Lập hóa đơn và thu hồi nợ cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health (28/8/2026)

ĐỊNH NGHĨA

Số tiền thường được lập hóa đơn (AGB): Số tiền thường được lập hóa đơn cho các trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác đối với những cá nhân có bảo hiểm chi trả cho các dịch vụ chăm sóc đó. Northern Light Health tính toán AGB hàng năm cho mỗi Bệnh viện thành viên của mình. Northern Light Health có thể sử dụng phương pháp hồi cứu hoặc phương pháp dự kiến để tính toán AGB, tùy thuộc vào quyết định của từng Bệnh viện thành viên.

- Theo phương pháp hồi cứu, Northern Light Health tính toán AGB bằng cách lấy tổng số tiền mà Bệnh viện thành viên liên quan nhận được từ tất cả các chương trình bảo hiểm thương mại và Medicare trong năm tài chính trước đó của Bệnh viện thành viên, rồi chia tổng số đó cho tổng phí của bệnh viện cho các dịch vụ đã cung cấp cho những người thụ hưởng trong các chương trình bảo hiểm thương mại và Medicare trong cùng kỳ.
- Theo phương pháp dự kiến, Northern Light Health xác định AGB bằng cách ước tính số tiền mà Medicare tính phí theo dịch vụ hoặc Medicaid sẽ cho phép đối với các trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, sử dụng cùng quy trình mã hóa và lập hóa đơn mà bệnh viện sẽ áp dụng nếu bệnh nhân là người thụ hưởng của Medicare hoặc Medicaid. Theo phương pháp này, số tiền AGB bao gồm cả khoản thanh toán của công ty bảo hiểm và nghĩa vụ chia sẻ chi phí của bệnh nhân, chẳng hạn như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán.

Quý vị có thể yêu cầu một bản mô tả bằng văn bản miễn phí về cách Northern Light Health tính toán AGB, cũng như AGB hiện hành cho từng Bệnh viện thành viên của Northern Light Health hoặc truy cập http://northernlighthealth.org/billing-help

Thời hạn nộp đơn: Khoảng thời gian mà một Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải tiếp nhận và xử lý hồ sơ đăng ký hỗ trợ tài chính theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính (FAP). Thời hạn nộp đơn bắt đầu từ ngày Bệnh viện thành viên của Northern Light Health cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một cá nhân và kết thúc không sớm hơn ngày thứ 240 sau ngày cung cấp bản sao kê hóa đơn sau khi xuất viện cho dịch vụ chăm sóc hoặc một trong hai trường hợp sau:

- Trong trường hợp một cá nhân được Bệnh viện thành viên của Northern Light Health xác định theo diện suy định là đủ điều kiện nhận mức hỗ trợ thấp hơn mức hỗ trợ hào phóng nhất hiện có như được mô tả trong Mục VIII(A)(1)(a), thì thời điểm kết thúc khoảng thời gian hợp lý để cá nhân đó cung cấp thêm thông tin nhằm nhận được mức hỗ trợ hào phóng hơn; hoặc
- Trong trường hợp một cá nhân đã được Bệnh viện thành viên của Northern Light Health thông báo về một ECA dự kiến như được mô tả trong Mục VIII(A)(1)(b)(i) của Chính sách này, thì thời hạn được chỉ định trong thông báo bằng văn bản gửi cho cá nhân đó.

Số dư nợ ghi có: Số tiền âm trong các khoản phải thu có khả năng là khoản thanh toán thừa (dẫn đến việc hoàn tiền hoặc bù trừ với số dư nợ chưa thanh toán của bệnh nhân) hoặc số dư nợ đã được điều chỉnh quá mức (dẫn đến việc đảo ngược một mã điều chỉnh).

Chăm sóc cấp cứu:

- Một cá nhân đến Khoa Cấp cứu và yêu cầu được khám hoặc điều trị cho một tình trạng y tế bất kỳ; hoặc

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

- Bệnh nhân được điều trị tại một khoa hoặc cơ sở hành nghề được giới thiệu với công chúng (thông qua tên gọi, biển hiệu, quảng cáo hoặc các hình thức khác) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các tình trạng y tế cấp cứu theo hình thức khẩn cấp mà không cần đặt lịch hẹn trước (ví dụ: trung tâm chăm sóc khẩn cấp, khu vực trở dạ và sinh nở nằm ngoài cơ sở chính của bệnh viện, v.v.).

Biện pháp thu hồi nợ đặc biệt (ECA): Các biện pháp sau đây được thực hiện đối với một cá nhân, hoặc đối với bất kỳ cá nhân nào khác đã chấp nhận hoặc được yêu cầu chấp nhận trách nhiệm thanh toán hóa đơn của Bệnh viện thành viên cho cá nhân đó cho dịch vụ chăm sóc, liên quan đến việc nhận khoản thanh toán của một hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc thuộc phạm vi hỗ trợ của FAP: (i) bán khoản nợ của một cá nhân cho một bên khác; (ii) báo cáo thông tin bất lợi về cá nhân đó cho các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc các tổ chức lưu trữ thông tin tín dụng; và (iii) các biện pháp yêu cầu thủ tục pháp lý hoặc tố tụng tư pháp (ví dụ: áp đặt quyền cầm giữ đối với tài sản của một cá nhân, tịch biên tài sản của một cá nhân, khấu trừ tiền lương của một cá nhân).

ECA **không bao gồm** việc Bệnh viện thành viên áp đặt quyền cầm giữ đối với tài sản của bệnh nhân nhằm thu hồi số tiền từ các tỏa thuận dàn xếp, phán quyết hoặc thỏa thuận hòa giải phát sinh từ vụ kiện của bệnh nhân đối với bên thứ ba gây ra thương tích cho bệnh nhân.

ECA cũng **không bao gồm** việc Bệnh viện thành viên bán khoản nợ của một cá nhân cho một bên khác nếu, trước khi thực hiện việc bán nợ, Bệnh viện thành viên ký kết một thỏa thuận bằng văn bản có giá trị ràng buộc pháp lý với bên mua khoản nợ, trong đó bao gồm bốn điều kiện sau:

1. bên mua khoản nợ phải đồng ý không thực hiện bất kỳ biện pháp ECA nào để thu hồi khoản nợ đó;
2. bên mua khoản nợ phải đồng ý không tính lãi đối với khoản nợ vượt quá mức lãi suất có hiệu lực theo Mục 6621(a)(2) tại thời điểm khoản nợ được bán (hoặc mức lãi suất khác được quy định trong thông báo hoặc hướng dẫn được công bố trên Bản tin Sở Thuế vụ);
3. khoản nợ đó phải có khả năng được Bệnh viện thành viên thu hồi lại hoặc yêu cầu hoàn trả khi Bệnh viện thành viên hoặc bên mua xác định rằng cá nhân đó đủ điều kiện hưởng FAP; và
4. nếu cá nhân đó được xác định là đủ điều kiện hưởng FAP và khoản nợ không được hoàn trả hoặc thu hồi lại bởi Bệnh viện thành viên, bên mua phải tuân thủ các thủ tục được quy định trong thỏa thuận nhằm bảo đảm rằng cá nhân đó không phải trả, và không có nghĩa vụ phải trả, cho cả bên mua và Bệnh viện thành viên nhiều hơn số tiền mà cá nhân đó phải tự chịu trách nhiệm thanh toán với tư cách là cá nhân đủ điều kiện hưởng FAP.

ECA cũng **không bao gồm** việc nộp yêu cầu đòi nợ trong một thủ tục phá sản.

FAP: Chính sách Hỗ trợ Tài chính (Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health).

Cá nhân đủ điều kiện hưởng FAP: Cá nhân đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP (bất kể cá nhân đó đã nộp đơn xin hỗ trợ theo FAP hay chưa).

Chăm sóc cần thiết về mặt y tế: Các dịch vụ hoặc vật tư y tế:

- được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác chỉ định trong phạm vi hành nghề của họ và phù hợp, cần thiết đối với các triệu chứng, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế hoặc sức khỏe tâm thần;

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

- được cung cấp nhằm mục đích chẩn đoán hoặc chăm sóc và điều trị trực tiếp tình trạng y tế hoặc sức khỏe tâm thần;
- đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa tốt trong cộng đồng y tế và sức khỏe tâm thần tại khu vực cung cấp dịch vụ;
- không chủ yếu nhằm tạo thuận tiện cho bệnh nhân hoặc nhà cung cấp dịch vụ; và
- là mức độ hoặc nguồn cung cấp dịch vụ phù hợp nhất mà có thể được cung cấp một cách an toàn hoặc, khi cần thiết, như được xác định thông qua việc xem xét quy trình sử dụng.

Tự thanh toán: Người tự chi trả để thanh toán cho một dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe nhằm chi trả cho thủ thuật y khoa hoặc phẫu thuật được thực hiện (i) khi không có bảo hiểm; (ii) là phần chia sẻ chi phí trong một chương trình bảo hiểm; hoặc (iii) theo chỉ định của chính người đó khi họ lựa chọn hình thức thanh toán này thay vì sử dụng bảo hiểm của mình.
Thành viên lực lượng lao động: Các cá nhân cung cấp dịch vụ cho hoặc thay mặt tổ chức (chẳng hạn như nhân viên, tình nguyện viên, thành viên hội đồng quản trị, nhân viên y tế, sinh viên, thực tập sinh và nhà thầu).

MỤC ĐÍCH
Mục đích của Chính sách này là bảo toàn tài sản và duy trì nền tảng tài chính vững chắc cho hoạt động vận hành, đồng thời cân bằng nhu cầu của cộng đồng và các bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ.

CHÍNH SÁCH
Chính sách này cung cấp cho ban quản lý các hướng dẫn chung về việc thu thập và xác minh thông tin, cũng như thu tiền thanh toán từ bệnh nhân, người bảo lãnh của bệnh nhân, các công ty bảo hiểm bên thứ ba và các bên khác chịu trách nhiệm tài chính cho việc thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính sách này cũng nhằm thúc đẩy việc Northern Light Health tuân thủ các luật và quy định của tiểu bang và liên bang trong quá trình thực hiện tất cả các chức năng này.

- Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health không loại trừ hoặc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, dân tộc, tuổi tác, khả năng hoặc tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, quan điểm chính trị, tôn giáo, văn hóa, tình trạng kinh tế xã hội, thông tin di truyền, tình trạng cựu chiến binh, giới tính, bao gồm các đặc điểm giới tính, đặc điểm liên giới tính, tình trạng mang thai hoặc các tình trạng liên quan, xu hướng tính dục, giới tính, bản dạng hoặc biểu hiện giới tính, hoặc ngôn ngữ trong quá trình cung cấp dịch vụ.
- Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí cho các bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đầy đủ theo các quy định hiện hành của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Maine và Chính sách Hệ thống 16-00 về hỗ trợ tài chính của Northern Light Health đối với dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.
- Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ hỗ trợ các bệnh nhân không có bảo hiểm trong việc đăng ký bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ các nguồn tài trợ của liên bang, tiểu bang và/hoặc nguồn tài trợ công, khi phù hợp.
- Chính sách này giả định rằng số dư nợ chưa thanh toán đang được theo đuổi để thu hồi là khoản nợ thuộc trách nhiệm của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh.

- Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ duy trì các biện pháp kiểm soát thích hợp và chuẩn hóa các quy trình điều chỉnh thủ công khi số dư nợ được xác định là không thể thu hồi theo các tiêu chuẩn do bộ phận Quản lý Chu trình Doanh thu của Hệ thống ban hành.
- Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ duy trì các biện pháp kiểm soát thích hợp và chuẩn hóa các quy trình xử lý Số dư nợ ghi có thủ công theo các tiêu chuẩn do bộ phận Quản lý Chu trình Doanh thu của Hệ thống ban hành. Thông tin được nêu và viện dẫn trong Chính sách này chỉ áp dụng cho các dịch vụ tại Bệnh viện thành viên, bao gồm cả các nhóm hành nghề do Bệnh viện thành viên thuê tuyển, nhưng không mở rộng đến các nhà cung cấp dịch vụ không phải là nhân viên.

Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ nỗ lực một cách hợp lý để:

1. Thu thập và xác minh thông tin bảo hiểm và thông tin nhân khẩu học cần thiết nhằm xác định trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh tại thời điểm lên lịch hoặc đăng ký.
2. Thu các khoản trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân tại **thời điểm cung cấp dịch vụ**, nếu có áp dụng.
3. Hỗ trợ công tác **quản lý ca bệnh** trong thời gian bệnh nhân nằm điều trị tại Bệnh viện thành viên.
4. **Thông báo** cho bệnh nhân về sự sẵn có của chương trình Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ Tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.
5. Gửi các yêu cầu thanh toán phù hợp đến các đơn vị thanh toán bên thứ ba theo ủy quyền của bệnh nhân.
6. Cung cấp cho bệnh nhân bảng kê rõ ràng và chính xác về các khoản tiền phải thanh toán khi thích hợp.
7. Trao đổi về các lựa chọn thanh toán và sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc miễn phí.

Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp cho Bệnh viện thành viên các thông tin tài chính và cá nhân cần thiết để xác định điều kiện đủ tiêu chuẩn hưởng các chương trình bảo hiểm bên thứ ba hoặc hỗ trợ tài chính hiện hành. Mọi thông tin được thu thập theo Chính sách này sẽ được bảo mật theo các luật về quyền riêng tư hiện hành của liên bang và tiểu bang. Bệnh nhân có trách nhiệm cuối cùng trong việc hiểu rõ các quyền lợi và yêu cầu cụ thể của chương trình bảo hiểm của mình, cũng như bảo đảm đã có được sự chấp thuận trước và giấy giới thiệu cần thiết.

QUY TRÌNH

I. LÊN LỊCH VÀ ĐĂNG KÝ

A. Bất cứ khi nào có thể, bệnh nhân sẽ được đăng ký trước, trong quá trình đó thông tin bảo hiểm và thông tin nhân khẩu học sẽ được thu thập. Bệnh viện thành viên sẽ nỗ lực hợp lý để xác minh thông tin của bệnh nhân khi lên lịch dịch vụ hoặc tại thời điểm bệnh nhân nhận dịch vụ. Nếu có nhiều hơn một nguồn thanh toán, Bệnh viện thành viên sẽ xác định thứ tự ưu tiên của các nguồn thanh toán dựa trên các quy định về Bên thanh toán thứ cấp Medicare (MSP) và các hướng dẫn điều phối quyền lợi của bảo hiểm thương mại.

B. Tất cả các dịch vụ cấp cứu sẽ được cung cấp phù hợp với Đạo luật Điều trị Y tế Cấp cứu và Chuyển dạ Hoạt động (EMTALA). Sau khi hoàn thành việc sàng lọc, đánh giá và ổn định tình trạng ban đầu, Bệnh viện thành viên sẽ tìm cách thu thập thông tin nhân khẩu học và thông tin bảo hiểm từ bệnh nhân, người bảo lãnh hoặc thành viên gia đình của bệnh nhân.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

C. Bệnh nhân có thể được yêu cầu xuất trình giấy tờ tùy thân như giấy phép lái xe để bảo đảm tính chính xác của thông tin nhân khẩu học và cung cấp bằng chứng về phạm vi bảo hiểm bằng cách xuất trình thẻ bảo hiểm còn hiệu lực.
D. Để được xem là "người có bảo hiểm", bệnh nhân phải ký vào mẫu đơn Chấp thuận điều trị, Bảo đảm thanh toán, Chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm và Thông tin sức khỏe được bảo vệ nhằm chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm cho Bệnh viện thành viên.

II. XÁC MINH BẢO HIỂM

A. Bệnh viện thành viên sẽ xác minh phạm vi bảo hiểm đối với hầu hết các đơn vị thanh toán lớn.
B. Bệnh viện thành viên sẽ xác minh rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của bệnh nhân đã xin sự chấp thuận trước cần thiết cho việc điều trị, bất cứ khi nào có thể. Bệnh viện thành viên sử dụng các công cụ như cổng thông tin điện tử của đơn vị thanh toán để hỗ trợ việc định danh, xác nhận và kiểm tra tình trạng đủ điều kiện của thông tin do bệnh nhân cung cấp.
C. Bệnh viện thành viên có quyền ký hợp đồng với các đơn vị bên ngoài để hỗ trợ thu thập và xác minh thông tin thanh toán, cũng như hỗ trợ bệnh nhân đăng ký các chương trình hỗ trợ của liên bang và tiểu bang.
D. Các trường hợp tai nạn ô tô sẽ được điều tra và thông tin chi tiết về vụ tai nạn có thể được thu thập từ trang web của Cục Quản lý Phương tiện Cơ giới Tiểu bang Maine. Các yêu cầu thanh toán sẽ được gửi đến công ty bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm y tế phù hợp theo hướng dẫn của đơn vị thanh toán và trong trường hợp bệnh nhân không có bảo hiểm. Theo quy định của Chính sách này, quyền cầm giữ sẽ được đăng ký để bảo đảm việc thanh toán cho các dịch vụ đã được cung cấp. Các quyền cầm giữ này không được đăng ký đối với tài sản cá nhân của một cá nhân.
E. Trong trường hợp bệnh nhân cho biết rằng bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động chịu trách nhiệm chi trả cho dịch vụ nhưng không biết tên đơn vị bảo hiểm, Bệnh viện thành viên sẽ cố gắng liên hệ với chủ lao động (sau khi đã ký đầy đủ các giấy chấp thuận tiết lộ thông tin cần thiết) hoặc với Hội đồng Bồi thường Tai nạn Lao động để yêu cầu cung cấp thông tin về bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động.

III. THU HỒI NỢ TẠI THỜI ĐIỂM CUNG CẤP DỊCH VỤ

A. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu thanh toán các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khấu trừ hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm tại thời điểm nhận dịch vụ.
B. Bệnh viện thành viên có thể yêu cầu sắp xếp kế hoạch thanh toán hoặc thanh toán toàn bộ trước khi lên lịch đối với một số xét nghiệm chẩn đoán, phương pháp điều trị hoặc thủ thuật tự nguyện khi các dịch vụ đó được xem là không khẩn cấp.
C. Bệnh nhân sẽ được hưởng chiết khấu thanh toán tại thời điểm cung cấp dịch vụ nếu thanh toán đầy đủ khoản chi phí tự chi trả dự kiến vào thời điểm xuất viện (bao gồm các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khấu trừ theo bảo hiểm).
D. Dịch vụ tư vấn tài chính được cung cấp theo quy định tại Mục VI của Chính sách này và Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

IV. QUẢN LÝ CA BỆNH, NHẬP VIỆN VÀ XUẤT VIỆN

A. Bệnh viện thành viên sẽ phối hợp với nhóm quản lý ca bệnh bên thứ ba của bệnh nhân, nhóm này có thể thực hiện việc đánh giá lâm sàng đồng thời. Bệnh nhân sẽ được thông báo về bất kỳ thay đổi nào về bảo hiểm do các quyết định xác định tính cần thiết về mặt y tế, dẫn đến việc các dịch vụ không được bảo hiểm và các chi phí tự chi trả liên quan.

B. Tất cả thông tin bảo hiểm cần được xác minh, các mẫu đơn cần được hoàn thiện và các chữ ký cần được thu thập trước khi xuất viện, trong phạm vi có thể.

V. THÔNG BÁO CHO BỆNH NHÂN VỀ SỰ SẴN CÓ CỦA CÁC CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ

A. Biển thông báo và thông báo trực tiếp đến từng cá nhân: Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ thông báo cho bệnh nhân về sự sẵn có của các chương trình hỗ trợ tài chính và chăm sóc miễn phí theo Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.

B. Các bước thông báo bổ sung sẽ được thực hiện trước khi Bệnh viện thành viên của Northern Light Health bắt đầu khởi xướng các biện pháp ECA, như được mô tả tại Mục VIII dưới đây.

VI. LẬP HÓA ĐƠN VÀ THU HỒI NỢ

A. Các điều khoản chung

1. Tất cả bệnh nhân sẽ được tính cùng một mức phí cho cùng một dịch vụ được cung cấp, bất kể nguồn thanh toán là từ đâu. Các ước tính chi phí sẽ được cung cấp trước khi bệnh nhân nhận dịch vụ và hóa đơn chi tiết đầy đủ sẽ được cung cấp bất cứ lúc nào theo yêu cầu.
2. Các cuộc trao đổi với bệnh nhân và thành viên gia đình về (các) tài khoản của họ sẽ được ghi nhận trong hệ thống kế toán bệnh nhân.
3. Đơn xin hỗ trợ tài chính và các thư xác định đủ điều kiện sẽ được lưu giữ dưới dạng bản giấy hoặc bản điện tử trong hệ thống kế toán bệnh nhân.
4. Các biện pháp được mô tả tại Mục VI không cấu thành ECA và có thể được thực hiện vào bất kỳ thời điểm nào.

B. Lập hóa đơn cho bên thứ ba

1. Đơn vị thanh toán bên thứ ba sẽ:
   a. Nhận các yêu cầu thanh toán quyền lợi được lập trên các biểu mẫu hóa đơn tiêu chuẩn thống nhất (UB-04 và CMS 1500) theo yêu cầu của đơn vị thanh toán.
   b. Nhận các yêu cầu thanh toán được lập bằng các mã doanh thu tiêu chuẩn và mã CPT/HCPCS, sau đó các yêu cầu thanh toán sẽ được gửi dưới hình thức điện tử khi có thể.
   c. Nhận các yêu cầu thanh toán được lập sớm nhất là năm ngày sau khi xuất viện.

2. Bệnh viện thành viên sẽ:
   a. Lập hóa đơn cho các công ty bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên dựa trên các hướng dẫn điều phối quyền lợi theo tiêu chuẩn của ngành.
   b. Theo dõi với các đơn vị thanh toán về các khoản dư nợ chưa thanh toán theo các khoảng thời gian được quy định trong hướng dẫn của từng bộ phận thuộc Bệnh viện thành viên.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

c. Tiếp tục theo đuổi với các đơn vị thanh toán cho đến khi đã thực hiện hết các nỗ lực hợp lý.
d. Cung cấp cho bệnh nhân thông báo về việc không được bảo hiểm trước khi cung cấp dịch vụ, khi có yêu cầu.

3. Bệnh nhân sẽ:
   a. Được lập hóa đơn cho mọi khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khấu trừ hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm.
   b. Được lập hóa đơn cho các khoản dư nợ cho các dịch vụ không được bảo hiểm theo yêu cầu của đơn vị thanh toán.
   c. Chịu trách nhiệm về các khoản dư nợ chưa thanh toán được lập hóa đơn cho các chương trình bảo hiểm không có hợp đồng với bệnh viện.

C. **Lập hóa đơn tự thanh toán**

Nếu tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình thu hồi nợ, bên chịu trách nhiệm thanh toán có căn cứ hợp lý để phản đối hóa đơn, hoạt động thu nợ sẽ được tạm dừng cho đến khi vấn đề được giải quyết và kết quả được thông báo cho bệnh nhân.

1. Bản sao kê ban đầu sẽ được lập sớm nhất là 5 ngày sau khi xuất viện hoặc 2 ngày sau khi được phân loại lại sang hình thức tự thanh toán.
2. Khoản chiết khấu thanh toán sớm sẽ được ghi chú trên bản sao kê ban đầu của bệnh nhân và có hiệu lực trong vòng tối đa 30 ngày kể từ ngày lập bản sao kê, như được mô tả trong Chính sách Chiết khấu của Hệ thống Northern Light Health, được liên kết ở phía trên Chính sách này dưới dạng Tài liệu liên quan.
3. Các khoản chiết khấu bổ sung có thể được áp dụng cho bệnh nhân Tự thanh toán như được mô tả trong Chính sách Chiết khấu của Hệ thống Northern Light Health, được liên kết ở phía trên Chính sách này dưới dạng Tài liệu liên quan.
4. Toàn bộ số tiền đến hạn thanh toán ngay khi nhận được bản sao kê ban đầu. Các khoản thanh toán có thể được gửi qua đường bưu điện, thực hiện qua điện thoại hoặc thanh toán trực tuyến (Trang web trợ giúp thanh toán hóa đơn). Hầu hết các loại thẻ tín dụng phổ biến đều được chấp nhận.
5. Các bản sao kê tiếp theo sẽ được tạo ít nhất 30 ngày một lần.
6. Thông báo sao kê hoặc hóa đơn có thể đi kèm với các cuộc gọi điện thoại, thư đòi nợ, thông báo liên hệ trực tiếp hoặc bất kỳ phương thức thông báo nào khác nhằm thể hiện nỗ lực chân thành và hợp lý để liên hệ với bên chịu trách nhiệm thanh toán. Các biện pháp thu hồi nợ định kỳ này có thể khác nhau tùy thuộc vào thời gian phát sinh khoản nợ và số dư nợ chưa thanh toán.
7. Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ không tính lãi đối với các khoản dư nợ chưa thanh toán.
8. Xem Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health biết thêm chi tiết.

D. **Kế hoạch thanh toán**

Bệnh viện thành viên nhận thức rằng có thể có những trường hợp việc thanh toán toàn bộ là không khả thi về mặt tài chính và có thể cần đến một kế hoạch thanh toán hoặc ngân sách phù hợp. Các mục được liệt kê dưới đây cung cấp thêm hướng dẫn và tiêu chí cho kế hoạch thanh toán.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

1. Bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm của họ được kỳ vọng sẽ thanh toán toàn bộ nghĩa vụ tài chính cho các dịch vụ đã được cung cấp ngay khi nhận được hóa đơn đầu tiên hoặc theo kế hoạch thanh toán trả góp đã được hai bên thỏa thuận.
2. Chuyên viên tư vấn tài chính sẽ trao đổi với bệnh nhân về các lựa chọn kế hoạch thanh toán hiện có.
3. Các khoản nợ thuộc kế hoạch thanh toán bị quá hạn sẽ được chuyển cho đơn vị thu hồi nợ theo quy định tại Mục VIII.B của Chính sách này.

E. **Dịch vụ chăm sóc miễn phí và hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đầy đủ**

Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí theo Hướng dẫn chăm sóc miễn phí của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Chương 150 10-144) và có thể cung cấp thêm dịch vụ chăm sóc miễn phí theo chính sách của Northern Light Health (Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health).

F. **Bảo hiểm thảm họa**

Nếu bệnh nhân không đủ điều kiện hưởng dịch vụ chăm sóc miễn phí và phần trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân gây ra gánh nặng tài chính quá lớn cho bệnh nhân, Phó Chủ tịch Tài chính hoặc người được ủy quyền có thể áp dụng mức chiết khấu vượt quá mức hỗ trợ tài chính thông thường hoặc mức chiết khấu tiêu chuẩn dành cho trường hợp Tự thanh toán.

VII. GIỚI HẠN SỐ TIỀN ĐƯỢC LẬP HÓA ĐƠN

Đối với trường hợp cấp cứu hoặc Chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, chính sách của Northern Light Health là giới hạn số tiền được lập hóa đơn cho cá nhân đủ điều kiện hưởng FAP ở mức AGB. Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy trong Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.

VIII. BIỆN PHÁP THU HỒI NỢ ĐẶC BIỆT (ECA)

A. **Yêu cầu chung Trước khi khởi xướng ECA**

Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health không được khởi xướng bất kỳ ECA nào trong ít nhất 120 ngày kể từ ngày Bệnh viện thành viên của Northern Light Health gửi bản sao kê hóa đơn sau khi xuất viện đầu tiên cho dịch vụ chăm sóc và cho đến khi cá nhân đó đã được thông báo về FAP. Ngoài ra, trước khi tiến hành ECA đối với một cá nhân, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải thực hiện các nỗ lực hợp lý để xác định liệu một cá nhân có đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP hay không theo quy định tại **Mục 1** dưới đây. Không được tiến hành ECA nếu bệnh nhân đã thiết lập được một sắp xếp thanh toán thỏa đáng với Bệnh viện thành viên. Cuối cùng, trước khi bắt đầu bất kỳ ECA nào, Phó Chủ tịch Tài chính hoặc người được ủy quyền phải xác định rằng Bệnh viện thành viên đã thực hiện các nỗ lực hợp lý để xác định liệu một cá nhân có đủ điều kiện hưởng FAP hay không và đã tuân thủ các yêu cầu của Chính sách này. Không được bắt đầu bất kỳ ECA nào trước khi có quyết định xác định như trên của Phó Chủ tịch Tài chính hoặc người được ủy quyền.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

1. **Nỗ lực hợp lý**
   Một Bệnh viện thành viên của Northern Light Health được xem là đã thực hiện các nỗ lực hợp lý để xác định liệu một cá nhân có đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP hay không nếu Bệnh viện thành viên của Northern Light Health: (i) xác định rằng cá nhân đó đáp ứng các yêu cầu để được xác định đủ điều kiện theo diện suy định; hoặc (ii) trong vòng 15 ngày kể từ khi nhận được đơn đăng ký, thông báo cho người nộp đơn một cách rõ ràng về các thông tin hoặc tài liệu bổ sung (nếu có) cần thiết để hoàn thiện hồ sơ; hoặc (iii) trong vòng 45 ngày kể từ khi nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính đã hoàn chỉnh, gửi thông báo cho cá nhân đó về FAP và xử lý mọi đơn xin hỗ trợ tài chính theo FAP do cá nhân đó nộp (dù hồ sơ hoàn chỉnh hay chưa hoàn chỉnh) theo các thủ tục sau đây và Chính sách Hệ thống 16-002, Hỗ trợ Tài chính cho dịch vụ bệnh viện của Northern Light Health.
   a. Để thực hiện việc xác định tình trạng đủ điều kiện theo diện suy định, Bệnh viện thành viên phải xác định rằng cá nhân đó đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên các thông tin khác ngoài những thông tin do cá nhân đó cung cấp hoặc dựa trên một quyết định xác định tình trạng đủ điều kiện hưởng FAP trước đây. Nếu cá nhân được xác định theo diện suy định là chỉ đủ điều kiện nhận mức hỗ trợ thấp hơn mức hỗ trợ cao nhất hiện có theo FAP, Bệnh viện thành viên phải:
      i. Thông báo cho cá nhân đó về căn cứ của quyết định xác định và cách thức nộp đơn xin hưởng mức hỗ trợ cao hơn theo FAP;
      ii. Dành cho cá nhân đó một khoảng thời gian hợp lý để nộp đơn xin hưởng mức hỗ trợ cao hơn trước khi khởi xướng ECA; và
      iii. Nếu cá nhân đó nộp đơn xin FAP hoàn chỉnh để yêu cầu mức hỗ trợ cao hơn trong Thời hạn nộp đơn, thực hiện các bước được mô tả tại **Mục 3** dưới đây.
   b. Để cung cấp thông báo đầy đủ cho một cá nhân về FAP, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải thực hiện tất cả các biện pháp sau:
      i. Thông báo cho cá nhân đó về FAP bằng tất cả các phương thức dưới đây, ít nhất 30 ngày trước khi khởi xướng một hoặc nhiều ECA:
         1. Cung cấp cho cá nhân đó thông báo bằng văn bản nêu rõ rằng có sẵn hỗ trợ tài chính dành cho các cá nhân đủ điều kiện, xác định các ECA mà các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health dự định sử dụng để nhận khoản thanh toán, đồng thời nêu rõ thời hạn sau đó ECA có thể được khởi xướng; thời hạn này không được sớm hơn 30 ngày kể từ ngày cung cấp thông báo bằng văn bản.
         2. Đính kèm bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu của FAP cùng với thông báo bằng văn bản.
         3. Thực hiện nỗ lực hợp lý để thông báo bằng lời cho cá nhân về FAP và cách thức cá nhân đó có thể nhận được hỗ trợ trong quá trình thực hiện thủ tục FAP.
      ii. Nếu cá nhân nộp đơn xin FAP **chưa hoàn chỉnh** trong Thời hạn nộp đơn, Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ thực hiện thêm các bước được nêu tại **Mục 2** dưới đây.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

iii. Nếu cá nhân nộp đơn xin FAP **hoàn chỉnh** trong Thời hạn nộp đơn, Bệnh viện thành viên của Northern Light Health sẽ thực hiện thêm các bước được nêu tại **Mục 3** dưới đây.

2. **Các thủ tục bổ sung khi nộp đơn xin FAP chưa hoàn chỉnh**

a. Ngoài việc tuân thủ các yêu cầu về thông báo được mô tả tại **Mục 1** ở trên, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải, trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được đơn xin FAP chưa hoàn chỉnh được nộp trong Thời hạn nộp đơn, cung cấp cho cá nhân đó thông báo về cách hoàn thiện đơn xin FAP và dành cho cá nhân đó một cơ hội hợp lý để thực hiện việc này trong vòng 30 ngày. Để đáp ứng các yêu cầu này, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải thực hiện tất cả các biện pháp sau:

i. Không khởi xướng hoặc không tiếp tục thực hiện các ECA đã được khởi xướng trước đó.

ii. Cung cấp cho cá nhân đó một thông báo bằng văn bản trong vòng 30 ngày, bao gồm các thông tin sau:

- Mô tả các thông tin và/hoặc tài liệu theo FAP hoặc theo mẫu đơn xin FAP mà cá nhân đó phải nộp để hoàn tất hồ sơ FAP.
- Thông tin liên hệ, bao gồm số điện thoại và địa điểm thực tế của: (i) văn phòng hoặc bộ phận của Bệnh viện thành viên có thể cung cấp thông tin về FAP; và (ii) một trong các bên sau: (a) văn phòng hoặc bộ phận của Bệnh viện thành viên có thể hỗ trợ việc xử lý đơn xin FAP; hoặc (b) ít nhất một tổ chức phi lợi nhuận hoặc cơ quan nhà nước mà Bệnh viện thành viên đã xác định là nguồn hỗ trợ sẵn có cho việc nộp đơn xin FAP.

b. Nếu sau đó cá nhân đó nộp đơn xin FAP hoàn chỉnh trong Thời hạn nộp đơn, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải tuân theo các thủ tục được quy định tại **Mục 3** dưới đây.

3. **Các thủ tục bổ sung khi nộp đơn xin FAP hoàn chỉnh**

a. Ngoài việc tuân thủ các yêu cầu về thông báo được mô tả tại **Mục 1** ở trên, trong vòng 45 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải hoàn tất đầy đủ tất cả các nội dung sau đối với cá nhân nộp đơn xin FAP hoàn chỉnh trong Thời hạn nộp đơn:

i. Không khởi xướng hoặc không tiếp tục thực hiện các ECA đã được khởi xướng trước đó.

ii. Đưa ra quyết định xác định cá nhân đó có đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP hay không trong vòng 45 ngày. Nếu cá nhân đó được xác định là đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính, Bệnh viện thành viên của Northern Light Health cũng phải thực hiện các bước được quy định tại **Mục 3.b.** dưới đây.

iii. Thông báo bằng văn bản cho cá nhân đó về quyết định xác định đủ điều kiện trong vòng 45 ngày, bao gồm mức hỗ trợ mà cá nhân đó đủ điều kiện nhận (nếu có) và căn cứ của quyết định xác định tình trạng đủ điều kiện.

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.

b. Nếu cá nhân đó được xác định là đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP, Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải thực hiện thêm các bước sau:
    i. Hoàn trả mọi khoản tiền đã thanh toán cho dịch vụ chăm sóc vượt quá số tiền mà cá nhân đó được xác định là phải thanh toán với tư cách là một Cá nhân đủ điều kiện hưởng FAP, trừ trường hợp số tiền hoàn trả nhỏ hơn $5.00. Việc hoàn tiền **chỉ** áp dụng cho các khoản thanh toán liên quan đến (các) đợt chăm sóc mà đơn xin FAP của cá nhân đó đề cập đến.
    ii. Thực hiện mọi biện pháp hợp lý để đảo ngược bất kỳ ECA nào đã được thực hiện đối với cá nhân đó nhằm thu hồi khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc (ví dụ: hủy bỏ phán quyết của tòa án, xóa bỏ quyền cầm giữ hoặc lệnh kê biên, và loại bỏ các thông tin bất lợi khỏi báo cáo tín dụng).
    iii. Nếu cá nhân đó đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính nhưng không thuộc diện chăm sóc miễn phí, cung cấp cho cá nhân đó một bản sao kê hóa đơn thể hiện: (i) số tiền mà cá nhân đó phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc với tư cách là Cá nhân đủ điều kiện hưởng FAP; (ii) cách thức xác định số tiền đó; và (iii) mức AGB áp dụng cho dịch vụ chăm sóc đó.

B. **Chuyển giao khoản nợ cho đơn vị thu hồi nợ**

Ngoài việc tuân thủ các yêu cầu chung đối với ECA được quy định tại Mục VIII.A ở trên, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải tuân thủ các yêu cầu bổ sung sau khi chuyển giao một khoản nợ cho đơn vị thu hồi nợ.

1. Các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health yêu cầu các đơn vị thu hồi nợ cung cấp văn bản cam kết rằng đơn vị đó tuân thủ Đạo luật Thực hành Thu hồi Nợ Công bằng và Bộ Quy tắc Đạo đức và Trách nhiệm Nghề nghiệp của Hiệp hội Thu hồi Nợ Hoa Kỳ (ACA). Dựa trên các tiêu chí quá hạn được nêu ở trên, các khoản nợ sẽ được đưa vào danh sách sơ bộ về nợ xấu, được xem xét và phê duyệt bởi đại diện được ủy quyền của Bệnh viện thành viên trước khi được chuyển cho đơn vị thu hồi nợ.

C. **Báo cáo cho cơ quan báo cáo tín dụng**

Ngoài việc tuân thủ các yêu cầu chung đối với ECA được quy định tại Mục VIII.A ở trên, các Bệnh viện thành viên của Northern Light Health phải tuân thủ các yêu cầu bổ sung sau khi báo cáo cho bất kỳ cơ quan báo cáo tín dụng nào (ví dụ: TransUnion, Experian hoặc Equifax).

1. Các khoản nợ được chuyển cho đơn vị thu hồi nợ có thể được báo cáo cho một cơ quan báo cáo tín dụng quốc gia nếu bên chịu trách nhiệm thanh toán không thanh toán toàn bộ khoản nợ hoặc không thiết lập được một thỏa thuận thanh toán thỏa đáng với đơn vị thu hồi nợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy định DHHS 10-144 CMR. Chương 150, Hướng dẫn chăm sóc miễn phí
Mục 1322 của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Y tế Giá cả phải chăng
Mục 501(c) của Bộ luật Thuế vụ Hoa Kỳ

TỆP ĐÍNH KÈM:
Chương trình Chiết khấu của Hệ thống Northern Light Health, được liên kết ở phía trên Chính sách này dưới dạng một Tài liệu liên quan

Tài liệu này đã được (các) ủy ban được nêu dưới đây phê duyệt vào (các) ngày được ghi như sau:
Hội đồng quản trị, 17/10/2012, 16/12/2015, 04/10/2017, 02/10/2019, 09/06/2021, 14/06/2023, 11/06/2025, 27/05/2026
Ủy ban Quản trị Hội đồng quản trị, 19/9/2012, hoãn lại năm 2015, 12/9/2017, 18/9/2019, 9/5/2023
Ủy ban Tài chính Hội đồng quản trị, 29/5/2012, 16/9/2015, 13/9/2017, 16/9/2019, 02/6/2021, 26/4/2023, 24/4/2025, 29/4/2026
Hội đồng Lãnh đạo, 19/6/2012, 17/11/2015, 19/5/2021
Hội đồng Tài chính, 8/9/2015, 8/8/2017, 19/4/2021, 27/1/2023, 25/3/2025, 24/4/2026

Bản in CHỈ DÙNG để tham khảo. Vui lòng xem bản điện tử để có phiên bản mới nhất.