – 649%</b> Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện <b>25%</b>

Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022 được nêu trong Bản đính kèm A.

Đối với những bệnh nhân không thể hoàn thành đơn đăng ký hoặc cung cấp tất cả các tài liệu cần thiết, Hệ thống Y tế có thể phát triển và dựa vào một công cụ để ghi danh bệnh nhân vào Chương trình Tiếp cận Dịch vụ y tế dựa trên việc ghi danh hiện có trong các chương trình như dịch vụ cho người vô gia cư, chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ và Trẻ em (WIC), Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP, còn được gọi là phiếu thực phẩm), và một số dịch vụ nhà ở được trợ cấp.

5. Những bệnh nhân không có bảo hiểm y tế (hoặc nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) sẽ được sàng lọc để xác định xem họ có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình y tế nào của tiểu bang, liên bang và/hoặc Hạt, và/hoặc bất kỳ nguồn thanh toán bên thứ ba nào khác hay không. Hạt sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thu thập thông tin từ bệnh nhân về việc liệu bảo hiểm y tế tư nhân hoặc bảo hiểm y tế công cộng hoặc bên tài trợ có thể chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc do Hạt cung cấp hay không. Khi bệnh nhân liên hệ với Phòng Patient Access để hỏi về các lựa chọn Hỗ trợ tài chính hiện có, Hạt cũng sẽ thực hiện các bước để giúp họ hoàn thành đơn đăng ký Medi-Cal, bảo hiểm y tế khác do chính phủ đài thọ và Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế, nếu phù hợp. Nếu bệnh nhân đăng ký, hoặc có đơn đăng ký đang chờ xử lý, cho một chương trình bảo hiểm y tế khác vào cùng thời điểm mà bệnh nhân đăng ký Hỗ trợ Tài chính, thì không đơn đăng ký nào sẽ loại trừ trạng thái đủ điều kiện tham gia chương trình kia.
6. Những bệnh nhân đang tìm kiếm Hỗ trợ tài chính phải đăng ký tất cả các loại hình bảo hiểm y tế (hoặc các nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) mà họ đủ điều kiện, trừ khi Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của Hạt hoặc người được chỉ định miễn yêu cầu này cho bệnh nhân, như được mô tả dưới đây.
7. Việc bệnh nhân không thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để có được bảo hiểm y tế (hoặc nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) có thể là cơ sở để từ chối Hỗ trợ Tài chính.
8. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể miễn yêu cầu này một cách hợp lý cho những bệnh nhân phải gánh chịu hậu quả tiêu cực của việc nhập cư, theo các quy tắc liên bang, chẳng hạn như quy tắc cuối cùng về “Tính chất không thể chấp nhận trên Cơ sở Gánh nặng Xã hội,” 84 Fed. Reg. 41,292 (14 tháng 8, 2019). Ví dụ: bệnh nhân trưởng thành từ 21 tuổi trở lên đang tìm kiếm nơi thường trú hợp pháp và có các tình trạng nhập cư sau đây không bắt buộc phải đăng ký bảo hiểm y tế do liên bang tài trợ: (1) bệnh nhân được phóng thích vào Hoa Kỳ trong ít nhất một năm, (2) bệnh nhân được miễn trừ trực xuất, (3) bệnh nhân được phép nhập cảnh có điều kiện trước ngày 1 tháng 4 năm 1980, (4) người Cuba gốc Haiti, hoặc (5) bệnh nhân có Medi-Cal liên kết với SSI kể từ trước ngày 22 tháng 8, 1996.

9. Những bệnh nhân đủ điều kiện có thể nhận được Hỗ trợ tài chính cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt. Bệnh nhân không được hưởng Hỗ trợ tài chính đối với các dịch vụ không phải là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế hoặc đối với các khoản phí chuyên môn của bác sĩ được lập hóa đơn riêng hoặc dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương theo yêu cầu của Hạt. Trong những trường hợp hiểm gặp khi cần giới thiệu đến bác sĩ bên ngoài hệ thống y tế của Hạt, Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định có thể phê duyệt Hỗ trợ tài chính cho các Dịch vụ và Vật tư cần thiết về mặt y tế được cung cấp từ bên ngoài hệ thống y tế của Hạt.

## **B. Phạm vi Hỗ trợ tài chính cho cư dân của Hạt**

1. Hỗ trợ tài chính cho Cư dân của Hạt thường kéo dài trong giai đoạn một năm bắt đầu vào đầu ngày đầu tiên của tháng mà bệnh nhân nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ, hoặc ngày đầu tiên của Giai đoạn Chăm sóc có liên quan đến Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính đã hoàn thành của bệnh nhân hoặc Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ, trừ khi có thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân trước khi năm đó kết thúc (chẳng hạn như đủ điều kiện nhận bảo hiểm của bên thứ ba từ một công ty bảo hiểm y tế hoặc nguồn thanh toán của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế). Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định cũng có toàn quyền cung cấp các khoản giảm trừ bổ sung khi có lý do chính đáng.
2. Bệnh nhân phải đăng ký lại Hỗ trợ tài chính hàng năm nếu thích hợp, bằng cách nộp Đơn xin Gia hạn Hỗ trợ tài chính hoặc bằng cách tái hội đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng cho Chăm sóc Giảm trừ.
3. Bệnh nhân phải thông báo cho Hạt về những thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của họ (chẳng hạn như thay đổi về thu nhập, trạng thái đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm khác cho các dịch vụ y tế, thành phần gia đình hoặc chi phí y tế) trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi những thay đổi đó xảy ra hoặc vào thời điểm nhận dịch vụ tiếp theo, tùy theo điều kiện nào đến trước. Hạt có quyền xác minh lại trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân bất kỳ lúc nào.
4. Nếu bệnh nhân không thông báo kịp thời cho Hạt về bất kỳ thay đổi quan trọng nào đối với trạng thái đủ điều kiện của họ, thì Hỗ trợ tài chính của họ có thể bị chấm dứt với hiệu lực hồi tố kể từ ngày thay đổi quan trọng đó có hiệu lực.

## **C. Phạm vi Hỗ trợ tài chính cho người không phải là cư dân của Hạt**

1. Bệnh nhân Tự chi trả và có Chi phí y tế cao không phải là Cư dân của Hạt thường không đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế không khẩn cấp tại các cơ sở của Hạt Santa Clara. Tại những cơ sở dự thừa khả năng, người không phải là Cư dân của Hạt có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp.
2. Những người không phải là Cư dân của Hạt nhận được Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế tại các cơ sở của Hạt và là bệnh nhân Tự chi trả hoặc có Chi phí y tế cao sẽ đủ điều kiện được giảm trừ 100% cho các dịch vụ đó nếu Thu nhập gia đình của họ bằng hoặc thấp hơn 400% của

Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

3. Người không phải là Cư dân của Hạt chỉ có thể đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể, chứ không phải trên cơ sở liên tục hàng năm. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền cung cấp các khoản giảm trừ bổ sung khi có lý do chính đáng.

#### **D. Kế hoạch Thanh toán**

1. Bệnh nhân đủ điều kiện được giảm trừ một phần theo Quy định này có thể yêu cầu Hạt thiết lập một kế hoạch thanh toán dài hạn, không lãi suất để cho phép thanh toán giá đã giảm trừ trong một giai đoạn.
2. Hạt và bệnh nhân sẽ thương lượng các điều khoản của kế hoạch thanh toán. Khi thương lượng các điều khoản của một kế hoạch thanh toán hợp lý với bệnh nhân, Hạt sẽ xem xét Thu nhập gia đình của bệnh nhân và các chi phí sinh hoạt thiết yếu. “Chi phí sinh hoạt thiết yếu” có nghĩa là chi phí thuê nhà hoặc trả tiền nhà và bảo trì nhà ở, thực phẩm và đồ dùng gia đình, điện nước và điện thoại, quần áo, chi phí y tế và nha khoa, bảo hiểm, trường học hoặc chăm sóc trẻ em, trợ cấp cho con cái hoặc vợ/chồng, chi phí đi lại và ô tô, bao gồm bảo hiểm, gas, phí sửa chữa, trả góp, giặt ủi và làm sạch, và các chi phí phát sinh khác.
3. Nếu Hạt và bệnh nhân không thể đi đến thống nhất về các điều khoản của kế hoạch thanh toán, thì Hạt sẽ sử dụng công thức nêu trong tiểu mục (i) của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127400 để lập một kế hoạch thanh toán hợp lý bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm Thu nhập gia đình của bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản giảm trừ cho chi phí sinh hoạt thiết yếu.

#### **E. Kháng cáo**

1. Hạt sẽ đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được Đơn xin Hỗ trợ tài chính hoàn thiện của bệnh nhân. Quyết định sẽ bao gồm các hướng dẫn về cách bệnh nhân có thể kháng cáo việc từ chối Hỗ trợ tài chính và thời hạn kháng cáo.
2. Bệnh nhân bị từ chối Hỗ trợ tài chính có thể kháng cáo việc từ chối bằng văn bản. Đơn kháng cáo phải bao gồm cơ sở cho việc kháng cáo và biện pháp khắc phục được đề nghị. Mẫu đơn kháng cáo có sẵn trực tuyến tại <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> hoặc bằng cách liên hệ với bộ phận Tiếp cận Bệnh nhân theo số (877) 967-4677.
3. Kháng cáo phải được nhận tại địa chỉ dưới đây trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày từ chối:

County of Santa Clara Health System Patient Business  
Services 5750 Fontanos Way, 1st Floor  
San José, CA 95138  
Attention: Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh (Revenue Cycle Director)

4. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu sẽ quyết định tất cả các kháng cáo ban đầu trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được đơn kháng cáo.
5. Nếu Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định kháng



định việc từ chối ban đầu, bệnh nhân có thể gửi đơn kháng cáo lần thứ hai. Giám đốc Tài chính của Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara phải nhận được bất kỳ kháng cáo lần hai nào tại địa chỉ dưới đây trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày bãi bỏ kháng cáo ban đầu:

County of Santa Clara Health System Finance  
Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B  
San José, CA 95128  
Attention: Giám đốc Tài chính (Chief Financial Officer)

6. Giám đốc Tài chính sẽ quyết định tất cả các kháng cáo lần hai trong vòng ba mươi (30) ngày.
7. Quyết định về bất kỳ kháng cáo lần hai nào sẽ là quyết định cuối cùng.

#### F. Quy trình Báo cáo

1. Quy định Hỗ trợ tài chính và các tài liệu đính kèm sẽ được cung cấp cho Sở Thông tin và Tiếp cận Dịch vụ Y tế (Department of Health Care Access and Information, HCAI) ít nhất hai năm một lần vào ngày 1 tháng 1 hoặc bất kỳ khi nào có sửa đổi quan trọng.
2. Trong trường hợp không có sửa đổi quan trọng nào kể từ lần gửi trước đó, HCAI sẽ được thông báo rằng không có sửa đổi quan trọng nào.

#### BỐI CẢNH CỦA QUY ĐỊNH:

Quy định này nhằm mục đích tuân thủ các luật sau:

- Luật Quy định Giá Công bằng của Bệnh viện California (HFFP). Bộ luật An toàn và Sức khỏe California. § 127400 và tiếp theo.
- Luật Quy định Giá Công bằng dành cho Bác sĩ Cấp cứu (EPFPP). Bộ luật An toàn và Sức khỏe California. § 127450 và tiếp theo.

Quy định này cấu thành chương trình Chăm sóc từ thiện của Hạt. Quy định này sẽ được áp dụng nhất quán cho tất cả các bệnh nhân của Hạt.

Quy định này chỉ áp dụng cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt. Danh sách hiện tại các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt có sẵn thông qua các trang "Tìm Nhà cung cấp" sau đây:

<https://www.scvmc.org/find-provider> (Trung tâm Y tế Thung lũng Santa Clara),  
<https://och.sccgov.org/find-provider> (Bệnh viện O'Connor), và  
<https://slrh.sccgov.org/find-provider> (Bệnh viện Khu vực St. Louise). Danh sách các bệnh viện và phòng khám của Hạt có tại: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Theo đây, bệnh nhân được thông báo rằng các bác sĩ cấp cứu, như được định nghĩa trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California phần 127450, cung cấp dịch vụ y tế cấp cứu tại các cơ sở của Hạt, được pháp luật yêu cầu phải giảm trừ cho Bệnh nhân Tự chi trả và Bệnh nhân có Chi phí y tế cao có thu nhập bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

Để biết danh sách các dịch vụ sẵn có tại Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara, hãy truy cập <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

Quy định này không từ bỏ hoặc thay đổi bất kỳ mức giá hoặc điều khoản hợp đồng nào được thương lượng bởi và giữa Hạng và người thanh toán bên thứ ba, và cũng không giảm trừ cho người thanh toán bên thứ ba không có hợp đồng hoặc các tổ chức khác chịu trách nhiệm pháp lý thanh toán thay mặt cho người thụ hưởng, người được bảo trả hoặc người được bảo hiểm. Quy định này không cho phép miễn các khoản miễn thường, khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm do các công ty bảo hiểm áp dụng đối với những bệnh nhân không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.

**TRÁCH NHIỆM:**

Các câu hỏi về việc thực hiện Quy định này nên được chuyển đến Giám đốc Bộ phận Tiếp cận Bệnh nhân tại địa chỉ: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 or (866) 967-4677.

Quy định Hỗ trợ tài chính này thay thế các Quy định hết hiệu lực sau đây: Phí Trượt giá VMC#924.0; Chương trình Xác định Khả năng Thanh toán (APD) HHS#735.0; Quy định Hỗ trợ tài chính của Bệnh viện O'Connor #4765025; và Quy định Hỗ trợ tài chính của Bệnh viện Khu vực St. Louise #5424657.

Quy định Hỗ trợ tài chính này được cập nhật lần cuối ngày 8 tháng 12 năm 2022.

**Bản đính kèm A**

**Biểu đồ Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022**

<b>MỨC CHUẨN NGHÈO LIÊN BANG NĂM 2022</b>							
Quy mô Hộ gia đình	<i>Giảm trừ* 100%</i>	<i>Giảm trừ 70%</i>		<i>Giảm trừ 50%</i>		<i>Giảm trừ 25%</i>	
	<i>FPL lên tới 400%</i>	<i>401%</i>	<i>449%</i>	<i>450%</i>	<i>549%</i>	<i>550%</i>	<i>649%</i>
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA  
**Health System**

**NGÀY:** 8 tháng 12 năm 2022

**KÍNH GỬI:** Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara  
Ban Lãnh đạo Điều hành

**NGƯỜI GỬI:** René G. Santiago, Phó Giám đốc Điều hành Hạt và  
Giám đốc, Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara

**CHỦ ĐỀ:** Quy định thu hồi khoản nợ của bệnh nhân

**THAM** Cal. Đạo luật về An toàn & Sức khỏe, §§ 127400–127462

**CHIẾU:** Cal. Civ. Đạo luật, §§ 1788–1788.33

15 U.S.C. §§ 1692–1692p

Quy định CSCHS số 715.0 (Chương trình Tiếp cận dịch vụ y tế)

**ĐỊNH NGHĨA:**

1. **Bệnh nhân:** Theo chủ định của Quy định này, Bệnh nhân là bất kỳ cá nhân nào đã nhận các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ CSCHS và là người bảo lãnh của họ, nếu không phải là cùng một người.
2. **Người bảo lãnh:** Cá nhân đã nhận trách nhiệm tài chính để thanh toán khoản nợ của bệnh nhân.
3. **Khoản nợ của Bệnh nhân:** Số tiền mà Bệnh nhân nợ CSCHS cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
4. **DTAC:** Phòng Thuế vụ và Thu nợ Hạt Santa Clara, là cơ quan thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân thay mặt cho CSCHS.
5. **Hỗ trợ Tài chính:** Giảm trừ toàn bộ hoặc một phần Khoản nợ của Bệnh nhân được CSCHS cho phép theo các điều khoản của Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS.
6. **Quy định CSCHS số 715.0 Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS:** Một Quy định riêng mô tả chương trình Hỗ trợ Tài chính của CSCHS, còn được gọi là Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế (HAP), cung cấp giảm trừ cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp cho một số Bệnh nhân đủ điều kiện có thu nhập thấp hoặc trung bình. Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS được đăng trên mạng: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Các cá nhân cũng có thể lấy một bản sao Quy định Hỗ trợ Tài chính của

CSCHS bằng cách gọi đến Phòng Patient Access của CSCHS số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu).

### **BÓI CẢNH:**

Mục đích của Quy định này là xác định các tiêu chuẩn và thông lệ cho việc thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân đang nợ Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS).

### **QUY ĐỊNH:**

Quy định của CSCHS là lập hóa đơn cho Bệnh nhân một cách chính xác, kịp thời và phù hợp với các luật và quy định hiện hành, bao gồm nhưng không giới hạn ở các điều khoản hiện hành của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, Bộ luật Dân sự California và Bộ luật Hoa Kỳ.

### **QUY CÁCH:**

#### **Bên Chịu trách nhiệm**

#### **Hành động**

Patient Business Services  
(Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS

1. Dưới sự ủy quyền của Giám đốc Tài chính CSCHS, CSCHS sẽ thúc đẩy việc thanh toán các Khoản nợ của Bệnh nhân đối với các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp, bao gồm bằng cách chỉ định các khoản chưa thanh toán là nợ khó đòi và chuyển các khoản đó cho DTAC để thu hồi. Các hành động thu nợ sẽ được thực hiện theo quyết định của CSCHS và DTAC và sẽ tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang, bao gồm luật Quy định Giá Công bằng của Bệnh viện California (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, các phần 127400 và tiếp theo), luật Quy định Giá Công bằng dành cho Bác sĩ Cấp cứu (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127450 và tiếp theo), Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal (Bộ luật Dân sự California, mục 1788 và tiếp theo), và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang (Bộ luật Hoa Kỳ, Tiêu đề 15, phần 1692 và tiếp theo).
2. CSCHS sẽ lấy được thỏa thuận bằng văn bản từ DTAC rằng DTAC sẽ tuân thủ toàn bộ Quy định này. Thỏa thuận bằng văn bản sẽ không được hiểu là tạo ra một liên doanh giữa CSCHS và DTAC, hoặc cho phép CSCHS quản lý DTAC theo cách khác.
3. Trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC, CSCHS sẽ thực hiện tất cả những bước sau:

- a. Thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để lấy thông tin từ Bệnh nhân về việc bảo hiểm y tế tư nhân hoặc công cộng hoặc bên tài trợ có thể chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc do CSCHS cung cấp hay không.
- b. Cung cấp cho những Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế của bên thứ ba, hoặc những người yêu cầu giảm giá hoặc chăm sóc từ thiện, đơn đăng ký chương trình Medi-Cal hoặc các chương trình bảo hiểm y tế khác do Tiểu bang hoặc Hạt tài trợ.
- c. Thông báo cho Bệnh nhân về trách nhiệm tài chính của họ bằng cách gửi cho Bệnh nhân qua đường bưu điện ít nhất bốn (4) bản sao kê tài khoản cho các dịch vụ được cung cấp tại CSCHS.
- d. Thông báo cho Bệnh nhân về các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có bằng cách cung cấp thông báo về Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và đơn đăng ký vào hoặc ngay sau (các) ngày cung cấp dịch vụ, tại thời điểm lập hóa đơn và ít nhất 30 ngày trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
- e. Thực hiện các bước, khi Bệnh nhân liên hệ với phòng Patient Access của CSCHS để hỏi các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có, để giúp những Bệnh nhân đó hoàn thành đơn đăng ký Medi-Cal, bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ tài trợ và Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế, nếu có.
- f. Gửi cho Bệnh nhân một thông báo—còn được gọi là “Thư Tạm biệt”—ít nhất 60 ngày trước khi chuyển Khoản nợ của Bệnh nhân cho DTAC. Thông báo này sẽ bao gồm:
  - i. (Các) ngày đã gửi những hóa đơn đang được chuyển đến DTAC;

- ii. Tên đầy đủ và địa chỉ của DTAC;
  - iii. Một tuyên bố thông báo cho Bệnh nhân cách lấy hóa đơn được lập thành từng khoản từ CSCHS;
  - iv. Tên và loại bảo hiểm y tế cho Bệnh nhân đã lưu trong hồ sơ của CSCHS tại thời điểm cung cấp dịch vụ, hoặc tuyên bố rằng CSCHS không có thông tin đó;
  - v. Bản sao đơn xin Hỗ trợ Tài chính của CSCHS; và
  - vi. (Những) ngày Bệnh nhân được gửi thông báo lần đầu về việc đăng ký Hỗ trợ Tài chính, (những) ngày Bệnh nhân được gửi đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính lần đầu, và ngày mà CSCHS đưa ra quyết định về đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của bệnh nhân, nếu có.
- g. Đợi ít nhất 180 ngày kể từ ngày lập hóa đơn lần đầu trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
4. Sau khi hoàn thành các bước nêu trong đoạn (3) trên đây, CSCHS có thể chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC để thực hiện một hoặc nhiều hành động thu nợ sau:
- a. Thực hiện các nỗ lực thu hồi nợ tiêu chuẩn, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc sử dụng các bảng sao kê thanh toán, thư từ bằng văn bản và các cuộc gọi điện thoại;
  - b. Khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân theo cách tuân thủ tất cả các luật hiện hành. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng DTAC không khởi kiện dân sự chống lại Bệnh nhân nếu Bệnh nhân đó có kháng cáo đang chờ xử lý về việc chi trả bảo hiểm cho các hạng mục hoặc dịch vụ mà họ đã nhận được hóa

đơn từ CSCHS (như được định nghĩa trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127426, tiểu mục (b)), cho đến khi có quyết định cuối cùng về kháng cáo đó, nếu Bệnh nhân nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS và DTAC về tiến trình của bất kỳ kháng cáo nào đang chờ xử lý. Kháng cáo đang chờ xử lý bao gồm các khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế, đánh giá y tế độc lập do Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe hoặc Sở Bảo hiểm tiến hành, các phiên điều trần công bằng của Medi-Cal và các kháng cáo của Medicare, như được mô tả trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127426, tiểu mục (b).

5. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng với bất kỳ tài liệu nào cho biết có thể bắt đầu các hoạt động thu nợ, DTAC sẽ gửi cho Bệnh nhân một thông báo có chứa bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu về các quyền của Bệnh nhân theo luật Quy định Giá cả Công bằng của Bệnh viện, Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang, trong đó sẽ bao gồm một tuyên bố rằng có thể có các dịch vụ tư vấn tín dụng phi lợi nhuận trong khu vực của Bệnh nhân, phù hợp với Bộ luật An toàn và Sức khỏe California phần 127430; và rằng trong lần liên lạc bằng văn bản đầu tiên với Bệnh nhân, DTAC sẽ cung cấp một bản sao của Thư Tạm biệt và tuyên bố rằng đã hơn 180 ngày trôi qua kể từ ngày Bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu cho các dịch vụ y tế là cơ sở của khoản nợ, rằng DTAC có thể đệ đơn kiện bệnh nhân để thu hồi nợ, và rằng DTAC sẽ không báo cáo thông tin bất lợi cho cơ quan báo cáo tín dụng.
6. CSCHS sẽ không tham gia vào bất kỳ hành động thu hồi nợ nào sau đây:
  - a. Báo cáo thông tin bất lợi về Khoản nợ của Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng;
  - b. Bán Khoản nợ của Bệnh nhân cho bên mua nợ;



- c. Trì hoãn hoặc từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do Bệnh nhân không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp trước đó;
  - d. Tịch thu bất động sản của Bệnh nhân;
  - e. Tịch biên hoặc thu giữ tài khoản ngân hàng của Bệnh nhân hoặc tài sản cá nhân khác; hoặc
  - f. Khấu trừ lương hoặc quyền nắm giữ nơi cư trú chính như một phương tiện để thu các hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán từ Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.
7. Bất kỳ Bệnh nhân nào cũng có thể yêu cầu thiết lập một kế hoạch thanh toán không lãi suất để thanh toán Khoản nợ của Bệnh nhân.
- a. Khi thương lượng các điều khoản của kế hoạch thanh toán với Bệnh nhân, CSCHS sẽ xem xét thu nhập và chi phí sinh hoạt của gia đình Bệnh nhân.
  - b. Nếu CSCHS và Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính không thể đi đến thống nhất về kế hoạch thanh toán, CSCHS sẽ sử dụng công thức và định nghĩa nêu trong tiểu mục (i) của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127400 để lập một kế hoạch thanh toán hợp lý, bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm thu nhập gia đình của Bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản khấu trừ cho chi phí sinh hoạt thiết yếu.
  - c. Kế hoạch thanh toán có thể được tuyên bố là không được thực hiện sau khi Bệnh nhân không thực hiện tất cả các khoản thanh toán liên tiếp đến hạn trong khoảng thời gian 90 ngày.

- d. Trước khi tuyên bố kế hoạch thanh toán không được thực hiện, CSCHS sẽ:
    - i. Tiến hành các nỗ lực hợp lý để liên hệ với Bệnh nhân qua điện thoại, đưa ra thông báo bằng văn bản rằng kế hoạch thanh toán không được thực hiện, và thông báo cho Bệnh nhân về cơ hội thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ đó.
    - ii. Theo yêu cầu của Bệnh nhân, cố gắng thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ.
  - e. CSCHS sẽ không khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân vì lý do không thanh toán trước thời điểm kế hoạch thanh toán được tuyên bố là không được thực hiện.
8. CSCHS sẽ không sử dụng cưỡng ép phiếu trả lương, tờ khai thuế thu nhập hoặc tài liệu về tài sản thu được từ Bệnh nhân trong quá trình đăng ký Hỗ trợ Tài chính cho các hoạt động thu hồi nợ.
9. Trong trường hợp Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định xem xét đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính gửi muộn hơn 180 ngày sau ngày lập hóa đơn lần đầu, Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định sẽ yêu cầu DTAC tạm dừng các hoạt động thu nợ, bao gồm việc tiếp tục các vụ kiện dân sự, cho đến khi Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định đã đưa ra quyết định về đơn đăng ký này. Trong trường hợp bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sau khi đã khởi kiện dân sự, CSCHS sẽ làm việc với DTAC để rút đơn kiện.
10. Không có nội dung nào trong Quy định này ngăn cản CSCHS hoặc DTAC truy cứu trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba theo cách phù hợp với luật hiện hành.

Bệnh nhân

1. Bệnh nhân nên chuyển câu hỏi về Quy định này đến Bộ phận Patient Business Services (Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS. Bệnh nhân có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Công việc Bệnh nhân của CSCHS qua điện thoại theo số (408) 885-7470 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) hoặc trực tiếp tại 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu).
2. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để phản hồi kịp thời bản kê hóa đơn và thông tin liên lạc liên quan từ CSCHS và DTAC.
3. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS nếu họ có bảo hiểm y tế, bảo hiểm Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm bên thứ ba khác mà có thể bao trả tất cả hoặc một số hạng mục và/hoặc dịch vụ y tế nhận được tại CSCHS.

Bệnh nhân nên xem xét Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và nếu họ tin rằng mình đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, hãy hoàn thành và nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính càng sớm càng tốt. Bệnh nhân có thể xem xét toàn bộ Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và tải xuống bản sao của đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của CSCHS tại <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Bệnh nhân cũng có thể liên hệ với Phòng Patient Access của CSCHS theo số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) nếu có bất kỳ câu hỏi nào về Quy định Hỗ trợ Tài chính.

Ban hành: 08/12/2022