

Houston Methodist นโยบาย FI49

เรื่อง: ใบสมัครการช่วยเหลือทางการเงิน

วันที่มีผลบังคับใช้:
1 มกราคม 2016

ใช้กับ: โรงพยาบาล Houston Methodist

วันที่แก้ไข/ตรวจสอบ:
1 มกราคม 2020

เอกสารออกจาก: คณะกรรมการวางจรรยาไ้

วันที่ตรวจสอบเป้าหมาย:
1 มกราคม 2023

I. นโยบาย

Houston Methodist (HM) มุ่งมั่นให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลที่จำเป็นต้องรับการดูแลสุขภาพและ/หรือไม่สามารถชำระค่าการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ รวมทั้งการดูแลสุขภาพดังที่กำหนดไว้ในที่นี่ ตามสถานการณ์ทางการเงินของแต่ละบุคคล ด้วยการยึดมั่นกับวัตถุประสงค์ของ HM ที่จะมอบการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าและมีคุณภาพสูง HM พยายามอย่างมากที่จะรับรองว่าผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการจะไม่ถูกกีดกันจากการได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็น HM จะให้การดูแลสุขภาพสำหรับเงื่อนไขทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย และปราศจากการเลือกปฏิบัติ

นโยบายนี้ครอบคลุมถึงวิธีการสมัครเพื่อขอรับการช่วยเหลือทางการเงิน ความสามารถในการใช้บริการต่าง ๆ กฎเกณฑ์ของการมีคุณสมบัติ กระบวนการอนุมัติพื้นฐาน การคำนวณจำนวนค่าใช้จ่ายที่ส่งใบเรียกเก็บเงิน ข้อกำหนดในการแจ้งและการประกาศ การดำเนินการเรียกเก็บเงินสำหรับเงินที่ค้างจ่าย รายชื่อของแพทย์หรือสถานพยาบาลซึ่งครอบคลุม/ไม่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้ (ภาคผนวก ค) และนอกจากนี้ยังให้บริการในการสรุปนโยบายนี้เป็นภาษาที่เข้าใจได้ง่าย (ภาคผนวก ก)

การช่วยเหลือทางการเงินนั้นจะไม่พิจารณาว่าเป็นการทดแทนความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ผู้ป่วยยังต้องชำระเงินจากการบริการด้านสุขภาพของตน ทั้งนี้เป็นไปตามพื้นฐานความสามารถในการชำระเงิน และปฏิบัติตามการดำเนินการของ HM ในการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน บุคคลใดที่มีสถานภาพทางการเงินดีเพียงพอที่จะซื้อประกันสุขภาพได้ ทาง HM จะสนับสนุนให้ดำเนินการซื้อเพื่อให้สามารถเข้าใช้บริการทางการแพทย์ได้ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตาม Houston Methodist Global จะไม่รวมอยู่ในนโยบายนี้

การให้บริการหรือการดูแลในด้านการเงินที่ดีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็เพื่อให้ HM มีความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพแก่จำนวนผู้ที่จำเป็นได้มากที่สุด คณะกรรมการของ HM ได้กำหนดแนวทางสำหรับการจัดหาความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วย

II. คำจำกัดความ

- การช่วยเหลือทางการเงิน หมายถึง การบริการด้านการดูแลรักษาสุขภาพที่จัดโดยโรงพยาบาล HM โดยไม่เสียหรือลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการอนุมัติสำหรับการรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- ขีดสนทางการเงิน: ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 200% ของระดับความยากจนในสหรัฐฯ (FPL)

- ขัดสนทางการแพทย์:
 - เกณฑ์ #1 - ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 201% ถึง 500% ของ FPL
 - เกณฑ์ #2 - ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 500% ของ FPL และมียอดเงินในบัญชีมากกว่า 10% ของรายได้ครัวเรือน
- การกุศลตามการคาดคะเน: ในกรณีที่โบสถ์ขอความช่วยเหลือทางการเงิน (FAA) ไม่สมบูรณ์ HM จะคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่มีการประกันสุขภาพเป็นกิจวัตรโดยใช้แหล่งจากภายนอกที่เป็นอิสระสำหรับความเหมาะสมจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (กล่าวคือ โมเดลการให้คะแนนแบบอิเล็กทรอนิกส์) ข้อมูลที่ให้ไว้ในกาคัดกรองนี้จะรวมถึงรายได้ตามการประมาณการและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน
- ระดับความยากจนในสหรัฐฯ (FPL): ระดับรายได้ของแต่ละบุคคลสมควรได้รับตามเกณฑ์ความยากจน ระดับรายได้นี้จะต่างกันไปตามขนาดของหน่วยครัวเรือน ระดับความยากจนมีการอัปเดตเป็นรายปีโดยกรมบริการมนุษย์และสุขภาพของสหรัฐฯ และตีพิมพ์เผยแพร่ในการจดทะเบียนของสหรัฐฯ ระดับความยากจนที่แสดงในไคดไลน์ที่ถูกเผยแพร่เหล่านี้แสดงถึงรายได้รวม
- ยอดเงินในบัญชี: ยอดที่ค้างชำระหลังการสมัครขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกใดก็ตาม
- ครอบครัว หมายถึง การใช้คำนิยามตามสำนักงานสำมะโนประชากร กลุ่มประชาชนจำนวนสองคนขึ้นไปอาศัยอยู่บ้านเดียวกันและผู้ที่เกี่ยวข้องกันโดยกำเนิด โดยการสมรสหรือโดยการรับเป็นบุตรบุญธรรม ตามระเบียบของกรมสรรพากร หากผู้ป่วยอ้างสิทธิ์ในภาษีเงินได้ของบุคคลธรรมดาว่าบุคคลนั้นอยู่ในความอุปการะของตน ก็อาจได้รับการพิจารณาตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะสำหรับการคำนวณการช่วยเหลือทางการเงิน
- รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ของครอบครัวก่อนหักภาษีได้ถูกกำหนดการใช้ตามคำจำกัดความของสำนักงานสำมะโนประชากรซึ่งใช้รายได้ที่ตามมาเมื่อใช้ในการคำนวณระดับความยากจนของรัฐบาล (FPL)
 - รายได้ ค่าตอบแทนจากการว่างงาน ค่าตอบแทนของคนงาน การประกันสังคม รายได้เพิ่มเติมด้านสวัสดิการ การช่วยเหลือของรัฐ การจ่ายเงินของทหารผ่านศึก สวัสดิการของผู้ที่มีชีวิตรอดอยู่ รายได้จากบำนาญหรือการเกษียณอายุ ดอกเบี้ยหรือเงินปันผล (รวมทั้ง กำไรส่วนทุน หรือการสูญเสียกำไรส่วนทุน) ค่าเช่า ค่าลิขสิทธิ์ รายได้จากอสังหาริมทรัพย์ ทรัสต์ การช่วยเหลือทางการศึกษา ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส ค่าเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว และแหล่งเบ็ดเสร็จอื่น ๆ
 - สวัสดิการที่ไม่ใช่เงินสด ได้รับการยกเว้น (เช่น แสตนปีอาหาร และเงินอุดหนุนการเคหะ)
 - หากบุคคลใดพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ให้รวมรายได้จากสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยไม่นับถึงผู้อาศัยอยู่ร่วมกันในฐานะที่ไม่เกี่ยวข้องเป็นญาติ
- Houston Methodist Global: บริษัท Houston Methodist ที่ให้บริการผู้ป่วยดังต่อไปนี้:
 - ประชากรในต่างประเทศ
 - เป็นเจ้าของหนังสือเดินทางที่ยังไม่หมดอายุ
 - ผู้เกษียณอายุชาวอเมริกันที่มีที่อยู่อาศัยถาวรในต่างประเทศ หรือ
 - ประชากรสัญชาติอเมริกันที่ทำงานต่างประเทศเกินกว่า 6 เดือนต่อปี
- การคิดเงินรวม หมายถึง การคิดค่าบริการก่อนการสมัครรับการเงิน การปรับหรือการรับส่วนลดตามสัญญา

- อัตราร้อยละของจำนวนที่ส่งใบเรียกเก็บเงินโดยทั่วไป (AGB) หมายถึง จำนวนร้อยละของการชำระเงินโดยเฉลี่ยบริการฉุกเฉินหรือความต้องการทางการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาล HM ได้รับสำหรับการบริการที่จำเป็นหรือการบริการฉุกเฉินที่ให้แก่ผู้ป่วยจากเมดิแคร์และบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน (ดูภาคผนวก ข) อัตราร้อยละของ AGB ถูกคำนวณประจำปีสำหรับโรงพยาบาล HM แต่ละแห่ง ภายใน 120 วันของวันที่ 31 ธันวาคม การใช้ประโยชน์จากมาตรการก่อนหน้านี้ซึ่งรวมถึงการอ้างสิทธิ์สำหรับปีปฏิทินที่ผ่านมา
- สถานภาพทางการแพทย์แบบฉุกเฉิน ได้ให้คำนิยามภายใต้ความหมายของมาตรา 1867 ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (42 U.S.C. 1395dd)
- ความจำเป็นทางการแพทย์ ดังที่ได้นิยามโดยเมดิแคร์ (การบริการหรือรายการตามความสมเหตุสมผลและความจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาสำหรับผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ)

III. วิธีดำเนินการ

A. เกณฑ์ความเหมาะสม:

ปัจเจกชนผู้มองหาความช่วยเหลือทางการเงินตามรายได้ครัวเรือนจะต้องกรอกใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (FAA) ให้ครบถ้วน จะพิจารณาความเหมาะสมได้รับความช่วยเหลือทางการเงินให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังนี้:

1. ความขัดสนทางการเงินดังที่กำหนดตามเกณฑ์ในนโยบายนี้;
2. ความขัดสนทางการแพทย์ดังที่กำหนดตามเกณฑ์ในนโยบายนี้; หรือ
3. บุคคลที่ตรงกับความเหมาะสมตามการคาดคะเนตามเกณฑ์ในนโยบายนี้

B. บริการที่เหมาะสม: การบริการดูแลสุขภาพต่อไปนี สามารถขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้:

1. การบริการทางการแพทย์ที่จัดให้ในห้องฉุกเฉิน
2. การบริการสำหรับสถานภาพซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางตรงกันข้ามกับสถานะของสุขภาพของบุคคล หากไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยทันที
3. การบริการที่ไม่ได้เลือก ซึ่งจัดให้ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่คุกคามต่อชีวิตในห้องที่จัดให้สำหรับกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน และ
4. การบริการที่จำเป็นทางการแพทย์ ในแต่ละกรณีตามดุลยพินิจของการประเมินผลของ HM แต่เพียงผู้เดียว

C. กระบวนการพิจารณาความเหมาะสม:

สถานภาพทางการเงินจำเป็นต้องมีการตัดสินใจตามขั้นตอนการประเมินส่วนบุคคลซึ่งอาจรวมถึงขั้นตอนต่อไปนี้:

1. ความเหมาะสมตามการคาดคะเน:
ในบางกรณีอาจจะมีข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้ความจริงใจความช่วยเหลือทางการเงินโดยไม่ต้องกรอกแบบ FAA ให้เสร็จ
ความช่วยเหลือทางการเงินที่อาจเป็นไปได้จะได้รับการประเมินและ /
หรือทบทวนในแต่ละวันของการบริการ ตัวอย่างบางส่วนของแหล่งที่ HM
อาจใช้เพื่อตรวจสอบความช่วยเหลือทางการเงินสันนิษฐานรวมถึง

- a) บุคคลที่ไร้ที่อยู่อาศัยหรือการดูแลที่ได้รับจากคลินิกสำหรับบุคคลที่ไร้ที่อยู่อาศัย
- b) การเข้าร่วมในโครงการสำหรับสตรี ทารกและเด็ก (WIC)
- c) คุณสมบัติในการขอรับแสดมปีอาหาร
- d) ผู้มีรายได้ต่ำ/อาศัยอยู่บ้านสำหรับคนที่มียาได้ต่ำเป็นที่ยูถาวร
- e) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบมรดก;
- f) การยอมรับในโปรแกรมทุนการศึกษาของชุมชนหรือโปรแกรมอื่น ๆ ของผู้ให้ทุนฯ ที่เป็นบุคคลภายนอกซึ่งได้รับการยอมรับ (เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับการคาดคะเนว่าเหมาะสมจากบุคคลอ้างอิงในชุมชนภายใต้โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินที่มีอยู่) และผู้ป่วยจะมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับส่วนลดสำหรับผู้ขัดสนทางการเงิน;
- g) ผู้ป่วยที่เหมาะสมทั้งสองผลประโยชน์สำหรับการครอบคลุมการประกันระดับปฐมภูมิผ่าน Medicare และการครอบคลุมการประกันระดับทุติยภูมิผ่าน Medicaid;
- h) ผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับ Medicaid ซึ่งถูกปฏิเสธการเคลมจาก Medicaid เพราะ spell of illness หรือได้รับผลประโยชน์ครบแล้ว; และ
- i) โมเดลการให้คะแนนอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลภายนอก (กล่าวคือ Experian)
 - โมเดลการให้คะแนนอิเล็กทรอนิกส์ (ESM) หากผู้ป่วยไม่กรอก FAA ให้ครบถ้วนหรือไม่ให้ออกสารประกอบที่จำเป็นเพื่อกำหนดความเหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน บัญชีอาจได้รับการคัดกรองโดยใช้ ESM ซึ่งจะได้รับคะแนนตามรายได้ครัวเรือนและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยที่คะแนนจาก ESM แสดงถึงบัญชีที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน ส่วนลดจะถูกนำมาใช้

2. ขั้นตอนสุดท้ายของการสมัครที่สมบูรณ์ของ FAA (FAA – ภาคผนวก ง)

D. วิธีสมัครเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน:

1. สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
ผู้ป่วยสามารถขอใบสมัครการขอความช่วยเหลือทางการเงิน (FAA) โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายได้ดังนี้:
 - a. พูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินก่อนหรือในขณะที่ขอรับบริการ
 - b. ดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ HM ที่ www.HoustonMethodist.org/Billing;
 - c. โทรศัพท์ติดต่อสำนักงานธุรกิจส่วนกลางของ HM ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 7:00 น. ถึงเวลา 19:00 น., วันเสาร์ตั้งแต่เวลา 8:00 น. – 12:00 น. โทรศัพท์หมายเลข 832-667-5900 หรือโทรฟรี ที่ 877-493-3228 หรือ
 - d. ทางไปรษณีย์:

Houston Methodist
Centralized Business Office

Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

2. เมื่อผู้ป่วยได้รับแบบฟอร์ม FAA ผู้ป่วยควรกรอกแบบฟอร์มให้ครบ โดยเอกสารประกอบที่จำเป็นควรรวบรวมไว้ด้วยกันและแนบมาด้วย เอกสารทั้งหมดควรยื่นโดยวิธีต่อไปนี้:
 - a. ทางไปรษณีย์:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
 - b. เข้ามายื่นด้วยตัวเอง/หรือส่งถึงสมาชิกทีม เข้าถึงผู้ป่วย หรือ
 - c. ส่งแฟกซ์ถึง 832-667-5995
 3. หากเป็นไปได้ ควรติดต่อขอความช่วยเหลือทางการเงิน และตรวจสอบจำนวนเงินค่าใช้จ่ายก่อนการยื่นขอรับบริการที่จำเป็นทางการแพทย์แบบไม่ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม การติดต่อสอบถามอาจกระทำเมื่อใดก็ได้ ความจำเป็นสำหรับการรับความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการอัปเดต พิจารณาจากการรับบริการในแต่ละครั้งถ้าการประเมินผลทางการเงินครั้งสุดท้ายได้กระทำไปแล้วในระยะเวลาเกินกว่าหนึ่งปี หรือในเวลาใดก็ตามที่มีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเป็นไปตามคุณสมบัติที่จะได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน
 4. ใบสมัครและขั้นตอนการอนุมัติจะแสดงให้เห็นว่า HM เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และการให้บริการหรือการดูแล การร้องขอความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการประเมินโดยทันที และ HM จะแจ้งให้ผู้ป่วยหรือผู้สมัครทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วันหลังจากที่ได้รับ FAA การได้รับอนุมัติหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของ FAA และข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายนี้ (เช่น โปรดดูข้างล่าง) ในกรณีของการคัดกรองแบบคาดคะเน ผู้ป่วยจะไม่ได้รับใบแจ้งอย่างเป็นทางการไม่ว่าจะได้รับความเห็นชอบหรือได้รับการปฏิเสธก็ตาม
 - a. การตัดสินใจปฏิเสธ:

จะพิจารณาการอุทธรณ์โดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ชัดเจนถึงเหตุผลของการถูกปฏิเสธอย่างเฉพาะเจาะจงซึ่งมีรายการอยู่ในจดหมาย การอุทธรณ์จะได้รับการเห็นชอบทางโทรศัพท์ แฟกซ์ และเมล
- E. **ยอดเงินที่เรียกเก็บ:** เมื่อมีการยืนยันความเหมาะสมที่จะได้รับการดูแลภายใต้นโยบายนี้ ยอดเงินในบัญชีที่เหลือจะถูกเรียกเก็บไปยังผู้ป่วยตามรายการด้านล่าง
1. ผู้ขัดสนทางการเงินจะได้รับส่วนลด 10% ของค่าใช้จ่ายขั้นต้น ผู้ป่วยจะไม่ถูกเรียกเก็บเงิน และส่วนลดจะถูกแยกประเภทเป็นความช่วยเหลือทางการเงิน
 2. ผู้ขัดสนทางการแพทย์ เกณฑ์ #1 จะถูกเรียกเก็บเงินลดลง 5% จากรายได้ครัวเรือนรายปีหรือเปอร์เซ็นต์ของ AGB

3. ผู้ขัดสนทางการแพทย์ เกณฑ์ #2 จะถูกเรียกเก็บเงินลดลง 10%
จากรายได้ครัวเรือนรายปีหรือเปอร์เซ็นต์ของยอดเงินในบัญชี

F. **ขั้นตอนการเรียกเก็บเงินในกรณีที่ไม่มีเงิน:**
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ชำระเงินตามจำนวนที่กำหนดในใบเรียกเก็บเงิน (ข้อ 3, จ. ด้านบน)
ฝ่ายบริหารของ HM จะปฏิบัติตามนโยบายการเรียกเก็บเงินที่ได้ตั้งขึ้น
ซึ่งจะรวมถึงทางเลือกการขยายเวลาในการชำระเงิน HM
จะกำหนดการปฏิบัติการเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น การอายัดทรัพย์สิน
ใช้สิทธิในการยึดทรัพย์สินส่วนตัวด้านที่อยู่อาศัยเบื้องต้น การแจ้งให้สำนักงานเครดิตทราบ
หรือดำเนินการตามกฎหมายอื่น ๆ สำหรับนโยบายการเรียกเก็บเงินของ HM
สามารถขอรับได้โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ตามขั้นตอนที่ทำการในข้อ 3 ง.1

G. **ข้อกำหนดการโพสต์และการแจ้งเตือนความช่วยเหลือทางการเงิน:**
การแจ้งเตือนเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินจะจัดขึ้นในหลาย ๆ รูปแบบ
ซึ่งอาจรวมถึงแต่ไม่ได้จำกัดเพียงแค่นี้: การตีพิมพ์การประกาศในใบเรียกเก็บเงินของผู้ป่วย
ปิดประกาศไว้ในห้องฉุกเฉินและศูนย์การดูแลแบบฉุกเฉิน สถานภาพของรูปแบบการรับผู้ป่วย
แผนการรับและการลงทะเบียนผู้ป่วย และสถานที่สาธารณะอื่น ๆ ตามที่ HM อาจเลือก นอกจากนี้
HM
อาจยังตีพิมพ์และสรุปการเผยแพร่อย่างแพร่หลายเกี่ยวกับนโยบายการช่วยเหลือทางการเงินที่โรงพยาบาล
เว็บไซต์ของโรงพยาบาล ในแผ่นพับที่แจกแก่ผู้ป่วยในสถานที่ต่าง ๆ
ที่ผู้ป่วยเข้าออกได้และสถานที่อื่น ๆ ภายในชุมชนที่ HM ให้บริการ
การประกาศและข้อมูลที่สรุปดังกล่าวจะจัดให้ในภาษาต่าง ๆ ที่ HM ให้บริการแก่ประชาชน
การอ้างอิงของผู้ป่วยสำหรับการช่วยเหลือทางการเงินสามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งหรือ
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ HM ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย
เพื่อนสนิทหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยสามารถร้องขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ภายใต้
กฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง

H. **ข้อกำหนดสำหรับควบคุมบังคับ:** ในการเริ่มต้นของนโยบายนี้ HM จะปฏิบัติตามกฎหมาย
กฎหมายและกฎข้อบังคับของรัฐบาลกลาง ของรัฐ และของท้องถิ่น ซึ่งนำมาใช้กับกิจกรรมต่าง ๆ
ที่ดำเนินการตามนโยบายนี้

I. **การอ้างอิงที่เชื่อถือได้:**

1. กฎหมายว่าด้วยการปกป้องผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่สามารถจ่ายได้ปี 2010
2. มาตรา 501(r)(4)-(r)(6) ตามประมวลกฎหมายว่าด้วยสรรพากร
3. นโยบายส่วนลดด้านการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (FI86) และ
4. นโยบายการเรียกเก็บเงิน (FI85)

IV. การทบทวนวันที่เหมาะสมและขั้นตอนการเห็นชอบหรือการทบทวนของคณะกรรมการหรือที่ประชุม

แนะนำโดยคณะกรรมการวางจรรยาไต่
อนุมัติโดย คณะกรรมการของ Houston Methodist

V. ชื่อของผู้บริหารที่ให้ความเห็นชอบ: Marc L. Boom, M.D.
ตำแหน่ง: ประธานและผู้บริหารสูงสุด

ได้รับอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุดฝ่ายการบริหาร:

(ลายเซ็นเดิมอยู่ในไฟล์)

M. Boom
ประธาน
ผู้บริหารสูงสุด
Houston Methodist

วันที่

ภาคผนวก ก

สรุปภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

นโยบายด้านความช่วยเหลือทางการเงินของ Houston Methodist

Houston Methodist ได้ให้พันธสัญญาในการให้การดูแลและเคราะห์แก่บุคคลผู้ซึ่งไม่มีการประกันสุขภาพ มีการประกันสุขภาพแต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ไม่มีคุณสมบัติเพียงพอสำหรับการรับความช่วยเหลือจากโครงการของรัฐบาล หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่สามารถชำระเงินได้ สำหรับการดูแลรักษาแบบฉุกเฉินและการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ตามพื้นฐานสถานภาพทางการเงินของบุคคล

รายได้ครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ที่หรือต่ำกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ของการคำนวณของรัฐบาลด้านระดับความยากจน (FPL) มีคุณสมบัติในการขอรับบริการฟรี และผู้ป่วยซึ่งรายได้ครอบครัวสูงกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ แต่ไม่สูงกว่า 400 เปอร์เซ็นต์ของ FPL มีคุณสมบัติขอรับส่วนลดค่าบริการ อัตราส่วนลดนี้ไม่เกินจำนวนโดยเฉลี่ยที่ Houston Methodist จะได้รับจ่ายโดยบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนและเมดิแคร์ รวมถึงการจ่ายเงินใดๆของผู้ป่วยในรูปแบบฟอร์ม การจ่ายร่วมและประกันร่วม ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนเกิน 500% ของ FPL อาจสมควรได้รับบริการที่มีส่วนลด

คุณไม่จำเป็นต้องชำระเงินล่วงหน้าหรือจัดการผ่อนชำระเป็นงวดสำหรับบริการแบบฉุกเฉินและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นก่อนการให้บริการ อย่างไรก็ตาม หากคุณสามารถกำหนดให้ต้องชำระเงินในจำนวนที่ได้รับส่วนลด และคุณไม่สามารถชำระเงินจำนวนที่ได้รับส่วนลดได้เต็มจำนวนหลังจากที่ได้รับการบริการ Houston Methodist จะพยายามเก็บเงินจำนวนที่ได้รับส่วนลดนี้ Houston Methodist จะจัดให้มีการชำระเงินตามที่ร้องขอในใบเรียกเก็บเงินเป็นรายเดือน หากคุณไม่สามารถชำระเงินในจำนวนที่ได้รับส่วนลดในการชำระเงินงวดเดียว Houston Methodist เสนอทางเลือกการขยายเวลาการชำระเงินที่ไม่ต้องเสียดอกเบี้ย จำนวนใด ๆ ที่ได้รับส่วนลดซึ่งค้างจ่ายจะถูกส่งต่อไปให้หน่วยการเรียกเก็บเงินบุคคลที่สามเพื่อพยายามเรียกเก็บเงินต่อไป การปฏิบัติงานของหน่วยการเรียกเก็บเงินบุคคลที่สามจะไม่รวมถึงสิทธิ์ยึดหน่วยงานส่วนตัว การดำเนินคดีตามกฎหมายหรือการแจ้งให้สำนักงานเครดิตทราบ

สำเนานโยบายการช่วยเหลือทางการเงินของ Houston Methodist, ใบสมัครการขอความช่วยเหลือทางการเงิน และนโยบายการเรียกเก็บเงินสามารถขอรับได้โดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม ที่เว็บไซต์ www.HoustonMethodist.org/Billing และมีบริการให้ที่แผนกการรับและการลงทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยติดต่อสำนักงานธุรกิจส่วนกลางที่ (ท้องถิ่น) 832-667-5900, (โทรฟรี) 877-493-3228 และสามารถขอได้โดยทางไปรษณีย์ที่ :

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและนโยบายการเรียกเก็บเงินซึ่งเป็นการสรุปในภาษาที่เข้าใจได้ง่ายนี้ มีบริการให้ในภาษาต่าง ๆ ตามรายชื่อการติดต่อข้างต้น

หน่วยการช่วยเหลือทางการเงินของ Houston Methodist พร้อมตอบคำถามต่าง ๆ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน และเพื่อช่วยเหลือคุณด้วยขั้นตอนการสมัคร คุณสามารถติดต่อหน่วยการช่วยเหลือทางการเงินได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างเวลา 7:00 น. ถึง 19:00 น. และในวันเสาร์ระหว่างเวลา 8:00 น. ถึง— 12:00 น. ที่ 832-667-5900 หรือ 877-493-3228

เมื่อคุณกรอกใบสมัครรับความช่วยเหลือทางการเงินเสร็จแล้ว
กรุณแนบเอกสารเพิ่มเติมที่จำเป็นทั้งหมดและส่งไปรษณีย์มาที่ หน่วยความช่วยเหลือทางการเงิน
ดูรายละเอียดที่อยู่ด้านล่าง หรือแฟกซ์ถึง หน่วยความช่วยเหลือทางการเงิน ที่หมายเลข 832-667-5995

ตัวอย่าง

ตารางการคำนวณยอดเงินในใบเก็บเงินโดยทั่วไป (AGB)

อัตราการคำนวณจำนวนในใบเรียกเก็บเงินโดยทั่วไปประจำปีของ
โรงพยาบาล Houston Methodist

ระยะเวลาปริมาณที่สอดคล้องกัน: 1 มกราคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562

ก	จำนวนเงินค่าธรรมเนียมเมดิแคร์สำหรับการบริการที่ได้รับอนุญาตในการเรียกร้องการจ่ายเงินในช่วงระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง	ดอลลาร์
ข	จำนวนเงินประกันภัยภาคเอกชนที่ได้รับอนุญาตในการเรียกร้องการจ่ายเงินในช่วงระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง	ดอลลาร์
ค	บริษัทร่วมจ่าย ประกันภัยร่วมและ หัก ณ ที่จ่ายโดยผู้ป่วยในการเรียกร้องการระงับไว้ใน ก และ ข ในช่วงระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง	ดอลลาร์
ง	จำนวนเงินประกันรวมที่ได้รับอนุญาตและการชำระเงินของผู้ป่วย (ใน ก + ข + ค ด้านบน)	ดอลลาร์
จ	ค่าใช้จ่ายขั้นต้นของโรงพยาบาลสำหรับการให้บริการใน ง ข้างต้น	ดอลลาร์
ฉ	ใบเรียกเก็บเงินทั่วไปของจำนวนเงินเฉพาะของโรงพยาบาล (AGB) ร้อยละ (ง / จ)	เปอร์เซ็นต์

สำหรับรายชื่อในอัตรา AGB ปัจจุบันสำหรับโรงพยาบาล HM แต่ละแห่ง โปรดติดต่อบุคคลใดก็ได้ในรายการในข้อ 3 ง. 1 ข้อมูลนี้มีให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า

ขณะที่จำเป็นต้องคำนวณค่า AGB สำหรับนิติบุคคลแต่ละราย HM จะใช้ค่า ABG ต่ำสุดที่คำนวณสำหรับนิติบุคคล, ตามรอบวงจร

ภาคผนวก ค
รายชื่อผู้ให้บริการซึ่งครอบคลุม/ไม่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้

องค์กร/กลุ่มบริษัท/กิจการ	ครอบคลุม ใช่/ไม่ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Sugar Land	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Willowbrook	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist West	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Baytown	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Clear Lake	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Continuing Care	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist The Woodlands	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Cinco Ranch	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Cypress	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Kirby	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Pearland	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Sienna Plantation	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Spring	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Spring Branch	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: The Woodlands	ใช่
ศูนย์ภาพ Houston Methodist: Voss	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Cinco Ranch	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Cypress	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Kirby	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Pearland	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Sienna Plantation	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Spring	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: The Woodlands	ใช่
ศูนย์บริการฉุกเฉิน Houston Methodist: Voss	ใช่
กลุ่มดูแลระดับปฐมภูมิ Houston Methodist	ไม่ใช่
กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง Houston Methodist	ไม่ใช่
กลุ่มแพทย์ภายนอก (Private Mds) ของ Houston Methodist	ไม่ใช่
วิสัญญีวิทยา: หน่วยงานวิสัญญีแพทย์ในสหรัฐฯ	ไม่ใช่
วิสัญญีวิทยา: วิสัญญีแพทย์ใน Space City	ไม่ใช่
แพทย์ฉุกเฉิน: สมาคมแพทย์ EmergiGroup	ไม่ใช่
แพทย์ฉุกเฉิน: แพทย์ฉุกเฉินใน Kirby	ไม่ใช่
แพทย์ฉุกเฉิน: แพทย์ฉุกเฉินใน San Jacinto	ไม่ใช่
แพทย์ฉุกเฉิน: แพทย์ฉุกเฉินใน West Houston	ไม่ใช่
แพทย์ฉุกเฉิน: แพทย์ฉุกเฉินใน Woodlands	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: คลินิกการแพทย์แห่ง Houston, LLP	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: กิจการร่วมค้าของแพทย์ทั่วไปใน Houston	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: สมาคมแพทย์คนไข้ในของ Houston	ไม่ใช่

แพทย์ทั่วไป: ศูนย์การแพทย์สำหรับที่ปรึกษาแพทย์ของ Houston, PLLC	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: สมาคมแพทย์ทั่วไปของศูนย์การแพทย์, PLLC	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: กลุ่มแพทย์ทั่วไปเพื่อการศึกษาของ Houston Methodist	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: UTS	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: XpertMD	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: TeamHealth	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: กลุ่มแพทย์ทั่วไป OB	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: สติศาสตร์ Questcare PLLC	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: แพทย์ทั่วไปประจำแผนก Envision OB/Gyn	ไม่ใช่
แพทย์ทั่วไป: กองหน้า	ไม่ใช่
ภาพ: สมาคมภาพ MASTOS	ไม่ใช่
ทารกแรกเกิด: บริการกุมารแพทย์ใน Texas	ไม่ใช่
พยาธิวิทยา: สมาคมพยาธิวิทยาแห่ง Methodist, PLLC	ไม่ใช่
รังสีแพทย์: สมาคมรังสีแพทย์แห่ง Houston	ไม่ใช่
	ครอบคลุม
องค์กร/กลุ่มบริษัท/กิจการ	ใช่/ไม่ใช่

ใบสมัครการช่วยเหลือทางการเงิน

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ด้านล่าง หากข้อใดไม่เกี่ยวข้อง กรุณาเขียน N/A แทนสำหรับเอกสารที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของคุณดังต่อไปนี้: **1. หากเช็คฉบับล่าสุดซึ่งแสดงให้เห็นข้อมูลรายได้ต่อปีของคุณ 2. รายการเสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาครั้งสุดท้ายของคุณ 3. เช็คการประกันสังคมหรือจดหมายสิทธิโดยชอบธรรมหรือใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร หากฝากเงินโดยตรง 4. จดหมายเกี่ยวกับการทำงาน 5. บัตรทองระบบ Harris Health System** หากเป็นผู้ว่างงานและต้องอาศัยผู้อื่นสำหรับรายได้ และ/หรือค่าครองชีพ โปรดแนบจดหมายสนับสนุนและสำเนารายการเสียภาษีรายได้ หากได้ระบุไว้ในรายการเสียภาษีรายได้ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะ หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการกรอกใบสมัครนี้ กรุณาติดต่อสำนักงานธุรกิจส่วนกลางที่ 877-493-3228 วันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7:00 น. ถึง 19:00 น., วันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 8:00 น. - 24:00 น.

กรุณาส่งใบสมัครและเอกสารประกอบให้กับสมาชิกทีมใด ๆ ในการเข้าถึงผู้ป่วยหรือแฟกซ์มาที่ (832) 667-5995 หรือส่งทางไปรษณีย์ไปยัง Centralized Business Office, Houston Methodist, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ชื่อผู้ป่วย (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)		หมายเลขประกันสังคมสี่หลักสุดท้าย
ชื่อคู่สมรส/บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)		หมายเลขประกันสังคม
บ้านเลขที่ _____		
หมายเลขโทรศัพท์ _____	วันเดือนปีเกิด _____	สถานภาพการสมรส _____
การบริการที่ร้องขอ: _____		
เลขที่บัญชี: _____ วันที่ของการบริการ: _____		
จำนวนบุตรธิดาที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อยู่ที่บ้าน: _____		ชื่อผู้ถืออยู่ในอุปการะ: _____
เกี่ยวข้องโดยตรง _____	_____	
ลูกเลี้ยง _____	_____	
ไม่เกี่ยวข้องกัน _____	_____	
เป็นผู้ปกครองของ _____	_____	

ผู้ป่วย	คู่สมรส/บุคคลอื่น
นายจ้าง _____	นายจ้าง _____
☐ ทำงานเต็มเวลา	☐ ทำงานเต็มเวลา
☐ ทำงานครึ่งเวลา	☐ ทำงานครึ่งเวลา
☐ ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ	☐ ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ
☐ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	☐ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้
☐ แม่บ้าน	☐ แม่บ้าน

ยอดรวมรายได้ครอบครัว* _____ ดอลลาร์/เดือน (ส่งใบพิสูจน์รายได้มาพร้อมกับใบสมัคร)

* รวมทั้งค่าจ้าง ทำงานในฟาร์มหรือเป็นเจ้าของธุรกิจ การช่วยเหลือจากรัฐ การประกันสังคม การว่างงาน/เงินทดแทนของคนงาน เกษียณอายุ สวัสดิการจากการบำนาญงาน เงินค่าเลี้ยงดูจากคู่สมรส เงินสนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตร การแบ่งส่วนของทหาร เบี้ยบำนาญ รายได้จากเงินปันผล ดอกเบี้ย ค่าเช่าสิ่งหาริมทรัพย์ และแหล่งรายได้เบ็ดเตล็ดอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่สำคัญข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดตามที่ร้องขออาจได้รับการพิจารณาว่าขาดคุณสมบัติจากโครงการช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ นอกจากนี้
ข้าพเจ้าจะยินยอมให้ข้อมูลช่วยเหลือจากรัฐบาล ดำเนินการตามที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ความช่วยเหลือและคำแนะนำจาก HM ต่อผลของใบสมัครของข้าพเจ้า หากเหมาะสม
ข้าพเจ้า (เรา) ให้ความยินยอมแก่ HM เพื่อใช้ข้อมูลจากแหล่งใด ๆ เพื่อยืนยันข้อความซึ่งข้าพเจ้าให้ไว้ ณ ที่นี้

(ลายเซ็นผู้ป่วย/ผู้สมัคร)

(วันที่)