

Boston Children's Hospital
Chính Sách Tín Dụng và Thu Hồi Nợ

Mục Lục

- I. Tuyên Bố Chính Sách Chung
- II. Các Định Nghĩa
- III. Phân Loại Dịch Vụ
- IV. Trợ Giúp Để Nhận Hỗ Trợ Tài Chính
 - A. Thông Báo Cho Công Chúng về Sự Sẵn Có của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính
 - B. Thông Báo Cho Cá Nhân về Sự Sẵn Có của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính
- V. Trì Hoãn/Từ Chối Dịch Vụ
- VI. Các Thủ Tục để Thu Thập Thông Tin Tài Chính của Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm
 - A. Thu Thập Thông Tin
 - B. Các Thời Điểm Thu Thập Dữ Liệu
 - C. Xác Minh Các Thông Tin Do Bệnh Nhân Cung Cấp
 - D. Tiết Lộ Thông Tin/Chỉ Định Quyền Lợi
 - E. Xác Nhận Trách Nhiệm Tài Chính Đối Với Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả
- VII. Thanh Toán
 - A. Đặt Cọc
 - B. Chiết Khấu
 - C. Kế Hoạch Thanh Toán
 - D. Quyền Phê Duyệt Điều Chỉnh Tài Khoản
- VIII. Xuất Hóa Đơn, Biện Pháp Truy Thu và Xác Định Nợ Xấu
 - A. Xác Định Dịch Vụ Đủ Điều Kiện
 - B. Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm Được Miễn Truy Thu Nợ
 - C. Xuất Hóa Đơn Lần Đầu
 - D. Tiếp Tục Truy Thu
 - E. Thư Bị Gửi Trả
 - F. Phá Sản
 - G. Xác Định Nợ Xấu
 - H. Xuất Hóa Đơn Nợ Xấu Cấp Cứu cho Health Safety Net
 - I. Các Tiêu Chí Phê Duyệt Nợ Xấu
 - J. Các Biện Pháp Truy Thu Đặc Biệt và Kiện Tụng Pháp Lý
 - K. Tài Liệu
 - L. Tai Nạn Xe Hơi
- IX. Quyền và Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân

Tài liệu đính kèm:

Các Phụ Lục Bắt Buộc, Được Ghi Nhận Riêng

I. Tuyên Bố Chính Sách Chung

Với truyền thống lâu đời phục vụ trẻ em ở khu vực Boston, New England và hơn thế nữa, Boston Children's Hospital ("Bệnh viện") luôn cam kết giữ vai trò là một nguồn trợ giúp cho trẻ em cần được chăm sóc, bất kể khả năng thanh toán. Hàng năm, nhờ có sự trợ giúp mà Bệnh viện nhận được từ cộng đồng và hành động chu đáo của Hội đồng Ủy thác, Bệnh viện và các bác sĩ của bệnh viện đã đóng góp hàng triệu đô-la dưới hình thức Chăm sóc Thiện nguyện cho các trẻ em và gia đình.

Bệnh viện có cam kết mạnh mẽ để đảm bảo rằng trẻ em được bảo hiểm bất kỳ khi nào có thể. Các cố vấn tài chính của Bệnh viện luôn sẵn sàng trả lời các câu hỏi của gia đình về bảo hiểm công cộng dành cho trẻ em không có bảo hiểm, và hỗ trợ các gia đình hoàn thành các mẫu đơn cần thiết.

Bệnh viện đánh giá nhu cầu y tế của mỗi bệnh nhân và hiện trạng tài chính của gia đình, và sẽ nỗ lực để rộng lượng và đáp ứng tốt nhất với hoàn cảnh của mọi trẻ em muốn nhận dịch vụ. Để duy trì khả năng của Bệnh viện trong việc đáp ứng nhu cầu thực sự, các biện pháp xuất hóa đơn và truy thu nhạy cảm nhưng nhất quán được áp dụng đối với các bệnh nhân và gia đình của họ. Các chính sách và thủ tục được nêu trong tài liệu này được áp dụng nhằm đảm bảo rằng các biện pháp và thủ tục xuất hóa đơn và truy thu là hợp lý và được áp dụng nhất quán. Chính Sách Tín Dụng và Thu Hồi Nợ này áp dụng cho tất cả các địa điểm của Boston Children's Hospital được vận hành theo giấy phép của Bệnh viện.

Bệnh viện cũng nỗ lực hết mình để linh hoạt và đáp ứng tốt nhất với những tình huống cụ thể. Đôi lại, bệnh viện mong muốn các gia đình sẽ tôn trọng các nghĩa vụ tài chính của mình để Bệnh viện có thể tiếp tục chăm sóc cho những trẻ em có hoàn cảnh kém may mắn hơn.

Cuối cùng, Bệnh viện không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tư cách công dân, diện người nước ngoài, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, khuynh hướng tính dục, nhận dạng giới tính, tuổi tác, hay tình trạng khuyết tật trong các chính sách của mình hay trong cách áp dụng các chính sách của mình liên quan đến việc thu thập và xác minh thông tin tài chính, đặt cọc trước khi nhập viện hay trước khi điều trị, kế hoạch thanh toán, trì hoãn hay từ chối cho nhập viện, hay diện Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp theo xác định của Văn phòng Medicaid, xác định rằng một bệnh nhân có thu nhập thấp, hay trong các biện pháp xuất hóa đơn và truy thu của mình.

Chính Sách Tín Dụng và Thu Hồi Nợ này được lập ra để đảm bảo tuân thủ với (1) quy định về Các Dịch Vụ Đủ Điều Kiện của Health Safety Net 101 CMR 613.00; Các yêu cầu về Nợ Xấu Medicare của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (42 CFR 413.89); và (3) Hướng Dẫn Bồi Hoàn Cho Nhà Cung Cấp Medicare (Phần I, Chương 3).

II. Các Định Nghĩa

Chăm Sóc Thiện Nguyện: Các chi phí của Bệnh viện hay Trung tâm Y tế Cộng đồng đối với các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho các bệnh nhân thu nhập thấp không đủ điều kiện nhận thanh toán từ Quỹ Ủy thác của Health Safety Net hay các nguồn thanh toán công cộng hoặc tư nhân khác.

Bệnh viện cũng duy trì các chương trình Chăm sóc Thiện nguyện cụ thể như được nêu trong các chính sách mà Trường phòng Tài chính duy trì.

Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện: Các khoản phí Bệnh viện hay Trung tâm Y tế Cộng đồng đủ điều kiện nhận thanh toán từ Quỹ Ủy thác của Health Safety Net tuân theo các quy định do Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts ban bố.

Tình Trạng Cấp Cứu Y Tế: Một tình trạng bệnh lý, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu hiện qua các triệu chứng đủ nghiêm trọng, bao gồm đau dữ dội, mà nếu không được hỗ trợ y tế nhanh chóng, một người bình thường có kiến thức về y tế và y khoa ở mức trung bình cũng có thể nhận thấy rằng, sẽ đặt sức khỏe của người đó hay một người khác vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, gây khiếm khuyết nghiêm trọng cho chức năng cơ thể hay gây tổn hại nghiêm trọng cho bất kỳ cơ quan hay bộ phận cơ thể nào hoặc, liên quan đến một phụ nữ có thai, như được xác định thêm ở mục 1867(e)(1)(B) của Đạo luật An sinh Xã hội, 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Các Dịch Vụ Cấp Cứu: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho một cá nhân với một Tình Trạng Cấp Cứu Y Tế.

Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp: Một người đáp ứng được các tiêu chí để được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp được nêu trong các quy định của Health Safety Net do Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts ban bố. Để được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp, một người phải là cư dân của Khối Thịnh Vượng Chung và có thu nhập gia đình theo tài liệu bằng hoặc thấp hơn 400% Federal Poverty Level (FPL, Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang), và không được ghi danh tham gia vào các chương trình MassHealth Standard hay MassHealth Family Assistance/Direct Coverage; không được xác định là đủ điều kiện tham gia MassHealth và không được để lỡ việc ghi danh tham gia nếu đủ điều kiện; và không bị hủy tư cách thành viên MassHealth hay Commonwealth Care do không thanh toán phí bảo hiểm.

Medical Hardship (Khó Khăn Về Y Tế): Hạng mục về điều kiện hội đủ để được bao trả cho các loại phí nhất định bởi Quỹ Ủy thác của Health Safety Net, dành cho bệnh nhân/gia đình mà các chi phí y tế được phép của họ đã làm cạn kiệt thu nhập của gia đình đến mức bệnh nhân/gia đình không thể thanh toán cho Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện (như được xác định trong các quy định). Các điều khoản và điều kiện để tham gia Medical Hardship và các khoản thanh toán từ Quỹ Ủy thác của Health Safety Net cho các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân đủ điều kiện tham gia Medical Hardship được nêu cụ thể trong các quy định do Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts ban bố.

Chăm Sóc Khẩn Cấp: Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong một bệnh viện hay trung tâm y tế cộng đồng sau khi đột ngột xảy ra một tình trạng y tế, dù là về thân thể hay tâm thần, biểu hiện qua các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người bình thường có thể tin rằng nếu không được trợ giúp về y tế trong vòng 24 giờ có thể dẫn đến việc: đặt sức khỏe của bệnh nhân vào tình trạng nguy hiểm; gây khiếm khuyết nghiêm trọng cho chức năng cơ thể, hay gây tổn hại cho bất kỳ cơ quan hay bộ phận cơ thể nào. Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng bệnh lý không đe dọa đến tính mạng và không có nguy cơ cao dẫn đến nguy hại nghiêm trọng đối với sức khỏe của

một người. Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp không bao gồm chăm sóc tự chọn hay chăm sóc chính.

III. Phân Loại Dịch Vụ

Mọi người có thể tự đến, hoặc được đưa đến, để được điều trị mà không lấy hẹn trước tại Phòng Cấp Cứu của Bệnh viện hay tại các địa điểm dịch vụ lâm sàng khác của Bệnh viện. Bất kỳ bệnh nhân nào có mặt để nhận dịch vụ cấp cứu sẽ được đánh giá mà không tính đến việc bệnh nhân đó có bảo hiểm hay không hoặc khả năng thanh toán của bệnh nhân, phù hợp với Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA, Luật Điều Trị Y Tế và Chuyên Dạ Cấp Cứu). Sau khi cung cấp các dịch vụ cho một bệnh nhân trong Phòng Cấp cứu, bác sĩ điều trị trong Phòng Cấp cứu phân loại các dịch vụ là Dịch Vụ Cấp Cứu hay Chăm Sóc Khẩn Cấp (theo các định nghĩa nêu trên), hay là Phi Khẩn Cấp.

Các dịch vụ tự chọn và các dịch vụ được xếp lịch từ trước được coi là Phi Khẩn Cấp, và do đó không phải là Dịch Vụ Cấp Cứu hay Chăm Sóc Khẩn Cấp, bất kể hoàn cảnh cung cấp dịch vụ. Các cách phân loại đó được Bệnh viện sử dụng để xác định việc đòi nợ xấu cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp theo Ngân quỹ của Health Safety Net.

Bệnh viện nghiêm cấm bất kỳ hành động nào cản trở các cá nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu, như bằng cách yêu cầu các bệnh nhân ở phòng cấp cứu phải trả tiền trước khi được điều trị các tình trạng cấp cứu y tế hay cho phép các hoạt động truy thu nợ mà ảnh hưởng đến việc cung cấp, không phân biệt đối xử, dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu.

IV. Trợ Giúp Để Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh viện sẽ cung cấp cho các bệnh nhân, người bảo đảm, hay các bên có trách nhiệm được xác định khác những thông tin về, và hỗ trợ làm đơn xin tham gia, các chương trình trợ cấp công cộng và trợ cấp khác, gồm MassHealth, Commonwealth Care, diện Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp theo các quy định của Health Safety Net, và các chương trình được chính phủ tài trợ khác, cũng như các chương trình Chăm Sóc Thiện Nguyện và giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm của Bệnh viện. Bệnh viện sẽ nỗ lực hợp lý để cung cấp dịch vụ phiên dịch cho bệnh nhân, người bảo đảm hay các bên chịu trách nhiệm khác có trình độ thông thạo Tiếng Anh hạn chế.

Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân/người bảo đảm hoàn thành các đơn xin tham gia các chương trình công cộng. Bệnh nhân hay người bảo đảm phải cung cấp tài liệu bắt buộc cho các đơn xin đó. Bệnh viện không giữ vai trò xác định điều kiện hội đủ để tham gia chương trình, và đó là vai trò của Khối Thịnh Vượng Chung. Bệnh nhân hay người bảo đảm có trách nhiệm thông báo cho Bệnh viện tất cả các quyết định về đòi nợ của Khối Thịnh Vượng Chung và về bất kỳ thay đổi nào trong điều kiện hội đủ của bệnh nhân cho các chương trình đó.

A. Thông Báo Cho Công Chúng về Sự Sẵn Có của Hỗ Trợ Tài Chính. Bệnh viện sẽ đăng các biển hiệu báo cho bệnh nhân về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính và về các

chương trình trợ cấp công cộng khác và địa điểm Bệnh viện nơi bệnh nhân và gia đình có thể làm đơn xin hỗ trợ. Các biểu hiệu này sẽ được đăng tại các khu vực bệnh nhân nội trú, ngoại trú và nhập viện/đăng ký cấp cứu cũng như các văn phòng mà bệnh nhân thường sử dụng. Các biểu hiệu có kích thước 8 ½ x 11 inch, được in với phông chữ cỡ 22, bằng Tiếng Anh và Tiếng Tây Ban Nha.

B. Thông Báo Cho Cá Nhân về Sự Sẵn Có của Hỗ Trợ Tài Chính. Bệnh viện sẽ cung cấp thông báo riêng cho cá nhân về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính, như Medical Hardship, và hỗ trợ làm đơn xin tham gia các chương trình đó, đối với bất kỳ bệnh nhân nào dự kiến sẽ phải trả phí (trừ các mặt hàng hay dịch vụ tiện lợi cá nhân) mà không được thanh toán toàn bộ bởi bảo hiểm bên thứ ba của mình. Bệnh viện cũng sẽ gửi kèm một thông tin về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm chương trình Eligible Services to Low Income Patients (Các Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện cho Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp) và các chương trình trợ cấp công cộng khác, và sự sẵn có của dịch vụ hỗ trợ làm đơn xin tham gia các chương trình đó, trong hóa đơn ban đầu và tất cả các mẫu giấy truy thu nợ khác.

V. Trì Hoãn/Từ Chối Dịch Vụ

Bệnh viện sẽ không trì hoãn hay từ chối điều trị cho bệnh nhân có mặt để được chăm sóc cấp cứu hay chăm sóc khẩn cấp hoặc người là đối tượng nhận phúc lợi của chính phủ như MassHealth, Commonwealth Care, Children's Medical Security Plan, Healthy Start, Health Safety Net, hay các chương trình công cộng khác, chỉ vì những cân nhắc tài chính.

Bệnh viện có quyền trì hoãn hay từ chối cung cấp các dịch vụ không phải cấp cứu, phi khẩn cấp cho một bệnh nhân, bao gồm cả trong các tình huống mà bệnh nhân/gia đình từ chối tuân thủ các yêu cầu đặt cọc hay thiếu ngân sách để trả cho các dịch vụ dù là tự trả hay thông qua các nguồn của bên thứ ba và từ chối làm đơn xin tham gia các chương trình trợ cấp công cộng sẵn có, bao gồm MassHealth và Health Safety Net, hay từ chối cung cấp các giấy tờ bắt buộc để làm (các) đơn xin đó.

Bất cứ khi nào Bệnh viện chọn thực hiện các quyền của mình trong việc trì hoãn hay từ chối cung cấp dịch vụ cho một bệnh nhân, và trước khi thực hiện các quyền đó, bác sĩ được xác định là bác sĩ điều trị của bệnh nhân sẽ được liên hệ để đánh giá những ảnh hưởng về y tế/lâm sàng của việc trì hoãn hay từ chối dịch vụ đó, và để xác nhận và chấp thuận quyết định hoãn hay từ chối cung cấp dịch vụ trên quan điểm y tế/lâm sàng.

Trong các trường hợp bệnh nhân bị từ chối hay khước từ dịch vụ, tài liệu nêu lý do từ chối hay khước từ; đánh giá của bác sĩ điều trị cho bệnh nhân đối với các ảnh hưởng về y tế/lâm sàng của việc trì hoãn hay từ chối dịch vụ cũng như sự chấp thuận việc đó trên quan điểm y tế/lâm sàng; và sự xác nhận cũng như chấp thuận của bác sĩ với quyết định trì hoãn hay từ chối cung cấp dịch vụ sẽ được lưu lại.

VI. Các Thủ Tục để Thu Thập Thông Tin Tài Chính của Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm

A. Thu Thập Thông Tin: Trước khi cung cấp bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào (ngoại trừ trong các trường hợp có cấp độ dịch vụ cấp cứu hay chăm sóc khẩn cấp), bệnh nhân/người bảo đảm cần cung cấp thông tin kịp thời và chính xác về tình trạng bảo hiểm, thông tin nhân khẩu của họ, những thay đổi về thu nhập gia đình hay tình trạng bảo hiểm, và thông tin về bất kỳ khoản khấu trừ hay đồng thanh toán nào còn nợ dựa trên các nghĩa vụ thanh toán trong chương trình bảo hiểm hay chương trình tài chính hiện có của họ. Các thông tin chi tiết bao gồm:

1. Họ và tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh, số an sinh xã hội (nếu có), các lựa chọn bảo hiểm y tế hiện tại, thông tin về tư cách công dân và cư dân, và các nguồn tài chính khả dụng của bệnh nhân/người bảo đảm mà có thể được sử dụng để trả hóa đơn của họ;

2. Họ và tên của người bảo đảm của bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh, số an sinh xã hội (nếu có), các lựa chọn bảo hiểm y tế hiện tại, và các nguồn tài chính khả dụng của họ mà có thể được sử dụng để trả hóa đơn của bệnh nhân; và

3. Các nguồn khác có thể được sử dụng để trả hóa đơn của họ, bao gồm các chương trình bảo hiểm khác, các hợp đồng bảo hiểm xe hơi hay bảo hiểm nhà nếu việc điều trị là do một vụ tai nạn, các chương trình đền bù cho người lao động, và các hợp đồng bảo hiểm học sinh, cùng với các nguồn khác.

Bệnh nhân/người bảo đảm là những người chịu trách nhiệm cuối cùng về việc theo dõi cũng như trả đúng hạn hóa đơn bệnh viện của họ, bao gồm bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, hay khấu trừ hiện tại nào. Bệnh nhân/người bảo đảm cũng phải thông báo cho công ty bảo hiểm hiện tại của họ (nếu có), hay cho cơ quan xác định tình trạng hội đủ điều kiện của bệnh nhân để tham gia một chương trình bảo hiểm công cộng, về bất kỳ thay đổi nào về thu nhập gia đình hay tình trạng bảo hiểm.

Bệnh nhân/người bảo đảm phải thông báo cho chương trình công cộng của tiểu bang (ví dụ, Văn phòng Medicaid và Health Safety Net) về thông tin liên quan đến bất kỳ vụ kiện hay yêu cầu thanh toán bảo hiểm nào sẽ bao trả cho phí dịch vụ mà Bệnh viện cung cấp. Một bệnh nhân cũng phải chỉ định quyền đối với phần đền bù dàn xếp của bên thứ ba, sẽ trả cho chi phí dịch vụ mà Văn phòng Medicaid hay Health Safety Net đã trả.

Khi thông tin không được cung cấp tại thời điểm nhập viện hay khi xếp lịch hẹn khám ngoại trú, sẽ có những nỗ lực liên tục để thu thập các thông tin cần thiết cho đến sau xuất viện/hậu dịch vụ.

B. Các Thời Điểm Thu Thập Dữ Liệu: Phần sau xác định các thời điểm thực hiện các nỗ lực để thu thập thông tin này và ai sẽ thực hiện việc đó:

1. **Khi Xếp Lịch Nhập Viện hay Khám Ngoại Trú:** Nhân viên văn phòng bác sĩ hay nhân viên bệnh viện lên lịch cho dịch vụ sẽ yêu cầu thông tin tài chính.

2. **Khi Xác Minh Thông Tin Bệnh Nhân:** Nhân viên Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân, nhân viên văn phòng bác sĩ hay nhân viên bệnh viện xác minh thông tin bệnh nhân trước khi cung cấp dịch vụ sẽ yêu cầu thông tin tài chính.

3. **Ngày Nhập Viện/Giờ Cung Cấp Dịch Vụ:** Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân, hay Điều phối viên Chăm sóc Bệnh nhân nếu phù hợp. Khi có nghi vấn

với bất kỳ khía cạnh nào trong thông tin tài chính của bệnh nhân/người bảo đảm, bệnh nhân/người bảo đảm có thể được giới thiệu tới Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân để xác minh thông tin. Quy trình này áp dụng cho cả dịch vụ đã được xếp lịch từ trước và dịch vụ cấp cứu (ngay khi có thể áp dụng một cách hợp lý sau khi cung cấp dịch vụ hay nhập viện, phù hợp với EMTALA).

4. Trong Thời Gian Nằm Viện: Nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân hay Điều phối viên Chăm sóc Bệnh nhân.

5. Khi Làm Thủ Tục Xuất Viện: Nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân.

6. Sau Xuất Viện/Hậu Dịch Vụ: Nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân hay đại diện quản lý tài chính của Bệnh viện.

7. Các Dịch Vụ Cấp Cứu: Nhân viên đăng ký của phòng cấp cứu sẽ phỏng vấn, thu thập và xác minh tất cả các thông tin tài chính và thông tin về bệnh nhân cần thiết ngay khi được phép theo các quy định của EMTALA. Các thông tin không được thu thập tại thời điểm nhập viện sẽ được tiếp tục thu thập thông qua việc liên lạc và phỏng vấn bệnh nhân và/hoặc người bảo đảm trong cả thời gian nằm viện của bệnh nhân, hay tại thời điểm xuất viện nếu tất cả các nỗ lực khác đã không thành công. Nếu được bệnh nhân hay người bảo đảm cho phép, những người khác sẽ được liên lạc để thu thập thông tin nhằm đánh giá khả năng thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

8. Xác Nhận Điều Kiện Hội Đủ cho MassHealth: Đối với các dịch vụ được cung cấp cho một bệnh nhân không có bảo hiểm, nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân sẽ kiểm tra qua hệ thống MassHealth EVS và/hoặc Virtual Gateway do Văn phòng Hành Chánh về Y tế và các Dịch vụ Nhân sinh Massachusetts duy trì để biết liệu bệnh nhân có đủ điều kiện hay không hoặc đã nộp đơn xin tham gia MassHealth, Commonwealth Care, hay các chương trình khác hay chưa.

C. Bệnh Viện Xác Nhận Thông Tin Tài Chính Của Bệnh Nhân: Nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân, nhân viên quản lý ban lâm sàng, hay các Điều phối viên Chăm sóc Bệnh nhân sẽ có những nỗ lực hợp lý và miễn cưỡng để xác minh các thông tin tài chính do bệnh nhân cung cấp ngay khi có thể sau khi thông tin được cung cấp, cho đến khi xuất viện hay cung cấp một dịch vụ ngoại trú. Nếu thông tin không thể được xác minh trước thời điểm đó, Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân hay các đại diện của họ có thể nỗ lực xác minh thông tin trong quá trình xuất hóa đơn và truy thu nợ.

Với độ tuổi của bệnh nhân của Bệnh viện, thường thì cha mẹ hay người giám hộ là người cung cấp thông tin bảo hiểm và thông tin tài chính của bệnh nhân.

Nếu cần thêm thông tin khi bệnh nhân ở Bệnh viện, nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân hay các Điều phối viên Chăm sóc Bệnh nhân liên hệ với y tá chăm sóc chính của bệnh nhân hay người được chỉ định để xin phép liên hệ với bệnh nhân hay gia đình bệnh nhân.

Các nỗ lực hợp lý và miễn cưỡng của Bệnh viện sẽ bao gồm, nhưng không chỉ gồm, yêu cầu thông tin về tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân, kiểm tra bất kỳ cơ sở dữ liệu bảo hiểm công cộng hay tư nhân sẵn có nào, tuân thủ các quy tắc xuất hóa đơn của một bên thanh toán thứ ba, và đề nghị tái xét một yêu cầu thanh toán bị từ chối khi dịch vụ có thể được thanh toán toàn bộ hay một phần bởi một công ty bảo hiểm.

Bệnh viện cũng sẽ có những nỗ lực hợp lý và miễn cán để điều tra liệu một nguồn thứ ba có thể chịu trách nhiệm cho các dịch vụ mà Bệnh viện cung cấp hay không, bao gồm nhưng không chỉ gồm: (1) một hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm xe hơi hay bảo hiểm trách nhiệm nhà, (2) các hợp đồng bảo hiểm tai nạn hay thương tích cơ thể, (3) các chương trình đền bù tain nạn nghề nghiệp, và (4) các hợp đồng bảo hiểm học sinh, cùng với các nguồn khác. Bệnh viện sẽ thông báo cho bệnh nhân về trách nhiệm của họ trong việc thông báo cho chương trình công cộng phù hợp về bất kỳ thay đổi nào trong thu nhập hay tình trạng bảo hiểm. Tuân thủ các quy định hiện hành của tiểu bang hay hợp đồng bảo hiểm, đối với bất kỳ yêu cầu thanh toán nào mà trong đó các nỗ lực hợp lý và miễn cán của Bệnh viện dẫn đến việc thu hồi được tiền hóa đơn y tế đã được xuất hóa đơn cho một công ty bảo hiểm tư nhân hay chương trình công cộng, Bệnh viện sẽ báo cáo phần thu hồi được và bù vào yêu cầu thanh toán đã được trả bởi công ty bảo hiểm tư nhân hay chương trình công cộng. Nếu Bệnh viện đã có kiến thức từ trước và có khả năng về mặt pháp lý, bệnh viện sẽ nỗ lực đảm bảo chỉ định quyền của bệnh nhân đối với khoản bao trả của bên thứ ba đối với các dịch vụ đã được cung cấp do tai nạn

D. Tiết Lộ Thông Tin/Chỉ Định Quyền Lợi: Bệnh nhân/người bảo đảm có thể phải ký giấy chỉ định quyền lợi bảo hiểm hay các nguồn thanh toán của bên thứ ba khác (ví dụ như các khoản thanh toán do có các hành động sai lầm) trực tiếp cho Bệnh viện đối với các dịch vụ đã được cung cấp, và giấy cho phép tiết lộ thông tin nếu cần để hoàn thành việc chỉ định các quyền lợi đó. Giấy cho phép cũng phải nêu rõ rằng bệnh nhân/người bảo đảm có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản phí không được bao trả bởi việc chỉ định quyền lợi.

E. Xác Nhận Trách Nhiệm Tài Chính Đối Với Các Dịch Vụ Không Được Bao Trả Khi không có giấy ủy quyền mà công ty bảo hiểm của bệnh nhân yêu cầu trước khi cung cấp dịch vụ, bệnh nhân/người bảo đảm sẽ cần phải ký một tuyên bố xác nhận rằng họ đã được thông báo về việc không có giấy ủy quyền và thông báo cho họ về trách nhiệm tài chính tiềm ẩn của họ đối với các dịch vụ mà cuối cùng được xác định là các dịch vụ không được bao trả.

VII. Thanh Toán

Nói chung, cần phải trả toàn bộ số tiền khi nhận được hóa đơn từ Bệnh viện.

A. Đặt Cọc

1. Các Dịch Vụ Cấp Cứu: Bệnh viện sẽ không yêu cầu đặt cọc trước khi điều trị từ bất kỳ bệnh nhân hay người bảo đảm nào như một điều kiện để được nhận chăm sóc cấp cứu, bất kể khả năng thanh toán của bệnh nhân hay người bảo đảm.

2. Các Dịch Vụ Không Phải Cấp Cứu: Bệnh viện có thể yêu cầu một khoản đặt cọc trước khi cho nhập viện đối với các dịch vụ nội trú hay ngoại

trú không phải cấp cứu từ một bệnh nhân (hay người bảo đảm của bệnh nhân) là người không có đủ bảo hiểm cho dịch vụ sẽ được cung cấp, không được miễn các biện pháp truy thu nợ, và vẫn chưa ký hợp đồng Kế hoạch Thanh toán với Bệnh viện.

3. Các Điều Khoản Đặc Biệt Đối Với Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện Tham Gia Health Safety Net: Bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp sẽ không phải trả tiền đặt cọc. Một bệnh nhân/người bảo đảm được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp kèm yêu cầu khấu trừ có thể phải trả một khoản đặt cọc lên tới 20% số tiền khấu trừ, lên đến \$500. Một bệnh nhân/người bảo đảm đủ điều kiện tham gia Medical Hardship có thể phải trả tiền đặt cọc lên tới 20% phần đóng góp cho Medical Hardship, lên đến \$1000. Tất cả các khoản dư nợ còn lại sẽ tùy thuộc vào các điều kiện kế hoạch thanh toán được nêu trong 101 CMR 613.08

B. Chiết Khấu: Các khoản chiết khấu trên tài khoản của bệnh nhân không đủ điều kiện và sẽ không được gửi cho Health Safety Net. Bệnh viện giảm giá tới 40% đối với các khoản phí cho người không có bảo hiểm, tùy thuộc vào mức độ đúng hạn của việc thanh toán. Không áp dụng giảm giá cho các khoản đồng thanh toán và khấu trừ. Chính Sách Giảm Giá của Bệnh viện được Trường phòng Tài chính duy trì.

C. Kế Hoạch Thanh Toán Trường hợp một bệnh nhân/người bảo đảm không thể trả tiền hóa đơn Bệnh viện khi nhận được hóa đơn và được xác định không đủ điều kiện cho Health Safety Net hay các chương trình công cộng phù hợp khác, Bệnh viện có thể đề nghị với bệnh nhân/người bảo đảm một thỏa thuận thanh toán trong một giai đoạn kéo dài.

Bệnh viện sẽ đề nghị với bệnh nhân có khoản nợ phải trả từ \$1,000 trở xuống, sau khi đã trả khoản đặt cọc ban đầu, một kế hoạch thanh toán tối thiểu là trong vòng một năm miễn lãi suất với khoản thanh toán hàng tháng tối thiểu không quá \$25. Đối với các bệnh nhân có khoản nợ hơn \$1,000, sau khi đã trả khoản đặt cọc ban đầu, sẽ được đề nghị một kế hoạch thanh toán miễn lãi suất trong ít nhất hai năm. Đối với các trường hợp đặc biệt khó khăn, các yêu cầu kế hoạch thanh toán quá hai năm có thể được cân nhắc tùy theo từng trường hợp cụ thể.

Bệnh viện sẽ không yêu cầu bất kỳ kế hoạch thanh toán nào đối với các bệnh nhân được miễn truy thu hoàn toàn theo Chính sách Tín Dụng và Thu hồi nợ này.

Bệnh viện và các địa điểm vệ tinh có giấy phép của bệnh viện, bao gồm Martha Eliot Health Center, không cung cấp các kế hoạch thanh toán khấu trừ cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận Health Safety Net – Partial.

D. Quyền Phê Duyệt Điều Chính Tài Khoản: Các điều chỉnh hành chính đối với tài khoản và các khoản hoàn trả tiền cho bệnh nhân/người bảo đảm hay các bên thanh toán khác số tiền ghi dưới đây có thể được cho phép bởi những người được ghi dưới đây:

1. Lên đến \$1000: Giám sát viên, Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
2. Lên đến \$10,000: Quản lý, Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
3. Lên đến \$50,000: Giám đốc, Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
4. \$50,000 trở lên: Trường phòng Tài chính

VIII. Xuất Hóa Đơn, Biện Pháp Truy Thu và Xác Định Nợ Xấu

Bệnh viện áp dụng cùng các nỗ lực xuất hóa đơn, truy thu liên tục đối với tất cả các tài khoản của bệnh nhân không có bảo hiểm như với các tài khoản của các bệnh nhân thuộc nhóm khác.

A. Xác Định Dịch Vụ Đủ Điều Kiện. Bệnh viện tuân theo các quy định và hướng dẫn do Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts ban hành trong việc quản lý điều kiện hội đủ đối với Health Safety Net và các chương trình trợ cấp công cộng khác.

Bệnh viện duy trì việc tuân thủ với các yêu cầu xuất hóa đơn hiện hành, bao gồm các quy định của Sở Y tế Công cộng (105 CMR 130.332) đối với việc không thanh toán cho các dịch vụ cụ thể hay những lần tái nhập viện mà Bệnh viện xác định là kết quả của một Serious Reportable Event (SRE, Biến cố Nghiêm trọng Cần Báo cáo). Các SRE không xảy ra tại Bệnh viện được loại trừ khỏi việc xác định không thanh toán này. Bệnh viện cũng không tìm cách yêu cầu thanh toán từ một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp, được xác định đủ điều kiện tham gia chương trình Health Safety Net, là người có yêu cầu thanh toán ban đầu bị một chương trình bảo hiểm từ chối do lỗi xuất hóa đơn hành chính của Bệnh viện. Bệnh viện cũng duy trì tất cả các thông tin tuân theo các luật hiện hành của liên bang và tiểu bang về quyền riêng tư, bảo mật và phòng chống trộm cắp thông tin định danh.

B. Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm Được Miễn Truy Thu Nợ Bệnh viện không xuất hóa đơn hay bằng cách nào khác tham gia vào truy thu nợ liên quan đến bất kỳ bệnh nhân nào chứng tỏ được rằng mình:

1. Đang tham gia MassHealth, nhận phúc lợi theo chương trình Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (Hỗ trợ Cấp cứu cho Người Cao niên, Người Khuyết tật và Trẻ em), hay là người tham gia chương trình Healthy Start (trừ việc Bệnh viện có thể xuất hóa đơn cho các bệnh nhân đó đối với các khoản đồng thanh toán và khấu trừ bắt buộc theo các chương trình trợ cấp này).

Bệnh viện có thể xuất hóa đơn cho một bệnh nhân cho rằng người này tham gia vào bất kỳ chương trình nào trong đó nhưng không trưng ra được bằng chứng của việc tham gia đó; khi nhận được bằng chứng (bao gồm phiếu thu hay xác minh đơn có chữ ký), Bệnh viện phải ngừng các hoạt động truy thu.

2. Một người đang tham gia Children's Medical Security Plan (CMSP, Chương trình An sinh Y tế Trẻ em) là người có thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Tính Theo Thu Nhập Của Liên Bang. Bệnh viện có thể xuất hóa đơn cho một bệnh nhân cho rằng người này tham gia CMSP nhưng không trưng ra được bằng chứng của việc tham gia đó; khi nhận được bằng chứng (bao gồm phiếu thu hay xác minh đơn có chữ ký), Bệnh viện phải ngừng các hoạt động truy thu.

3. Một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp được miễn truy thu đối với bất kỳ Dịch vụ Hội Đủ điều kiện nào được nhận trong giai đoạn mà người đó được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp (trừ các khoản đồng thanh toán và khấu trừ liên quan đến Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện đó). Bệnh viện có thể tiếp tục xuất hóa đơn cho Bệnh nhân Thu nhập Thấp đối với Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện được cung cấp trước khi họ được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp, nhưng chỉ sau khi tư cách Bệnh nhân Thu nhập Thấp của họ đã hết hạn hay bị hủy bỏ.

4. Một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp với thu nhập gia đình trong khoảng 201-400% FPL được miễn truy thu cho phần hóa đơn vượt quá khoản khấu

trừ và có thể được xuất hóa đơn cho các khoản đồng thanh toán và khấu trừ phù hợp với các quy định của tiểu bang.

5. Một bệnh nhân hay gia đình đủ điều kiện tham gia chương trình Medical Hardship (Khó khăn về Y tế), liên quan đến số tiền trong hóa đơn vượt quá mức đóng góp Medical Hardship (như được tính toán theo các quy định hiện hành). Nếu một yêu cầu thanh toán đã được gửi dưới dạng Nợ Xấu Cấp cứu trở nên đủ điều kiện nhận thanh toán Medical Hardship từ Health Safety Net, Bệnh viện sẽ ngừng hoạt động truy thu đối với bệnh nhân cho các dịch vụ đó.

Bệnh nhân Thu nhập Thấp không được miễn truy thu đối với các dịch vụ ngoài Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện, được cung cấp theo yêu cầu của bệnh nhân hay người bảo đảm, và bệnh nhân hay người bảo đảm đã đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ đó. Bệnh viện phải có giấy đồng ý của bệnh nhân hay người bảo đảm cho phép xuất hóa đơn đối với các dịch vụ đó.

C. Xuất Hóa Đơn Lần Đầu: Trừ các bệnh nhân được miễn truy thu như đã nêu ở trên, Bệnh viện sẽ cung cấp hóa đơn ban đầu cho bệnh nhân/người bảo đảm hoặc một bên thứ ba được nêu cụ thể. Phần tài khoản mà bệnh nhân/người bảo đảm chịu trách nhiệm và bệnh nhân/người bảo đảm sẽ nhận được hóa đơn loại trừ số tiền đã được Health Safety Net trả và phần vượt quá khoản đóng góp Medical Hardship, nếu phù hợp.

D. Tiếp Tục Truy Thu: Bệnh viện sử dụng các cơ quan bên ngoài để thực hiện các biện pháp truy thu đối với các tài khoản tự trả, và yêu cầu bất kỳ cơ quan nào như vậy phải tuân theo các tiêu chuẩn được ghi rõ trong các chính sách Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân của Bệnh viện hay các biện pháp truy thu có hiệu lực thường xuyên, và phải nhất quán với Chính sách Tín Dụng và Thu hồi nợ này. Tất cả tài khoản tự trả sẽ được áp dụng biện pháp truy thu nợ liên tục và sẽ có ít nhất ba biện pháp truy thu. Các biện pháp truy thu bởi Bệnh viện hay đại diện được ủy quyền của bệnh viện có thể bao gồm, nhưng không chỉ gồm những điều sau:

1. Hóa đơn lần đầu
2. Các bảng kê (được gửi mỗi 30 ngày sau khi xác định trách nhiệm tự trả)
3. Thư gửi tiếp theo để yêu cầu trả nợ (được gửi qua dịch vụ thư hạng nhất hay thư bảo đảm)
4. Các cuộc gọi điện thoại
5. Các cuộc họp với người bảo đảm hay bên chịu trách nhiệm khác

E. Thư Bị Gửi Trả: Các tài khoản có thư bị gửi trả sẽ được điều tra để định vị bệnh nhân và/hoặc người bảo đảm. Các nỗ lực để tìm địa chỉ hiện tại tối thiểu sẽ bao gồm:

1. Xem xét tất cả các hồ sơ và lịch hẹn có trong bệnh viện để xác định liệu có địa chỉ nào mới hơn trong hồ sơ hay không;
2. Liên hệ với một họ hàng hay bạn bè đã biết; và
3. Xem xét danh bạ điện thoại hiện tại.

Bệnh viện có thể nhờ các cơ quan bên ngoài vào cuộc để thực hiện các hoạt động tìm kiếm định vị bổ sung. Tài liệu ghi các nỗ lực để tìm kiếm bên chịu trách nhiệm thanh toán sẽ được lưu giữ.

F. Phá Sản: Khi nhận được thông báo pháp lý về việc phá sản của bệnh nhân/người bảo đảm, tất cả các hoạt động truy thu sẽ ngừng lại và tài khoản sẽ được điều chỉnh.

Các trường hợp phá sản sẽ không đủ điều kiện cho và sẽ không được gửi cho Health Safety Net.

G. Xác Định Nợ Xấu: Sau khi các nỗ lực truy thu hợp lý đã không thu được nợ đối với một tài khoản, dư nợ của tài khoản đó có thể được xếp loại thành nợ xấu theo Chính sách Tín Dụng và Thu hồi nợ này và bất kỳ chính sách hiện hành nào của phòng tài chính (và các chính sách này phải nhất quán với Chính sách Tín Dụng và Thu hồi nợ này).

Các điều kiện để Xác Định Nợ Xấu Ngay Lập tức: Khi thông tin được thu thập để chỉ định một tài khoản là nợ xấu vào bất kỳ thời điểm nào trong quá trình tiếp tục truy thu, tài khoản đó có thể ngay lập tức được coi là nợ xấu mà không cần tiếp tục truy thu. Hạng mục này gồm những điều sau:

1. Nỗ lực không thành công để xác định nguyên nhân thư không thể gửi tới người nhận và bị trả lại. Thư không gửi được hay tài khoản có “địa chỉ sai” được gộp lại để tiếp tục xử lý bởi nhân viên phụ trách thư của Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân và tìm địa chỉ/thông tin liên lạc đúng trước khi chuyển tài khoản sang diện nợ xấu. Các hoạt động tiếp theo được ghi lại.
2. Nỗ lực không thành công để xác định một số điện thoại hoạt động sau khi điện thoại của bệnh nhân/người bảo đảm bị ngắt.
3. Thông báo bằng văn bản hay bằng lời về việc bệnh nhân/người bảo đảm không sẵn lòng hay từ chối thanh toán.
4. Nhận được thông báo chính thức từ một công ty bảo hiểm rằng quyền lợi đã được trả cho thành viên, và ít nhất đã có một nỗ lực không thành công để liên hệ với bệnh nhân/người bảo đảm sau khi nhận được thông báo từ công ty bảo hiểm.

H. Xuất Hóa Đơn Nợ Xấu Dịch Vụ Cấp Cứu cho Health Safety Net: Ngoài việc tuân theo các biện pháp truy thu như được nêu ở trên, Bệnh viện sẽ gửi một thư bảo đảm tới bất kỳ bệnh nhân nào (trừ bệnh nhân mà thư thông báo gửi đi đã bị gửi trả lại do “không thể gửi tới người nhận được” hay “địa chỉ sai”) với số dư nợ phải trả lớn hơn \$1,000 đối với các dịch vụ cấp cứu và dịch vụ liên quan trước khi gửi hóa đơn khoản dư nợ đó cho Health Safety Net. Số dư nợ của tài khoản sẽ chỉ được xuất hóa đơn cho Health Safety Net sau khi khoản dư nợ đó không được thanh toán sau hơn 120 ngày kể từ ngày xuất hóa đơn lần đầu, và các biện pháp truy thu hợp lý được thực hiện trong giai đoạn đó sẽ được ghi lại trong hồ sơ tài chính của bệnh nhân. Đối với các dịch vụ được cung cấp cho một bệnh nhân không có bảo hiểm, nhân viên Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân sẽ xác nhận thông qua hệ thống MassHealth EVS và/hoặc Virtual Gateway rằng bệnh nhân không đủ điều kiện hay chưa nộp đơn xin tham gia MassHealth và bệnh nhân không phải là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp.

I. Các Tiêu Chí Phê Duyệt Nợ Xấu: Quyền phê duyệt xếp loại bất kỳ tài khoản nào là nợ xấu khác nhau tùy vào số tiền phí trên tài khoản, như sau:

1. Lên đến \$5000: Giám sát viên, Dịch vụ Khách hàng/Tự Trả
2. Lên đến \$10,000: Quản lý, Dịch vụ Khách hàng/Tự Trả
3. Lên đến \$50,000: Giám đốc, Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
4. \$50,000 trở lên: Trưởng phòng Tài chính

J. Các Biện Pháp Truy Thu Đặc Biệt và Kiện Tụng Pháp Lý: Nói chung, Bệnh viện không thực hiện “biện pháp truy thu đặc biệt”. Các biện pháp truy thu đặc biệt

bao gồm bán nợ cho một nhà cung cấp khác, báo cáo thông tin bất lợi về một cá nhân cho một cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hay cơ quan báo cáo tín dụng, trì hoãn hay từ chối, hay yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế bởi vì một người đã không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn từ các dịch vụ đã được cung cấp trước đây theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Bệnh viện, giữ thế chấp hay thu hồi nhà hoặc xe của một người, sai áp tiền lương, và/hoặc kiện dân sự. Bất kỳ quyết định nào nhằm thực hiện bất kỳ biện pháp truy thu đặc biệt nào đều cần phải được Hội đồng Ủy thác bỏ phiếu thông qua. Bệnh viện và các đại diện của mình phải chứng tỏ cho Hội đồng Ủy thác thấy rằng những nỗ lực hợp lý đã được thực hiện để xác định điều kiện hội đủ của một bệnh nhân để nhận hỗ trợ theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của bệnh viện trước khi khuyến nghị biện pháp truy thu đặc biệt.

Các biện pháp truy thu đặc biệt không thể được kích hoạt cho đến ít nhất 120 ngày kể từ ngày Bệnh viện cung cấp bảng kê hóa đơn lần đầu sau khi xuất viện cho dịch vụ chăm sóc, và có thể cần chứng tỏ là đã gửi thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện truy thu. Thông báo bằng văn bản cũng sẽ cần phải nêu biện pháp truy thu đặc biệt mà Bệnh viện dự định kích hoạt, cũng như ngày bắt đầu biện pháp đó. Trong trường hợp đã thực hiện biện pháp truy thu đặc biệt, Bệnh viện sẽ ngừng tất cả các biện pháp nếu nhận được một Đơn xin Hỗ trợ Tài chính để cho phép một giai đoạn cứu xét không quá 30 ngày.

Trước khi thực hiện kiện tụng pháp lý, Bệnh viện và các đại diện của mình phải có những nỗ lực hợp lý để xác định điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ của một bệnh nhân theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của mình. Nỗ lực hợp lý phải bao gồm thông báo bằng văn bản về sự sẵn có của hỗ trợ tài chính và phải đề thời hạn mà sau đó biện pháp kiện tụng pháp lý có thể được kích hoạt. Thời hạn nói trên không được sớm hơn 30 ngày kể từ ngày thông báo. Kiện tụng pháp lý sẽ không thể được kích hoạt cho đến ít nhất 120 ngày kể từ ngày Bệnh viện cung cấp bảng kê hóa đơn lần đầu sau khi xuất viện cho dịch vụ chăm sóc.

K. Tài Liệu: Bệnh viện sẽ ghi tài liệu hoạt động liên quan đến việc xếp loại và báo cáo một tài khoản là nợ xấu. Do Bệnh viện duy trì một hệ thống “điện tử” để xử lý cả các tài khoản bệnh nhân nội trú và ngoại trú, các tài liệu về hoạt động đối với các dịch vụ đó có thể được duy trì trên hệ thống máy tính của Bệnh viện trên các tài liệu ghi chép hoàn chỉnh thay vì trên giấy.

L. Tai Nạn Xe Hơi: Bệnh viện sẽ nộp một yêu cầu thanh toán cho Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện đã cung cấp cho một Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp bị thương trong một tai nạn xe hơi chỉ khi (1) bệnh viện đã điều tra liệu bệnh nhân, người lái xe, và/hoặc chủ của phương tiện còn lại có hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm xe hơi hay không; (2) đã nỗ lực hết sức để thu thập thông tin về bên thanh toán thứ ba từ bệnh nhân; (3) đã lưu lại bằng chứng của những nỗ lực đó, bao gồm tài liệu ghi chép các cuộc gọi điện thoại và thư gửi cho bệnh nhân; và (2) khi phù hợp, đã nộp yêu cầu thanh toán đúng quy trình cho công ty bảo hiểm trách nhiệm xe hơi. Đối với các tai nạn xe hơi và tất cả những khoản thu được đối với các yêu cầu thanh toán trước đây đã được xuất hóa đơn cho Health Safety Net, Bệnh viện sẽ báo cáo bất kỳ khoản thu được nào cho Văn phòng Health Safety Net. Khoản thu được sẽ được bù vào yêu cầu thanh toán cho Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện.

IX. Quyền và Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân

- A. Bệnh viện phải báo cho bệnh nhân biết quyền:
1. Làm đơn xin tham gia MassHealth, Commonwealth Care, xác định tư cách Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp và Medical Hardship; và
 2. Có kế hoạch thanh toán, như được mô tả trong Chính sách Tín Dụng và Thu hồi nợ này và các quy định hiện hành, nếu bệnh nhân được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp hoặc đủ điều kiện tham gia Medical Hardship.
- B. Một bệnh nhân nhận Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện phải:
1. Cung cấp tất cả các tài liệu bắt buộc;
 2. Thông báo cho MassHealth về bất kỳ thay đổi nào trong Thu nhập Gia đình hay tình trạng bảo hiểm, bao gồm nhưng không chỉ gồm thu nhập, thừa kế, quà tặng, và chia lợi tức từ quỹ ủy thác, sự sẵn có của bảo hiểm y tế và trách nhiệm của bên thứ ba. Thay vào đó, bệnh nhân có thể cung cấp thông báo đó cho Bệnh viện; và
 3. Theo dõi khoản Khấu trừ của bệnh nhân và cung cấp tài liệu cho Bệnh viện cho thấy đã đạt tới khoản khấu trừ trong khi nhiều hơn một thành viên gia đình được xác định là Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp hay nếu bệnh nhân hay thành viên gia đình nhận Dịch vụ Hội đủ Điều kiện từ nhiều hơn một nhà cung cấp; và
 4. Thông báo cho Ban Tài chính và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe hay MassHealth khi bệnh nhân liên quan đến một vụ tai nạn, hay bị bệnh hoặc thương tích, hay thiệt hại khác đã hoặc có thể dẫn đến một vụ kiện hay yêu cầu thanh toán bảo hiểm. Bệnh nhân phải:
 - a. Làm đơn yêu cầu bồi thường;
 - b. Đồng ý tuân thủ tất cả các yêu cầu của M.G.L. ch. 118G, bao gồm nhưng không chỉ gồm:
 - (1) chỉ định cho Ban quyền đòi số tiền bằng với khoản mà Health Safety Net đã thanh toán từ tiền thu được đối với bất kỳ yêu cầu thanh toán hay thủ tục pháp lý nào chống lại một bên thứ ba;
 - (2) cung cấp thông tin về yêu cầu thanh toán hay bất kỳ thủ tục pháp lý nào, và hợp tác toàn diện với Ban hay nhà thầu của ban, trừ khi Ban xác định rằng việc hợp tác sẽ không vì quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân, hay sẽ gây nguy hại hoặc tổn thương tâm lý nghiêm trọng cho bệnh nhân;
 - (3) thông báo cho Ban hay MassHealth bằng văn bản trong vòng 10 ngày kể từ ngày làm đơn yêu cầu thanh toán, kiện dân sự, hay thủ tục pháp lý khác; và
 - (4) bồi hoàn cho Health Safety Net từ khoản tiền nhận được từ một bên thứ ba đối với tất cả dịch vụ hội đủ điều kiện cho Health Safety Net đã được cung cấp vào hoặc sau ngày xảy ra tai nạn hay các vụ việc khác sau khi trở thành Bệnh Nhân Có Thu Nhập Thấp để xét thanh toán Health Safety Net, chỉ khoản thanh toán của Health Safety Net được cung cấp là kết quả của tai nạn hay các vụ việc khác mới được trả lại.
 - c. Ban chỉ thu hồi các khoản tiền trực tiếp từ một bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân đã nhận thanh toán từ một bên thứ ba cho dịch vụ chăm sóc y tế mà đã được Health Safety Net trả hay trong trường hợp được nêu trong 101 CMR 613.06(5)