



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 1 / 18

1.0 Tuyên Bố Chính Sách

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) và Kaiser Foundation Hospitals (KFH) cam kết cung cấp các chương trình tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc cho các nhóm dân số dễ bị tổn thương. Cam kết này bao gồm việc cung cấp trợ cấp tài chính cho những bệnh nhân hội đủ điều kiện thu nhập thấp, không có bảo hiểm và không được bảo hiểm đầy đủ khi khả năng thanh toán cho dịch vụ là rào cản trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế.

2.0 Mục Đích

Chính sách này mô tả các yêu cầu để hội đủ điều kiện và để được hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ cấp cứu và cần thiết về mặt y tế thông qua chương trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (Medical Financial Assistance, MFA). Các yêu cầu này tuân thủ Mục 501(r) của Bộ Luật Thuế Vụ Hoa Kỳ và các quy chế áp dụng của tiểu bang về các dịch vụ hội đủ điều kiện, cách tiếp cận, các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện với chương trình, cơ cấu trợ cấp MFA, cơ sở tính số tiền trợ cấp, và các hành động được cho phép trong trường hợp không thanh toán hóa đơn y tế.

3.0 Phạm Vi

Chính sách này áp dụng cho người lao động nào được tuyển dụng bởi các tổ chức sau đây và các công ty con của họ (được gọi chung là “KFHP/H”):

- 3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2 Kaiser Foundation Hospitals; và
- 3.3 Các công ty con của KFHP/H.
- 3.4 Chính sách này áp dụng cho các Kaiser Foundation Hospitals và các phòng khám trực thuộc bệnh viện được liệt kê ở phần PHỤ LỤC đính kèm, *Mục I, Kaiser Foundation Hospitals*, và được đưa vào đây theo tham chiếu.

4.0 Định Nghĩa

Xem Phụ Lục A – Bảng Thuật Ngữ

5.0 Điều Khoản

KFHP/H duy trì một chương trình MFA được xác minh tài chính nhằm giảm bớt những rào cản tài chính trong việc nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế cho bệnh nhân hội đủ điều kiện bất kể độ tuổi, tình trạng khuyết tật, giới tính, chủng tộc, liên kết tôn giáo, tình trạng nhập cư, khuynh hướng tình dục, nguồn gốc quốc gia, và việc bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe hay không.

- 5.1 **Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện và Không Hội Đủ Điều Kiện Theo Chính Sách MFA.** Trừ khi được ghi chú khác trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục II, Dịch Vụ Bổ Sung Hội Đủ Điều Kiện và Không Hội Đủ Điều Kiện theo Chính Sách MFA.*

Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 2 / 18

5.1.1 Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện. MFA có thể được áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp cứu và cần thiết về mặt y tế, các dịch vụ và sản phẩm của nhà thuốc, và vật tư y tế được cung cấp tại các cơ sở của Kaiser Permanente (KP) (như các bệnh viện, phòng khám trực thuộc bệnh viện, trung tâm y khoa, và các tòa nhà văn phòng y khoa), tại các nhà thuốc ngoại trú của KFHP/H, hoặc bởi các nhà cung cấp của KP. MFA có thể được áp dụng cho các dịch vụ và sản phẩm như được mô tả bên dưới:

5.1.1.1 Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế. Việc chăm sóc, điều trị hoặc dịch vụ được yêu cầu hoặc được cung cấp bởi một nhà cung cấp KP cần thiết để phòng ngừa, đánh giá, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng và chủ yếu không vì sự tiện lợi của bệnh nhân hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế.

5.1.1.2 Thuốc Theo Toa và Vật Tư Nhà Thuốc. Các toa thuốc được trình tại nhà thuốc ngoại trú của KFHP/H và được kê bởi các nhà cung cấp của KP, nhà cung cấp Khoa Cấp Cứu không thuộc KP, nhà cung cấp Chăm Sóc Khẩn Cấp không thuộc KP, và nhà cung cấp có hợp đồng với KP.

5.1.1.2.1 Thuốc Gốc. Ưu tiên sử dụng thuốc gốc bất kỳ khi nào có thể.

5.1.1.2.2 Thuốc Biệt Dạng. Thuốc biệt dạng được nhà cung cấp KP kê và ghi chú "Cấp Thuốc Theo Chỉ Định" (Dispense As Written, DAW), hoặc không có thuốc gốc tương đương.

5.1.1.2.3 Thuốc và Vật Tư Nhà Thuốc Mua Tự Do. Với một toa thuốc hay yêu cầu được kê bởi một nhà cung cấp KP và được cấp từ một nhà thuốc ngoại trú KP.

5.1.1.2.4 Người Hưởng Bảo Hiểm Medicare. Áp dụng cho những người hưởng bảo hiểm Medicare đối với thuốc theo toa được đài thọ theo Medicare Phần D dưới dạng miễn trừ nhà thuốc.

5.1.1.3 Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME). Được yêu cầu bởi một nhà cung cấp KP theo các quy định Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (Durable Medical Equipment, DME) và được cung cấp bởi KFHP/H cho bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y tế.

5.1.1.4 Lớp Học Giáo Dục Sức Khỏe. Các loại phí liên quan đến các lớp học hiện có do KP xếp lịch và cung cấp được đề nghị bởi một nhà cung cấp KP như một phần trong kế hoạch chăm sóc của bệnh nhân.

5.1.1.5 Các Dịch Vụ Được Cung Cấp Trên Cơ Sở Ngoại Lệ. Trong một số tình huống phát sinh trường hợp ngoại lệ, MFA có thể được áp dụng cho (1) các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở không thuộc KP và (2) DME được kê toa và cung cấp bởi đại lý ký hợp đồng như được mô tả dưới đây. Để đủ điều kiện là trường hợp ngoại lệ, bệnh nhân cần đáp ứng các tiêu chí về chi phí y tế cao được mô tả tại Mục 5.6.2 dưới đây.



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 3 / 18

5.1.1.5.1 Dịch Vụ Điều Dưỡng Chuyên Môn và Dịch Vụ Chăm Sóc Trung Gian. Được cung cấp bởi một cơ sở KP có hợp đồng cho bệnh nhân có nhu cầu y tế được kê toa để tạo điều kiện cho bệnh nhân nội trú xuất viện.

5.1.1.5.2 Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME). DME do đại lý cung cấp được yêu cầu bởi một nhà cung cấp KP theo các quy định DME và được cung cấp bởi một đại lý có hợp đồng thông qua Ban DME của KFHP/H.

5.1.1.6 Các Dịch Vụ Bổ Sung Hội Đủ Điều Kiện Có Sẵn. Các dịch vụ bổ sung hội đủ điều kiện theo chính sách MFA được nêu trong PHỤ LỤC đính kèm, Mục II, *Dịch Vụ Bổ Sung Hội Đủ Điều Kiện và Không Hội Đủ Điều Kiện theo Chính Sách MFA.*

5.1.2 Dịch Vụ Không Hội Đủ Điều Kiện. MFA có thể không được áp dụng cho:

5.1.2.1 Dịch Vụ Không Được Xem Là Cấp Cứu hay Cần Thiết Về Mặt Y Tế theo Xác Định của một Nhà Cung Cấp KP. Bao gồm nhưng không hạn chế đối với:

5.1.2.1.1 Phẫu thuật hoặc dịch vụ thẩm mỹ, kể cả dịch vụ da liễu mà mục đích chủ yếu để cải thiện diện mạo của bệnh nhân,

5.1.2.1.2 Điều trị vô sinh,

5.1.2.1.3 Tiếp liệu y khoa bán lẻ,

5.1.2.1.4 Liệu pháp thay thế, như các dịch vụ châm cứu, nắn khớp xương và xoa bóp,

5.1.2.1.5 Thuốc tiêm và thiết bị để điều trị rối loạn tinh dục,

5.1.2.1.6 Dịch vụ sinh hộ, và

5.1.2.1.7 Dịch vụ liên quan đến trách nhiệm bên thứ ba, bảo vệ bảo hiểm cá nhân hoặc những trường hợp bồi thường người lao động.

5.1.2.1.8 Các Dịch Vụ dành cho Bệnh Nhân có Bảo Hiểm Y Tế Không Phải Của KP. Các dịch vụ không khẩn cấp hoặc không cấp cứu và các nguồn cung cấp thuốc ngoại trú được bao trả trong phạm vi bảo hiểm sức khỏe không thuộc KP của bệnh nhân, yêu cầu bệnh nhân phải sử dụng một mạng lưới cụ thể gồm các nhà cung cấp và nhà thuốc không thuộc KP được ưu tiên.

5.1.2.2 Thuốc Theo Toa và Vật Tư Nhà Thuốc. Thuốc theo toa và vật tư không được xem là cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế, bao gồm nhưng không giới hạn đối với, (1) Thuốc mà đã không được phê chuẩn bởi Ủy Ban Dược và Trị Liệu (Pharmacy and Therapeutics Committee), (2) thuốc và vật tư mua tự do không do một nhà cung cấp KP kê toa hoặc yêu



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 4 / 18

cầu, và (3) các thuốc bị loại trừ cụ thể (như thuốc điều trị khả năng sinh sản, thẩm mỹ, rối loạn chức năng tình dục).

5.1.2.3 Thuốc Theo Toa dành cho Người Ghi Danh Medicare Phần D Hội Đủ Điều Kiện hoặc Đã Ghi Danh vào Chương Trình Trợ Cấp Thu Nhập Thấp (Low Income Subsidy, LIS). Phần chia sẻ chi phí còn lại đối với thuốc theo toa dành cho người ghi danh Medicare Advantage Phần D mà hội đủ điều kiện hoặc đã ghi danh với chương trình LIS, theo các quy định của các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Dịch Vụ Được Cung Cấp Bên Ngoài Cơ Sở KP. Chính sách MFA chỉ áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở KP, bởi các nhà cung cấp KP. Ngay cả khi có giấy giới thiệu của một nhà cung cấp KP, tất cả các dịch vụ khác đều không hội đủ điều kiện với MFA. Các dịch vụ được cung cấp tại các văn phòng y khoa, cơ sở chăm sóc khẩn cấp và khoa cấp cứu không thuộc KP, cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia không thuộc KP, chăm sóc cuối đời, chăm sóc hồi phục, và chăm sóc giám hộ, bị loại trừ trừ khi được xác định là một trường hợp ngoại lệ theo Mục 5.1.1.5 nêu trên.

5.1.2.5 Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME). Dù có được nhà cung cấp của KP đặt mua hay không, DME do đại lý ký hợp đồng cung cấp sẽ bị loại trừ trừ khi được xác định là một trường hợp ngoại lệ theo Mục 5.1.1.5 nêu trên.

5.1.2.6 Phí Bảo Hiểm Chương Trình. Chương trình MFA không giúp bệnh nhân thanh toán các chi phí liên quan đến bảo hiểm chăm sóc sức khỏe (như các khoản tiền nợ hay phí bảo hiểm).

5.1.2.7 Các Dịch Vụ Bổ Sung Hội Không Đủ Điều Kiện. Các dịch vụ bổ sung hội đủ điều kiện theo chính sách MFA được nêu trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục II, Dịch Vụ Bổ Sung Hội Đủ Điều Kiện và Không Hội Đủ Điều Kiện theo Chính Sách MFA.*

5.2 Nhà Cung Cấp. MFA chỉ áp dụng cho các dịch vụ hội đủ điều kiện được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà chính sách MFA áp dụng cho họ, như được ghi trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục III, Những Nhà Cung Cấp Lệ Thuộc và Không Lệ Thuộc Chính Sách MFA.*

5.3 Nguồn Thông Tin Chương Trình và Cách Nộp Đơn Đăng Ký MFA. Thông tin bổ sung về chương trình MFA và cách nộp đơn được tóm tắt trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục IV, Thông Tin Chương Trình và Cách Nộp Đơn Đăng Ký MFA.*

5.3.1 Nguồn Thông Tin Chương Trình. Các bản sao chính sách MFA, mẫu đơn đăng ký, hướng dẫn và các bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản (như các bản tóm lược chính sách hay tập sách nhỏ về chương trình) được cung cấp miễn phí cho công chúng từ trang mạng của KFHP/H, qua email, trực tiếp hay qua bưu chính Hoa Kỳ.

5.3.2 Áp dụng cho MFA. Để áp dụng cho chương trình MFA, bệnh nhân cần chứng minh được nhu cầu tức thời theo hóa đơn thanh toán số dư chưa thanh toán cho các dịch vụ của KP, một cuộc hẹn đã được xếp lịch với KP hoặc toa thuốc của nhà thuốc do nhà cung cấp của KP đặt mua cho



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 5 / 18

các dịch vụ hội đủ điều kiện như được mô tả bên trên. Bệnh nhân có thể nộp đơn đăng ký tham gia chương trình MFA bằng nhiều cách bao gồm trực tuyến, trực tiếp, qua điện thoại, hoặc bằng cách điền thông tin và nộp mẫu đơn giấy.

5.3.2.1 Sàng Lọc Bệnh Nhân về Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện tham gia Chương Trình Công và Tư. KFHP/H khuyến khích tất cả các cá nhân có phạm vi bảo hiểm sức khỏe để đảm bảo được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, để đảm bảo sức khỏe cá nhân tổng thể và bảo vệ tài sản của bệnh nhân. KFHP/H cung cấp dịch vụ tư vấn tài chính cho những bệnh nhân nộp đơn đăng ký chương trình MFA để xác định các chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng và tư nhân có thể giúp đáp ứng nhu cầu tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bệnh nhân nào được xem là hội đủ điều kiện với bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng và tư nhân nào có thể cần nộp đơn đăng ký các chương trình đó.

5.4 Thông Tin Cần Thiết Để Nộp Đơn Đăng Ký MFA. Phải cung cấp thông tin cá nhân, tài chính đầy đủ và các thông tin khác để xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân nhằm xác định tư cách hội đủ điều kiện với chương trình MFA, cũng như các chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng và tư nhân. MFA có thể bị từ chối vì thông tin không đầy đủ. Có thể cung cấp thông tin bằng văn bản, trực tiếp, hoặc qua điện thoại.

5.4.1 Xác Minh Tình Trạng Tài Chính. Tình trạng tài chính của bệnh nhân được xác minh mỗi khi bệnh nhân nộp đơn đăng ký trợ cấp. Nếu có thể xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân bằng các nguồn dữ liệu bên ngoài, bệnh nhân có thể không phải cung cấp các giấy tờ tài chính.

5.4.2 Cung Cấp Thông Tin Tài Chính và Thông Tin Khác. Nếu không thể xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân bằng các nguồn dữ liệu bên ngoài, bệnh nhân có thể được yêu cầu nộp thông tin được mô tả trong đơn đăng ký chương trình MFA để xác minh tình trạng tài chính của họ.

5.4.2.1 Thông Tin Đầy Đủ. Tư cách hội đủ điều kiện với chương trình MFA được xác định một khi đã nhận được tất cả thông tin cá nhân, tài chính và các thông tin khác theo yêu cầu.

5.4.2.2 Thông Tin Không Đầy Đủ. Bệnh nhân được thông báo trực tiếp, qua đường bưu điện, hoặc qua điện thoại nếu thông tin theo yêu cầu không được cung cấp đầy đủ. Bệnh nhân có thể nộp thông tin còn thiếu trong vòng 30 ngày kể từ ngày gửi thông báo, ngày diễn ra cuộc trao đổi trực tiếp, hoặc ngày trao đổi qua điện thoại.

5.4.2.3 Không Có Thông Tin Theo Yêu Cầu. Bệnh nhân nào không có thông tin theo yêu cầu như mô tả trong đơn đăng ký chương trình có thể liên hệ KFHP/H để thảo luận về bằng chứng hiện có khác để chứng minh tư cách hội đủ điều kiện.

5.4.2.4 Không Có Thông Tin Tài Chính. Bệnh nhân phải cung cấp thông tin tài chính cơ bản (như thu nhập, nếu có, và nguồn thu nhập) và chứng nhận tính hợp lệ của thông tin đó khi (1) không thể xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân qua các nguồn dữ liệu bên ngoài, (2) không có thông tin tài chính theo yêu cầu



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 6 / 18

và (3) không tồn tại bằng chứng khác có thể chứng minh tư cách hội đủ điều kiện. Yêu cầu bệnh nhân cung cấp thông tin tài chính cơ bản và giấy chứng nhận khi bệnh nhân:

5.4.2.4.1 Vô gia cư, hoặc

5.4.2.4.2 Không có thu nhập, không nhận được cùi lương chính thức từ chủ hăng của mình (trừ những người tự kinh doanh), nhận được quà tặng bằng tiền, hoặc không phải khai thuế thu nhập liên bang hoặc tiểu bang trong năm thuế trước đó, hoặc

5.4.2.4.3 Đã bị ảnh hưởng bởi một thảm họa quốc gia hoặc khu vực nổi tiếng (Tham khảo Mục 5.11 bên dưới).

5.4.3 Sự Hợp Tác của Bệnh Nhân. Bệnh nhân phải thực hiện nỗ lực hợp lý để cung cấp mọi thông tin được yêu cầu. Nếu không cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu, các hoàn cảnh sẽ được xem xét và có thể được cân nhắc khi xác định tư cách hội đủ điều kiện.

5.5 Xác Định Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Giả Định. Bệnh nhân chưa đăng ký có thể được xác định là hội đủ điều kiện tham gia chương trình MFA dựa trên thông tin ngoài những thông tin do bệnh nhân cung cấp. Nếu được xác định là hội đủ điều kiện, bệnh nhân không cần cung cấp thông tin cá nhân, thông tin tài chính và những thông tin khác để xác minh tình trạng tài chính và có thể được tự động lựa chọn trao trợ cấp MFA. Một bệnh nhân được coi là hội đủ điều kiện nếu bệnh nhân đó đã được sơ tuyển hoặc đã được xác định tình trạng nợ xấu, như được mô tả dưới đây:

5.5.1 Được sơ tuyển. Một bệnh nhân được xác định theo quy trình sàng lọc tài chính để đủ điều kiện tham gia các chương trình trợ cấp công và tư được coi là hội đủ điều kiện tham gia chương trình MFA. Bệnh nhân được coi là đã được sơ tuyển nếu bệnh nhân:

5.5.1.1 Ghi danh vào một chương trình MFA Cộng Đồng (Community MFA, CMFA) mà bệnh nhân đã được giới thiệu và đã được xác định ban đầu là hội đủ điều kiện thông qua (1) chính phủ liên bang, tiểu bang hoặc địa phương, (2) một tổ chức hợp tác tại cộng đồng, hoặc (3) tại một sự kiện sức khỏe cộng đồng do KFHP/H tài trợ, hoặc

5.5.1.2 Ghi danh vào một chương trình Quyền Lợi Cộng Đồng KP được lập ra để hỗ trợ khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân có thu nhập thấp và được xác định ban đầu là hội đủ điều kiện bởi nhân viên được chỉ định của KFHP/H, hoặc

5.5.1.3 Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe đã được xác minh tài chính, có uy tín (như Chương Trình Trợ Cấp Thu Nhập Thấp của Medicare), hoặc

5.5.1.4 Trước đây đã được trợ cấp MFA trong vòng 30 ngày vừa qua

5.5.2 Được xác định tình trạng nợ xấu. Sau khi tất cả tình trạng hội đủ điều kiện và các nguồn thanh toán khác đã hết, bệnh nhân nhận được dịch vụ chăm sóc tại cơ sở của KP và có các dấu hiệu khó khăn về tài chính (như: số dư chưa thanh toán quá hạn) có thể được sàng lọc về tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình bằng các nguồn dữ liệu bên ngoài. Nếu hội đủ điều kiện, bệnh nhân nhận được một phần thưởng



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 7 / 18

MFA chỉ dành cho các số dư chưa thanh toán hội đủ điều kiện. Các số dư chưa thanh toán cho các dịch vụ đủ điều kiện có thể không được gửi đến bộ phận thu nợ, tùy thuộc vào hành động thu nợ bổ sung hoặc được đưa vào chi phí nợ xấu của KP.).

5.6 Tiêu Chuẩn Hội Đủ Điều Kiện Tham Gia Chương Trình. Như được tóm tắt trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục V, Tiêu Chuẩn Hội Đủ Điều Kiện*, bệnh nhân làm đơn đăng ký MFA có thể hội đủ điều kiện được trợ cấp tài chính dựa trên các tiêu chuẩn xác minh tài chính, hoặc tiêu chuẩn về chi phí y tế cao.

5.6.1 Tiêu Chuẩn Xác Minh Tài Chính. Bệnh nhân được đánh giá để xác định xem bệnh nhân có đáp ứng các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện bằng cách xác minh tài chính hay không.

5.6.1.1 Tư Cách Hội Đủ Điều Kiện Dựa trên Mức Thu Nhập. Bệnh nhân có tổng thu nhập hộ gia đình thấp hơn hoặc bằng với tiêu chuẩn xác minh tài chính của KFHP/H với một tỷ lệ phần trăm theo Quy Định Mức Nghèo Khó Liên Bang (Federal Poverty Guidelines, FPG) sẽ hội đủ điều kiện được trợ cấp tài chính.

5.6.1.2 Thu Nhập Hộ Gia Đình. Các yêu cầu về thu nhập áp dụng cho các thành viên trong hộ gia đình. Hộ gia đình là một cá nhân duy nhất hoặc một nhóm hai người trở lên có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi mà sống cùng nhau. Thành viên hộ gia đình có thể bao gồm vợ/chồng, bạn đời sống chung đủ điều kiện, con cái, người thân chăm sóc, con cái của người thân chăm sóc và các cá nhân khác mà cá nhân, vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc cha/mẹ chịu trách nhiệm tài chính sinh sống trong hộ gia đình.

5.6.2 Tiêu Chuẩn về Chi Phí Y Tế Cao. Bệnh nhân được đánh giá để xác định xem bệnh nhân có đáp ứng các tiêu chí về chi phí y tế cao hay không.

5.6.2.1 Tư Cách Hội Đủ Điều Kiện Dựa trên Chi Phí Y Tế Cao. Bệnh nhân có bất kỳ tổng thu nhập hộ gia đình nào có các chi phí tự trả cho dịch vụ y tế và nhà thuốc đối với các dịch vụ hội đủ điều kiện trong một khoảng thời gian trên 12 tháng cao hơn hoặc bằng với tiêu chuẩn về chi phí y tế cao của 10% thu nhập hàng năm của hộ gia đình sẽ hội đủ điều kiện được trợ cấp tài chính.

5.6.2.1.1 Chi Phí Tự Trả KFHP/H. Các chi phí y tế và nhà thuốc tại các cơ sở KP bao gồm các khoản tiền đồng trả, tiền đặt cọc, tiền đồng bảo hiểm, và tiền khấu trừ liên quan đến các dịch vụ hội đủ điều kiện.

5.6.2.1.2 Chi Phí Tự Trả Không Thuộc KFHP/H. Bao gồm các chi phí y tế, nhà thuốc và nha khoa định kỳ được cung cấp tại các cơ sở không thuộc KP, liên quan đến các dịch vụ hội đủ điều kiện, và bệnh nhân phải chịu (không bao gồm bất kỳ khoản chiết khấu hay xóa sổ nào). Bệnh nhân phải cung cấp giấy tờ chứng minh chi phí y tế đối với các dịch vụ đã nhận được từ các cơ sở không thuộc KP.

5.6.2.1.3 Phí Bảo Hiểm Chương Trình. Chi phí tự trả không bao gồm phần chi phí liên quan đến bảo



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 8 / 18

hiểm chăm sóc sức khỏe (như các khoản lệ phí còn nợ hoặc phí bảo hiểm).

5.7 Từ Chối và Khiếu Nại

5.7.1 Từ Chối. Bệnh nhân nào làm đơn đăng ký chương trình MFA và không đáp ứng các tiêu chuẩn về tư cách hội đủ điều kiện sẽ được thông báo bằng văn bản hoặc bằng lời nói rằng yêu cầu xin MFA của họ bị từ chối.

5.7.2 Cách Khiếu Nại một Quyết Định Từ Chối MFA. Bệnh nhân nào cho rằng đơn đăng ký hoặc thông tin của mình đã không được xem xét đúng cách có thể khiếu nại quyết định đó. Hướng dẫn thực hiện quy trình khiếu nại có trong thư từ chối MFA. Khiếu nại được duyệt xét bởi nhân viên được chỉ định của KFHP/H.

5.8 Cơ Cấu Trợ Cấp. Trợ cấp MFA được áp dụng cho các số dư quá hạn hoặc chưa thanh toán chỉ được xác định trước khi thanh toán khoản nợ xấu và các chi phí đang chờ. Trợ cấp MFA cũng có thể bao gồm giai đoạn hội đủ điều kiện cho bất kỳ dịch vụ theo dõi theo yêu cầu nào do nhà cung cấp KP xác định.

5.8.1 Cơ Sở Tính Trợ Cấp. Các chi phí của bệnh nhân do chương trình MFA thanh toán được xác định dựa trên việc bệnh nhân có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hay không và thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân.

5.8.1.1 Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Với MFA mà không có Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe (Không Có Bảo Hiểm). Bệnh nhân không có bảo hiểm hội đủ điều kiện sẽ được giảm giá chi phí bệnh nhân đối với tất cả các dịch vụ hội đủ điều kiện.

5.8.1.2 Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Với MFA có Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe (Có Bảo Hiểm). Bệnh nhân có bảo hiểm hội đủ điều kiện sẽ được giảm giá chi phí bệnh nhân đối với tất cả các dịch vụ hội đủ điều kiện mà (1) bệnh nhân tự chịu trách nhiệm và (2) không được trả bởi công ty bảo hiểm của bệnh nhân. Bệnh nhân phải cung cấp giấy tờ, như bản Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB), để xác định phần hóa đơn không được bảo hiểm chi trả.

5.8.1.2.1 Khoản Thanh Toán Nhận Được từ Công Ty Bảo Hiểm. Bệnh nhân có bảo hiểm hội đủ điều kiện phải ký chuyển cho KFHP/H bất kỳ khoản thanh toán nào đối với các dịch vụ được cung cấp bởi KFHP/H, mà bệnh nhân nhận được từ công ty bảo hiểm của mình.

5.8.1.3 Chương Trình Giảm Giá. Thông tin bổ sung về các khoản giảm giá hiện có theo chính sách được tóm tắt trong PHỤ LỤC đính kèm, Mục VI, Chương Trình Giảm Giá.

5.8.1.4 Bồi Hoàn từ Các Thủ Tục Giải Quyết. KFHP/H theo đuổi việc bồi hoàn từ các thủ tục giải quyết trách nhiệm pháp lý bên thứ ba/bảo vệ bảo hiểm cá nhân, các bên thanh toán, hoặc các bên có trách nhiệm pháp lý khác, nếu có.

5.8.2 Thời Hạn Hội Đủ Điều Kiện Hưởng Trợ Cấp. Thời hạn hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ theo dõi bắt đầu từ ngày được chấp thuận, hoặc ngày cung cấp dịch vụ hay ngày cấp thuốc. Khoảng thời gian của giai đoạn hội



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 9 / 18

đủ điều kiện là thời gian giới hạn và được xác định theo quyết định của KP theo nhiều cách khác nhau, bao gồm:

- 5.8.2.1 Khoảng Thời Gian Cụ Thể.** Tối đa 365 ngày cho các dịch vụ theo dõi hội đủ điều kiện và số dư chi phí bệnh nhân chưa thanh toán được xác định trước khi thanh toán khoản nợ xấu.
- 5.8.2.2 Điều Dưỡng Chuyên Môn và Chăm Sóc Trung Gian.** Tối đa lên tới 30 ngày cho các dịch vụ được cung cấp ngoài mạng lưới của KP.
- 5.8.2.3 Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền.** Tối đa 180 ngày đối với thiết bị y khoa do đại lý cung cấp.
- 5.8.2.4 Quá Trình Điều Trị hoặc Đợt Chăm Sóc.** Tối đa 180 ngày trong quá trình điều trị và/hoặc đợt chăm sóc được xác định bởi một nhà cung cấp KP.
- 5.8.2.5 Bệnh Nhân Có Khả Năng Đủ Điều Kiện tham gia Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Công và Tư.** Tối đa 90 ngày để hỗ trợ bệnh nhân khi họ đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe công và tư.
- 5.8.2.6 Trợ Cấp Nhà Thuốc Một Lần.** Trước khi làm đơn đăng ký chương trình MFA, bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận trợ cấp nhà thuốc một lần nếu bệnh nhân (1) không có trợ cấp MFA, (2) lấy thuốc theo toa được kê bởi một nhà cung cấp KP tại một nhà thuốc KFHP/H, và (3) cho biết không có khả năng thanh toán cho toa thuốc đó. Trợ cấp một lần được giới hạn đến 30 ngày và bao gồm một lượng thuốc hợp lý được một nhà cung cấp KP xác định là thích hợp về mặt y tế.
- 5.8.2.7 Yêu Cầu Gia Hạn Trợ Cấp.** Bắt đầu ba mươi (30) ngày trước ngày hết hạn trợ cấp hiện tại và bất kỳ khi nào sau đó, bệnh nhân có thể đăng ký lại để tham gia chương trình.
- 5.8.3 Rút Lại, Hủy Bỏ hoặc Điều Chỉnh Trợ Cấp.** KFHP/H có thể toàn quyền rút lại, hủy bỏ hoặc điều chỉnh một khoản trợ cấp MFA trong một số trường hợp. Các tình huống bao gồm:
 - 5.8.3.1 Gian Lận, Trộm Cắp hoặc Thay Đổi Tài Chính.** Trường hợp gian lận, trình bày thông tin sai lệch, trộm cắp, thay đổi điều kiện tài chính của bệnh nhân, hoặc các hoàn cảnh khác làm ảnh hưởng đến tính trung thực của chương trình MFA.
 - 5.8.3.2 Hội Đủ Điều Kiện với Các Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Công Cộng và Tư Nhân.** Bệnh nhân nào đã được sàng lọc để tham gia các chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng và tư nhân sẽ được cho là hội đủ điều kiện nhưng không hợp tác với quy trình nộp đơn tham gia các chương trình đó.
 - 5.8.3.3 Nguồn Thanh Toán Khác Được Xác Định.** Bảo hiểm sức khỏe hoặc các nguồn thanh toán khác được xác định sau khi bệnh nhân nhận được trợ cấp MFA sẽ dẫn đến việc lập lại hóa đơn có hiệu lực về trước đối với các khoản phí cho các dịch vụ đủ điều kiện. Nếu xảy ra trường hợp này, bệnh nhân không được lập hóa đơn cho phần hóa đơn mà (1) họ tự chịu trách



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 10 / 18

nhệm và (2) không được thanh toán bởi bảo hiểm sức khỏe của bệnh nhân hay nguồn thanh toán khác.

5.8.3.4 Thay Đổi về Bảo Hiểm Sức Khỏe. Bệnh nhân nào có sự thay đổi về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe sẽ được yêu cầu nộp đơn lại với chương trình MFA.

5.9 Giới Hạn Chi Phí. Nghiêm cấm tính toàn bộ số tiền (tức tổng chi phí) cho bệnh nhân hội đủ điều kiện với MFA đối với các khoản phí bệnh viện hội đủ điều kiện được đưa ra tại một Kaiser Foundation Hospital. Bệnh nhân nào đã nhận được các dịch vụ bệnh viện hội đủ điều kiện tại một Kaiser Foundation Hospital và hội đủ điều kiện với chương trình MFA, nhưng chưa nhận được trợ cấp MFA hoặc đã từ chối trợ cấp MFA, không được tính nhiều hơn các số tiền thường được lập hóa đơn (Amounts Generally Billed, AGB) cho những dịch vụ đó.

5.9.1 Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn. Số tiền thường được lập hóa đơn (AGB) đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế khác cho những ai có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó được xác định cho các cơ sở KP như được mô tả trong PHỤ LỤC đính kèm, *Mục VII, Cơ Sở Tính Các Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn (AGB)*.

5.10 Biện Pháp Thu Tiền.

5.10.1 Nỗ Lực Thông Báo Hợp Lý. KFHP/H hoặc một cơ quan thu nợ thay mặt họ sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý để thông báo cho bệnh nhân về số nợ quá hạn hoặc chưa thanh toán về chương trình MFA. Nỗ lực thông báo hợp lý bao gồm:

5.10.1.1 Cung cấp một văn bản thông báo trong vòng 120 ngày kể từ ngày có bản kê dịch vụ sau ra viện đầu tiên, thông báo cho chủ tài khoản rằng MFA dành cho những ai hội đủ điều kiện.

5.10.1.2 Cung cấp văn bản thông báo cùng với danh sách các biện pháp thu tiền đặc biệt (Extraordinary Collection Actions, ECA) mà KFHP/H hoặc một cơ quan thu nợ có ý định tiến hành về việc thanh toán chi phí bệnh nhân, và thời hạn thực hiện các biện pháp đó mà không sớm hơn 30 ngày kể từ ngày có văn bản thông báo.

5.10.1.3 Cung cấp một bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản về chính sách MFA với bản kê dịch vụ đầu tiên tại bệnh viện của bệnh nhân.

5.10.1.4 Tìm cách thông báo bằng lời nói cho chủ tài khoản về chính sách MFA và cách được trợ cấp thông qua quy trình nộp đơn MFA.

5.10.1.5 Xác định tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình theo yêu cầu trước khi số dư quá hạn hoặc chưa thanh toán của bệnh nhân được chuyển cho cơ quan thu nợ.

5.10.2 Biện Pháp Thu Tiền Đặc Biệt Được Đình Chỉ. KFHP/H không thực hiện hay cho phép các cơ quan thu tiền thay mặt mình thực hiện các biện pháp thu tiền đặc biệt (ECA) đối với bệnh nhân nếu bệnh nhân:

5.10.2.1 Hiện đang được trợ cấp MFA, hoặc

5.10.2.2 Đã bắt đầu làm đơn đăng ký MFA sau khi các ECA đã bắt đầu. Các ECA được đình chỉ cho đến khi có quyết định cuối cùng về tư cách hội đủ.



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 11 / 18

5.10.3 Biện Pháp Thu Tiền Đặc Biệt Được Cho Phép.

5.10.3.1 Xác Định Cuối Cùng về Nỗ Lực Hợp Lý. Trước khi bắt đầu bất kỳ ECA nào, Trưởng Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân về Chu Kỳ Doanh Thu khu vực đảm bảo những việc sau đây:

5.10.3.1.1 Thực hiện những nỗ lực hợp lý để thông báo cho bệnh nhân về chương trình MFA, và

5.10.3.1.2 Bệnh nhân đã được cho ít nhất 240 ngày kể từ ngày có bản kê hóa đơn đầu tiên để làm đơn đăng ký MFA.

5.10.3.2 Báo Cáo cho Các Cơ Quan Tín Dụng Người Tiêu Dùng hoặc Cục Tín Dụng. KFHP/H hoặc một cơ quan thu nợ thay mặt họ có thể báo cáo thông tin bất lợi cho các cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hoặc cục tín dụng.

5.10.3.3 Hành Động Tư Pháp hoặc Dân Sự. Trước khi thực hiện bất cứ hành động tư pháp hay dân sự nào, KFHP/H sẽ xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân bằng cách sử dụng các nguồn dữ liệu bên ngoài để xác định xem bệnh nhân có hội đủ điều kiện với chương trình MFA hay không.

5.10.3.3.1 Hội Đủ Điều Kiện với MFA. Không có hành động nào khác được thực hiện đối với các bệnh nhân hội đủ điều kiện với chương trình MFA. Các tài khoản hội đủ điều kiện với MFA bị hủy bỏ và được trả lại trên cơ sở hội tố.

5.10.3.3.2 Không Hội Đủ Điều Kiện với MFA. Trong các trường hợp rất hạn chế, các hành động sau đây có thể được thực hiện với sự cho phép trước của Giám Đốc Tài Chính hoặc Kiểm Soát Viên khu vực:

5.10.3.3.2.1 Sai áp tiền lương

5.10.3.3.2.2 Vụ kiện/hành động dân sự. Hành động pháp lý không được thực hiện đối với người thất nghiệp và không có thu nhập đáng kể khác.

5.10.3.3.2.3 Quyền đặc ưu tài sản đối với nhà ở.

5.10.4 Biện Pháp Thu Tiền Đặc Biệt Bị Cấm. KFHP/H không thực hiện, cho phép, hay cho phép các cơ quan thu nợ thực hiện các biện pháp sau đây trong bất kỳ trường hợp nào:

5.10.4.1 Trì hoãn, từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán, do chủ tài khoản không thanh toán số nợ trước đây, trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế.

5.10.4.2 Bán món nợ của chủ tài khoản cho một bên thứ ba.

5.10.4.3 Tịch thu tài sản hoặc tịch biên tài khoản.

5.10.4.4 Yêu cầu lệnh bắt.



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 12 / 18

5.10.4.5 Yêu cầu lệnh áp giải.

5.11 Ứng Phó Với Thảm Họa KFHP/H có thể tạm thời sửa đổi tiêu chuẩn hội đủ điều kiện và quy trình đăng ký tham gia chương trình MFA để tăng cường hỗ trợ có sẵn cho các cộng đồng và bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi các sự kiện rõ ràng đủ điều kiện được coi là thảm họa theo quy định của chính quyền liên bang và tiểu bang.

5.11.1 Sửa Đổi Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện. Tạm thời thay đổi tiêu chuẩn hội đủ điều kiện MFA có thể bao gồm:

5.11.1.1 Tạm dừng các hạn chế về tình trạng hội đủ điều kiện

5.11.1.2 Tăng ngưỡng tiêu chuẩn kiểm tra.

5.11.1.3 Giảm ngưỡng tiêu chuẩn chi phí y tế cao.

5.11.2 Sửa Đổi Quy Trình Đăng Ký Tiềm Năng. Tạm thời thay đổi quy trình đăng ký MFA có thể bao gồm:

5.11.2.1 Cho phép bệnh nhân cung cấp thông tin tài chính cơ bản (như thu nhập, nếu có, và nguồn thu nhập) và chứng nhận tính hợp lệ của thông tin đó khi (1) không thể xác minh tình trạng tài chính của bệnh nhân qua các nguồn dữ liệu bên ngoài, (2) không có thông tin tài chính theo yêu cầu do sự kiện và (3) không tồn tại bằng chứng khác có thể chứng minh tư cách hội đủ điều kiện.

5.11.2.2 Xem xét tác động của việc mất tiền lương/việc làm trong tương lai do sự kiện khi xác định thu nhập gia đình.

5.11.3 Thông Tin Có Sẵn cho Công Chúng. Thông tin mô tả tạm thời những thay đổi chương trình MFA được công bố cho công chúng trên trang web của chương trình MFA và tại các cơ sở của FP trong khu vực bị ảnh hưởng.

6.0 Tài Liệu Tham Khảo/Phụ Lục

6.1 Phụ Lục A – Bảng Thuật Ngữ

6.2 Các Luật Lệ, Quy Chế và Nguồn Tài Nguyên

6.2.1 Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Hợp Tới Tiền (Affordable Care Act), Công Luật 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.2.2 Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines

6.2.3 Ấn Phẩm của Cơ Quan Thuế Vụ Liên Bang, Hướng Dẫn về Danh Mục H 2014 (Mẫu Đơn 990)

6.2.4 Thông Báo của Cơ Quan Thuế Vụ Liên Bang 2010-39

6.2.5 Bộ Luật của Cơ Quan Thuế Vụ Liên Bang, 26 CFR các Phần 1, 53, và 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Các Yêu Cầu Bổ Sung cho Các Bệnh Viện Từ Thiện

6.2.6 California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, Ấn Bản 2015

6.2.7 Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, Ấn Bản 2012

Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 13 / 18

6.3 Danh Sách Nhà Cung Cấp

6.3.1 Danh sách nhà cung cấp hiện có tại các trang mạng KFHP/H về:

- 6.3.1.1 Kaiser Permanente of Hawaii
- 6.3.1.2 Kaiser Permanente of Northwest
- 6.3.1.3 Kaiser Permanente of Northern California
- 6.3.1.4 Kaiser Permanente of Southern California
- 6.3.1.5 Kaiser Permanente of Washington

Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 14 / 18

Phụ Lục A Bảng Thuật Ngữ

MFA Cộng Đồng (CMFA) nói đến các chương trình trợ cấp tài chính y tế được hoạch định phối hợp với các tổ chức cộng đồng và mạng lưới an toàn nhằm cung cấp việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cho bệnh nhân thu nhập thấp, không có bảo hiểm và không được bảo hiểm đầy đủ tại các cơ sở KP.

Cơ Quan Thu Nợ là một cá nhân có hành động trực tiếp hoặc gián tiếp, tiến hành hoặc thực hiện hành vi thu nợ hoặc cố gắng thu nợ, hoặc được cho là có nợ, cho chủ nợ hoặc bên mua nợ.

Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME) bao gồm, nhưng không giới hạn đối với gậy, nạng thông thường, máy xông khí dung, vật tư hữu dụng, thiết bị lắp cửa tăng lực kéo để sử dụng ở nhà, xe lăn, xe tập đi, giường bệnh viện, và dưỡng khí để sử dụng ở nhà theo các tiêu chuẩn DME. DME không bao gồm dụng cụ chỉnh hình, bộ phận lắp giả (như thanh nẹp năng động/dụng cụ chỉnh hình, thanh quản nhân tạo và vật tư) và vật tư và đồ dùng bằng vải dệt mua tự do (như vật tư tiểu tiện và vật tư chăm sóc vết thương).

Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện là một người đáp ứng các tiêu chuẩn về tư cách hội đủ điều kiện được mô tả trong chính sách này, cho dù người đó (1) không có bảo hiểm; (2) nhận bảo hiểm thông qua một chương trình công cộng (ví dụ Medicare, Medicaid, hoặc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe được trợ giá, được mua thông qua một chương trình trao đổi bảo hiểm sức khỏe); (3) có bảo hiểm với một chương trình bảo hiểm sức khỏe không phải KFHP; hay (4) được KFHP bao trả.

Nguồn Dữ Liệu Bên Ngoài là đại lý bên thứ ba được sử dụng để xem xét thông tin cá nhân của bệnh nhân để đánh giá nhu cầu tài chính bằng cách sử dụng một mô hình dựa trên cơ sở dữ liệu hồ sơ công khai đánh giá mỗi bệnh nhân dựa trên những tiêu chuẩn tương tự để tính toán điểm năng lực tài chính của bệnh nhân.

Quy Định Mức Nghèo Khó Liên Bang (FPG) đặt ra các mức thu nhập nghèo khó hàng năm như được xác định bởi Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ và được cập nhật hàng năm trong Sổ Bộ Liên Bang.

Tư Vấn Tài Chính là một quy trình được sử dụng để hỗ trợ bệnh nhân tìm hiểu các lựa chọn tài trợ và bảo hiểm sức khỏe khác nhau hiện có để thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở KP. Các bệnh nhân có thể tìm kiếm dịch vụ tư vấn tài chính bao gồm, nhưng không giới hạn đối với những bệnh nhân tự thanh toán, không có bảo hiểm, không được bảo hiểm đầy đủ, và những bệnh nhân đã cho thấy không có khả năng thanh toán toàn bộ trách nhiệm pháp lý của bệnh nhân.

Vô gia cư mô tả tình trạng của một người sống ở một trong những nơi hoặc ở một tình huống được mô tả bên dưới:

- Những nơi không dành cho con người cư trú, chẳng hạn như xe, công viên, vỉa hè, nhà bỏ hoang (trên đường); hoặc
- Tại một nơi trú ẩn khẩn cấp; hoặc
- Tại nhà ở chuyển tiếp hoặc hỗ trợ cho người vô gia cư đến từ đường phố hoặc nơi trú ẩn khẩn cấp.
- Tại bất kỳ địa điểm nào nêu trên nhưng ở trong một thời gian ngắn (tối đa 30 ngày liên tục) tại một bệnh viện hoặc cơ sở khác.
- Đang bị đuổi ra khỏi một đơn vị nhà ở tư nhân trong vòng một tuần hoặc đang chạy trốn một tình huống bạo lực gia đình mà không xác định được nơi cư trú tiếp theo và người này thiếu các nguồn tài nguyên và mạng lưới hỗ trợ cần thiết để có được nhà ở.
- Được xuất viện trong vòng một tuần từ một cơ sở, như cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc lạm dụng chất gây nghiện nơi người này đã ở hơn 30 ngày liên tiếp và không có chỗ ở tiếp theo được xác định, và người này không có các nguồn tài chính và mạng lưới hỗ trợ xã hội cần thiết để có nhà ở.

Phụ Lục A Bảng Thuật Ngữ (tiếp theo)

Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 15 / 18

KP bao gồm Kaiser Foundation Hospitals và các phòng khám trực thuộc bệnh viện, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups, và các công ty con tương ứng của họ, ngoại trừ Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Cơ Sở KP bao gồm bất kỳ cơ sở hạ tầng nào, bao gồm bên trong và bên ngoài một tòa nhà, do KP làm chủ hoặc thuê để thực hiện các chức năng kinh doanh của KP, bao gồm việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân (như một tòa nhà, hay tầng, đơn vị của KP, hoặc khu vực bên trong hoặc bên ngoài của một tòa nhà không thuộc KP).

Đã Được Xác Minh Tài Chính là cách thức mà theo đó các nguồn dữ liệu bên ngoài và thông tin do bệnh nhân cung cấp được dùng để xác định tư cách hội đủ với một chương trình bảo hiểm công cộng hoặc MFA dựa trên việc thu nhập của người đó có cao hơn một tỷ lệ cụ thể theo Quy Định Mức Nghèo Khó Liên Bang hay không.

Hỗ Trợ Tài Chính Y Tế (MFA) cung cấp hỗ trợ bằng tiền để thanh toán các chi phí y tế cho bệnh nhân hội đủ điều kiện mà không thể thanh toán toàn bộ hay một phần chi phí các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, và đã sử dụng hết các nguồn từ các bên thanh toán công cộng và tư nhân. Các cá nhân phải đáp ứng các tiêu chuẩn của chương trình để được hỗ trợ thanh toán một phần hoặc tất cả chi phí chăm sóc bệnh nhân.

Tiếp Liệu Y Tế là các vật liệu y tế không thể tái sử dụng chẳng hạn như thanh nẹp, dây buộc, băng bó, băng dán được áp dụng bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có giấy phép trong khi cung cấp một dịch vụ cần thiết về mặt y tế, và không bao gồm các vật liệu được bệnh nhân mua hoặc nhận từ một nguồn khác.

Chi phí bệnh nhân là phần phí được lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với dịch vụ chăm sóc nhân được tại các cơ sở của KP (như bệnh viện, phòng khám trực thuộc bệnh viện, trung tâm y tế, tòa nhà văn phòng y khoa và nhà thuốc ngoại trú) không được hãng bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe được nhà nước tài trợ bồi hoàn.

Miễn Trừ Nhà Thuốc cung cấp hỗ trợ tài chính cho hội viên KP Senior Advantage Medicare Phần D có thu nhập thấp và không đủ khả năng chi trả phần chia sẻ chi phí của họ đối với thuốc theo toa ngoại trú được đài thọ theo Medicare Phần D.

Mạng Lưới An Toàn là một hệ thống các tổ chức phi lợi nhuận và/hoặc các cơ quan chính phủ mà cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế trực tiếp cho người không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm không đầy đủ trong môi trường cộng đồng như bệnh viện công, phòng khám cộng đồng, nhà thờ, nơi tạm trú cho người vô gia cư, ban y tế di động, trường học, v.v.

Không được bảo hiểm đầy đủ là một người mà, dù có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, nhận thấy rằng nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, và tiền khấu trừ là một gánh nặng tài chính đáng kể đến mức bệnh nhân trì hoãn hoặc không nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết do các chi phí tự trả.

Không có bảo hiểm là một người mà không có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hoặc trợ cấp tài chính do liên bang hoặc tiểu bang tài trợ để giúp thanh toán chi phí các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Các Nhóm Dân Số Dễ Bị Tổn Thương bao gồm các nhóm dân số mà sức khỏe hoặc sự an vui của họ được xem là gặp rủi ro cao hơn nhóm dân số chung do tình trạng kinh tế xã hội, bệnh tật, sắc tộc, tuổi tác, hoặc các yếu tố bất lợi khác.

Lệnh Áp Giải là một thủ tục do một tòa án khởi xướng chỉ thị cho nhà chức trách đưa một người được cho bất tuân dân sự ra trước tòa, tương tự như lệnh bắt.



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 16 / 18

PHỤ LỤC: Kaiser Permanente Southern California**NGÀY HIỆU LỰC CỦA PHỤ LỤC: Ngày 1 tháng Hai, 2021**

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Chính sách này áp dụng cho tất cả các cơ sở của KFHP/H (như bệnh viện, phòng khám trực thuộc bệnh viện, trung tâm y tế, tòa nhà văn phòng y khoa) và các nhà thuốc ngoại trú. Kaiser Foundation Hospitals tại Miền Nam California bao gồm:

KFH Anaheim	KFH Moreno Valley
KFH Irvine	KFH San Diego
KFH Baldwin Park	KFH West Los Angeles
KFH Fontana	KFH Woodland Hills
KFH South Bay	KFH Downey
KFH Los Angeles	KFH Ontario
KFH Panorama	KFH Zion
KFH Riverside	

Lưu ý: Kaiser Foundation Hospitals tuân thủ các Chính Sách Định Giá Công Bằng Cho Bệnh Viện, Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn California §127400.

- II. Dịch Vụ Bổ Sung Hội Đủ Điều Kiện và Không Hội Đủ Điều Kiện Theo Chính Sách MFA.**
- Dịch Vụ Chuyên Chở cho Bệnh Nhân Vô Gia Cư.** Dành cho bệnh nhân vô gia cư trong những trường hợp cấp cứu và không cấp cứu để hỗ trợ việc xuất viện từ một Bệnh Viện KP hay các Khoa Cấp Cứu KP.
 - Dịch Vụ Bổ Sung Không Hội Đủ Điều Kiện.**
 - Dụng cụ trợ thính
 - Tiếp liệu thị giác
 - Chi Phí Liên Quan đến Phần Chia Sẻ Chi Phí (Share of Cost, SoC) Medi-Cal.** SoC được xem là phần cốt lõi của chương trình Medi-Cal được lập ra để cung cấp các quyền lợi chăm sóc sức khỏe nhằm trợ giúp những người hưởng Medi-Cal ở ngưỡng thu nhập cao hơn. MFA không thể được áp dụng cho số tiền SoC vì SoC được tiểu bang xác định là số tiền mà bệnh nhân phải thanh toán trước khi bệnh nhân đủ điều kiện tham gia Medicaid
- III. Những Nhà Cung Cấp Lệ Thuộc và Không Lệ Thuộc Chính Sách MFA.** Danh sách nhà cung cấp tại các Kaiser Foundation Hospitals lệ thuộc và không lệ thuộc chính sách MFA hiện được cung cấp cho công chúng miễn phí, trên trang mạng của KFHP/H MFA tại www.kp.org/mfa/scal.
- IV. Thông Tin Chương Trình và Nộp Đơn xin MFA.** Thông tin chương trình MFA, bao gồm các bản sao chính sách MFA, các đơn đăng ký, hướng dẫn, và bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản (như các tập sách nhỏ về chương trình), hiện được cung cấp cho công chúng miễn phí, dưới dạng điện tử hay bản giấy. Bệnh nhân có thể nộp đơn đăng ký chương trình MFA trong khi hoặc sau khi nhận dịch vụ chăm sóc từ KFHP/H, theo một số cách như đến nộp trực tiếp, qua điện thoại, hay bằng đơn giấy. (Tham khảo các Mục 5.3 và 5.4 ở trên.)



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 17 / 18

- a. **Hoàn Thành và Nộp Đơn Đăng Ký Trực Tuyến từ trang web của KFHP/H.** Bệnh nhân có thể tạo và nộp thông tin đăng ký trực tuyến từ trang web của MFA tại <http://www.kp.org/mfa/scal>.
- b. **Tải Thông Tin Chương Trình từ trang web của KFHP/H.** Các bản điện tử về thông tin chương trình hiện có trên trang mạng MFA tại www.kp.org/mfa/scal.
- c. **Yêu Cầu Thông Tin Chương Trình Dưới Dạng Điện Tử.** Các bản điện tử về thông tin chương trình hiện được cung cấp qua email theo yêu cầu.
- d. **Lấy Thông Tin Chương Trình hoặc Đến Nộp Đơn Trực Tiếp.** Thông tin chương trình hiện có tại Phòng Thủ Tục Nhập Viện và Phòng Cấp Cứu tại Kaiser Foundation Hospitals được liệt kê tại Mục I, *Kaiser Foundation Hospitals*.
- e. **Yêu Cầu Thông Tin Chương Trình hay Nộp Đơn qua Điện Thoại.** Có các tư vấn viên làm việc qua điện thoại để cung cấp thông tin, xác định tư cách hội đủ điều kiện với MFA và hỗ trợ bệnh nhân nộp đơn đăng ký MFA. Có thể liên hệ với các tư vấn viên tại:

Số Điện Thoại: 1-800-390-3507

- f. **Yêu Cầu Thông Tin Chương Trình hay Nộp Đơn qua Đường Bưu Điện.** Bệnh nhân có thể yêu cầu thông tin chương trình và làm đơn đăng ký MFA bằng cách nộp đơn đã điền đầy đủ cho chương trình MFA qua đường bưu điện. Các yêu cầu thông tin và đơn đăng ký có thể được gửi đến:

Kaiser Permanente
Attention: Medical Financial Assistance
P.O. Box 7086
Pasadena, CA 91109-7086

- g. **Trực Tiếp Đến Nộp Đơn Đã Điền Đầy Đủ.** Có thể trực tiếp đến nộp đơn đã điền đầy đủ cho Phòng Thủ Tục Nhập Viện tại mỗi Kaiser Foundation Hospital.

V. Tiêu Chuẩn Hội Đủ Điều Kiện. Thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân được xem xét khi xác định tư cách hội đủ điều kiện với MFA. (Tham khảo các Mục 5.6.1. ở trên.)

- a. Tiêu Chuẩn Xác Minh Tài Chính: Tối đa 350% Quy Định Mức Nghèo Khó Liên Bang
- b. Hội viên KFHP mà có tiền khấu trừ phải đáp ứng tiêu chuẩn về chi phí y tế cao thì mới hội đủ điều kiện với chương trình

VI. Chương Trình Giảm Giá. Số tiền mà KP tính phí cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính y tế được dựa trên loại tiêu chuẩn hội đủ điều kiện được sử dụng để đánh giá bệnh nhân tham gia chương trình.

- a. **Bệnh Nhân Đáp Ứng Tiêu Chuẩn Xác Minh Tài Chính.** Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn kiểm tra trung bình sẽ nhận được khoản giảm giá 100% về chi phí bệnh nhân hoặc phần chi phí cho các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân chịu trách nhiệm.
- b. **Bệnh Nhân Đáp Ứng Tiêu Chuẩn về Chi Phí Y Tế Cao.** Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chi phí y tế cao sẽ nhận được khoản giảm giá 100% về chi phí bệnh nhân hoặc chi phí cho các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân chịu trách nhiệm.



Tiêu Đề Chính Sách: Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm: NATL.CB.307
Ban Chủ Sở Hữu: National Community Benefit	Ngày Hiệu Lực: Ngày 1 tháng Hai, 2021
Người Quản Lý: Giám Đốc, Trợ Cấp Tài Chính Y Tế	Trang: 18 / 18

- VIII. Cơ Sở Tính Toán Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn (Amounts Generally Billed, AGB).** KFHP/H xác định AGB cho bất cứ trường hợp cấp cứu hay dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế, sử dụng phương pháp xem lại bằng cách nhân tổng khoản phí chăm sóc với mức AGB. Thông tin về mức phí và cách tính AGB hiện có trên trang mạng của KFHP/H MFA tại www.kp.org/mfa/scal.
- IX. Tiền hoàn trả.** Trong trường hợp khi bệnh nhân đã nộp đơn và đã được chấp thuận với MFA, việc hoàn trả sẽ được bắt đầu với bất cứ số tiền nào đã nhận được hơn là số tiền mà KFHP/H dự kiến sẽ được thanh toán bởi Medicare, Medi-Cal hay một bên thanh toán khác của chính phủ, cho các dịch vụ bệnh viện và/hoặc chuyên môn.
- a. Tiền lãi sẽ tích lũy theo lãi suất được đưa ra tại Mục 685.010 thuộc Bộ Luật Thủ Tục Dân Sự; bắt đầu vào ngày bệnh viện nhận được tiền thanh toán của bệnh nhân. Mức lãi suất hiện nay là 10%.