Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Hợp đồng Số:	08.26.001
Đã được đánh giá/ Sửa đổi:	4/2020, 11/2020, 6/2022, 3/2023, 2/2026
Mục:	Tài chính

Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân

Mục đích:

Các đơn vị thuộc BMC Health System ("BMCHS") như Boston Medical Center, Boston Medical Center Brighton và Boston Medical Center South (gọi chung là "Bệnh viện" hoặc "Bệnh viện BMCHS"), đã xây dựng chính sách này để xác định và hỗ trợ những người có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm dưới mức đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình bảo hiểm y tế hoặc chương trình hỗ trợ tài chính để trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe và đảm bảo việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế một cách kịp thời và phù hợp. Boston University Medical Group, (BUMG) và Các Bác Sĩ Liên Kết với Boston Medical Center, (BMCAP), với tư cách là đối tác tập thể của Bệnh viện, đồng ý tuân thủ các hướng dẫn được quy định trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh viện.

Tuyên Bố Chính Sách:

Các Bệnh viện BMCHS có chính sách hợp tác với các Trung tâm Y tế Cộng đồng được BMCHS cấp phép để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cho tất cả bệnh nhân, bất kể khả năng chi trả của họ và cung cấp hỗ trợ tài chính cho những người không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức và không có khả năng chi trả. Tất cả các bệnh nhân đến BMCHS và yêu cầu các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp, hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, sẽ được điều trị bất kể chủng tộc, màu da, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, quốc gia xuất xứ, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, bản dạng giới hoặc biểu hiện giới tính, hoặc khả năng chi trả.

Bệnh viện BMCHS cung cấp hỗ trợ tài chính cho tất cả những bệnh nhân có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức, những người không có khả năng chi trả cho toàn bộ hoặc một phần các khoản phí thông thường đến hạn. Những bệnh nhân không có khả năng chi trả tài chính sẽ được sàng lọc xem liệu họ có đủ điều kiện tham gia chương trình Medicaid hoặc các chương trình khác của tiểu bang, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Tiêu Chuẩn hay không, hoặc sẽ được đánh giá dựa trên các hướng dẫn được thiết lập trước để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo Chương Trình Chăm Sóc Thiện Nguyện (CCP) của Bệnh viện. Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện nêu ra tất cả các trường hợp mà bệnh nhân có thể đủ tiêu chuẩn để được chăm sóc miễn phí hoặc với mức phí chiết khấu. Mức chiết khấu được xác định theo thu nhập hộ gia đình, tài sản, quy mô gia đình và các nhu cầu y tế của cá nhân như được quy định trong hướng dẫn về tính hội đủ điều kiện của CCP.

Thông tin về việc Bệnh viện cung cấp các chương trình hỗ trợ tài chính được cung cấp cho bệnh nhân khi đăng ký nhận dịch vụ và khi nhận hóa đơn. Tất cả bệnh nhân có thể được xem xét hỗ trợ tài chính bất kỳ lúc nào trong chu kỳ lập hóa đơn và thu nợ. Một bệnh nhân được xác định đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS sẽ không bao giờ bị tính phí nhiều hơn Số tiền Thường được Lập hóa đơn cho việc cung cấp các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, Bệnh viện cũng sẽ không tìm cách để bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chăm sóc miễn phí hoặc được chiết khấu theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện nhằm mục đích tạo ra khoản phải trả theo chương trình chăm sóc sức khỏe của liên bang hoặc để tác động đến việc lựa chọn nhà cung cấp, chuyên gia hành nghề hoặc bên cung cấp cụ thể của người thụ hưởng. Ủy ban Tài chính của Hội đồng Chưởng quản của Boston Medical Center, Boston Medical Center – Brighton, and Boston Medical Center - South đã xem xét và chấp thuận chính sách này. Quý vị có thể nhận tThông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài chính và chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản, (Tài liệu Đính kèm A), Mẫu Đơn đăng ký Chương trình Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS, hoặc các bản sao của chính sách này và các tài liệu của Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện:

- Tại bất kỳ khu vực đăng ký bệnh nhân nào trong BMC, BMC Brighton, BMC South, BUMG hoặc BMCAP
- Bằng cách gọi cho Ban Cố vấn Tài chính hoặc tới một trong các văn phòng của họ, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo địa chỉ dưới đây:
  - BMC – 617-414-5155
    - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC Brighton – 617-779-6406
    - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC South – 508-427-3538
    - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Bằng cách truy cập trang web của Bệnh viện tại https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance để xem hoặc tải xuống
- Bằng cách gửi văn bản yêu cầu nhận các bản sao qua đường bưu điện tới:
  - Boston Medical Center
    Attention: Financial Counseling Office
    Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
    Boston, MA 02118

Đơn đăng ký:

Chính sách Hỗ trợ Tài chính áp dụng cho Boston Medical Center, Boston Medical Center Brighton, Boston Medical Center South, Boston University Medical Group, Các Bác Sĩ Liên Kết với Boston Medical Center và các Trung tâm Y tế Cộng đồng liên kết hoạt động theo giấy phép của Bệnh viện:

- Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center, 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

Trường hợp ngoại lệ:

Mặc dù BMCHS cam kết giúp những bệnh nhân có thu nhập và nguồn lực hạn chế đăng ký các chương trình sẵn có để chi trả chi phí chăm sóc, nhưng Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện chỉ được giới hạn trong việc chi trả các Dịch vụ Cấp cứu, Dịch vụ Khẩn cấp và chăm sóc Cần thiết về mặt Y tế khác. Nhìn chung, các chi phí không được chiết khấu theo CCP bao gồm:

- Các dịch vụ được cung cấp bởi các bác sĩ có hợp đồng, những người lập hóa đơn riêng thay vì thông qua một trong các nhóm bác sĩ liên kết của Bệnh viện. (Xem Tài liệu Đính kèm E để biết danh sách các Nhà cung cấp Liên kết của BMCHS).
- Yêu cầu thanh toán về phương tiện cơ giới, yêu cầu bảo hiểm trách nhiệm của bên thứ ba, dịch vụ phí cố định, mức phí theo hợp đồng và các dịch vụ phi y tế, cần thiết khác hoặc các dịch vụ khác mà các khoản chiết khấu khác đã được áp dụng cho khoản phí.

Các định nghĩa:

Đạo luật Chăm sóc Giá cả phải chăng, (ACA) – Luật cải cách chăm sóc sức khỏe toàn diện, được ban hành vào tháng 3 năm 2010 (đôi khi được gọi là ACA hoặc Obamacare) nhằm: cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe giá cả phải chăng cho nhiều người hơn bằng cách trợ cấp ("tín dụng thuế cao cấp") giúp giảm chi phí cho các hộ gia đình có thu nhập từ 100% đến 400% hạn mức nghèo liên bang; mở rộng các chương trình Medicaid của tiểu bang để hỗ trợ cho tất cả người lớn có thu nhập bằng 138% mức nghèo liên bang; và để hỗ trợ các phương pháp cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế sáng tạo, được thiết kế để giảm chi phí chăm sóc sức khỏe nói chung.

Số tiền Thường được Lập hóa đơn (AGB) - Số tiền làm cơ sở tính phí cho bệnh nhân Không có bảo hiểm và Được bảo hiểm Dưới mức. Những bệnh nhân không có bảo hiểm đủ tiêu chuẩn nhận Hỗ Trợ Tài chính sẽ không bị tính phí nhiều hơn cho Dịch vụ Cấp cứu, Dịch vụ Khẩn cấp, hoặc chăm sóc Cần thiết về mặt Y tế khác so với AGB áp dụng cho những bệnh nhân có bảo hiểm. Để tính AGB, BMCHS sử dụng phương pháp rà soát trong quá khứ, theo đó sử dụng dữ liệu từ các khoản thanh toán Medicaid, dựa trên năm tài khóa 12 tháng trước đó, để xác định tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được áp dụng cho các khoản phí. Tỷ lệ phần trăm AGB được BMCHS sử dụng và phương pháp xác định tỷ lệ này được Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân (PFC) và Sở cung cấp miễn phí. Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng cách gọi PFC theo số 617-414-5155 hoặc bằng cách gửi email tới DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Cố vấn hoàn thành Đơn đăng ký được chứng nhận (CAC) - Một cá nhân (liên kết với một tổ chức được chỉ định) được đào tạo và có thể giúp người tiêu dùng, doanh nghiệp nhỏ và nhân viên của họ xem xét việc tuân thủ ACA, các tùy chọn bảo hiểm sức khỏe, được cung cấp thông qua Thị trường Bảo hiểm Y tế và hỗ trợ xác định tính hội đủ điều kiện và hoàn thành các biểu mẫu ghi danh.

Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện - Một chương trình hỗ trợ tài chính do BMCHS cung cấp, chiết khấu phần trăm trên số dư tài khoản của bệnh nhân dựa trên khả năng chi trả của bệnh nhân và xác định tính hội đủ điều kiện tham gia chương trình được quy định trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện.

Các dịch vụ Tự chọn - Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế không yêu cầu chăm sóc hoặc điều trị từ khoa cấp cứu hoặc bệnh viện cấp tính để ổn định y tế và do đó, không đáp ứng định nghĩa về dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp. Bệnh nhân thường, nhưng không đặt lịch riêng trước cho các dịch vụ như vậy.

Dịch vụ Cấp cứu - Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi tình trạng y tế khởi phát, dù là thể chất hay tâm thần, biểu hiện bằng các triệu chứng đủ mức độ nghiêm trọng bao gồm đau dữ dội, mà việc không có hoặc bỏ qua sự chăm sóc y tế kịp thời có thể gây ảnh hưởng xấu đến tình trạng bệnh lý hoặc sức khỏe của người đó, dẫn đến nguy hiểm, suy giảm hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ bộ phận cơ thể hoặc cơ quan nào của cơ thể, đối với phụ nữ mang thai, như được định nghĩa thêm trong mục 1867(e) (1) (B) của Đạo luật An sinh Xã hội, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Dịch vụ Cấp cứu bao gồm khám sàng lọc và điều trị y tế đối với các tình trạng y tế cấp cứu, hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác như vậy được thực hiện trong phạm vi được yêu cầu theo **EMTALA** (42 USC 1395(dd) đủ tiêu chuẩn được gọi là Chăm sóc Cấp cứu. Dịch vụ Cấp cứu cũng bao gồm các dịch vụ được xác định là cấp cứu bởi một chuyên gia y tế được cấp phép; Chăm sóc y tế nội trú có liên quan đến chăm sóc cấp cứu ngoại trú; và Chuyển bệnh nhân nội trú từ một bệnh viện chăm sóc cấp tính khác đến một Bệnh viện của BMCHS để được cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú không có sẵn tại bệnh viện chuyển tuyến.

EMTALA - Đạo luật Điều trị Y tế và Chuyển dạ Cấp cứu (EMTALA), một đạo luật do Quốc hội ban hành năm 1986 nhằm đảm bảo công chúng có thể tiếp cận các dịch vụ cấp cứu bất kể khả năng chi trả của một người. Mục 1867 của Đạo luật An sinh Xã hội áp đặt các nghĩa vụ cụ thể đối với các bệnh viện tham gia Medicare cung cấp các dịch vụ cấp để cứu cung cấp việc khám sàng lọc y tế khi được yêu cầu khám hoặc điều trị tình trạng y tế cấp cứu, bao gồm cả việc chuyển dạ tích cực, bất kể khả năng của một cá nhân. Các bệnh viện sau đó được yêu cầu điều trị ổn định cho bệnh nhân EMC. Nếu bệnh viện không thể ổn định bệnh nhân trong khả năng của mình hoặc nếu bệnh nhân yêu cầu thì cần thực hiện một lần chuyển viện thích hợp.

Các Biện pháp Truy thu Đặc biệt (ECA) - Bất kỳ hành động nào do Bệnh viện BMCHS (hoặc bất kỳ đại lý nào của Bệnh viện BMCHS, bao gồm cả đại lý thu nợ) thực hiện đối với một cá nhân liên quan đến việc nhận được thanh toán hóa đơn được bảo hiểm theo chính sách này, đòi hỏi một quy trình pháp lý hoặc tư pháp, liên quan đến việc bán khoản nợ của một cá nhân cho một bên khác hoặc báo cáo thông tin bất lợi về cá nhân cho các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng. Đưa tài khoản cho bên thứ ba để nhờ truy thu không phải là một ECA.

Boston Medical Center
Hướng dẫn về Chính sách và Thủ tục

Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo của Liên bang (FPG) - Do chính phủ Hoa Kỳ xác định và được công bố hàng năm trong Sổ đăng ký Liên bang. FPG dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của gia đình và được sử dụng để xác định tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân theo các chương trình Medicaid của tiểu bang và Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Bệnh viện BMCHS.

Tổng Chi phí – Mức giá cho dịch vụ chăm sóc y tế đầy đủ, được thiết lập mà BMCHS tính phí nhất quán và thống nhất cho tất cả bệnh nhân trước khi áp dụng các khoản trợ cấp, chiết khấu theo hợp đồng hoặc các khoản khấu trừ khác.

Health Safety Net (HSN) – Health Safety Net là một chương trình hỗ trợ tài chính chi trả cho một số dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, thu nhập thấp tại các trung tâm y tế cộng đồng (CHC) và bệnh viện chăm sóc cấp tính của Massachusetts. HSN cũng thanh toán cho các CHC và bệnh viện chăm sóc cấp tính cho các chi phí khó khăn về y tế (khi chi phí y tế đủ tiêu chuẩn vượt quá tỷ lệ phần trăm quy định trong thu nhập của một gia đình) và đối với một số loại nợ khó đòi của bệnh viện. HSN được tạo ra để phân phối chi phí cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần chi trả công bằng hơn cho các cư dân Massachusetts có thu nhập thấp thông qua việc cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc được chiết khấu tại các bệnh viện cấp tính trong tiểu bang. Health Safety Net tổng hợp các dịch vụ chăm sóc không cần chi trả được thực hiện thông qua đánh giá ở mỗi bệnh viện để trang trải chi phí chăm sóc cho những bệnh nhân không có bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức có thu nhập dưới 300% mức chuẩn nghèo liên bang. Chính sách của bệnh viện là tất cả bệnh nhân nhận được hỗ trợ tài chính theo chính sách hỗ trợ tài chính của bệnh viện bao gồm các dịch vụ Health Safety Net như một phần của dịch vụ chăm sóc không cần chi trả được cung cấp cho những bệnh nhân có thu nhập thấp.

Có bảo hiểm - Trạng thái của một bệnh nhân có bảo hiểm hoặc bảo hiểm của bên thứ ba thanh toán toàn bộ hoặc một phần Tổng Chi phí của bệnh nhân cho các dịch vụ y tế. Danh mục này bao gồm những bệnh nhân được chính phủ hỗ trợ chi trả như Medicare, Medicaid, Champus và các quyền lợi của Cựu chiến binh được ủy quyền; cũng như các tổ chức chi trả tư nhân như Medicare Advantage, các tổ chức chăm sóc do Medicaid quản lý, dịch vụ chăm sóc thương mại hoặc có quản lý, bù trừ tự động và bồi thường cho người lao động.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế - Các dịch vụ được mong đợi một cách hợp lý giúp ngăn ngừa, chẩn đoán, phòng tránh tình trạng bệnh trở nặng, loại bỏ, điều chỉnh hoặc chữa khỏi các tình trạng bệnh lý gây nguy hiểm đến tính mạng, gây đau đớn, biến dạng hoặc tê liệt chức năng thể chất, đe dọa gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng khuyết tật hoặc dẫn đến bệnh tật hoặc tình trạng ốm yếu. Các dịch vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế bao gồm các dịch vụ điều trị nội trú, sức khỏe hành vi, chăm sóc sau cấp tính và các dịch vụ phụ trợ đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y tế được cho phép theo Mục XIX của Đạo Luật An Sinh Xã Hội. Tuy nhiên, phân loại Cần thiết về mặt Y tế không vi phạm hoặc bao gồm phân loại Dịch vụ Cấp cứu hoặc luật EMTALA liên quan đến chỉ định đó.

Các Dịch vụ Khác - Các dịch vụ theo đó sự cần thiết về mặt y tế chưa được chứng minh để bác sĩ lâm sàng đánh giá hoặc trong đó mức độ đáp ứng tiêu chuẩn của bệnh nhân để nhận dịch vụ có thể không đáp ứng các định nghĩa của chương trình bảo hiểm chung về việc đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế cho dịch vụ. Các dịch vụ cũng bao gồm các thủ thuật hoặc biện pháp điều trị mà nhiều chương trình bảo hiểm không coi là Cần Thiết Về Mặt Y Tế bao gồm nhưng không giới hạn ở: Phẫu Thuật Thẩm Mỹ, Thụ Tinh Trong Ống Nghiệm (IVF) hoặc Liệu Pháp Sinh Sản Nâng Cao (ART), Dịch Vụ Bắc Cầu Dạ Dày (không có quyết định của bên thanh toán về tính cần thiết về mặt y tế), và Các Mục Thuận Lợi cho Bệnh Nhân như chi phí liên quan đến dịch vụ qua đêm ở trên và vượt mức cần thiết cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ qua đêm cho bệnh nhân (nội trú hoặc nhập viện một phần) khi không chứng minh rõ ràng được tính cần thiết về mặt y tế.

Dịch vụ Chăm sóc Chính - Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thường do các bác sĩ đa khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ nội tổng quát, bác sĩ nhi khoa tổng quát và y tá hành nghề chăm sóc chính hoặc trợ lý bác sĩ cung cấp. Các Dịch vụ Chăm sóc Chính không yêu cầu các nguồn trợ giúp chuyên môn của Bệnh viện Cấp tính, Khoa Cấp cứu và không bao gồm các Dịch vụ Phụ trợ và các dịch vụ chăm sóc thai sản.

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Tiêu Chuẩn - Một chương trình bảo hiểm, được Thị trường Bảo hiểm Y tế chứng nhận, cung cấp các quyền lợi sức khỏe thiết yếu, tuân theo các giới hạn đã thiết lập về phần chia sẻ chi phí (như khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và số tiền tự trả tối đa) và đáp ứng các yêu cầu khác theo Đạo luật Chăm sóc Giá cả Phải chăng.

Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả - Chiết khấu tính theo tỷ lệ phần trăm số dư tài khoản của bệnh nhân dựa trên việc bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc chọn không sử dụng bảo hiểm để thanh toán cho các dịch vụ của họ. Chiết khấu này áp dụng cho bệnh nhân thuộc mọi mức thu nhập, không yêu cầu chứng minh việc đáp ứng tiêu chuẩn về tài chính hoặc cần đơn đăng ký.

Bảo hiểm dưới mức - Tình trạng bệnh nhân có một số hình thức bảo hiểm y tế không cung cấp sự bảo vệ tài chính đầy đủ, dẫn đến việc bệnh nhân không có khả năng trang trải các chi phí chăm sóc sức khỏe tự trả, chẳng hạn như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ do nhà cung cấp bảo hiểm xác định và bệnh nhân phải trả cho các dịch vụ y tế được cung cấp.

Không có bảo hiểm - Tình trạng một bệnh nhân không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào có hiệu lực trong một ngày cung cấp dịch vụ cụ thể hoặc khi bảo hiểm của họ không có hiệu lực đối với một dịch vụ cụ thể do những giới hạn của hệ thống, hết quyền lợi bảo hiểm hoặc các dịch vụ không được đài thọ khác.

Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp - Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát đột ngột một tình trạng y tế, dù là về thể chất hay tâm thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người không có chuyên môn thận trọng sẽ tin rằng việc không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ thường có thể dẫn đến hậu quả sức khỏe của bệnh nhân lâm vào tình trạng nguy hiểm, suy giảm chức năng cơ thể, hoặc rối loạn chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào. Dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của một cá nhân. Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp không bao gồm Dịch vụ Chăm sóc Chính hoặc Tự chọn.

Các thủ thuật

1. Bảo hiểm cho các Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe

Bệnh viện BMCHS cung cấp dịch vụ chăm sóc cho tất cả các bệnh nhân yêu cầu Dịch vụ Cấp cứu, Dịch vụ Khẩn cấp, các dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế khác và phụ nữ mang thai trong quá trình chuyển dạ bất kể khả năng chi trả của họ. Theo các yêu cầu trong Đạo luật Điều trị Y tế Cấp Cứu và Chuyển dạ (EMTALA) của liên bang, Bệnh viện sẽ tiến hành khám sàng lọc y tế cho tất cả bệnh nhân có mặt tại địa điểm Bệnh viện BMCHS muốn sử dụng Dịch vụ Cấp cứu để xác định xem liệu có tình trạng y tế cấp cứu hay không. Chuyên gia y tế điều trị sẽ xác định xem cần các dịch vụ cấp cứu hay khẩn cấp bằng cách đánh giá mức độ chăm sóc và điều trị cần thiết cho mỗi bệnh nhân dựa trên các triệu chứng lâm sàng biểu hiện của họ và tuân theo các tiêu chuẩn thực hành hiện hành.

1.1. Tiêu chí hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc được chiết khấu theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu, khẩn cấp và chăm sóc chính. Các quyết định về tính hội đủ điều kiện thường được thực hiện sau khi cung cấp dịch vụ và dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân như được xác định theo Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo của Liên bang (FPG) cũng như loại hình và phân loại chăm sóc y tế được cung cấp của bệnh nhân. (Xem Tài liệu Đính kèm C cho bảng FPG). Trong mọi trường hợp, quyết định về điều kiện hội đủ FAP của bệnh nhân cản trở việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và bệnh viện sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu bất kể khả năng hội đủ điều kiện FAP.

1.2. Các dịch vụ chăm sóc chính bao gồm chăm sóc cần thiết về mặt y tế để duy trì sức khỏe và ngăn ngừa bệnh tật. Các dịch vụ này thường được lên lịch trước hoặc có thể được bệnh nhân hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lên lịch trong cùng một ngày.

1.2.1. Dịch vụ Chăm sóc Chính thường do các bác sĩ đa khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ nội tổng quát, bác sĩ nhi khoa nói chung và y tá hành nghề chăm sóc hoặc trợ lý bác sĩ cung cấp và không yêu cầu các nguồn lực chuyên môn của khoa cấp cứu Bệnh viện Cấp tính và có thể không bao gồm Dịch vụ Phụ trợ và dịch vụ chăm sóc thai sản.

1.3. Tiêu chí hội đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS được áp dụng nhất quán cho tất cả các Dịch vụ Cấp cứu, Dịch vụ Khẩn cấp, Dịch vụ Chăm sóc Chính và chăm sóc Cần thiết về mặt Y tế khác do Bệnh viện cung cấp.

2. **Hỗ trợ Tài chính và Tiêu chí hội đủ điều kiện Tham gia Chương trình**

2.1. Bệnh viện BMCHS cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả cho tất cả bệnh nhân Không có bảo hiểm bất kể khả năng chi trả của họ. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân không có bảo hiểm không thể thanh toán số dư còn lại sau khi áp dụng Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả, bệnh nhân có thể yêu cầu và nộp đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS.

2.1.1. Nếu một bệnh nhân Không có bảo hiểm nhận được Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả và sau đó cung cấp thông tin bảo hiểm hợp lệ cho ngày cung cấp dịch vụ, thì Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả sẽ được hoàn lại và Bệnh viện BMCHS sẽ lập hóa đơn cho bên thứ ba.

2.1.2. Nếu một bệnh nhân Không có bảo hiểm nhận được Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả và sau đó đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện, thì Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả sẽ được hoàn lại và khoản chiết khấu của Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện sẽ được áp dụng để phân loại điều chỉnh tài khoản một cách chính xác.

2.1.3. Các dịch vụ thường được loại trừ khỏi Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả:

2.1.3.1. Dịch vụ do các bác sĩ là nhà thầu độc lập và lập hóa đơn riêng cho dịch vụ chăm sóc được cung cấp cung cấp thay vì thông qua một trong các nhóm bác sĩ liên kết với BMCHS.

2.1.3.2. Số dư tài khoản sau khi xử lý bảo hiểm, bao gồm khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ bảo hiểm.

2.1.3.3. Yêu cầu thanh toán về phương tiện cơ giới, yêu cầu bảo hiểm trách nhiệm của bên thứ ba, dịch vụ phí cố định, mức phí theo hợp đồng, các dịch vụ phi y tế, cần thiết khác và/hoặc các dịch vụ khác mà các khoản chiết khấu khác đã được áp dụng cho các khoản phí thường, nhưng không rõ ràng, được loại trừ khỏi Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả khi Cân nhắc Cá nhân có thể được áp dụng.

2.2. Những bệnh nhân Không có bảo hiểm hoặc Có bảo hiểm dưới mức chứng minh được nhu cầu tài chính cho việc chăm sóc y tế được đánh giá về tình trạng hội đủ điều kiện và được bảo hiểm dựa trên các hướng dẫn nhất quán, được thiết lập trước được xác định theo các chương trình Medicaid của tiểu bang, Các chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn và Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS.

2.3. Bệnh nhân có thể yêu cầu hỗ trợ tài chính bất cứ lúc nào trong quá trình đăng ký trước, đăng ký, lưu trú nội trú, dịch vụ ngoại trú hoặc trong suốt quá trình của chu trình thanh toán và truy thu nợ bằng cách yêu cầu và gửi đơn đăng ký hỗ trợ tài chính đã điền đầy đủ thông tin.

2.4. Cố vấn hoàn thành Đơn đăng ký được chứng nhận (CAC) thuộc Ban Cố vấn Tài chính của Bệnh viện luôn sẵn sàng sàng lọc bệnh nhân xem có đủ điều kiện tham gia chương trình hay không và cung cấp hỗ trợ ghi danh trực tiếp nếu cần. Các mục cần thiết để nộp đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện:

2.4.1. Đơn đăng ký đã hoàn thành, có chữ ký của bệnh nhân và vợ/chồng của bệnh nhân nếu đã kết hôn, hoặc bởi người bảo lãnh, (ví dụ phụ huynh hoặc người giám hộ).

2.4.2. Bằng chứng về Nơi cư trú

2.4.3. Bằng chứng về Nhận dạng

2.4.4. Bằng chứng về Thu nhập Hộ gia đình

2.4.4.1. Thu nhập Từ Tiền lương

2.4.4.2. Thu nhập không phải là tiền lương

2.4.4.3. Thu nhập từ cho Thuê nhà

2.4.5. Bảng kê Khoản hỗ trợ (nếu không có thu nhập được báo cáo)

2.4.6. Thông tin tài sản, bao gồm:

2.4.6.1. Bảng sao kê Ngân hàng

2.5. Tất cả bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ tài chính trước tiên phải được đánh giá về trình trạng hội đủ điều kiện theo các chương trình hỗ trợ công cộng hoặc QHP cụ thể cho tiểu bang cư trú của bệnh nhân.

2.5.1. Tại Massachusetts, các chương trình bao gồm, nhưng không chỉ gồm, MassHealth, chương trình thanh toán hỗ trợ phí bảo hiểm do Health Connector, Chương trình An sinh Y tế Trẻ em, Health Safety Net, và Medical Hardship.

2.5.2. Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận một tùy chọn bảo hiểm công phải tuân thủ quy trình đăng ký cho chương trình đó và bị từ chối trước khi yêu cầu các quyền lợi bổ sung theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện.

2.5.3. Quá trình sàng lọc và đăng ký bảo hiểm y tế công cộng do Cố vấn hoàn thành Đơn đăng ký được chứng nhận (CAC) hoàn thành tại bệnh viện. Đơn đăng ký có thể được hoàn thành và nộp dưới dạng bản in trên giấy, qua fax, hoặc trực tuyến thông qua hệ thống Thị trường Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (HIX).

2.6. Các CAC của Bệnh viện cũng có thể hỗ trợ bệnh nhân đăng ký Tình trạng Hội đủ Điều kiện Giả định để cấp cho bệnh nhân trong những trường hợp đặc biệt quyền tiếp cận ngay với các dịch vụ được đài thọ thông qua MassHealth hoặc Health Safety Net.

2.6.1. Quá trình xác định tình trạng hội đủ điều kiện được hoàn thành bởi CAC, trên cơ sở bệnh nhân tự chứng thực thông tin tài chính, sẽ xác định bệnh nhân đó đáp ứng định nghĩa của tiểu bang về Bệnh nhân có Thu nhập Thấp và do đó sẽ giúp bệnh nhân đủ điều kiện để được bảo hiểm theo MassHealth hoặc HSN.

2.6.2. Chỉ định Tình trạng Đủ điều kiện Giả định cung cấp một khoảng thời gian giới hạn của bảo hiểm đủ điều kiện, bắt đầu từ ngày mà CAC của bệnh viện đưa ra quyết định cho đến cuối tháng sau. Trong thời gian được giả định là đủ điều kiện, bệnh nhân được yêu cầu hoàn thành và nộp đơn đầy đủ cùng với các tài liệu xác minh được yêu cầu để đảm bảo được bảo hiểm liên tục.

2.7. Nếu một bệnh nhân được xác định là không đủ điều kiện cho một chương trình hỗ trợ công, QHP, HSN, hoặc Medical Hardship, thì bệnh nhân sẽ được đánh giá về tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện.

2.7.1. Thông qua việc tham gia Health Safety Net của Massachusetts, những bệnh nhân có thu nhập thấp, không có bảo hiểm và có bảo hiểm dưới mức nhận các dịch vụ tại Bệnh viện BMCHS có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, bao gồm chăm sóc miễn phí hoặc miễn phí một phần cho các dịch vụ đủ điều kiện của HSN. Chính sách của Bệnh viện là tất cả bệnh nhân nhận được hỗ trợ tài chính theo chính sách hỗ trợ tài chính của bệnh viện bao gồm các dịch vụ Health Safety Net như một phần của dịch vụ chăm sóc không cần chi trả được cung cấp cho những bệnh nhân có thu nhập thấp.

2.7.1.1. *Health Safety Net - Chính* - Cư dân Massachusetts không có bảo hiểm với thu nhập đã được xác minh từ 0 đến 300% Mức Chuẩn nghèo Liên bang có thể được xác định đủ điều kiện cho các Dịch vụ Đủ điều kiện của Health Safety Net.

2.7.1.1.1. Thời hạn đủ điều kiện và loại dịch vụ được đài thọ trong *HSN Chính* được giới hạn cho những bệnh nhân đủ điều kiện ghi danh vào Chương trình Thanh toán Hỗ trợ Phí bảo hiểm của Massachusetts do Health Connector vận hành.

2.7.1.1.2. Những bệnh nhân thuộc diện phải đáp ứng các yêu cầu của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Học sinh của Massachusetts không đủ điều kiện tham gia *HSN Chính*.

2.7.1.2. *Health Safety Net – Phụ* - Những bệnh nhân là cư dân Massachusetts có bảo hiểm y tế chính và thu nhập từ 0 đến 300% Mức Chuẩn nghèo Liên bang có thể được xác định là đủ điều kiện nhận các Dịch vụ Đủ điều kiện của Health Safety Net.

2.7.1.2.1. Thời hạn đủ điều kiện và loại dịch vụ trong HSN - Phụ được giới hạn cho những bệnh nhân đủ điều kiện ghi danh vào Chương trình Thanh toán Hỗ trợ Phí bảo hiểm do Health Connector vận hành.

2.7.1.3. *Health Safety Net - Khấu trừ Một phần* - Những bệnh nhân đủ điều kiện cho *HSN Chính* hoặc *HSN - Phụ* có thu nhập từ 150.1% đến 300% Mức Chuẩn nghèo Liên bang có thể được khấu trừ hàng năm nếu tất cả các thành viên của Nhóm Gia đình Được Lập hóa đơn Phí bảo hiểm có thu nhập trên 150.1% Mức Chuẩn nghèo Liên bang. Không có khoản khấu trừ cho bất kỳ thành viên nào của Nhóm Gia đình Được Lập hóa đơn Phí bảo hiểm nếu thu nhập trên 150.1% Mức Chuẩn nghèo Liên bang. Khoản khấu trừ hàng năm bằng với số tiền lớn hơn của:

2.7.1.3.1. chi phí thấp nhất Chương trình Thanh toán Hỗ trợ Phí bảo hiểm do Health Connector Vận hành, được điều chỉnh cho quy mô của Nhóm Gia đình Được Lập hóa đơn Phí bảo hiểm tương ứng với các tiêu chuẩn thu nhập Mức Chuẩn nghèo của Liên bang MassHealth, kể từ đầu năm dương lịch; hoặc

2.7.1.3.2. 40% khoản chênh lệch giữa Tổng thu nhập Hộ gia đình được Điều chỉnh MassHealth thấp nhất hoặc Thu nhập Có thể Tính được cho Gia đình tham gia Medical Hardship, như được mô tả trong 101 CMR 613.04(1), trong Nhóm Gia đình Được Lập hóa đơn Phí bảo hiểm của người nộp đơn và 200% Mức Chuẩn nghèo Liên bang.

2.7.1.4. *Health Safety Net - Medical Hardship* -Cư dân Massachusetts có mức thu nhập bất kỳ tham gia chương trình *Medical Hardship* thông qua Health Safety Net nếu những chi phí y tế được cho phép làm cạn kiệt nguồn thu nhập có thể tính được của họ khiến họ không thể thanh toán các dịch vụ y tế. Để hội đủ điều kiện tham gia Medical Hardship, chi phí y tế được phép của người nộp đơn phải vượt quá một tỷ lệ phần trăm cụ thể của thu nhập của người nộp đơn như sau:

2.7.1.4.1. Tỷ lệ Phần trăm Mức thu nhập của Thu nhập Có thể Tính được:

0 - 205%	Mức Chuẩn nghèo Liên bang 10%
205.1 - 305%	Mức Chuẩn nghèo Liên bang 15%
305.1 - 405%	Mức Chuẩn nghèo Liên bang 20%
405.1 - 605%	Mức Chuẩn nghèo Liên bang 30%
> 605.1%	Mức Chuẩn nghèo Liên bang 40%

2.7.1.4.2. Khoản đóng góp bắt buộc của người nộp đơn được tính bằng tỷ lệ phần trăm cụ thể của Thu nhập Có thể Tính được dựa trên Mức Chuẩn nghèo liên bang của Gia đình tham gia Medical Hardship, nhân với Thu nhập Có thể Tính được thực tế trừ đi các hóa đơn không đủ điều kiện để được thanh toán của Health Safety Net mà người nộp đơn sẽ vẫn chịu trách nhiệm chi trả.

2.7.2. Các cá nhân đáp ứng các yêu cầu về tính hội đủ điều kiện để đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính theo chương trình Health Safety Net được nêu trong II.E. của FAP có thể có hóa đơn hiện có cho các dịch vụ được cung cấp trước 10 ngày trước ngày đăng ký bảo hiểm Health Safety Net. Theo các quy định của Health Safety Net, một số dịch vụ chính và dịch vụ tự chọn sẽ không đủ điều kiện được bảo hiểm theo Health Safety Net trước khoảng thời gian 10 ngày và cá nhân vẫn phải chịu trách nhiệm chi trả số tiền hóa đơn đó. Tại thời điểm xác định tính hội đủ điều kiện của Health Safety Net, Bệnh viện BMCHS sẽ cung cấp bảo hiểm chăm sóc thiện nguyện 100% đối với các hóa đơn này cho các dịch vụ được cung cấp trước khoảng thời gian 10 ngày và sẽ không thu thêm tiền trên các hóa đơn này.

2.8. Bệnh nhân được xác định là không đủ điều kiện cho một chương trình hỗ trợ công, QHP, HSN, hoặc Medical Hardship sẽ được đánh giá về tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS. Thông tin thu thập được sẽ được sử dụng để xác định tính hội đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện.

2.8.1. Những bệnh nhân không có bảo hiểm được xác định đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện sẽ đủ điều kiện để được chiết khấu, áp dụng cho tổng chi phí có thể bao gồm tất cả hoặc một số hóa đơn y tế chưa thanh toán của họ. Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện sẽ không bao giờ bị tính phí nhiều hơn AGB. Tình trạng hội đủ điều kiện của bệnh nhân và mức chiết khấu áp dụng được xác định bằng cách sử dụng bảng trên Tài liệu Đính kèm C.

2.8.2. Những bệnh nhân không được bảo hiểm được xác định đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện đủ điều kiện nhận khoản chiết khấu áp dụng cho số dư tài khoản sau khi xử lý bảo hiểm. Tình trạng hội đủ điều kiện của bệnh nhân và mức chiết khấu áp dụng được xác định bằng cách sử dụng bảng trên Tài liệu Đính kèm C.

2.8.3. Tính hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá, trong mọi trường hợp được xét hỗ trợ tài chính, được xác định bằng cách sử dụng Hướng dẫn về Chuẩn nghèo Liên bang được công bố gần đây nhất (Xem Tài liệu Đính kèm C).

2.8.3.1. Giới hạn tài sản để đủ điều kiện không được vượt quá $3,000 đối với người nộp đơn và $3,000 đối với vợ/chồng của người nộp đơn nếu có.

2.8.3.2. Việc xác định tài sản sẽ không bao giờ bao gồm nơi cư trú chính hoặc phương tiện chính của bệnh nhân.

2.8.4. BMCHS cung cấp Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả cho hầu hết các dịch vụ dành cho bệnh nhân không có bảo hiểm.
Chiết khấu này áp dụng cho bệnh nhân thuộc mọi mức thu nhập, không yêu cầu chứng minh việc đáp ứng tiêu chuẩn về tài chính hoặc cần đơn đăng ký.

2.8.5. BMCHS sẽ không lập hóa đơn cho những bệnh nhân không có bảo hiểm đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính cho các Dịch Vụ Cấp Cứu, Dịch Vụ Khẩn Cấp hoặc chăm sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế khác nhiều hơn so với AGB áp dụng cho những bệnh nhân có bảo hiểm. Để tính AGB, BMCHS sử dụng phương pháp rà soát trong quá khứ, theo đó sử dụng dữ liệu từ các khoản thanh toán Medicaid, dựa trên năm tài khóa 12 tháng trước đó, để xác định tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được áp dụng cho các khoản phí. Tỷ lệ phần trăm AGB được BMCHS sử dụng và phương pháp xác định tỷ lệ này được Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân (PFC) và Sở cung cấp miễn phí. Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng cách gọi PFC theo số 617-414-5155 hoặc bằng cách gửi email tới DG-FinancialCounseling@bmc.org.

2.8.6. BMCHS không lập hóa đơn hoặc yêu cầu thanh toán tổng chi phí từ bất kỳ cá nhân nào đủ tiêu chuẩn theo FAP, hoặc người không có bảo hiểm sức khỏe nhưng không đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính.

2.9. Có thể Cân nhắc Cá nhân cho những bệnh nhân chứng minh được các tình huống tài chính đặc biệt và việc chiết khấu có thể được mở rộng theo từng trường hợp, phù hợp với Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của BMCHS và ngoài các quy định khác được nêu trong FAP, để ghi nhận những trường hợp khó khăn tài chính đặc biệt.

3. **Phương pháp Nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính**

3.1. Bệnh nhân có thể yêu cầu và nộp đơn xin hỗ trợ tài chính:

3.1.1. Bằng cách tới văn phòng Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân tại:

- BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62 Boston, MA 02118
- BMC Brighton - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
- BMC South - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

3.1.2. Bằng cách gọi cho Ban Cố vấn Tài chính để được sàng lọc qua điện thoại hoặc đặt lịch hẹn với Cố vấn Tài chính, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

- BMC: 617-414-5155
- BMC Brighton: 617-779-6406
- BMC South: 508-427-3538

3.1.3. Bằng cách gửi thư yêu cầu cung cấp thông tin FAP, bao gồm các bản sao của Biểu mẫu Sàng lọc Hỗ trợ Tài chính và đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS sẽ được hoàn thành và gửi qua đường bưu điện để xử lý.

3.1.3.1. Đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS và FAP có sẵn tại https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance, và có thể được in, điền và gửi lại trực tiếp hoặc qua đường bưu điện để xử lý.

3.1.3.2. Nếu nộp đơn qua đường bưu điện, bệnh nhân nên gửi Đơn đăng ký, Mẫu Sàng lọc Hỗ trợ Tài chính và các bản sao của các tài liệu được yêu cầu tới:

- Boston Medical Center
  Attention: Patient Financial Counseling
  Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
  Boston, MA 02118

3.2 Xác định tư cách hội đủ điều kiện

3.2.1 Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân tại BMCHS chịu trách nhiệm xác định tình trạng hội đủ điều kiện dựa trên tài liệu mà bệnh nhân cung cấp cho quy trình đăng ký. Bệnh nhân có thể liên hệ với ban Hỗ trợ Tài chính nếu có thắc mắc về việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện bằng cách gọi (617) 414-5155.

3.2.2 Sau khi đơn đăng ký hoàn chỉnh được tiếp nhận và xử lý, việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện sẽ được thực hiện và người nộp đơn sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định.

3.2.3 Thông báo về Yêu cầu Thông tin Bổ sung hoặc Từ chối:

3.2.3.1 Hỗ trợ tài chính sẽ không bị từ chối chỉ vì lý do bệnh nhân nộp đơn đăng ký không đầy đủ ban đầu. Các loại tài liệu phổ biến nhất được yêu cầu để đăng ký được tham chiếu trong phần II.D của chính sách này và được nêu trong tài liệu tóm tắt BMCHS đính kèm (Tài liệu Đính kèm B).

3.2.3.2 Nếu cần thêm tài liệu để đưa ra quyết định, thì bệnh nhân sẽ được thông báo qua dịch vụ USPS với yêu cầu trả lại tài liệu xác minh trong vòng 30 ngày kể từ ngày thông báo.

3.2.3.3 Nếu bệnh nhân không cung cấp thêm tài liệu, thì đơn xin hỗ trợ tài chính có thể bị từ chối và bệnh nhân sẽ được lập hóa đơn theo Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của BMCHS.

3.2.3.3.1 Những bệnh nhân không có bảo hiểm được coi là không đủ điều kiện hoặc bị từ chối tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính sẽ nhận được Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả nếu thích hợp.

3.2.3.3.2 Những bệnh nhân được bảo hiểm dưới mức bị coi là không đủ điều kiện hoặc bị từ chối tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả số dư tài khoản còn lại sau khi áp dụng bảo hiểm.

3.2.3.3.3 BMCHS sẽ thực hiện nỗ lực hợp lý để truy thu số dư tài khoản còn nợ.

i. Bệnh nhân sẽ nhận được tối thiểu bốn bản sao kê trong khoảng thời gian 120 ngày trước khi tài khoản được xem xét chỉ định nợ xấu.

ii. Các nỗ lực truy thu khác bao gồm các cuộc gọi điện thoại, thư truy thu, thông báo liên hệ cá nhân, thông báo trên máy tính hoặc bất kỳ phương thức thông báo nào khác cấu thành nỗ lực thực sự để liên hệ với bên chịu trách nhiệm chi trả số dư.

iii. BMCHS ký hợp đồng với một đại lý thu hồi nợ bên ngoài để hỗ trợ truy thu một số tài khoản nhất định, bao gồm cả những khoản do bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả một số khoản tiền chưa được giải quyết sau khi phát hành hóa đơn Bệnh viện hoặc thông báo cuối cùng. Tuy nhiên, BMCHS không tham gia vào Biện pháp Truy thu Đặc biệt, (ECA), để nhận thanh toán cho các số dư tài khoản quá hạn.

3.2.3.3.4 Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của BMCHS có sẵn trên trang web của bệnh viện tại https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

3.2.4 Thông báo Phê duyệt

3.2.4.1 Những bệnh nhân được phê duyệt, không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức sẽ được chiết khấu theo quy định trong FAP, (Xem Tài liệu Đính kèm C để biết tóm tắt về tiêu chí hội đủ điều kiện và chiết khấu áp dụng).

3.2.4.2 BMCHS sẽ liên lạc với bệnh nhân qua thư USPS để thông báo về việc chấp thuận chương trình hỗ trợ tài chính. Thông báo này sẽ bao gồm các bước mà bệnh nhân có thể thực hiện để lấy thông tin về cách xác định trách nhiệm đối với bệnh nhân của họ, nếu có, cũng như thông tin xác nhận rằng số dư đến hạn không nhiều hơn Số tiền Thường được Lập hóa đơn.

3.2.4.3 Nếu bệnh nhân đã thiết lập kế hoạch thanh toán hoặc thực hiện thanh toán trên tài khoản của họ và sau đó được chấp thuận cho Chương trình Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS, thì bất kỳ khoản thanh toán nào vượt quá số tiền đồng thanh toán của chương trình thiện nguyện sẽ được áp dụng cho các tài khoản chưa thanh toán khác hoặc được hoàn lại cho bệnh nhân nếu không có các khoản nợ tồn đọng khác.

3.2.5 Nghĩa vụ của Bệnh nhân

3.2.5.1 Bệnh nhân phải tham gia vào quá trình sàng lọc hỗ trợ tài chính và đồng ý nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế hiện có nếu được cho là có khả năng đủ điều kiện tham gia một chương trình hỗ trợ công, của tiểu bang hoặc Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn.

3.2.5.2 BMCHS có quyền yêu cầu xác minh đơn đăng ký bị từ chối cho một chương trình bảo hiểm y tế hiện có trước khi bệnh nhân có thể được xem xét hỗ trợ tài chính theo Chương trình Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS.

3.2.5.3 Bệnh nhân được yêu cầu nộp đơn đăng ký Chương trình Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS đã hoàn chỉnh và có chữ ký, đồng thời cung cấp tài liệu để xác minh thu nhập, tài sản và tình trạng cư trú cần thiết để đăng ký tham gia bảo hiểm y tế hoặc đăng ký hỗ trợ theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS. (Xem Tài liệu Đính kèm D về Đơn đăng ký Chương trình Thiện nguyện).

3.2.5.4 Bệnh nhân phải tiết lộ đầy đủ về bất kỳ bảo hiểm Bồi thường cho Người lao động, Phương tiện Cơ giới hoặc Trách nhiệm của Bên thứ Ba và hợp tác với các yêu cầu để người trả tiền xử lý các yêu cầu thanh toán.

3.2.5.5 Bệnh nhân có nghĩa vụ cung cấp cho văn phòng Cố vấn Tài chính của Bệnh viện các thông tin cập nhật kịp thời về những thay đổi trong địa chỉ, việc làm hoặc tình trạng bảo hiểm theo yêu cầu của các chương trình hỗ trợ tài chính.

3.2.5.6 Bệnh nhân phải đồng ý thanh toán số dư tài khoản sau khi áp dụng bảo hiểm, không đủ điều kiện để được chiết khấu theo FAP, chẳng hạn như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ.

3.2.6 Nghĩa vụ của BMCHS

3.2.6.1 BMCHS sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thu thập tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và thông tin tài chính cần thiết để xác định trách nhiệm thanh toán tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nội trú hoặc ngoại trú trong quá trình đăng ký trước của bệnh nhân, vào ngày thực hiện dịch vụ, khi bệnh nhân nhập viện, khi xuất viện, hoặc trong một thời gian hợp lý sau khi xuất viện. Những nỗ lực hợp lý bao gồm:

3.2.6.1.1 Yêu cầu thẻ bảo hiểm của bệnh nhân

3.2.6.1.2 Xác minh bảo hiểm trong hệ thống hội đủ điều kiện của Bệnh viện

3.2.6.1.3 Kiểm tra bảo hiểm thông qua quyền truy cập vào cơ sở dữ liệu bảo hiểm công hoặc tư nhân

3.2.6.1.4 Lấy thông tin của bên thanh toán thứ ba.

3.2.6.2 BMCHS sẽ cố gắng điều tra bất kỳ bên thanh toán thứ ba nào có thể chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp, bao gồm nhưng không chỉ gồm:

3.2.6.2.1 Hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm xe hơi hay bảo hiểm trách nhiệm nhà

3.2.6.2.2 Các hợp đồng bảo hiểm tai nạn

3.2.6.2.3 Các chương trình Bồi thường cho Người lao động

3.2.6.2.4 Các hợp đồng bảo hiểm học sinh

3.2.6.3 Nếu bệnh nhân hoặc người bảo lãnh/người giám hộ không thể cung cấp thông tin cần thiết và bệnh nhân đồng ý, thì BMCHS có thể cố gắng liên hệ với người thân, bạn bè, người bảo lãnh/người giám hộ và/hoặc các bên thứ ba thích hợp khác để biết thêm thông tin.

4. Thông báo về Sự sẵn có của Hỗ trợ Tài chính

4.1. BMCHS sử dụng các biện pháp sau để công bố rộng rãi Chính sách Hỗ trợ Tài chính của mình:

4.1.1. Thông báo cho bệnh nhân về Chương trình Thiện nguyện của Bệnh viện BMCHS và cung cấp bản sao Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản, (PLS), tại thời điểm đăng ký như một phần của quy trình tiếp nhận tiêu chuẩn.

4.1.2. Lập các bảng hiệu về việc cung cấp các chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm cách thức và nơi đăng ký, được đăng nổi bật tại các địa điểm tiếp cận bệnh nhân trên khắp các Bệnh viện BMCHS:

4.1.2.1. Tại các phòng ban và/hoặc khu vực chờ, nơi cung cấp các dịch vụ nội trú, ngoại trú, phòng khám và cấp cứu.

4.1.2.2. Tại Văn phòng Cố vấn Tài chính Bệnh nhân

4.1.2.3. Tại các khu vực tiếp nhận và đăng ký bệnh nhân trung tâm

4.1.3. Tạo các bản sao có sẵn của hợp đồng, biểu mẫu sàng lọc, đơn đăng ký và Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản:

4.1.3.1. Theo yêu cầu của bệnh nhân, trực tiếp, qua điện thoại, hoặc qua đường bưu điện.

4.1.3.2. Trên trang web của Bệnh viện, khi cần xem hoặc tải về tại https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

4.1.3.3. Tại các địa điểm tiếp cận bệnh nhân trên khắp BMCHS

4.1.4. Cung cấp thông báo chung về sự sẵn có của chương trình hỗ trợ tài chính trong bảng kê hóa đơn của bệnh nhân.

4.2. Tất cả các thông báo đã đăng và tài liệu bằng văn bản liên quan đến FAP, bao gồm biểu mẫu sàng lọc, đơn đăng ký, PLS và tài liệu giáo dục, đều được dịch sang các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, nếu ngôn ngữ đó được sử dụng bởi 5% dân số trở lên cư trú trong khu vực dịch vụ của Bệnh viện BMCHS. Hiện tại, tất cả các bảng hiệu và tài liệu viết đều được dịch sang các ngôn ngữ sau:

i. Tiếng Anh
ii. Tiếng Tây Ban Nha
iii. Tiếng Nga
iv. Tiếng Creole Haiti
v. Tiếng Bồ Đào Nha
vi. Tiếng Việt
vii. Tiếng Cape Verdean
viii. Tiếng Albani
ix. Tiếng Ả Rập
x. Tiếng Trung

5. Các biện pháp Lập hóa đơn và Truy thu tại Bệnh viện

5.1. BMCHS có nghĩa vụ ủy thác để yêu cầu khoản bồi hoàn, cho việc cung cấp các dịch vụ từ những cá nhân có thể thanh toán, từ các công ty bảo hiểm bên thứ ba chi trả chi phí chăm sóc và từ các chương trình hỗ trợ khác mà bệnh nhân đủ điều kiện.

5.2. Như đã nêu trong Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ, BMCHS tuân theo các quy trình lập hóa đơn và truy thu hợp lý:

5.2.1. Mỗi bảng kê hóa đơn mà bệnh nhân nhận được là một nỗ lực để truy thu số dư đến hạn. Mỗi bảng kê sẽ bao gồm thông tin để thông báo cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm cách yêu cầu và đăng ký hỗ trợ;

5.2.2. BMCHS sẽ ghi lại hoạt động truy thu liên tục bao gồm tối thiểu bốn, (4), bản sao kê của bệnh nhân trong khoảng thời gian 120 ngày trước khi tài khoản được xem xét chỉ định nợ xấu.

5.2.3. Trong thông báo cuối cùng, bệnh nhân hoặc người bảo lãnh sẽ được thông báo rằng tài khoản có thể được chuyển cho cơ quan truy thu bên ngoài và được thông báo về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính.

5.2.4. BMCHS sẽ ghi lại tất cả các nỗ lực thay thế được thực hiện để xác định một bên chịu trách nhiệm chi trả số dư tài khoản hoặc để có được địa chỉ chính xác trên bảng sao kê hóa đơn do dịch vụ bưu điện trả lại là "địa chỉ không chính xác" hoặc "không thể gửi được."

5.2.5. BMCHS sẽ ghi lại và duy trì dữ liệu liên quan đến các hoạt động thanh toán hoặctruy thu liên tục được thực hiện nhằm mục đích đánh giá kiểm toán của cơ quan liên bang và/hoặc tiểu bang đối với báo cáo chi phí năm tài chính mà hóa đơn hoặc tài khoản được báo cáo.

5.2.6. BMCHS sẽ không theo đuổi hành động lập hóa đơn hoặc truy thu liên tục đối với số dư tài khoản bệnh viện dưới $25.00 vì đây là khoản chi phí quá cao. Tuy nhiên, BUMG và BMCAP sẽ tiếp tục thực hiện nỗ lực lập hóa đơn và truy thu đối với số dư tài khoản lớn hơn $5 cho việc cung cấp các dịch vụ bác sĩ.

5.3. Những bệnh nhân được xác định là không đủ điều kiện nhận các chương trình hỗ trợ tài chính nhưng có thể chứng minh được khó khăn về tài chính do các trường hợp bất thường hoặc không lường trước được khuyến khích gửi tình hình của họ cho Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân để Cân nhắc Cá nhân. BMCHS, theo Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của mình, có thể tùy ý áp dụng và mở rộng các khoản chiết khấu ngoài các quy định khác trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính trên cơ sở từng trường hợp cụ thể để ghi nhận các trường hợp khó khăn tài chính đặc biệt.

5.4. Quý vị có thể xem Chính sách Tín dụng và Thu hồi nợ của BMCHS trên trang web của bệnh viện tại https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance.

Trách nhiệm:
Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân

Tài liệu Đính kèm:
Tài liệu Đính kèm A – Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản của BMCHS
Tài liệu Đính kèm B – Tóm tắt Các Tài liệu Xác minh Được chấp nhận của FAP
Tài liệu Đính kèm C – Hướng dẫn về Tư cách đủ điều kiện và Khoản chiết khấu của Chương trình Thiện nguyện
Tài liệu Đính kèm D – Đơn đăng ký Chương trình Thiện nguyện của BMCHS
Tài liệu Đính kèm E – Danh sách các Nhà cung cấp Liên kết của BMCHS

Các Chính sách Liên quan Khác:
09.11.000 Điều trị và Chuyển Bệnh nhân Cấp cứu
08.26.000 Tín dụng và Thu hồi nợ

Người khởi tạo:
Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân

Các Phòng ban Đóng góp:
Chu kỳ Doanh thu
- Ban Cố vấn Tài chính Bệnh nhân
- Dịch vụ Tiếp cận Bệnh nhân
- Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân và Chiến lược Chu kỳ Doanh thu
- Tính toàn vẹn về Doanh thu và Lập hóa đơn Chuyên nghiệp

Hệ thống Bồi hoàn và Thanh toán
Pháp lý & Tuân thủ

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Boston Medical Center Health System

Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của BMCHS: **Bản Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản**

Boston Medical Center Health System cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cho tất cả bệnh nhân, bất kể chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, quốc gia xuất xứ, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, bản dạng hoặc biểu hiện giới tính, hoặc khả năng chi trả. BMCHS cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức, những người có nhu cầu và không có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe. BMCHS sẽ làm việc với bệnh nhân để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và giúp họ đăng ký bảo hiểm theo Medicaid hoặc các chương trình khác của tiểu bang, các chương trình bảo hiểm y tế đủ tiêu chuẩn của liên bang hoặc Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của bệnh viện. Những bệnh nhân đủ điều kiện cho Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền thường được lập hóa đơn cho những người có bảo hiểm cho các dịch vụ khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác.

Những ai đủ điều kiện tham gia chương trình này?
Những bệnh nhân có thu nhập thấp, không có bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức cần được chăm sóc cần thiết về mặt y tế và không có khả năng chi trả cho các dịch vụ có thể nộp đơn đăng ký các chương trình hỗ trợ tài chính. Tính hội đủ điều kiện để tham gia chương trình dựa trên các hướng dẫn bao gồm thu nhập hộ gia đình của một cá nhân, quy mô gia đình, nhu cầu y tế và trạng thái cư trú. Cách bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính sẽ xác định loại chương trình mà họ đủ điều kiện tham gia. Một số bệnh nhân sẽ đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình không yêu cầu họ thanh toán cho các dịch vụ, trong khi những chương trình khác có thể yêu cầu bệnh nhân đủ điều kiện thanh toán một phần chi phí. Ngoài ra, các cư dân tại Massachusetts có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế cho Người Có Hoàn Cảnh Khó Khăn (Medical Hardship), một chương trình có sẵn thông qua Health Safety Net của tiểu bang. Bất kể quy mô hộ gia đình và thu nhập, một người có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medical Hardship nếu chi phí y tế cho phép của họ lớn hơn một tỷ lệ phần trăm thu nhập hộ gia đình được quy định. Những bệnh nhân được xác định là không đủ điều kiện để được bảo hiểm theo các chương trình hỗ trợ tài chính của tiểu bang hoặc liên bang sẽ được đánh giá tình trạng hội đủ điều kiện theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của bệnh viện.

Cách Đăng ký:
Thông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và đơn đăng ký của BMCHS, có sẵn như sau:

- Liên hệ với Ban Cố Vấn Tài Chính Bệnh Nhân theo số (617) 414-5155 hoặc đến một trong các địa chỉ văn phòng dưới đây, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều:
  - BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC - Khu vực Phía Nam: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Truy cập trang web của bệnh viện tại https://www.bmchealthsysterr.org/patient-financial-assistance
- Gửi văn bản yêu cầu cung cấp thông tin chương trình và hướng dẫn nộp đơn đăng ký qua đường bưu điện tới:
  Boston Medical Center
  Attention: Patient Financial Counseling Office
  850 Harrison Ave
  Boston, MA 02118

Thông tin có sẵn cho tất cả các bệnh nhân bằng tiếng Anh. Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Creole Haiti, Tiếng Nga, Tiếng Bồ Đào Nha, Tiếng Việt, Tiếng Cape Verdean, Tiếng Ả Rập, Tiếng Albani, Tiếng Albania. Quý vị có thể được hỗ trợ để hoàn thành đơn đăng ký bằng các ngôn ngữ khác thông qua các dịch vụ thông dịch của MassHealth theo số 1-800-841-2900 hoặc gọi cho Ban Cố Vấn Tài Chính Bệnh Nhân theo số 617-4-617 hoặc tới một trong các văn phòng.

V.2_8/2026

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Boston Medical Center Health System

BMCHS sẽ giúp cho các cư dân Massachusetts không có bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức làm đơn xin bảo hiểm y tế qua các chương trình hỗ trợ của chính phủ (bao gồm MassHealth, chương trình hỗ trợ đóng phí bảo hiểm do Health Connector điều hành, Chương Trình Bảo Đảm Y Tế cho Trẻ Em, Health Safety Net và Medical Hardship) hoặc Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện của BMCHS. Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Chăm Sóc Thiện Nguyện của BMCHS cũng như những hướng dẫn có sẵn cho tất cả bệnh nhân bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Creole Haiti, tiếng Nga, tiếng Bồ Đào Nha. Tiếng Việt, tiếng Cape Verdean, tiếng Ả Rập, tiếng Albani và tiếng Trung. Quý vị có thể được hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký bằng ngôn ngữ khác thông qua dịch vụ thông dịch của MassHealth theo số **1.800.841.2900** hoặc liên hệ với Văn phòng Cố vấn Tài chính của BMC theo số **617.414.5155** hoặc trực tiếp tới văn phòng Cố vấn Tài chính, từ Thứ Hai đến Thứ Sau, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều tại địa chỉ

- BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston. MA. 02118
- BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton. MA 02135
- BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton. MA 02301

Các nhân viên của bệnh viện sẽ giúp cho từng người đăng ký tham gia các chương trình thích hợp. Dưới đây là danh sách các tài liệu có thể được chấp nhận:

- **Bằng chứng Thu nhập Hộ gia đình -** Bắt buộc đối với mọi thành viên gia đình là người lớn đang đi làm. Tài liệu hợp lệ bao gồm:
  - Hai phiếu lương gần đây
  - Thư Xác nhận An sinh Xã hội
  - Tờ khai thuế thu nhập và biểu mẫu schedule C (chỉ khi tự kinh doanh)
  - Trợ cấp Thất nghiệp

- **Giấy tờ Căn cước Có ảnh -** Bắt buộc đối với mọi thành viên là người lớn trong gia đình. Giấy tờ tùy thân hợp lệ bao gồm:
  - Bằng lái xe, thẻ căn cước có hình do chính phủ cấp,
  - Bản đăng ký hoặc thẻ quân nhân
  - ID Học sinh
  - Bản chụp Hộ chiếu

  (Hỏi về các hình thức ID khác nếu không có loại nào ở trên)

- **Xác minh Tư cách Công dân -** Bắt buộc để xác minh tư cách công dân Hoa Kỳ. Các tài liệu được MassHealth chấp nhận bao gồm:
  - Giấy Khai sinh
  - Hộ chiếu
  - Hồ sơ Bệnh viện đã Được chứng nhận

- **Bằng chứng về Tình trạng Nhập cư -** Những người không phải công dân nộp đơn xin hỗ trợ y tế ngoài MassHealth Limited được yêu cầu cung cấp tài liệu để xác minh tình trạng nhập cư, chẳng hạn như:
  - Thẻ Thường trú nhân hợp pháp
  - Chứng nhận nhập tịch

- **Thông tin Tài sản -** Những người từ 65 tuổi trở lên phải cung cấp giấy tờ để xác minh tài sản, bao gồm nhưng không chỉ gồm những giấy tờ sau đây:
  - Sao kê tài khoản ngân hàng (Tài khoản Thanh toán và Tài khoản Tiết kiệm)
  - Bảo hiểm Nhân thọ
  - Giá trị tài sản sở hữu
  - Giá trị của phương tiện

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Hướng Dẫn về Chuẩn Nghèo Liên Bang và Giảm Giá Chương Trình Chăm Sóc Thiện Nguyện của BMCHS

Hướng Dẫn về Mức Nghèo Liên Bang (FPG) - Do chính phủ Hoa Kỳ xác định và công bố hàng năm trong Sổ đăng ký liên bang. FPG dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của gia đình và được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bệnh nhân theo các chương trình Medicaid của tiểu bang và Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Bệnh viện BMCHS. Các tiêu chuẩn này áp dụng cho năm tài khóa FY26 và có tại [httpa://www.mass.go-masshealth FPL Hàng Năm]

Tiêu Chuẩn Thu Nhập MassHealth năm 2026 và Hướng dẫn về Mức nghèo Liên bang, Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 3 năm 2026

Quy mô Gia đình	Tiêu Chuẩn Thu Nhập MassHealth		100% Mức Nghèo Liên Bang		133% Mức Nghèo Liên Bang		150% Mức Nghèo Liên Bang		190% Mức Nghèo Liên Bang	
	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm
1	$522	$6,264	$1,330	$15,960	$1,769	$21,228	$1,995	$23,940	$2,527	$30,324
2	$650	$7,800	$1,804	$21,648	$2,399	$28,788	$2,705	$32,460	$3,427	$41,124
3	$775	$9,300	$2,277	$27,324	$3,028	$36,336	$3,415	$40,980		
4	$891	$10,692	$2,750	$33,000	$3,658	$43,896	$4,125	$49,500		
5	$1,016	$12,192	$3,224	$38,688	$4,288	$51,456	$4,835	$58,020		
6	$1,141	$13,692	$3,697	$44,364	$4,917	$59,004	$5,545	$66,540		
7	$1,266	$15,192	$4,170	$50,040	$5,547	$66,564	$6,255	$75,060		
8	$1,383	$16,596	$4,644	$55,728	$6,176	$74,112	$6,965	$83,580		
Với mỗi người bổ sung, thêm	$133	$1,596	$474	$5,688	$630	$7,560	$710	$8,520		

Những số liệu này được làm tròn và có thể không phản ánh các con số được sử dụng khi xác định chương trình. Tiêu Chuẩn Thu Nhập Tổ Chức là $72.80.

Quy mô Gia đình	200% Mức Nghèo Liên Bang		225% Mức Nghèo Liên Bang		250% Mức Nghèo Liên Bang		300% Mức Nghèo Liên Bang		400% Mức Nghèo Liên Bang	
	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm
1	$2,660	$31,920	$2,6993	$35,mA1709160	$3,325	$39,90%	$3,990	$47,880	$5,320	$63,840
2	$3,607	$43,284	$4,058	$48,696	$4,509	$54,108	$5,410	$64,920	$7,214	$86,568
3	$4,554	$54,648			$5,692	$68,304	$6,830	$81,960	$9,107	$109,284
4	$5,500	$66,000			$6,875	$82,500	$8,250	$99,000	$11,000	$132,000
5	$6,447	$77,364			$8,059	$96,708	$9,670	$116,040	$12,894	$154,728
6	$7,3842	$88,728			$9,242	$110,904	$11,090	$133,080	$14,787	$177,444
7	$8,340	$100,080			$10,425	$125,100	$12,510	$150,120	$16,680	$200,160
8	$9,287	$111,444			$11,609	$139,308	$13,930	$167,160	$18,574	$222,888
Với mỗi người bổ sung, thêm	$947	$11,364			$1,184	$14,208	$1,420	$17,040	$1,894	$22,728

Những số liệu này được làm tròn và có thể không phản ánh các con số được sử dụng khi xác định chương trình. Tiêu Chuẩn Thu Nhập Tổ Chức là $72.80.

DG-FPL_2026-03

Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện - Chương trình hỗ trợ tài chính của Bệnh viện BMCHS cung cấp mức chiết khấu theo tỷ lệ phần trăm trên số dư tài khoản của bệnh nhân dựa trên mức độ hội đủ điều kiện của bệnh nhân theo quy định trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện.

Chương Trình Chăm Sóc Thiện Nguyện - Hướng Dẫn về Tư Cách Đủ Điều Kiện & Chiết Khấu			
Loại bệnh nhân	**Chăm Sóc Miễn Phí 0 - 150% FPLG**	**Chăm Sóc Giảm Bớt Chi Phí 151% - 300% FPLG**	**Khoản Chiết khấu cho Bệnh nhân Tự trả > 300% FPG**
Không có Bảo hiểm	Chiết khấu 100% tổng các khoản phí	Chiết khấu 90% tổng các khoản phí	Chiết khấu 45%
Bảo hiểm Dưới mức	Chiết khấu 100% số dư sau bảo hiểm	Chiết khấu 90% số dư sau bảo hiểm	Không đủ Điều kiện Bệnh nhân chịu trách nhiệm chi trả số dư sau khi áp dụng bảo hiểm
• **Giới hạn Tài sản - không được vượt quá $3,000 đối với người nộp đơn và $3,000 cho mỗi thành viên trong gia đình** • **Xác định tài sản bao gồm Sao kê Ngân hàng (Tài khoản Thanh toán và/hoặc Tài khoản Tiết kiệm)**			

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Đơn Đăng Ký Chương Trình Chăm Sóc Thiện Nguyện của Boston Medical Center Health System

Tên Bệnh nhân _____ Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày sinh _____

Tên Phụ huynh/Người giám hộ (nếu bệnh nhân là trẻ em) _____ Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ Nhà	**Địa chỉ gửi thư** ____**Đánh dấu nếu Trùng Với Địa Chỉ Nhà**
Đường phố _____ Số Căn hộ hoặc Số Nhà	Đường phố _____ Số Căn hộ hoặc Số Nhà
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP	Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP

Tình trạng Hôn nhân: ☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Ly hôn ☐ Góa **Quý vị có đi làm không?** ☐ Không ☐ Có **Nếu có thì bao lâu?** _____

Tên Chủ lao động: _____ **Chủ lao động có cung cấp bảo hiểm sức khỏe không?** ☐ Không ☐ Có

Hoàn thành bảng cho THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH dưới đây. Cung cấp tên và thông tin thu nhập của tất cả những người sống trong nhà của quý vị. Sử dụng các mã thu nhập được cung cấp để xác định loại thu nhập của từng người.

THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP CỦA HỘ GIA ĐÌNH							
Loại Thu nhập và Mã Thu nhập							
Thu nhập Từ Tiền lương	EI	Thu Nhập An Sinh Bổ Sung	SSI	Hội Cựu chiến binh	VA	Cấp dưỡng Nuôi con	CS
Thu nhập từ việc Tự Kinh doanh	SE	Thu nhập An sinh Xã hội cho Người khuyết tật	SSDI	Bồi thường cho Người lao động	WC	Cấp dưỡng cho Vợ/Chồng cũ	SS
Hưu trí An sinh Xã hội	SSR	Trợ cấp Thất nghiệp	UC	Lương hưu hoặc Niên kim	PA	Thu nhập từ tiền cho thuê nhà	RI

TÀI SẢN - Thông tin Ngân hàng

Tên	**Mối quan hệ với Người nộp đơn**	**Ngày sinh**	**Độ tuổi**	**Loại Thu nhập theo Mã**	**Số tiền Thu nhập (Yr./Mo./Wk.)**
	Tự kinh doanh				$
					$
					$
					$
					$
					$
Nếu quý vị cần thêm khoảng trống để ghi tất cả các thành viên trong gia đình, vui lòng sử dụng mặt sau của biểu mẫu.					

Tài khoản Thanh toán: ☐ Không ☐ Có Tên Ngân hàng: _____ Số dư: _____

Tài khoản Tiết kiệm: ☐ Không ☐ Có Tên Ngân hàng: _____ Số dư: _____

Thị trường Tiền tệ: ☐ Không ☐ Có Tên Ngân hàng: _____ Số dư: _____

TÀI SẢN – Thông tin về Nhà ở và Bất động sản

Sở hữu bất động sản khác? ☐ Không ☐ Có Khoản thế chấp: $_____/tháng Cho thuê? ☐ Không ☐ Có $_____ /tháng

Sở hữu xe? ☐ Không ☐ Có Giá trị ước tính: $_____ Sở hữu xe? ☐ Không ☐ Có Có bao nhiêu xe? ____

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý với các tuyên bố sau:

- Theo hình phạt về tội khai man, tôi cam đoan rằng các câu trả lời tôi đã cung cấp là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ cung cấp tất cả các tài liệu xác minh cần thiết để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của tôi đối với Chương Trình Thiện Nguyện của BMCHS.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ tiêu chuẩn tham gia Chương trình Thiện nguyện, cá nhân tôi sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả các khoản phí liên quan đến các dịch vụ do BMCHS cung cấp, hoặc tôi có thể khiếu nại quyết định từ chối bằng văn bản kèm theo tài liệu bổ sung.

Chữ ký của Bệnh nhân (hoặc) Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký Vợ/Chồng của Bệnh nhân: _____ Ngày: _____

V.2_5/2026

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Danh Sách Nhà Cung Cấp Liên Kết với Boston Medical Center Health System

Bệnh Viện	Khoa/Nhóm/ Phòng Khám	Lưu ý	Tuân thủ Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính (FAP) của Boston Medical Center	Hội Đủ Điều Kiện Health Safety Net
Boston Medical Center	Boston University Medical Group (BUMG)	Bao gồm các Khoa/Lĩnh Vực Dịch Vụ sau: • Khoa Cấp Cứu • Gây Mê • Chăm Sóc Chính • Chuyên Gia Hồi Sức Tích Cực • Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh • Chẩn Đoán Hình Ảnh • Phẫu Thuật Tạo Hình • Chuyên Khoa Y Học • Sản Phụ Khoa (OBGYN) • Hồi Sức Sơ Sinh (NICU) • Nhi Khoa • Tâm Thần	Có	Có
	Codman Square Health Center		Có	Có
	East Boston Neighborhood Health Center		Có	Có
	South Boston Community Health Center		Có	Có
	Dathouse Health		Có	Có
Boston Medical Center - Brighton	Các Bác Sĩ Liên Kết với Boston Medical Center (BMCAP)	Bao gồm các Khoa/Lĩnh Vực Dịch Vụ sau: • Khoa Cấp Cứu • Gây Mê • Chăm Sóc Chính • Chẩn Đoán Hình Ảnh • Hồi Sức Sơ Sinh (NICU) • Sản Phụ Khoa (OBGYN) • Phẫu Thuật Tạo Hình • Chuyên Khoa Y Học • Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh • Tâm Thần	Có	Có
Boston Medical Center - Khu Vực Phía Nam	Các Bác Sĩ Liên Kết với Boston Medical Center (BMCAP)	• Khoa Cấp Cứu • Gây Mê • Chẩn Đoán Hình Ảnh • Chăm Sóc Chính • Sản Phụ Khoa (OBGYN) • Phẫu Thuật Tạo Hình • Chuyên Khoa Y Học • Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh • Tâm Thần	Có	Có

V2_5/2026