

Mục lục

I. Mục đích	2
A. Tổng quan	2
B. Phạm vi	2
II. Các Định nghĩa	2
III. Chính sách Hỗ trợ Tài chính	5
A. Tổng quan	5
B. Tình trạng Hội đủ Điều kiện của Bệnh nhân	5
1. Tổng quát	5
2. Tiêu chuẩn về Tài chính	5
3. Trách nhiệm của Bệnh nhân	6
C. Dịch vụ Đủ điều kiện Nhận Hỗ trợ Tài chính	7
1. Khẩn cấp/Cấp cứu	7
2. Các Dịch vụ Tự chọn tại các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các Tổ chức Bác sĩ	7
3. Dịch vụ tự chọn tại Bệnh viện Sau Cấp tính và McLean Hospital	8
4. Các Dịch vụ bị Loại trừ	8
D. Giảm giá Hỗ trợ Tài chính	9
1. Số tiền Thường được Lập hóa đơn	9
2. Tỷ lệ Chiếu khấu Hỗ trợ Tài chính	10
E. Quy trình Nộp đơn Đăng ký	11
F. Mối quan hệ giữa Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Health Safety Net (HSN)	12
1. Tổng quan về Health Safety Net	12
2. Health Safety Net Toàn phần và Một phần	12
3. HSN Medical Hardship (Khó khăn Y tế) & HSN Bảo mật	13
IV. Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm	13
A. Tổng quan	13
B. Giảm giá và Loại trừ cho Bệnh nhân Không có bảo hiểm	14
1. Các khoản giảm giá sẵn có	14
2. Các trường hợp loại trừ	14
V. Cân nhắc Cá nhân	15
VI. Tư vấn Tài chính	15
A. Dịch vụ Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân	15
VII. Công bố và Phổ biến Chính sách Hỗ trợ Tài chính	16
Phụ lục A: Các Tổ chức Liên kết của Mass General Brigham	17
Phụ lục B: Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính	18

I. Mục đích

A. Tổng quan

Các tổ chức thuộc Mass General Brigham (MGB) là các tổ chức được miễn thuế, có nhiệm vụ cơ bản là cung cấp dịch vụ cho tất cả những người có nhu cầu chăm sóc y tế. MGB nỗ lực để đảm bảo bệnh nhân cần các dịch vụ khẩn cấp, cấp cứu và cần thiết về mặt y tế sẽ không bị từ chối các dịch vụ đó do họ không có khả năng thanh toán, và khả năng tài chính không ngăn cản những cá nhân này tìm kiếm hoặc nhận dịch vụ chăm sóc. Tuy nhiên, để các tổ chức của Mass General Brigham tiếp tục cung cấp các dịch vụ chất lượng cao và hỗ trợ các nhu cầu của cộng đồng, mỗi tổ chức có trách nhiệm tìm kiếm khoản thanh toán kịp thời cho các dịch vụ khi việc thu nợ được cho phép và không mâu thuẫn với các quy định của Commonwealth of Massachusetts (MA) hoặc các quy định của Liên bang bao gồm Đạo luật về Điều trị Y tế Cấp cứu và Lao động (EMTALA).

Các tổ chức của Mass General Brigham nhận ra rằng một số bệnh nhân có những phương tiện hạn chế và có thể không được bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ. Chính sách này đã được phát triển để hỗ trợ bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân được bảo hiểm dưới mức với nguồn lực tài chính hạn chế.

Tài liệu này phác thảo các tiêu chí về điều kiện hội đủ, phương pháp và hoàn cảnh mà bệnh nhân có thể tiếp cận các khoản giảm giá sau:

1. [Hỗ trợ Tài chính, Phần III](#): chương trình giảm giá dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân, nếu tất cả các tham số khác của chương trình giảm giá đều được đáp ứng
2. [Giảm giá cho Bệnh nhân Không được Bảo hiểm, Phần IV](#): chương trình giảm giá cho tất cả các bệnh nhân không có bảo hiểm được cung cấp bất kể tình trạng tài chính của bệnh nhân nếu các tham số khác của chương trình giảm giá đều được đáp ứng.

B. Phạm vi

Chính sách này áp dụng cho các tổ chức của Mass General Brigham được nêu trong [Phụ lục A](#).

Ghi chú: các bác sĩ có liên kết với các tổ chức này, nhưng những bác sĩ lập hóa đơn "tư nhân" được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân theo chính sách này. Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy trong Danh sách Nhà cung cấp Liên kết của Mass General Brigham.

II. Các Định nghĩa

Dịch vụ Sức khỏe Hành vi: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế tập trung vào sức khỏe tâm lý và tinh thần của bệnh nhân và có thể được cung cấp ở một số cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Dịch vụ Tự chọn: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế không đáp ứng định nghĩa về Dịch vụ Cấp cứu hoặc Khẩn cấp. Bệnh nhân thường lên lịch trước cho các dịch vụ này, nhưng đây không phải là trường hợp duy nhất.

Dịch vụ Cấp cứu: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng bệnh lý, dù là về thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng đủ nghiêm trọng bao gồm đau dữ dội, mà một người bình thường, có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học tin tưởng một cách hợp lý rằng trường hợp này đang thiếu sự chăm sóc y tế kịp thời dẫn đến việc đặt sức khỏe của người đó hoặc người khác vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể hoặc, đối với phụ nữ mang thai, như được định nghĩa thêm trong phần 1867(e) (1) (B) của Đạo luật An sinh Xã hội,

42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Khám sàng lọc và điều trị y tế cho các tình trạng y tế cấp cứu hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác như vậy được cung cấp trong phạm vi được yêu cầu theo **EMTALA** (42 USC 1395(dd)) đủ điều kiện là Chăm sóc Cấp cứu. Các dịch vụ cấp cứu cũng bao gồm:

- Các dịch vụ được xác định là trường hợp 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 bệnh viện của Mass General Brigham để cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú mà không có sẵn ở những nơi khác.

Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo theo Thu nhập của Liên bang (FPG): Một thước đo thu nhập do Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS) ban hành hàng năm. Những hướng dẫn này được sử dụng để xác định tình trạng hội đủ điều kiện cho một số chương trình và quyền lợi (chẳng hạn như Medicaid).

Hỗ trợ Tài chính: Việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí hoặc giảm giá cho những bệnh nhân đủ điều kiện, có nhu cầu về tài chính được ghi lại và xác minh, đáp ứng các tiêu chí được thiết lập trong chính sách này.

Giảm giá Hỗ trợ Tài chính: Khoản điều chỉnh số dư của bệnh nhân được thực hiện dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính. Tất cả các khoản giảm giá cho Hỗ trợ Tài chính phải tuân theo các quy định của tiểu bang và liên bang bao gồm IRS 501(r).

Tư vấn viên Tài chính: Những người đại diện chịu trách nhiệm đánh giá trách nhiệm pháp lý của bệnh nhân, xác định và hỗ trợ các lựa chọn tài trợ công (Medicare, Medicaid, v.v.), xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không và thiết lập các kế hoạch thanh toán.

Tư vấn Tài chính: Các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân không được bảo hiểm đủ, không thể thanh toán nợ ước tính/thực tế của họ trước khi điều trị hoặc những người có số dư quá hạn lớn.

Chăm sóc Tại nhà: Bất kỳ dịch vụ nào do MGB Home Care cung cấp

Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế: Các dịch vụ được yêu cầu một cách hợp lý để phòng ngừa, chẩn đoán, ngăn chặn tình trạng xấu đi, giảm bớt, khắc phục hoặc chữa trị các tình trạng bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng, gây khó khăn hoặc đau đớn, gây biến dạng hoặc ảnh hưởng đến chức năng về thể chất, đe dọa gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng khuyết tật, hoặc dẫn đến bệnh tật hoặc ốm yếu. Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế bao gồm các dịch vụ nội trú và ngoại trú như được cho phép theo Tiêu đề XIX của Đạo luật An sinh Xã hội.

Nợ Xấu của Medicare: Chi phí mà CMS/Medicare cho phép các bệnh viện yêu cầu đối với hầu hết các khoản đồng bảo hiểm và khấu trừ của Medicare chưa thanh toán, miễn là số dư được xử lý hoàn toàn theo chu kỳ lập hóa đơn tự thanh toán đã thiết lập hoặc bệnh nhân được xác định là đối tượng nghèo khó đối với các mục đích của số dư này. Việc xác định mức độ nghèo khó phải dựa trên mức thu nhập của bệnh nhân và xem xét tài sản hiện có của họ, thường không bao gồm phương tiện và nơi cư trú chính của họ và tài khoản ngân hàng/tài khoản vãng lai tối thiểu.

Dịch vụ Khác: Các dịch vụ mà bác sĩ lâm sàng đang tiến hành xem xét chưa chứng minh được tính cần thiết về mặt y tế hoặc khi mà việc bệnh nhân đủ điều kiện 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 quan trọng về tính cần thiết về mặt y tế đối với dịch vụ. Các Dịch vụ khác cũng bao gồm các dịch vụ mà nhiều chương trình bảo hiểm không coi là Cần thiết về mặt Y tế, bao gồm nhưng không chỉ gồm: Phẫu thuật Thẩm mỹ, Thụ tinh trong Ống nghiệm (IVF) hoặc Liệu pháp Sinh sản Nâng cao (ART) khác, Dịch vụ Nối tắt Dạ



dày mà không được xác định là cần thiết về mặt y tế đối với người chi trả, và Các Hạng mục Tiện lợi cho bệnh nhân, chẳng hạn như các khoản phí liên quan đến dịch vụ qua đêm ở trên và nằm ngoài những khoản phí cần thiết cho chăm sóc y tế hoặc dịch vụ qua đêm cho bệnh nhân (nhập viện nội trú hoặc nhập viện một phần) khi không có sự cần thiết về mặt y tế được chứng minh rõ ràng.

Giải pháp Lập hóa đơn cho Bệnh nhân (PBS): Bộ phận tại Mass General Brigham chịu trách nhiệm về tất cả các quy trình trong chu kỳ doanh thu tự chi trả bao gồm Dịch vụ Khách hàng, Thu nợ, xác định Hỗ trợ Tài chính (ngoài WDH) và xử lý, xử lý Nợ Khó đòi, tín dụng/hoàn tiền cho bệnh nhân và các quy trình liên quan.

Tổng các Khoản nợ của Bệnh nhân: Trách nhiệm tài chính đối với cơ sở/nhà cung cấp là kết quả của việc nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; số tiền được xác định theo quyền lợi bảo hiểm của bệnh nhân đối với dịch vụ được lên lịch cụ thể; bao gồm các khoản khấu trừ, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không được đài thọ.

Chăm sóc Sau Cấp tính: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, bao gồm các dịch vụ phục hồi chức năng, được cung cấp tại Bệnh viện được phân loại là sau cấp tính.

Khu vực Dịch vụ Chính: Khu vực dịch vụ chính của MGB được coi là Eastern Mass, phía đông Interstate 495 bao gồm Cape Cod, Nantucket và Martha's Vineyard.

Tự Chi trả: Bệnh nhân được xác định là không có bảo hiểm hoặc từ chối tham gia bảo hiểm cho các dịch vụ/sự cố cụ thể.

Các Sự cố Nghiêm trọng Cần Báo cáo (SRE): sự cố an toàn bệnh nhân nghiêm trọng, phần lớn có thể phòng ngừa được mà sẽ không xảy ra nếu các biện pháp phòng ngừa sẵn có đã được các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thực hiện

Bệnh nhân được Bảo hiểm Dưới mức: Một bệnh nhân có một số bảo hiểm hoặc nguồn thanh toán của bên thứ ba khác, những người có chi phí tự trả vượt quá khả năng chi trả của mình.

Bệnh nhân Không có Bảo hiểm: Bệnh nhân không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào có hiệu lực cho một ngày dịch vụ cụ thể hoặc khi bảo hiểm của họ không có hiệu lực đối với một dịch vụ cụ thể do hạn chế của mạng lưới, hết quyền lợi bảo hiểm hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm khác. Những bệnh nhân có bảo hiểm duy nhất là MassHealth Limited và/hoặc HSN thường được coi là Không có bảo hiểm vì các chương trình đó không hoạt động theo các quy tắc bảo hiểm tiêu chuẩn.

Dịch vụ Khẩn cấp: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi một tình trạng bệnh lý khởi phát đột ngột, dù là về thể chất hay tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính ở mức đủ nghiêm trọng (bao gồm cả cơn đau dữ dội) mà một người có hiểu biết về y tế ở mức thông thường sẽ tin rằng việc không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ có thể dẫn đến: đặt sức khỏe của bệnh nhân 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. Các 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.

III. Chính sách Hỗ trợ Tài chính

A. Tổng quan

- Hỗ trợ Tài chính có thể được cung cấp cho những bệnh nhân có nguồn tài chính hạn chế để làm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Cần thiết về mặt Y tế trở nên có giá cả phải chăng hơn cho những bệnh nhân không đủ điều kiện tham gia các chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ (chẳng hạn như Medicaid hoặc Medicare), không thể trả phí bảo hiểm Medicare của họ, hoặc đã đăng ký vào Health Safety Net (HSN) hoặc MassHealth Limited để cung cấp bảo hiểm toàn diện hơn cho các dịch vụ.
- Việc xác định Hỗ trợ Tài chính có thể được thực hiện trước hoặc sau khi cung cấp dịch vụ dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân, loại & địa điểm cung cấp dịch vụ, tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân và phân loại chung của dịch vụ được cung cấp.
- Các Dịch vụ Cấp cứu sẽ luôn được cung cấp mà không xét tình trạng tài chính của bệnh nhân lên tới các giới hạn theo yêu cầu của EMTALA.
- Chính sách này đề cập đến tất cả các dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế. Tuy nhiên, chỉ một số loại Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế mới đủ điều kiện được Giảm giá Hỗ trợ Tài chính, bao gồm:
 - Các Dịch vụ Cấp cứu và Khẩn cấp
 - Các Dịch vụ Tự chọn tại Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính như được nêu trong [Phần III\(C\)\(2\)](#).
 - Các Dịch vụ Tự chọn tại Bệnh viện Sau Cấp tính và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi như được nêu trong [Phần III\(C\)\(3\)](#).
 - Dịch vụ Nha khoa tại Trung tâm Nha khoa Cộng đồng của Wentworth Health Partners (WHP) với các giới hạn như được nêu trong [Phần III\(D\)\(2\)\(d\)](#)

B. Tình trạng Hội đủ Điều kiện của Bệnh nhân

1. Tổng quát

- Những bệnh nhân có nhu cầu tài chính đã được chứng minh, do thu nhập hạn chế hoặc do hóa đơn y tế chiếm một phần quá lớn trong thu nhập của họ, sẽ được xem xét giảm giá
- Bệnh nhân phải là cư dân của MA, NH hoặc người không phải là cư dân mà được điều trị cấp cứu tại cơ sở của MGB
- Giảm giá chỉ dựa trên thu nhập thường được giới hạn ở những bệnh nhân có thu nhập gia đình thấp hơn hoặc bằng 300% so với Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo của Liên bang (FPG)
- Bệnh nhân có thu nhập gia đình trên 300% nhưng thấp hơn hoặc bằng 600% FPG vẫn có thể đủ điều kiện nếu họ có thể chứng minh rằng chi phí y tế hàng năm của họ vượt quá 30% thu nhập của họ trong khoảng thời gian 12 tháng gần đây nhất. Đối với các gia đình có thu nhập trên 600%, ngưỡng là hóa đơn y tế vượt quá 40% thu nhập của họ. Chi phí phải phát sinh trong vòng 12 tháng trước đó và chỉ giới hạn ở những chi phí có khả năng đủ điều kiện là chi phí y tế theo Sở Thuế vụ Hoa Kỳ. Bệnh nhân muốn được xem xét giảm giá theo chính sách này phải cung cấp tài liệu được yêu cầu về thu nhập, nơi cư trú, tài sản và chi phí y tế đủ điều kiện một cách kịp thời.

2. Tiêu chuẩn về Tài chính

a. Thu nhập

Mức Chuẩn Nghèo về Thu nhập của Liên bang được xuất bản gần đây nhất, sử dụng tổng thu nhập hộ gia đình, sẽ được sử dụng làm yếu tố quyết định chính, mặc dù tài sản sẽ được sử dụng như được mô tả trong [Phần III \(2\)\(b\)](#) bên dưới.

Mức Chuẩn Nghèo về Thu nhập của Liên bang – 2022*			
Quy mô Gia đình	150% FPG	250% FPG	300% FPG
1	\$20,385	\$33,975	\$40,770
2	\$27,465	\$45,775	\$54,930
3	\$34,545	\$57,575	\$69,090
4	\$41,625	\$69,375	\$83,250
5	\$48,705	\$81,175	\$97,410
6	\$55,785	\$92,975	\$111,570
7	\$62,865	\$104,775	\$125,730
8	\$69,945	\$116,575	\$139,890

*FPG đã nêu ở trên là cho Năm tài chính 2022. Vui lòng xem năm hiện tại hoặc quy mô gia đình bổ sung của cấp độ FPG tại liên kết sau: [Hướng dẫn Chuẩn nghèo | ASPE \(hhs.gov\)](https://www.hhs.gov/ascpe).

b. Tài sản

Tài sản cũng sẽ được sử dụng khi:

- Nơi cư trú của bệnh nhân ở bên ngoài Hoa Kỳ hoặc Canada.
- Bệnh nhân đã qua đời, việc xác định phải bao gồm việc xem xét di sản.
- Bệnh nhân đã được xác định là không đủ điều kiện và đang kháng nghị để được xem xét cá nhân do hoàn cảnh đặc biệt.
- Khi một bệnh nhân được bảo hiểm bởi Medicare, ngoại trừ các Chương trình Medicare Advantage, có một mục tiêu là báo cáo bất kỳ số dư nào được xóa dưới dạng Nợ Xấu của Medicare. Số dư chỉ có thể là khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ, gia đình bệnh nhân phải có thu nhập thấp hơn 201% FPG, bệnh nhân phải đưa ra tuyên bố rằng họ không có khả năng thanh toán số dư bao gồm cả việc sử dụng tài sản.

c. Chi phí Y tế

- Chi phí y tế hàng năm có thể được sử dụng để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính khi thu nhập cũ của hộ gia đình bệnh nhân >300% FPG, theo [Phần III\(B\)\(1\)](#).
- Chi phí phải phát sinh trong vòng 12 tháng trước đó và chỉ giới hạn ở những chi phí có khả năng đủ điều kiện là chi phí y tế theo Sở Thuế vụ Hoa Kỳ.
- Bệnh nhân muốn được xem xét giảm giá theo chính sách này phải cung cấp tài liệu được yêu cầu về thu nhập, nơi cư trú, tài sản và chi phí y tế đủ điều kiện một cách kịp thời.

3. Trách nhiệm của Bệnh nhân

Bệnh nhân phải đáp ứng các điều kiện sau để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Việc không đáp ứng các điều kiện này dẫn đến việc bệnh nhân bị loại để xem xét.



- a. Nhận và duy trì bảo hiểm nếu bệnh nhân có bảo hiểm với giá cả phải chăng từ chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ (Medicaid/Medicare), bảo hiểm thương mại từ chủ lao động của họ hoặc từ ConnectorCare hoặc các chương trình trợ cấp tương tự.
 - Bệnh nhân có thể được yêu cầu nộp bằng chứng về việc đã đăng ký bảo hiểm.
 - Bệnh nhân phải nỗ lực hợp lý để cung cấp và nộp tất cả các tài liệu được yêu cầu mà cần thiết để đăng ký bảo hiểm của tiểu bang một cách kịp thời
- b. Ngoại trừ những cá nhân đủ điều kiện giả định ([Phần III\(F\)\(2\)](#)), bệnh nhân phải hoàn thành Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính như được nêu trong [Phần III\(E\)](#) và/hoặc nỗ lực hợp lý để cung cấp và gửi tất cả các tài liệu được yêu cầu liên quan đến thu nhập, tài sản và nơi cư trú để xác minh tư cách đủ điều kiện của họ đối với bất kỳ hỗ trợ tài chính nào của Mass General Brigham một cách kịp thời.
- c. Tiết lộ đầy đủ về bất kỳ khoản bồi thường cho Người lao động, Xe cơ giới hoặc Nghĩa vụ Nợ của Bên thứ ba nào và hợp tác để xử lý các yêu cầu bồi thường theo phạm vi bảo hiểm đó.
- d. Cập nhật cho các tổ chức của Mass General Brigham về thông tin bảo hiểm và nhân khẩu học hiện tại.
- e. Thanh toán tất cả số dư theo khung thời gian đã thỏa thuận.

C. Dịch vụ Đủ điều kiện Nhận Hỗ trợ Tài chính

1. Khẩn cấp/Cấp cứu

Các Dịch vụ Cần thiết về Mặt Y tế đáp ứng định nghĩa về Dịch vụ Cấp cứu hoặc Dịch vụ Khẩn cấp sẽ được xem xét Hỗ trợ Tài chính ngoại trừ một số dịch vụ được đài thọ bởi bảo hiểm Nghĩa vụ Nợ của Bên Thứ ba, bao gồm bảo hiểm Xe Cơ giới và Bồi thường cho Người lao động. Các dịch vụ sẽ được lập hóa đơn đầu tiên cho bất kỳ bảo hiểm y tế nào nếu có.

2. Các Dịch vụ Tự chọn tại các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các Tổ chức Bác sĩ

Các dịch vụ tự chọn đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính khi:

- a. Bệnh nhân là cư dân trong Khu vực Dịch vụ Chính của Mass General Brigham và đã đăng ký tất cả các chương trình của chính phủ và phi chính phủ hiện có.
Lưu ý: Đối với cư dân MA, điều này thường được thể hiện qua việc họ đăng ký vào MassHealth Limited và/hoặc Massachusetts Health Safety Net (HSN). Điều này thường áp dụng cho các dịch vụ do các Tổ chức Bác sĩ thuộc Mass General Brigham cung cấp, như được mô tả trong [Phần III\(F\)](#).
- b. Các dịch vụ gần kề, trong vòng 60 ngày, với Dịch vụ Khẩn cấp/Cấp cứu và là để chăm sóc theo dõi cho dịch vụ trước đó.
- c. Bệnh nhân được sàng lọc về tình trạng tài chính của họ và được xác định là đã nỗ lực theo đuổi tất cả các lựa chọn bảo hiểm có sẵn và đã được xác định là không đủ điều kiện nhận bảo hiểm khác. Việc sàng lọc phải diễn ra ít nhất 12 tháng một lần.
- d. Không phải là dịch vụ được liệt kê trong các Dịch vụ bị Loại trừ, [Phần III\(C\)\(4\)](#)



Vui lòng xem [Phụ lục A](#) để biết các Tổ chức Bác sĩ và Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính được đài thọ.

3. Dịch vụ tự chọn tại Bệnh viện Sau Cấp tính và McLean Hospital

Các dịch vụ tự chọn đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính khi:

- a. Bệnh nhân là cư dân trong Khu vực Dịch vụ Chính của Mass General Brigham và đã đăng ký tất cả các chương trình của chính phủ và phi chính phủ hiện có.
Lưu ý: Đối với cư dân MA, điều này thường được thể hiện qua việc họ đăng ký vào MassHealth Limited và/hoặc Massachusetts Health Safety Net (HSN), từ các Bệnh viện Sau Cấp tính, Sức khỏe Hành vi và Chăm sóc Tại nhà khi các dịch vụ không đủ điều kiện để lập hóa đơn cho HSN.
- b. Sàng lọc trước các dịch vụ xác định rằng các dịch vụ chuyên biệt chỉ có tại cơ sở của Mass General Brigham.
Lưu ý: Bệnh nhân thường được sàng lọc để làm rõ thông tin về tài chính tại Bệnh viện Chăm sóc Sau Cấp tính và McLean Hospital và có thể được hoãn nhập viện sau khi xem xét lâm sàng nếu có sẵn cơ sở thích hợp hơn.
- c. Cơ sở tiếp nhận bệnh nhân để chăm sóc với sự hiểu biết rằng bệnh nhân có giới hạn/không có nguồn lực để chi trả cho dịch vụ chăm sóc. Những bệnh nhân này thường đến từ khu vực dịch vụ chính của Mass General Brigham và được đăng ký với MassHealth Limited và/hoặc HSN, chứng minh nguồn tài chính hạn chế của họ.
- d. McLean Hospital: Một bệnh nhân lâu năm phát sinh chi phí đáng kể cho Chăm sóc Tự chọn Cần thiết về mặt Y tế và không có bảo hiểm trong quá trình trị liệu sẽ được xem xét Hỗ trợ Tài chính cho đến khi họ có thể thiết lập lại bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc cho đến khi dịch vụ chăm sóc của họ có thể được chuyển đến một cơ sở thích hợp. Ngoài việc bệnh nhân đáp ứng quy trình Hỗ trợ Tài chính thông thường, cần có khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ của bệnh nhân về sự cần thiết về mặt lâm sàng.
- e. Không phải là dịch vụ được liệt kê trong các Dịch vụ bị Loại trừ, [Phần III\(C\)\(4\)](#)

Vui lòng xem [Phụ lục A](#) để biết các Bệnh viện Sau Cấp tính và Nhà cung cấp Sức khỏe Hành vi được đài thọ

4. Các Dịch vụ bị Loại trừ

a. Giới hạn Khu vực Dịch vụ

Những bệnh nhân đến cơ sở Mass General Brigham từ bên ngoài khu vực dịch vụ chính để nhận dịch vụ chăm sóc, mà một người hợp lý có thể dự đoán là sẽ cần thiết, thường sẽ **không** được xem xét nhận hỗ trợ tài chính hoặc giảm giá. Điều này bao gồm việc tự trình bày mình là Trường hợp Cấp cứu khi bệnh nhân đã biết tình trạng cơ bản trước khi họ đến cơ sở Mass General Brigham để được chăm sóc. Các ví dụ về trường hợp loại trừ bao gồm chăm sóc sản khoa và các chuyên khoa khi bệnh nhân đã biết về một tình trạng bệnh mà họ trông đợi một cách hợp lý rằng cần được chăm sóc bao gồm chăm sóc ung thư, dịch vụ tim mạch, dịch vụ phục hồi chức năng chuyên khoa và dịch vụ tâm thần. Điều này không loại trừ các dịch vụ cấp cứu do tai nạn hoặc các biến chứng do tình trạng bệnh đã

tồn tại từ trước, khi một người bình thường không lường trước được rằng sẽ cần đến dịch vụ chăm sóc cấp cứu trước khi di chuyển đến khu vực dịch vụ của chúng tôi.

b. Bảo hiểm theo Mạng lưới cho Bệnh nhân Có Bảo hiểm

Bệnh nhân biết trước rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ sẽ không chi trả cho các dịch vụ tại cơ sở Mass General Brigham do hợp đồng, giới hạn mạng lưới hoặc các yêu cầu về sự cho phép trước và tự đến nhận dịch vụ tại cơ sở Mass General Brigham cho một dịch vụ lẽ ra có thể được cung cấp tại một cơ sở được bảo hiểm bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ hoặc nơi có hỗ trợ tài chính khác, thường sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Điều này bao gồm số dư do bị từ chối do không giới thiệu, không được phép hoặc các dịch vụ ngoài mạng lưới.

c. Loại trừ Dịch vụ Cụ thể

- Phẫu thuật Thẩm mỹ
- Thụ tinh Trong Ống nghiệm (IVF)
- Liệu pháp Sinh sản Nâng cao (ART)
- Dịch vụ Nối tắt Dạ dày không có quyết định của bên chi trả về sự cần thiết về mặt y tế
- Các tài khoản được liên kết với một nghiên cứu
- Các hạng mục phục vụ sự Tiện lợi cho Bệnh nhân bao gồm chỗ ở cao cấp và chỗ ở qua đêm dựa trên yêu cầu của bệnh nhân và thường không được chương trình bảo hiểm y tế chi trả
- Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế khác được lập hóa đơn theo biểu phí tự thanh toán được xác định trước
- Tất cả các chương trình Trộn gói Nội trú không gửi yêu cầu bồi thường cho công ty bảo hiểm y tế tại McLean Hospital

D. Giảm giá Hỗ trợ Tài chính

1. Số tiền Thường được Lập hóa đơn

Theo IRS 501(r), các bệnh viện phải giới hạn các khoản phí đối với bệnh nhân và các dịch vụ đủ tiêu chuẩn theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính (FAP) của chúng tôi ở mức Số tiền Thường được Lập hóa đơn (AGB) cho các đơn vị bảo hiểm Thương mại và Medicare. Mass General Brigham xác định AGB bằng cách trước hết chia tổng các khoản thanh toán cho tổng các khoản phí cho tất cả các chương trình Thương mại và Medicare cộng lại cho năm tài chính trước đó để xác định Hệ số Thanh toán theo Tài khoản (PAF) cho năm tài chính trước đó. Chiết khấu FAP tối thiểu cho năm tài chính hiện tại là nghịch đảo của PAF năm trước. Điều này sẽ giảm các khoản phí được lập hóa đơn cho bệnh nhân đủ điều kiện xuống không quá AGB của năm trước.

Ví dụ:

Tổng các Khoản Thanh toán từ Medicare và các Chương trình Thương mại	\$200,000,000
Tổng Chi phí từ Medicare và các Chương trình Thương mại	\$500,000,000
PAF	40%
Chiết khấu FAP Tối thiểu Ròng	60%

2. Tỷ lệ Chiếu khấu Hỗ trợ Tài chính

a. Các Tổ chức Bác sĩ & Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính

Đối với các dịch vụ được nêu trong [Phần III\(C\)\(2\)](#):

Thu nhập Gia đình % FPG	Các bệnh viện chăm sóc cấp tính được liệt kê trong Phụ lục 1 NGOẠI TRƯỞNG WDH	Wentworth-Douglass Hospital (WDH)
0 đến 150%	100% ¹	100%
150.1 đến 250%	85% ²	100%
251 đến 300%	70% ³	0%
300.1 – 600%	70% NẾU chi phí y tế vượt quá 30% thu nhập theo Phần III(B)(1)	không áp dụng
Trên 600%	70% NẾU chi phí y tế vượt quá 40% thu nhập theo Phần III(B)(1)	không áp dụng

b. Bệnh viện Sau Cấp tính & Chăm sóc Tại nhà MGB

Đối với các dịch vụ được nêu trong [Phần III\(C\)\(3\)](#):

Thu nhập Gia đình % FPG	Giảm giá
0 đến 150%	100%
150.1 đến 250%	75%
251 đến 300%	60%
300.1 – 600%	70% NẾU chi phí y tế vượt quá 30% thu nhập theo Phần III(B)(1)
Trên 600%	60% NẾU chi phí y tế vượt quá 40% thu nhập theo Phần III(B)(1)

c. Các Bệnh viện Sức khỏe Hành vi (McLean Hospital)

i. Đối với các dịch vụ được nêu trong [Phần III\(C\)\(3\)](#):

Thu nhập Gia đình % FPG	Giảm giá
0 đến 150%	100%
150.1 đến 250%	80%
251 đến 300%	60%
300.1 – 600%	70% NẾU chi phí y tế vượt quá 30% thu nhập theo Phần III(B)(1)
Trên 600%	60% NẾU chi phí y tế vượt quá 40% thu nhập theo Phần III(B)(1)

¹ Đối với các Tổ chức Bác sĩ, bệnh nhân có HSN toàn phần được cho là đủ điều kiện để nhận hình thức giảm giá này, theo [Phần III\(F\)\(2\)](#)

² Đối với các Tổ chức Bác sĩ, bệnh nhân có HSN một phần được cho là đủ điều kiện để nhận hình thức giảm giá này, theo [Phần III\(F\)\(2\)](#)

³ Đối với các Tổ chức Bác sĩ, bệnh nhân có HSN một phần được cho là đủ điều kiện để nhận hình thức giảm giá này, theo [Phần III\(F\)\(2\)](#)

ii. Phí Đêm McLean Hospital

Phí này liên quan đến dịch vụ Nhập viện Một phần và sẽ được xem xét cho thang đối chiếu sử dụng Hướng dẫn về Mức Chuẩn Nghèo của Liên bang (FPG) khi không được bảo hiểm chi trả dựa trên sự cần thiết về mặt y tế.

Thu nhập Gia đình % FPG	Giảm giá
0 đến 100%	90%
100.1 đến 200%	75%
200.1 đến 300%	50%
300.1 – 400%	25%

d. Trung tâm Nha khoa Cộng đồng Wentworth Health Partners (WHP)

Bệnh nhân có thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 300% FPG có thể đủ điều kiện nhận giảm giá hỗ trợ tài chính.

- Phí cố định \$35 cho mỗi lượt thăm khám
- Một số Dịch vụ, bao gồm răng giả và mão răng sẽ có mức phí cao hơn lên tới 50% chi phí cho lần khám đầu tiên và 50% chi phí cho lần lắp
- Giới hạn cho cư dân của Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME.

E. Quy trình Nộp đơn Đăng ký

- Bệnh nhân sẽ được khuyến khích đăng ký xem xét Hỗ trợ Tài chính trong mọi trường hợp bất cứ khi nào họ đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản được nêu trong chính sách này. Tất cả các đơn đăng ký sẽ được xem xét bao gồm cả các trường hợp không đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn.
- Bệnh nhân có thể yêu cầu hỗ trợ tài chính bất cứ lúc nào trong quá trình đăng ký trước, đăng ký, điều trị nội trú, dịch vụ ngoại trú hoặc trong suốt chu kỳ thanh toán và thu nợ.
- Quy trình đăng ký có thể được bắt đầu trực tiếp với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của PBS, Bộ phận Thu nợ của PBS hoặc thông qua liên hệ với Tư vấn viên Tài chính Bệnh nhân tại bất kỳ bệnh viện hoặc trung tâm y tế nào của Mass General Brigham. Chính sách này và tất cả các mẫu đơn đăng ký cũng có sẵn trên trang chủ của Mass General Brigham từ menu thả xuống bên dưới mục “For Patients” (“Dành cho Bệnh nhân”). [www.massgeneralbrigham.org/patient-information]
- Thông thường, chỉ các đơn đăng ký đã hoàn thành đầy đủ mới được cân nhắc để xem xét, với tất cả các đơn đăng ký sẽ được gửi đến PBS để đưa ra quyết định cuối cùng. Tất cả các đơn đăng ký sẽ được sàng lọc để xác định xem liệu bệnh nhân có đáp ứng các nghĩa vụ của mình hay không, bao gồm cả nghĩa vụ nhận bất kỳ bảo hiểm có sẵn nào. Tình trạng của bệnh nhân cũng sẽ được xem xét để xác định xem họ có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình nào của tiểu bang hoặc liên bang hay không. Nhân viên được chỉ định tại PBS sẽ xem xét tất cả các đơn đăng ký, liên hệ với người đăng ký để biết thông tin cần thiết tiếp theo và thông báo kết quả cho người đăng ký. Các đơn đăng ký nói chung sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày nộp đơn.

Giảm giá được phê duyệt theo chính sách này sẽ được áp dụng khi bệnh nhân được coi là đủ điều kiện. Các kế hoạch thanh toán không tính lãi sẽ được cung cấp cho bệnh nhân theo các hướng dẫn hiện có trong [Chính sách Tín dụng và Thu nợ](#) của Mass General Brigham. Tất cả các phương thức thu nợ khác, bao gồm cả những hành động có thể được thực hiện đối với việc không thanh toán số dư nợ đều được nêu rõ trong [Chính sách Tín dụng và Thu nợ](#) của Mass General Brigham.

- Theo [Phần III\(F\)\(2\)](#) bên dưới, những bệnh nhân có Health Safety Net Toàn phần và Health Safety Net Một phần sẽ được cho là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính - bệnh nhân sẽ có thể tìm kiếm dịch vụ chăm sóc đủ điều kiện (theo [Phần III\(C\)](#)) mà không cần Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính.

F. Mối quan hệ giữa Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Health Safety Net (HSN)

1. Tổng quan về Health Safety Net

- Commonwealth of Massachusetts duy trì một chương trình mạng lưới an toàn cung cấp một số bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính MA cho cư dân Massachusetts có thu nhập gia đình lên đến 300% FPG mà không đủ điều kiện nhận MassHealth (Medicaid).
 - Bảo hiểm HSN toàn phần được cung cấp cho tới 150% FPG
 - HSN một phần được cung cấp từ 150% đến 300% the FPG
- Bảo hiểm HSN có thể là bảo hiểm thứ cấp so với bảo hiểm khác (Medicare, Medicaid hoặc Thương mại) và hoạt động như một mạng lưới an toàn cho bệnh nhân được chỉ định là Thu nhập Thấp theo quy định của Massachusetts. Bảo hiểm thường không bao gồm các khoản đồng thanh toán được xác định bởi bảo hiểm chính, ngoại trừ các khoản đồng thanh toán cho các chương trình Medicare hoặc thay thế Medicare được bao gồm.
- Tất cả các dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế đều có sẵn cho những bệnh nhân này miễn phí (HSN Toàn phần) hoặc sau khi họ đáp ứng khoản khấu trừ hàng năm (HSN Một phần).

2. Health Safety Net Toàn phần và Một phần

- Tất cả các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính của Mass General Brigham có trụ sở tại Massachusetts (xem [Phụ lục A](#)), bao gồm các trung tâm y tế được bệnh viện cấp phép và các phòng khám bác sĩ tại bệnh viện được chỉ định, đều tham gia vào bảo hiểm này và tuân thủ tất cả các khía cạnh của quy định của HSN.
- Các tổ chức khác của Mass General Brigham, bị loại trừ khỏi việc tham gia HSN theo quy định, sẽ sử dụng tình trạng được HSN chấp thuận của bệnh nhân làm tiêu chuẩn giả định để nhận Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham đối với các dịch vụ đủ điều kiện, theo [Phần III\(C\)](#).

Giảm giá Giả định

	HSN Toàn phần	HSN Một phần
Các Tổ chức của Bác sĩ	100%	70%
Các Bệnh viện Sau Cấp tính	Có thể sẵn có với quyết định được đưa ra trong quá trình sàng lọc tài chính trước của bệnh nhân cho các dịch vụ đã lên lịch này.	
Các Bệnh viện Chăm sóc Sức khỏe Hành vi		

- Những bệnh nhân có bảo hiểm duy nhất là MassHealth Limited và/hoặc HSN thường được coi là Không có bảo hiểm vì các chương trình đó không hoạt động theo các quy tắc bảo hiểm



tiêu chuẩn. Số dư phải trả cho các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính như một phần của khoản khấu trừ HSN Một phần đủ điều kiện để được Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm, như được mô tả trong Phần IV.

3. HSN Medical Hardship (Khó khăn Y tế) & HSN Bảo mật

- HSN bao gồm ba chương trình bổ sung (Dịch vụ Bảo mật cho Người lớn, Dịch vụ Bảo mật cho Trẻ vị thành niên và Khó khăn Y tế) dành cho bệnh nhân. Việc tham gia vào các chương trình này thường được hỗ trợ bởi [Tur vắn viên Tài chính Bệnh nhân](#) tại một trong các bệnh viện Chăm sóc Cấp tính.
- Chương trình Medical Hardship của HSN dành cho cư dân Massachusetts có mức thu nhập cao hơn. Bệnh nhân nên được khuyến khích đăng ký tham gia chương trình này khi chi phí tự trả cho dịch vụ chăm sóc y tế chiếm một phần lớn trong thu nhập của họ, thường là hơn 30% thu nhập hộ gia đình của họ.
 - Đơn đăng ký phải do Tur vắn viên Tài chính Bệnh nhân tại một bệnh viện chăm sóc cấp tính khởi xướng. Mỗi đơn đăng ký có thể bao gồm các chi phí y tế phát sinh trong vòng 12 tháng trước khi nộp đơn với giới hạn 3 đơn đăng ký trong một năm bất kỳ.
 - Tất cả số dư tiếp tục được coi là số dư tự thanh toán hợp lệ cho đến khi HSN chấp thuận đơn đăng ký. Điều này không truyền đạt bảo hiểm nói chung trong chương trình HSN.
 - Thông thường, bệnh nhân sẽ được thông báo về chương trình khi họ gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của PBS hoặc Tur vắn viên Tài chính Bệnh nhân khi họ có số dư lớn và lo lắng về việc thanh toán hóa đơn của mình. Một số hoạt động tiếp cận chủ động hạn chế được thực hiện bởi cả Tur vắn viên Tài chính Bệnh nhân đối với số dư lớn của bệnh nhân nội trú, và Người Đại diện Thu nợ, đối với số dư lớn của người bảo lãnh. Tur vắn viên Tài chính Bệnh nhân tư vấn cho tất cả bệnh nhân liên hệ với họ hoặc được giới thiệu đến họ về khả năng áp dụng của chương trình và làm việc với bệnh nhân để hoàn thành đơn đăng ký và nộp cho HSN.

IV. Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm

A. Tổng quan

- Tất cả các tổ chức của Mass General Brigham thường cung cấp cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm khoản giảm giá đối với hầu hết các dịch vụ. Chương trình này bao gồm các bệnh nhân ở mọi mức thu nhập mà không cần các tiêu chuẩn về tài chính hoặc đơn đăng ký.
- Những lý do chính để giảm giá số dư của bệnh nhân, bao gồm số dư sau bảo hiểm (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ) bao gồm:
 - Nhằm cung cấp cho những bệnh nhân không có bảo hiểm hiệu quả một khoản giảm giá cơ bản cho hầu hết các dịch vụ.
 - Khó khăn tài chính được chứng minh thường dựa trên thông tin tài sản và thu nhập nếu có của bệnh nhân như được trình bày chi tiết trong [Phần III\(B\)\(2\)](#).
 - Sự xuất hiện của Sự cố Nghiêm trọng cần Báo cáo (SRE) như được trình bày chi tiết trong Chính sách Không Thanh toán chung của Mass General Brigham đối với các Sự cố Chất lượng và An toàn có sẵn theo yêu cầu.
 - Các vấn đề khác về quy trình lâm sàng không tăng đến mức SRE nhưng vẫn tác động tiêu cực đến bệnh nhân theo sự chấp thuận của ủy ban được chỉ định tại bệnh viện.

- Giảm giá sẽ không dựa trên bất kỳ mối quan hệ nào mà bệnh nhân hoặc gia đình của họ có thể có với bất kỳ nhân viên Bệnh viện hoặc thành viên nào của cơ quan quản lý. Giảm giá sẽ không được mở rộng dựa trên bất kỳ sự cân nhắc nào về “phép lịch sự nghề nghiệp” đối với bác sĩ lâm sàng hoặc gia đình của họ.
- Các khoản giảm giá sẽ không được cung cấp cho bệnh nhân để khuyến khích bệnh nhân nhận các dịch vụ hoặc theo bất kỳ cách nào khác được liên kết dưới bất kỳ hình thức nào với việc tạo ra hoạt động kinh doanh mà phải trả bởi một chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang cũng như các khoản giảm giá này sẽ không được quy đổi thành tiền mặt cho các hạng mục hoặc dịch vụ do Bệnh viện cung cấp, hoặc bất kỳ tổ chức Mass General Brigham nào khác (điều này bao gồm giảm giá cho cửa hàng quà tặng, quán ăn tự phục vụ, v.v.).
- Bệnh nhân được khuyến khích đăng ký xem xét Giảm giá cho Người không có Bảo hiểm nếu họ đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản được nêu ở trên. Tất cả các đơn đăng ký sẽ được xem xét bao gồm cả các trường hợp không đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn. Bệnh nhân có thể đăng ký Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm bất cứ lúc nào trong quá trình đăng ký trước, đăng ký, điều trị nội trú, dịch vụ ngoại trú hoặc trong suốt chu kỳ thanh toán và thu nợ. Để biết thêm thông tin, xem [Phần III\(E\)](#).

B. Giảm giá và Loại trừ cho Bệnh nhân Không có bảo hiểm

1. Các khoản giảm giá sẵn có

Các khoản giảm giá sau đây có sẵn tại các tổ chức sau, các mục loại trừ trong [Phần IV\(B\)](#):

Nhà cung cấp MGB	Giảm giá
Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính NGOẠI TRÚ Wentworth-Doulass	25%
Wentworth-Douglass Hospital (WDH)	40%
Các Tổ chức Bác sĩ NGOẠI TRÚ Wentworth Health MGB (WHP)	25%, các trường hợp loại trừ bên dưới
Wentworth Health MGB (WHP)	15%
Các Bệnh viện Sức khỏe Hành vi (McLean)	25%, với các trường hợp loại trừ bên dưới
Các Bệnh viện Sau Cấp tính MGB Chăm sóc Khẩn cấp	25%, với các trường hợp loại trừ bên dưới
	Các dịch vụ Tự Thanh toán được lập hóa đơn theo biểu phí cố định chỉ dành cho tự thanh toán.

2. Các trường hợp loại trừ

a. Các trường hợp loại trừ của Mass General Physicians Organization (MGPO)

- Không có giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm đối với Dịch vụ Nha khoa, Trung tâm Thoại và Dịch vụ Phòng khám Du lịch của MGPO ngoài những gì có trong các loại trừ dịch vụ cụ thể.

b. Các trường hợp loại trừ của Spaulding Rehabilitation Network

- Không có giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm đối với những trường hợp sau:
 - Dịch vụ tại Spaulding Rehabilitation - Brighton

- Trị liệu ngoại trú bao gồm Trị liệu Thể chất, Vận động, Ngôn ngữ hoặc Sức khỏe Hành vi liên quan đến Tình dục và Sức khỏe Sinh sản
- Đánh giá Chuyên môn (ATEC, AAC, Lokomat)
- Điều trị Chuyên khoa (Lokomat, dịch vụ phiên dịch, điều trị phức tạp, điều trị về cho ăn)
- Phí Kỹ thuật khi Thăm khám tại Phòng khám Bác sĩ
- Các thủ thuật tại văn phòng khác hoặc xét nghiệm chẩn đoán

c. Các trường hợp loại trừ của McLean Hospital

- Không có giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm đối với những trường hợp sau:
 - Phí Ban đêm liên quan đến việc Nhập viện Một phần khi không được bảo hiểm chi trả dựa trên sự cần thiết về mặt y tế. Lịch trình giảm phí cho chương trình này được bao gồm trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính.
 - Các Chương trình Nội trú Trộn gói dựa trên Trợ cấp Từng lần và các Chương trình Một phần Trộn gói
 - Các Chương trình CATS (Kiểm tra Tâm lý, Trạng thái Hành vi Thần kinh, Kiểm tra Tâm lý Thần kinh)

V. Cân nhắc Cá nhân

Bệnh nhân được khuyến khích thông báo các tình huống tài chính đặc biệt của họ cho Tư vấn viên Tài chính Bệnh nhân tại bất kỳ bệnh viện Mass General Brigham nào, hoặc cho Bộ phận Giải pháp Thanh toán cho Bệnh nhân. Các tổ chức liên kết của Mass General Brigham có thể, theo Chính sách Tín dụng và Thu nợ, mở rộng chiết khấu ngoài các điều khoản khác trong chính sách này trên cơ sở từng trường hợp cụ thể để ghi nhận các trường hợp khó khăn tài chính đặc biệt. MGB sẽ áp dụng các chính sách hỗ trợ tài chính một cách nhất quán và công bằng, không phân biệt chủng tộc, sắc tộc, giới tính, tôn giáo, v.v.

Trong một số trường hợp nhất định, hỗ trợ tài chính có thể bị từ chối. Những trường hợp cụ thể này có thể là do, nhưng không chỉ gồm:

- Thu nhập gia đình ở mức đủ
- Tài sản ở mức đủ
- Đơn đăng ký không đầy đủ, v.v.

Nếu hỗ trợ tài chính bị từ chối, bệnh nhân có thể kháng nghị quyết định trong vòng 30 ngày bằng một lá thư để MGB xem xét. Quyết định cuối cùng sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị.

VI. Tư vấn Tài chính

A. Dịch vụ Tư vấn Tài chính cho Bệnh nhân

- Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính và các nhà cung cấp dịch vụ MGB khác có dịch vụ tư vấn tài chính sẽ tìm cách xác định những bệnh nhân có thể không có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm không đầy đủ để tư vấn và hỗ trợ.
- Các nhà cung cấp MGB này sẽ cung cấp tư vấn tài chính cho các bệnh nhân này và gia đình của họ, thông qua Các Tư vấn viên Tài chính, bao gồm sàng lọc điều kiện hội đủ để nhận các nguồn

bảo hiểm khác, chẳng hạn như Chương trình của Tiểu bang và các chương trình khác của chính phủ (bao gồm trong phạm vi có thể, các chương trình Medicaid ở các tiểu bang khác ngoài Massachusetts hoặc New Hampshire), và cung cấp thông tin về tất cả các phương thức thanh toán hóa đơn Bệnh viện được chấp nhận.

- Tư vấn viên Tài chính sẽ khuyến khích những bệnh nhân có khả năng đủ điều kiện nhận bảo hiểm từ các Chương trình của Tiểu bang hoặc các chương trình khác của chính phủ để đăng ký bảo hiểm và sẽ hỗ trợ bệnh nhân đăng ký các quyền lợi. Cư dân MA cũng có thể đăng ký và được HSN chấp thuận bảo hiểm cho các khoản đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ không được đài thọ bởi chương trình bảo hiểm chính của họ.
- Nếu bệnh nhân có thêm bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến chương trình hỗ trợ tài chính, điều kiện tham gia chương trình hoặc hóa đơn nhận được, bệnh nhân nên liên hệ với tư vấn viên tài chính. Tư vấn viên Tài chính sẽ trả lời nhanh nhất có thể các câu hỏi của bệnh nhân liên quan đến hỗ trợ tài chính hoặc kết nối bệnh nhân với đúng bộ phận để xử lý yêu cầu.

VII. Công bố và Phổ biến Chính sách Hỗ trợ Tài chính

Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham, các mẫu đơn đăng ký và bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản có sẵn tại www.massgeneralbrigham.org. Có thể truy cập trang web này từ trang chủ của Mass General Brigham từ menu thả xuống bên dưới mục “For Patients” (“Dành cho Bệnh nhân”). Trang web bao gồm nhiều cách khác nhau để bệnh nhân có thể đăng ký hỗ trợ, bao gồm danh sách các địa điểm tư vấn tài chính cho bệnh nhân của bệnh viện và trung tâm y tế; một số điện thoại trung tâm; và một địa chỉ email. Trang web cũng thông báo cho bệnh nhân rằng các mẫu đơn và hỗ trợ là miễn phí.

Thông tin về chính sách và cách đăng ký có sẵn tại tất cả các tổ chức có áp dụng của Mass General Brigham với việc truyền thông công khai được thực hiện theo nhiều cách:

- Đăng thông báo (biển báo) về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính và mô tả nơi cần đến để được hỗ trợ tại các địa điểm sau:
 - Khu vực tiếp nhận và/hoặc đăng ký cho bệnh nhân nội trú, phòng khám, khoa cấp cứu và trung tâm y tế cộng đồng
 - Khu vực chờ Tư vấn Tài chính
 - Khu vực tiếp nhận/đăng ký trung tâm mở cửa cho bệnh nhân
 - Khu vực chờ của văn phòng kinh doanh mở cửa cho bệnh nhân
- Các tài liệu quảng cáo bằng ngôn ngữ đơn giản quảng cáo về sự sẵn có của các tùy chọn hỗ trợ tài chính của Mass General Brigham được trưng bày trong các phòng khám và Khoa Cấp cứu
- Các thông báo tiêu chuẩn sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân tại thời điểm họ đăng ký lần đầu với Mass General Brigham. Những thông báo này cũng sẽ được phổ biến rộng rãi trong tất cả các bệnh viện và trung tâm y tế và thường xuyên được cung cấp cho các bệnh nhân hiện tại bất cứ khi nào họ được cho là sẽ có một khoản nợ phải tự chi trả.
- Thông tin chung về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính được bao gồm trong tất cả các sao kê của bệnh nhân
- Các nguồn hỗ trợ tư vấn tài chính dành cho bệnh nhân có sẵn cho bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu hỗ trợ, có câu hỏi cụ thể hoặc muốn có đơn đăng ký bằng bản in.
- Tất cả các tài liệu, bao gồm chính sách, bảng chỉ dẫn, mẫu đơn đăng ký và bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản đều có sẵn bằng Tiếng Anh và sẽ được dịch sang các ngôn ngữ khác trong phạm vi ngôn ngữ đó là ngôn ngữ chính của hơn 10% cư dân sử dụng dịch vụ của Bệnh viện. Các biển

báo thường sẽ được đăng bằng Tiếng Anh và Tiếng Tây Ban Nha. Biểu báo cũng sẽ bao gồm các hướng dẫn về cách sử dụng các dịch vụ dịch thuật cho những bệnh nhân có nhu cầu về ngôn ngữ khác.

Phụ lục A: Các Tổ chức Liên kết của Mass General Brigham

Chính sách này áp dụng cho các tổ chức của Mass General Brigham sau:

Các Bệnh viện Chăm sóc Cấp tính

- Massachusetts General Hospital (MGH)
- Brigham and Women's Hospital (BWH)
- North Shore Medical Center (NSMC)
- Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
- Martha's Vineyard Hospital (MVH)
- Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Các Bệnh viện Chăm sóc Sức khỏe Hành vi

- McLean Hospital

Các Bệnh viện Sau Cấp tính

- Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
- Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
- Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Các Tổ chức Bác sĩ

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)
- Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
- Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
- Nantucket Medical Group (NMG)
- Mass Eye and Ear Associates
- Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
- Mass General Brigham Community Physicians - các nhóm thuộc sở hữu hoàn toàn
 - Pentucket Medical Associates (PMA)
 - Mystic Health Care

Chăm sóc Tại nhà

- Mass General Brigham Home Care
- Mass General Brigham Ambulatory Care
- Mass General Brigham Urgent Care

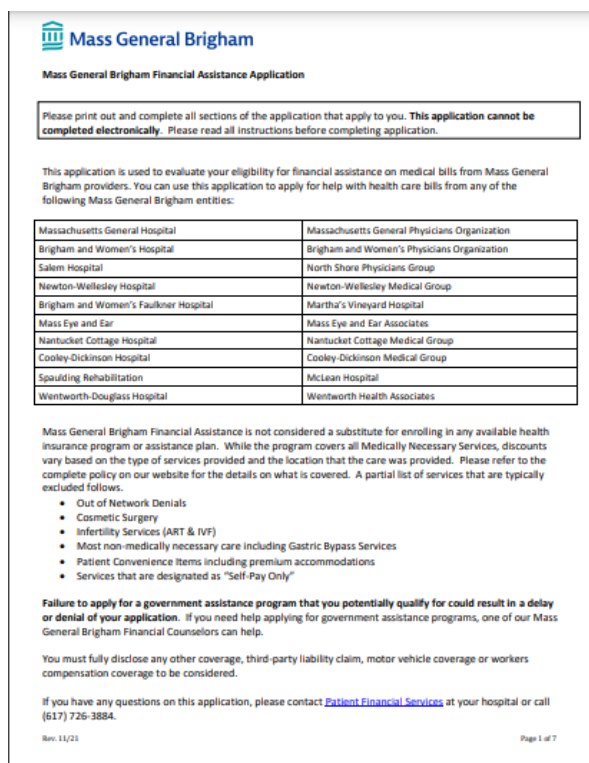
Lưu ý rằng các bác sĩ có liên kết với các tổ chức này, nhưng những bác sĩ lập hóa đơn "tư nhân" được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, tuân theo chính sách này. Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy trong [Danh sách Nhà cung cấp Liên kết của Mass General Brigham](#)

Phụ lục B: Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính

Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham có thể được tìm thấy tại đây:

<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Đơn đăng ký này có sẵn bằng 10 ngôn ngữ trên www.massgeneralbrigham.org: Tiếng Anh, Tiếng Ả Rập, Tiếng Trung, Tiếng Haiti Creole, Tiếng Indonesia, Tiếng Khmer, Tiếng Bồ Đào Nha, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha và Tiếng Việt.



Mass General Brigham
Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. **This application cannot be completed electronically.** Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows.

- Out of Network Denials
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-3884.

Rev. 11/21 Page 1 of 7