

<b>Ascension Saint Agnes</b> Sổ tay Hướng dẫn về Chính sách và Quy trình của Hệ thống	<b>Trang 1 / 7</b>	<b>SYS FI 51</b>
<b>Tiêu đề:</b>  Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ của Ascension Saint Agnes	<b>Ngày có Hiệu lực: 7/16</b>	
	<b>Xem lại:</b> <b>Sửa đổi: 7/17, 6/20, 10/20, 12/21, 12/23</b>	
Phê duyệt: Bản chính thức - Chủ tịch/Giám đốc điều hành (CEO): _____ Ngày: _____  Thỏa thuận: _____ Ngày: _____ <i>(Các chính sách có hiệu lực 30 ngày sau khi CEO ký.)</i>		

## **CHÍNH SÁCH/CÁC NGUYÊN TẮC**

Chính sách của Ascension Saint Agnes là đảm bảo thực thi công bằng xã hội khi cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế khác tại Tổ chức theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính (hay "FAP"). Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ được thiết kế cụ thể để giải quyết các hoạt động lập hóa đơn và thu nợ đối với những Bệnh nhân đang cần được hỗ trợ tài chính và nhận sự chăm sóc tại Tổ chức.

Mọi hoạt động lập hóa đơn và thu nợ sẽ phản ánh sự cam kết và tôn trọng của chúng tôi đối với phẩm giá cá nhân con người và lợi ích chung, sự quan tâm đặc biệt và đoàn kết của chúng tôi với những người sống trong nghèo khó và những người khác dễ bị tổn thương khác, và sự cam kết của chúng tôi về tính công bằng và trách nhiệm quản lý trong phân phối. Nhân viên và đại diện của Tổ chức phải có cách cư xử tuân theo các chính sách và giá trị của một cơ sở được tài trợ bởi Công giáo, bao gồm việc đối xử với Bệnh nhân và gia đình họ bằng phẩm giá, sự tôn trọng và lòng trắc ẩn.

Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ này áp dụng cho mọi dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế khác trong Tổ chức, bao gồm các dịch vụ của bác sĩ được tuyển dụng và sức khỏe hành vi. Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ này không áp dụng cho các thỏa thuận thanh toán cho dịch vụ chăm sóc không phải là "cấp cứu" và "chăm sóc cần thiết về mặt y tế" khác (vì các điều khoản này đã được định nghĩa trong FAP của Tổ chức).

## **ĐỊNH NGHĨA**

1. “**501(r)**” nghĩa là Mục 501(r) của Bộ luật Thuế vụ và các quy định được ban hành theo đó.
2. “**Các Biện pháp Thu nợ Đặc biệt**” hay “**ECA**” có nghĩa là bất kỳ hoạt động thu nợ nào sau đây tuân theo các quy định hạn chế theo mục 501(r):
  - a. Bán khoản nợ của Bệnh nhân cho một bên khác.<sup>1</sup>
  - b. Báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho các cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hoặc các văn phòng tín dụng.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(2), Tổ chức không được bán bất kỳ khoản nợ nào.

<sup>2</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(5), Tổ chức không được báo cáo cho cơ quan báo cáo người

- c. Trì hoãn hoặc từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế vì Bệnh nhân đã không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp trước đó, thuộc diện điều chỉnh bởi FAP.
- d. Các biện pháp yêu cầu quy trình pháp lý hoặc tư pháp, trừ những khiếu kiện được nộp trong một thủ tục phá sản hoặc yêu cầu bồi thường thương tích cho người. Các hành động này bao gồm nhưng không giới hạn ở,
  - i. cầm giữ tài sản của Bệnh nhân<sup>3</sup>,
  - ii. tịch thu tài sản của Bệnh nhân<sup>4</sup>,
  - iii. áp đặt thuế hoặc tịch biên tài khoản ngân hàng hay các tài sản cá nhân khác của Bệnh nhân,
  - iv. bắt đầu một vụ kiện dân sự chống lại Bệnh nhân<sup>5</sup>, và
  - v. giữ tiền lương của Bệnh nhân.

ECA không bao gồm bất kỳ trường hợp nào sau đây (ngay cả khi các tiêu chí cho một ECA như quy định bên trên được đáp ứng):

- a. bất kỳ quyền cầm giữ tài sản nào mà Tổ chức có quyền đòi Bệnh nhân phải chi trả cho các dịch vụ chăm sóc thương tích cá nhân mà Tổ chức cung cấp theo luật tiểu bang trong quá trình phán quyết, giải quyết hoặc hòa giải; hoặc
  - b. việc nộp đơn yêu cầu bồi thường trong bất kỳ thủ tục phá sản nào.
3. “**FAP**” có nghĩa là Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tổ chức, là chính sách cung cấp Hỗ trợ Tài chính cho các Bệnh nhân hội đủ điều kiện nhằm hỗ trợ nhiệm vụ của Tổ chức và của Ascension Health và tuân thủ mục 501(r).
  4. “**Đơn đăng ký FAP**” có nghĩa là đơn xin Hỗ trợ Tài chính.
  5. “**Hỗ trợ Tài chính**” có nghĩa là hỗ trợ mà Tổ chức có thể cung cấp cho Bệnh nhân tuân theo FAP của Tổ chức.
  6. “**Tổ chức**” có nghĩa là Ascension St Agnes. Để yêu cầu thêm thông tin, gửi câu hỏi hoặc nhận xét, hoặc nộp đơn kháng nghị, quý vị có thể liên hệ với văn phòng được nêu bên dưới hoặc được nêu trong bất kỳ thông báo hay liên hệ hiện hành nào mà quý vị nhận được từ Tổ chức:

Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân @ 1-667-234-2140

7. “**Bệnh nhân**” có nghĩa là một cá nhân đang nhận sự chăm sóc (hoặc đã nhận sự chăm sóc) từ Tổ chức và bất kỳ ai khác có trách nhiệm tài chính đối với sự chăm sóc như thế (bao gồm các thành viên gia đình và người giám hộ).

---

tiêu dùng trong vòng 180 ngày sau khi hoá đơn ban đầu được cung cấp cho Bệnh nhân.

<sup>3</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(g)(2), Tổ chức không được yêu cầu thế chấp nơi ở chính của Bệnh nhân để thu nợ trên hóa đơn bệnh viện.

<sup>4</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(g)(1), Tổ chức sẽ không tịch thu nơi ở chính của Bệnh nhân để thu nợ trên hóa đơn bệnh viện.

<sup>5</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(5), Tổ chức sẽ không nộp đơn kiện dân sự để thu nợ trong vòng 180 ngày sau khi hóa đơn ban đầu được cung cấp cho Bệnh nhân.

## CÁC HOẠT ĐỘNG LẬP HÓA ĐƠN VÀ THU NỢ

Tổ chức duy trì một quy trình có thứ tự để phát hành sao kê hóa đơn định kỳ cho Bệnh nhân đối với các dịch vụ đã cung cấp hoặc để liên lạc với Bệnh nhân. Trong trường hợp Bệnh nhân không thanh toán cho các dịch vụ do Tổ chức cung cấp, Tổ chức có thể thực hiện các hành động để nhận khoản thanh toán, bao gồm, nhưng không chỉ gồm, các nỗ lực liên lạc qua điện thoại, thư, email và gặp trực tiếp. Tổ chức hiếm khi sử dụng các hành động thu nợ đặc biệt, hay còn gọi là “ECA,” để nhận khoản thanh toán. Tuy nhiên, để đảm bảo các nguồn lực của Tổ chức luôn sẵn sàng và hướng đến những Bệnh nhân có nhu cầu theo chính sách hỗ trợ tài chính (“FAP”) của chúng tôi, Tổ chức có thể sử dụng ECA trong các trường hợp cực đoan, bao gồm đối với các tài khoản có số dư chưa thanh toán liên quan đến các dịch vụ tự chọn không phải là dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc y tế cần thiết khác, các tình huống mà Bệnh nhân có nguồn lực đáng kể (ví dụ: giá trị tài sản ròng cao) và đang từ chối thanh toán số tiền đến hạn, hoặc khi Tổ chức tin rằng việc không thanh toán cấu thành hành vi cố ý lạm dụng các điều khoản FAP của Tổ chức hoặc chính sách này. Trong những trường hợp cực đoan trên, Tổ chức có thể sử dụng một hoặc nhiều ECA, tuân theo các điều khoản và hạn chế có trong Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ này. Tổ chức không sử dụng ECA cho các tài khoản có số dư còn lại do chỉ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính một phần theo FAP của Tổ chức, hoặc đối với các khoản đồng thanh toán trên các tài khoản đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính toàn phần theo FAP. Phó Chủ tịch Cấp cao / Giám đốc Doanh thu của Ascension có thẩm quyền cuối cùng để xác định rằng Tổ chức đã có những nỗ lực hợp lý để xác định khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và tồn tại những trường hợp cực đoan mà Tổ chức có thể tham gia vào ECA dựa trên từng trường hợp cụ thể.

Theo 501(r), Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ này xác định những nỗ lực hợp lý mà Tổ chức phải thực hiện để xác định xem Bệnh nhân có đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo FAP của Tổ chức hay không, hoặc có một tình huống cực đoan nào chứng minh việc tham gia vào ECA hay không.

Một khi đã xác định rằng đang có một tình huống đặc biệt và Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo FAP, Tổ chức có thể tiến hành một hoặc nhiều ECA, như được mô tả ở đây.

1. Quy trình Đăng ký FAP. Trừ khi được quy định dưới đây, Bệnh nhân có thể nộp Đơn đăng ký FAP bất cứ lúc nào cho dịch vụ cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác nhận được từ Tổ chức. Việc xác định hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sẽ được xử lý dựa trên các phân loại chung sau đây.
  - a. Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh. Trường hợp Bệnh nhân nộp Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh, Tổ chức sẽ kịp thời đình chỉ mọi ECA để nhận được tiền thanh toán cho dịch vụ chăm sóc, ra quyết định đủ điều kiện và đưa ra thông báo bằng văn bản như được cung cấp dưới đây.
  - b. Xác định Khả năng Đủ Điều kiện Hợp lệ. Nếu Bệnh nhân được xác định một cách giả định là hội đủ điều kiện nhận mức hỗ trợ thấp hơn mức hỗ trợ cao nhất có sẵn theo FAP, Tổ Chức sẽ thông báo cho Bệnh nhân về cơ sở của việc xác định và cho Bệnh nhân có thời gian hợp lý để đăng ký nhận mức hỗ trợ cao hơn.
  - c. Thông báo và Xử lý Khi Không Nộp đơn. Trừ khi Đơn đăng ký FAP hoàn chỉnh được nộp hoặc khả năng hội đủ điều kiện được xác định theo tiêu chí đủ điều kiện hợp lệ của FAP, Tổ chức sẽ không tiến hành ECA trong ít nhất 120 ngày (hoặc khoảng thời gian dài hơn theo yêu cầu của pháp luật, như được quy định trong Chính sách này) kể từ ngày mà hóa đơn thanh toán sau xuất viện đầu tiên đối với dịch vụ chăm sóc được gửi cho Bệnh nhân. Trong trường hợp chăm sóc theo nhiều đợt, dẫn đến các điều khoản thông báo này có thể được tổng hợp từ nhiều đợt khác nhau, thì khi đó khung thời gian sẽ dựa trên đợt chăm sóc gần đây nhất được đưa vào tổng hợp. Trước khi bắt đầu một (1) hoặc nhiều ECA để nhận khoản thanh toán chăm sóc từ Bệnh nhân chưa nộp Đơn đăng ký FAP và trước khi đưa ra quyết định liệu các trường hợp đặc biệt có phù hợp để sử dụng ECA hay không, Tổ chức sẽ thực hiện các hành động sau:

- i. Gửi thông báo bằng văn bản cho Bệnh nhân cho biết các Bệnh nhân hội đủ điều kiện có thể được nhận Hỗ trợ Tài chính, xác định (các) ECA sẽ được thực hiện để thu tiền dịch vụ chăm sóc, và cho biết thời hạn sau đó (các) ECA đó có thể được bắt đầu, không sớm hơn 30 ngày sau ngày gửi thông báo bằng văn bản;
      - ii. Cung cấp một bản tóm tắt FAP bằng ngôn ngữ đơn giản cho Bệnh nhân; và
      - iii. Có cố gắng hợp lý để thông báo bằng lời cho Bệnh nhân về FAP và quy trình Đăng ký FAP.
    - d. Đơn đăng ký FAP Không Hoàn chỉnh. Trong trường hợp Bệnh nhân nộp Đơn Đăng ký FAP chưa hoàn chỉnh, Tổ chức sẽ thông báo bằng văn bản cho Bệnh nhân về cách điền Đơn Đăng ký FAP và cho Bệnh nhân ba mươi (30) ngày lịch để điền đơn. Mọi ECA đang chờ xử lý sẽ bị đình chỉ trong khoảng thời gian này và thông báo bằng văn bản sẽ (i) mô tả các thông tin bổ sung và/hoặc các tài liệu được yêu cầu theo FAP hoặc Đơn đăng ký FAP cần thiết để hoàn thành quá trình đăng ký, và (ii) bao gồm thông tin liên hệ phù hợp.
2. Hạn chế về Trì hoãn hoặc Từ chối Chăm sóc. Trong trường hợp Tổ chức muốn trì hoãn hoặc từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế, như được định nghĩa trong FAP, vì Bệnh nhân đã không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp trước đó thuộc diện điều chỉnh của FAP, Bệnh nhân sẽ được cung cấp một Đơn Đăng ký FAP và thông báo bằng văn bản cho biết rằng các Bệnh nhân hội đủ điều kiện có thể được nhận Hỗ trợ Tài chính.
3. Thông báo Quyết định; Tùy chọn Kế hoạch Thanh toán.
  - a. Quyết định. Sau khi nhận được Đơn Đăng ký FAP hoàn chỉnh trên tài khoản của Bệnh nhân, Tổ chức sẽ đánh giá Đơn Đăng ký FAP để xác định tư cách đủ điều kiện và thông báo bằng văn bản cho Bệnh nhân về quyết định cuối cùng, bao gồm cả việc Bệnh nhân có đủ điều kiện nhận chương trình thanh toán hay không, trong vòng mười bốn (14) ngày theo lịch. Thông báo này sẽ gồm có quyết định về số tiền Bệnh nhân có trách nhiệm thanh toán tài chính. Nếu Đơn đăng ký FAP bị từ chối, một thông báo sẽ được gửi cho Bệnh nhân giải thích lý do từ chối và hướng dẫn kháng nghị hay tái xem xét.
  - b. Kế hoạch Thanh toán. Nếu Bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu về tính hội đủ điều kiện đối với kế hoạch thanh toán, nếu có, thì kế hoạch thanh toán đó sẽ phải tuân theo các điều khoản được quy định trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Tổ chức, chính sách này có thể được sửa đổi tùy từng thời điểm. Nếu tại bất kỳ thời điểm nào Bệnh nhân muốn sửa đổi các điều khoản của kế hoạch thanh toán, Bệnh nhân có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng.<sup>6</sup>
  - c. Tuân thủ các Kế hoạch Thanh toán. Sẽ không có phí phạt hoặc lệ phí đối với việc trả trước hoặc trả sớm cho một kế hoạch thanh toán. Bệnh nhân sẽ được coi là tuân thủ kế hoạch thanh toán nếu Bệnh nhân thực hiện ít nhất mười một (11) khoản thanh toán theo lịch trình trong khoảng thời gian mười hai (12) tháng. Nếu Bệnh nhân bỏ lỡ khoản thanh toán hàng tháng theo lịch trình, thì Bệnh nhân có thể bù khoản thanh toán này trong vòng một (1) năm sau ngày bỏ lỡ khoản thanh toán mà không bị phạt. Tổ chức có thể từ bỏ bất kỳ khoản thanh toán bị bỏ lỡ khác trong khoảng thời gian mười hai (12) tháng và cho phép Bệnh nhân tiếp tục tham gia vào kế hoạch thanh toán mà không cần chuyển các khoản nợ hiện tại đến cơ quan thu nợ hoặc thực hiện thêm hành động pháp lý nào.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(10)(iii), Bệnh nhân và Tổ chức có thể cùng đồng ý sửa đổi các điều khoản của kế hoạch thanh toán được cung cấp hoặc ký kết bởi Bệnh nhân.

<sup>7</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(e).

- d. Hoàn trả. Tổ chức sẽ hoàn tiền đối với số tiền mà Bệnh nhân đã trả cho dịch vụ chăm sóc vượt quá số tiền Bệnh nhân được xác định là có trách nhiệm cá nhân phải trả theo FAP, trừ khi số tiền vượt quá đó nhỏ hơn \$5.00.
- i. Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(8), Tổ chức sẽ hoàn lại số tiền đã thu từ Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của Bệnh nhân, nếu Bệnh nhân này sau đó được xác định là đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí trong vòng 240 ngày sau khi hóa đơn ban đầu được cung cấp. Theo Mục 9, Tổ chức cũng sẽ xóa bỏ mọi phán quyết chống lại Bệnh nhân hoặc rút lại bất kỳ báo cáo tín dụng bất lợi nào trong tình huống này.
  - ii. Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(c)(1), Tổ chức sẽ hoàn lại số tiền vượt quá \$25 đã thu từ Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của Bệnh nhân, người mà trong vòng hai năm kể từ ngày cung cấp dịch vụ, được xác định là đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí tại thời điểm cung cấp dịch vụ.
  - iii. Tổ chức có thể giảm thời hạn hai năm theo đoạn (b)(ii) của phần này xuống không dưới 30 ngày sau ngày Tổ chức yêu cầu thông tin từ Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của Bệnh nhân để xác định khả năng hội đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí tại thời điểm cung cấp dịch vụ, nếu Tổ chức ghi nhận sự thiếu hợp tác của Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh của Bệnh nhân trong việc cung cấp thông tin được yêu cầu.
  - iv. Nếu Bệnh nhân được đăng ký tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe theo khả năng tài chính của chính phủ mà trong đó yêu cầu Bệnh nhân phải tự chi trả cho các dịch vụ của bệnh viện thì Tổ chức sẽ hoàn lại tiền theo các điều khoản trong chương trình chăm sóc của Bệnh nhân.
- e. Đào ngược ECA. Trong phạm vi Bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo FAP trong vòng 240 ngày sau khi hóa đơn ban đầu được cung cấp mà ECA đã được báo cáo<sup>8</sup>, Tổ chức sẽ thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý sẵn có để hủy bỏ mọi ECA được thực hiện chống lại Bệnh nhân nhằm mục đích thu nợ đối với các dịch vụ chăm sóc. Các biện pháp khả dụng hợp lý như thế nói chung bao gồm, nhưng không chỉ gồm, các biện pháp vô hiệu bất kỳ phán quyết nào chống lại Bệnh nhân, dỡ bỏ bất kỳ khoản thuế hay quyền cầm giữ nào đối với tài sản của Bệnh nhân, và xóa khỏi báo cáo tín dụng của Bệnh nhân bất kỳ thông tin bất lợi nào mà trước đó đã báo cáo cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc cục tín dụng. Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(f)(2), Tổ chức phải báo cáo việc thực hiện nghĩa vụ thanh toán của Bệnh nhân trong vòng sáu mươi (60) ngày cho bất kỳ cơ quan báo cáo người tiêu dùng nào mà Tổ chức đã báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân kể từ khi Bệnh nhân đã hoàn tất nghĩa vụ thanh toán. Tổ chức cũng phải rút lại thông tin bất lợi về Bệnh nhân nếu Tổ chức được thông báo rằng kháng nghị hoặc tái xem xét quyết định bảo hiểm y tế đang chờ xử lý và cho đến sáu mươi (60) ngày sau khi kháng nghị hoàn tất; hoặc cho đến sáu mươi (60) ngày sau khi Tổ chức hoàn thành yêu cầu tái xem xét việc từ chối Hỗ trợ Tài chính.<sup>9</sup>
4. Khiếu nại và Kháng nghị. Bệnh nhân có thể kháng nghị một quyết định từ chối việc hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính bằng cách cung cấp thêm thông tin cho Tổ chức trong vòng mười bốn (14) ngày lịch kể từ ngày nhận được thông báo từ chối. Tất cả kháng nghị sẽ được Tổ chức xem xét để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu quyết định cuối cùng khẳng định quyết định từ chối Hỗ trợ Tài chính trước đó, thì thông báo bằng văn bản sẽ được gửi cho Bệnh nhân. Nếu Bệnh nhân muốn nộp

<sup>8</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(9).

<sup>9</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(f)(5).

đơn khiếu nại với Tổ chức về việc Tổ chức hoặc người thu hồi nợ thực hiện thu nợ y tế, Bệnh nhân có thể liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng.<sup>10</sup>

5. Thu nợ. Theo Mục 9, sau khi kết thúc các thủ tục trên (bao gồm các nỗ lực hợp lý để xác định xem Bệnh nhân có đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính theo FAP hay không) và sau khi xác định rằng đang có những tình huống đặc biệt phù hợp để sử dụng ECA, Tổ chức có thể tiến hành ECA chống lại những Bệnh nhân không có bảo hiểm và được bảo hiểm dưới mức đối với các tài khoản quá hạn, như được xác định trong các thủ tục của Tổ chức để thiết lập, xử lý và theo dõi các hóa đơn và kế hoạch thanh toán của Bệnh nhân. Theo các hạn chế được xác định ở đây và theo luật Maryland, Tổ chức có thể sử dụng cơ quan thu nợ xấu bên ngoài có uy tín hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để xử lý các tài khoản nợ xấu và các cơ quan hoặc nhà cung cấp dịch vụ đó phải tuân thủ các quy định của mục 501(r) áp dụng cho các bên thứ ba và với luật pháp tiểu bang cũng như Chính sách này.<sup>11</sup> Tổ chức sẽ giám sát tích cực đối với việc thu nợ bất kỳ hợp đồng nào theo chính sách này. Tổ chức **không được** thực hiện bất kỳ hành động nào sau đây nhằm thu nợ của Bệnh nhân liên quan đến hóa đơn bệnh viện<sup>12</sup>:
- a. Yêu cầu bán, tịch thu hoặc quyền cầm giữ tài sản đối với đời ở chính của Bệnh nhân;
  - b. Khiến tòa án đưa ra lệnh giam giữ hoặc bắt giữ Bệnh nhân;
  - c. Yêu cầu cắt giảm tiền lương nếu Bệnh nhân đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính;
  - d. Gửi yêu cầu bồi thường đối với tài sản của Bệnh nhân đã qua đời nếu Tổ chức biết rằng Bệnh nhân đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí hoặc nếu giá trị tài sản sau khi thanh toán nghĩa vụ thuế thấp hơn một nửa số nợ còn lại;
  - e. Nộp đơn kiện Bệnh nhân, hoặc cung cấp thông báo bằng văn bản theo yêu cầu về ý định khởi kiện Bệnh nhân, trong vòng 180 ngày sau khi hóa đơn ban đầu được cung cấp;
  - f. Nộp đơn kiện Bệnh nhân trước khi bệnh viện xác định liệu Bệnh nhân có đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính hay không.
  - g. Gửi đơn kiện chống lại Bệnh nhân mà không cung cấp thông báo bằng văn bản trước bốn mươi lăm (45) ngày về ý định gửi đơn kiện, thông báo này tuân thủ các yêu cầu của Bộ luật Maryland, Bộ Y tế, Mục 19-214.2(i) và COMAR 10.37.10.26.
  - h. Báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng trong vòng 180 ngày sau khi hóa đơn ban đầu được cung cấp cho Bệnh nhân.
  - i. Báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng, bắt đầu một vụ kiện dân sự hoặc ủy thác hoạt động thu nợ cho người thu hồi nợ nếu Tổ chức đã được thông báo theo luật liên bang rằng việc kháng nghị hoặc xem xét quyết định bảo hiểm y tế đang trong quá trình chờ xử lý trong khoảng thời gian 60 ngày ngay trước đó. Nếu một báo cáo bất lợi được gửi tới cơ quan báo cáo người tiêu dùng trước khi Tổ chức biết được về kháng nghị, Tổ chức sẽ hướng dẫn cơ quan đó xóa báo cáo bất lợi theo Mục 3(e).
  - j. Báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng, bắt đầu một vụ kiện dân sự hoặc ủy thác hoạt động thu nợ cho người thu hồi nợ nếu Tổ chức đã hoàn thành yêu cầu tái xem xét đối với việc từ chối chăm sóc miễn phí hoặc giảm chi phí chăm sóc đã được Bệnh nhân nộp trong khoảng thời gian 60 ngày ngay trước đó. Nếu một báo cáo bất lợi được đưa ra cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng trước khi Tổ chức biết về việc khiếu nại, Tổ chức sẽ chỉ dẫn cơ quan đó xóa báo cáo bất lợi.
  - k. Báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo người tiêu dùng đối với Bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính tại thời điểm tiếp nhận dịch vụ.

<sup>10</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(10), Tổ chức phải cung cấp cơ chế để Bệnh nhân nộp đơn khiếu nại về việc xử lý hóa đơn của Bệnh nhân.

<sup>11</sup> Theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(k)(4)(iii), Tổ chức và cơ quan thu hồi nợ phải chịu trách nhiệm chung và riêng trong việc đáp ứng các yêu cầu của Mục 19-214.2. Xem thêm COMAR 10.37.10.26.

<sup>12</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Phần 19-214.2.

6. Giả định về Trách nhiệm Pháp lý. Không có cá nhân nào có thể phải chịu trách nhiệm về khoản nợ y tế của một người khác từ 18 tuổi trở lên, trừ khi cá nhân đó tự nguyện đồng ý chịu trách nhiệm. Sự đồng ý này phải bằng văn bản trên một tài liệu riêng, không được yêu cầu trong phòng cấp cứu hoặc tình huống cấp cứu khác và có thể không được yêu cầu như một điều kiện để cung cấp dịch vụ cấp cứu.
7. Lãi suất. Tổ chức sẽ không tính lãi cho các hóa đơn phát sinh bởi các bệnh nhân tự thanh toán trước khi có phán quyết của tòa án. Tổ chức không được tính lãi hoặc phí đối với bất kỳ khoản nợ nào phát sinh vào hoặc sau ngày tiếp nhận dịch vụ của Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.<sup>13</sup>
8. Lệ phí. Tổ chức sẽ không thu phí bổ sung với số tiền vượt quá khoản phí được phê duyệt cho dịch vụ bệnh viện theo quy định của luật Maryland từ Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.<sup>14</sup>
9. Thông lệ Hiện hành. Ngay cả khi có bất kỳ điều khoản nào khác của Chính sách Lập Hóa đơn và Thu nợ này, Tổ chức cũng không cố thực hiện những phán quyết chống lại Bệnh nhân, báo cáo thông tin bất lợi về Bệnh nhân cho các cơ quan tín dụng hoặc tính lãi đối với các khoản nợ y tế chậm thanh toán. Mọi thay đổi đối với các thông lệ hiện hành sẽ được triển khai theo Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.1 *et seq.*, sau khi tham khảo ý kiến của Giám đốc Tài chính và Phòng pháp lý của Tổ chức. Ở mức tối thiểu, Tổ chức sẽ không tìm kiếm hành động pháp lý chống lại Bệnh nhân cho đến khi Tổ chức thiết lập và thực hiện một chính sách kế hoạch thanh toán tuân thủ các hướng dẫn do Tiểu bang Maryland ban hành.
10. Yêu cầu Báo cáo. Tổ chức phải thu thập các thông tin sau đây khi cần thiết để tuân thủ các yêu cầu báo cáo của tiểu bang:
  - a. Tổng số lượng Bệnh nhân theo chủng tộc/dân tộc, giới tính và mã vùng mà Tổ chức hoặc người thu hồi nợ theo hợp đồng của Tổ chức đã nộp đơn kiện để thu nợ y tế;
  - b. Tổng số lượng Bệnh nhân theo chủng tộc/dân tộc, giới tính và mã bưu chính mà Tổ chức đã báo cáo và chưa báo cáo hay phân loại nợ xấu; và
  - c. Tổng số tiền không thu được từ Bệnh nhân có bảo hiểm, bao gồm cả chi phí tự thanh toán và từ Bệnh nhân không có bảo hiểm.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(3) và Mục 19-214.2(d).

<sup>14</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Mục 19-214.2(b)(11).

<sup>15</sup> Xem Bộ luật Maryland, Y tế – Tổng quát, Phần 19-214.2(a).