

Houston Methodist นโยบาย FI49

เรื่อง: การช่วยเหลือทางการเงิน	วันที่มีผลบังคับใช้: 1 มกราคม 2559
ใช้กับ: โรงพยาบาล Houston Methodist	วันที่แก้ไข/ตรวจสอบ: 1 มกราคม 2559
เอกสารออกจาก: คณะกรรมการวงจรรายได้ (Revenue Cycle)	วันที่ตรวจสอบเป้าหมาย: 1 มกราคม 2562

1. นโยบาย

Houston Methodist (HM)

ได้ให้พันธะสัญญาในการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา โดยไม่มีประกันสุขภาพหรือมีการประกันสุขภาพแต่มีจำนวนเงินไม่เพียงพอและไม่มีคุณสมบัติได้รับความช่วยเหลือจากโครงการของรัฐบาล

หรืออีกนัยหนึ่งคือผู้ที่ไม่สามารถชำระเงินค่าการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์รวมถึงการดูแลแบบฉุกเฉินตามที่ได้รับนิยามตามสถานภาพทางการเงินของแต่ละบุคคล การดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของ HM อย่างสม่ำเสมอด้านการให้บริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

คุ้มครองราคาและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทาง HM พยายามทุกวิถีทางเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ได้ถูกกีดกันและได้รับการบริการการแพทย์ที่จำเป็น

นอกจากนั้น HM จะให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติว่าผู้ป่วยเป็นใคร และไม่คำนึงถึงความสามารถในการชำระเงินของผู้ป่วย

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

การให้บริการหรือการดูแลในด้านการเงินที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็เพื่อที่จะให้ HM มีความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพแก่จำนวนผู้ที่จำเป็นได้มากที่สุด คณะกรรมการของ HM ได้กำหนดแนวทางสำหรับการจัดหาความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วย

2. คำจำกัดความ

- การช่วยเหลือทางการเงิน หมายถึงการบริการด้านการดูแลรักษาสุขภาพที่จัดโดยโรงพยาบาล HM โดยไม่เสียหรือลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการอนุมัติสำหรับการรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- ครอบครัว หมายถึงการใช้คำนิยามตามสำนักงานมาเมโนประชากร กลุ่มประชาชนจำนวนสองคนขึ้นไปที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและผู้ที่เกี่ยวข้องกันโดยกำเนิด โดยการสมรสหรือโดยการรับเป็นบุตรบุญธรรม ตามระเบียบของกรมสรรพากร หากผู้ป่วยอ้างสิทธิ์ในภาษีเงินได้ของบุคคลธรรมดาว่าบุคคลนั้นอยู่ในความอุปการะของตน ก็อาจได้รับการพิจารณาตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะสำหรับการคำนวณการช่วยเหลือทางการเงิน
- รายได้ของครอบครัว หมายถึงรายได้ของครอบครัวก่อนหักภาษีได้ถูกกำหนดการใช้ตามคำจำกัดความของสำนักงานสำมะโนประชากรซึ่งใช้รายได้ที่ตามมาเมื่อใช้ในการคำนวณวัดระดับความยากจนของรัฐบาล (FPL)
 - รายได้ ค่าตอบแทนจากการว่างงาน ค่าตอบแทนของพนักงาน การประกันสังคม รายได้เพิ่มเติมด้านสวัสดิการ การช่วยเหลือของรัฐ การจ่ายเงินของทหารผ่านศึก สวัสดิการของผู้ที่มีชีวิตรอดอยู่ รายได้จากบ้านอายุหรือการเกษียณอายุ ดอกเบี้ยหรือเงินปันผล (รวมทั้ง กำไรส่วนทุน หรือการสูญเสียกำไรส่วนทุน) ค่าเช่า ค่าลิขสิทธิ์ รายได้จากอสังหาริมทรัพย์ ทรัสต์ การช่วยเหลือทางการศึกษา ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส ค่าเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว และแหล่งเบ็ดเสร็จอื่น ๆ
 - สวัสดิการที่ไม่ใช่เงินสด ได้รับการยกเว้น (เช่น แสตมป์อาหาร และเงินอุดหนุนการเคหะ)
 - หากบุคคลใดพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ให้รวมรายได้จากสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยไม่นับถึงผู้อาศัยอยู่ร่วมกันในสถานะที่ไม่เกี่ยวข้องเป็นญาติ
- การไม่มีการประกันสุขภาพ หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีการประกันสุขภาพหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม
- การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย หมายถึงผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สามซึ่งไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากการบริการ และ/หรือ ค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบจ่ายเองซึ่งเกินความสามารถทางการเงินของตน
- Houston Methodist Global หมายถึง การร่วมมือของ Houston Methodist Global ที่ให้บริการผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - ประชากรในต่างประเทศ
 - เป็นเจ้าของหนังสือเดินทางที่ยังไม่หมดอายุ
 - ผู้เกษียณอายุชาวอเมริกันที่มีที่อยู่อาศัยถาวรในต่างประเทศ หรือ
 - ประชากรสัญชาติอเมริกันที่ทำงานต่างประเทศเกินกว่า 6 เดือนต่อปี

- การคิดเงินรวม หมายถึงการคิดเงินผู้ป่วยก่อนการสมัครการปรับหรือการรับส่วนลดตามสัญญา
- อัตราร้อยละของจำนวนที่ส่งใบเรียกเก็บเงินโดยทั่วไป (AGB)
หมายถึงจำนวนร้อยละของการชำระเงินโดยเฉลี่ยบริการฉุกเฉินหรือความต้องการทางการแพทย์ด้านการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาล HM
ได้รับสำหรับการบริการที่จำเป็นหรือการบริการฉุกเฉินที่ให้แก่ผู้ป่วยจากเมดิแคร์และบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน (ดูภาคผนวก ข) อัตราร้อยละของ AGB
ถูกคำนวณประจำปีสำหรับโรงพยาบาล HM แต่ละแห่ง ภายใน 120 วันของวันที่ 31 ธันวาคม
การใช้ประโยชน์จากมาตรการก่อนหน้าซึ่งรวมถึงการอ้างสิทธิ์สำหรับปีปฏิทินปีที่ผ่านมา
- สถานภาพทางการแพทย์แบบฉุกเฉิน ได้ให้คำนิยามภายใต้ความหมายของมาตรา 1867
ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (42 U.S.C. 1395dd)
- ความจำเป็นทางการแพทย์ ดังที่ได้นิยามโดยเมดิแคร์
(การบริการหรือรายการตามความสมเหตุสมผลและความจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาสำหรับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ)

3. วิธีดำเนินการ

ก. วิธีสมัครเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน

1. สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ผู้ป่วยสามารถขอใบสมัครการขอความช่วยเหลือทางการเงิน (FAA) โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
ได้ดังนี้:

- ก. พูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินก่อนหรือในขณะที่ขอรับบริการ
- ข. ดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ HM ที่
www.HoustonMethodist.org/Billing
- ค. 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
- ง. ทางไปรษณีย์

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

2. เมื่อคุณได้รับ FAA แล้ว

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์แล้วแนบเอกสารเพิ่มเติมตามที่กำหนดและส่งเอกสารที่
หมดตามช่องทางดังต่อไปนี้

ก. ทางไปรษณีย์

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

ข. เข้ามายื่นด้วยตัวเอง/หรือส่งถึงสมาชิกทีม เข้าถึงผู้ป่วย หรือ

ค. ส่งแฟกซ์ถึง 832-667-5995.

3. หากเป็นไปได้ ควรติดต่อขอความช่วยเหลือทางการเงิน และตรวจสอบจำนวนเงินค่าใช้จ่ายก่อนการยื่นขอรับบริการที่จำเป็นทางการแพทย์แบบไม่ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม การติดต่อสอบถามอาจกระทำในช่วงใดก็ได้ภายใต้ใจวงจรการเรียกเก็บเงิน ความจำเป็นสำหรับการรับความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการประเมินพิจารณาจากการรับบริการในแต่ละครั้งถ้าการประเมินผลทางการเงินครั้งสุดท้ายได้กระทำไปแล้วในระยะเวลาเกินกว่าหนึ่งปี หรือในเวลาใดก็ตามที่มีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเป็นไปตามคุณสมบัติที่จะได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน
4. ใบสมัครและขั้นตอนการอนุมัติจะแสดงให้เห็นว่า HM เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และการให้บริการหรือการดูแล การร้องขอความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการประเมินโดยทันที และ HM จะแจ้งให้ผู้ป่วยหรือผู้สมัครทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 15 วันหลังจากที่ได้รับ FAA การได้รับอนุมัติหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของ FAA และข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายนี้ (เช่น โปรดดูข้างล่าง)

ข. การบริการที่ครอบคลุม การบริการดูแลสุขภาพต่อไปนี สามารถขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้

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

ค. ขั้นตอนการพิจารณา

สถานภาพทางการเงินจำเป็นต้องมีการตัดสินใจตามขั้นตอนการประเมินส่วนบุคคลซึ่งอาจรวมถึงขั้นตอนต่อไปนี้:

1. ขั้นตอนสุดท้ายของการสมัครที่สมบูรณ์ของ FAA (FAA – ภาคผนวก ง)
2. ใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้ต่อสาธารณชนซึ่งให้ข้อมูลของผู้ป่วย หรือความสามารถในการชำระเงินของผู้ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย (เช่น คะแนนเครดิต)
3. ความพยายามที่สมเหตุสมผลโดย HM เพื่อหาแหล่งข้อมูลทางเลือกที่เหมาะสมในการชำระเงินและการครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากโครงการการชำระเงินภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงความช่วยเหลือผู้ป่วยในการสมัครโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว และ
4. ประเมินทรัพย์สินที่มีอยู่ของผู้ป่วย และแหล่งทางการเงินอื่น ๆ

ง. คุณสมบัติด้านการช่วยเหลือทางการเงินที่อาจเป็นไปได้

ในบางกรณีอาจจะมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้ความจริงใจความช่วยเหลือทางการเงินโดยไม่มีต้องกรอกแบบ FAA ให้เสร็จ

ความช่วยเหลือทางการเงินที่อาจเป็นไปได้จะได้รับการประเมินและ / หรือทบทวนในแต่ละวันของการบริการ ตัวอย่างบางส่วนที่ HM อาจใช้เพื่อตรวจสอบความช่วยเหลือทางการเงินสันนิษฐานรวมถึง

1. บุคคลที่ไร้ที่อยู่อาศัยหรือการดูแลที่ได้รับจากคลินิกสำหรับบุคคลที่ไร้ที่อยู่อาศัย
2. การเข้าร่วมในโครงการสำหรับสตรี ทารกและเด็ก (WIC)
3. คุณสมบัติในการขอรับแสดมปีอาหาร
4. มีคุณสมบัติเพียงพอที่จะได้รับความช่วยเหลือจากโครงการช่วยเหลืออื่น ๆ ของรัฐและของท้องถิ่นซึ่งไม่ได้รับทุนจากรัฐ (เช่น ความช่วยเหลือจากเมดดิแคด)
5. ผู้มีรายได้ต่ำ/อาศัยอยู่บ้านสำหรับคนที่มียาได้ต่ำเป็นที่ยูถาวร
6. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบมรดก และ
7. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเป็นประจำจากองค์กรการกุศล

จ. จำนวนตามใบเรียกเก็บเงิน

เมื่อได้รับการยืนยันการดูแลสำหรับการมีสิทธิ์ภายใต้นโยบายนี้การเรียกเก็บเงินผู้ป่วยจะถูกจำกัด ให้ไม่เกิน AGB จำนวนเงินที่เรียกเก็บเงินจะขึ้นอยู่กับเปอร์เซ็นต์บังคับของ AGB ซึ่งนำไปใช้กับค่าใช้จ่ายขั้นต้นตามรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL) ตามที่ระบุไว้ที่ด้านล่าง

1. รายได้ครอบครัวของผู้ป่วยที่หรือต่ำกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ของ FPL – 0 เปอร์เซ็นต์ ของ AGB
2. รายได้ครอบครัวของผู้ป่วยสูงกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ แต่ไม่เกิน 300 เปอร์เซ็นต์ – 50 เปอร์เซ็นต์ของ AGB และ
3. รายได้ครอบครัวของผู้ป่วยสูงกว่า 300 เปอร์เซ็นต์ แต่ไม่เกิน 400 เปอร์เซ็นต์ – 100 เปอร์เซ็นต์ของ AGB

ฉ. ขั้นตอนการเก็บเงินในกรณีไม่มีการชำระเงิน

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ชำระเงินตามจำนวนที่กำหนดใน ใบเรียกเก็บเงิน ฝ่ายบริหารของ HM จะปฏิบัติตามนโยบายการเรียกเก็บเงินที่ได้ตั้งขึ้น

ซึ่งจะรวมถึงทางเลือกการขยายเวลาในการชำระเงิน HM

จะกำหนดการปฏิบัติการเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น การอายัดทรัพย์สินค่าจ้าง ใช้สิทธิ์ในการยึดทรัพย์สินส่วนตัวด้านที่อยู่อาศัยเบื้องต้น การแจ้งให้สำนักงานเครดิตทราบบหรือดำเนินการตามกฎหมายอื่น ๆ สำเนาโยบายการเรียกเก็บเงินของ HM สามารถขอรับได้โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ตามขั้นตอนที่ทำรายการในข้อ 3, ข้อ ก., ข้อ 1. ก. – ง.

ช. ข้อกำหนดการประกาศด้านความช่วยเหลือทางการเงินและการประกาศ

การประกาศเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินจะจัดขึ้นในหลาย ๆ รูปแบบ

ซึ่งอาจรวมถึงแต่ไม่ได้จำกัดเพียงแค่ว่า การตีพิมพ์การประกาศใบเรียกเก็บเงินของผู้ป่วย

ปิดประกาศไว้ในห้องฉุกเฉินและศูนย์การดูแลแบบฉุกเฉิน

สถานภาพของรูปแบบการรับผู้ป่วย แผนกการรับและการลงทะเบียนผู้ป่วย

และสถานที่สาธารณะอื่น ๆ ตามที่ HM อาจเลือก นอกจากนี้ HM

จะยังตีพิมพ์และสรุปการเผยแพร่อย่างแพร่หลายเกี่ยวกับนโยบายการช่วยเหลือทางการเงินที่โรงพยาบาล เว็บไซต์ของโรงพยาบาล ในแผ่นพับที่แจกแก่ผู้ป่วยในสถานที่ต่าง ๆ

ที่ผู้ป่วยเข้าออกได้และสถานที่อื่น ๆ ภายในชุมชนที่ HM ให้การบริการ การประกาศและข้อมูลที่สรุปดังกล่าวจะจัดให้ในภาษาต่าง ๆ ที่ HM ให้บริการแก่ประชาชน การอ้างอิงของผู้ป่วยสำหรับการช่วยเหลือทางการเงินสามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ HM ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อนสนิทหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยสามารถร้องขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง

ข. ข้อกำหนดสำหรับความบังคับ ในการเริ่มต้นของนโยบายนี้ HM จะปฏิบัติตามกฎหมาย กฎเกณฑ์และกฎข้อบังคับของรัฐบาลกลาง ของรัฐ และของท้องถิ่น ซึ่งนำมาใช้กับกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการตามนโยบายนี้

ฅ. การอ้างอิงที่เชื่อถือได้

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

แนะนำโดยคณะกรรมการวางจรรยาไ้

อนุมัติโดย คณะกรรมการของ Houston Methodist

ได้รับอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุดฝ่ายการบริหาร:

(ลายเซ็นเดิมอยู่ในไฟล์)

M. Boom
ประธาน
ผู้บริหารสูงสุด
Houston Methodist

วันที่

ภาคผนวก ก

สรุปภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

นโยบายด้านความช่วยเหลือทางการเงินของ Houston Methodist

Houston Methodist

ได้ให้พันธะสัญญาในการให้การดูแลสงเคราะห์แก่บุคคลผู้ซึ่งไม่มีการประกันสุขภาพ มีการประกันสุขภาพแต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย

ไม่มีคุณสมบัติเพียงพอสำหรับการรับความช่วยเหลือจากโครงการของรัฐบาล หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่สามารถชำระเงินได้

สำหรับการดูแลรักษาแบบฉุกเฉินและการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ตามพื้นฐานสถานภาพทางการเงินของบุคคล

รายได้ครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ที่หรือต่ำกว่า 200

เปอร์เซ็นต์ของการคำนวณของรัฐบาลด้านระดับความยากจน (FPL) มีคุณสมบัติในการขอรับบริการฟรี และผู้ป่วยซึ่งรายได้ครอบครัวสูงกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ แต่ไม่สูงกว่า 400 เปอร์เซ็นต์ของ FPL

มีคุณสมบัติขอรับส่วนลดของค่าบริการ อัตราส่วนลดนี้ไม่เกินจำนวนโดยเฉลี่ยที่ Houston Methodist จะได้รับจ่ายโดยบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนและเมดิแคร์

รวมถึงการจ่ายเงินใดๆของผู้ป่วยในรูปแบบฟอร์ม การจ่ายร่วมและประกันร่วม

คุณไม่จำเป็นต้องชำระเงินล่วงหน้าหรือจัดการผ่อนชำระเป็นงวดสำหรับบริการแบบฉุกเฉินและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นก่อนการให้บริการบริการ อย่างไรก็ตาม

หากคุณได้ถูกกำหนดให้ต้องชำระเงินในจำนวนที่ได้รับส่วนลด

และคุณไม่สามารถชำระเงินจำนวนที่ได้รับส่วนลดได้เต็มจำนวนหลังจากที่ได้รับการบริการ Houston Methodist จะพยายามเก็บเงินจำนวนที่ได้รับส่วนลดนี้ Houston Methodist

จะจัดให้มีการชำระเงินตามที่ร้องขอในใบเรียกเก็บเงินเป็นรายเดือน

หากคุณไม่สามารถชำระเงินในจำนวนที่ได้รับส่วนลดในการชำระเงินงวดเดียว Houston Methodist

เสนอทางเลือกการขยายเวลาการชำระเงินที่ไม่ต้องเสียดอกเบี้ย จำนวนใด ๆ

ที่ได้รับส่วนลดซึ่งค้างจ่ายจะถูกส่งต่อไปให้หน่วยการเรียกเก็บเงินบุคคลที่สามเพื่อพยายามเรียกเก็บเงินต่อไป การปฏิบัติงานของหน่วยการเรียกเก็บเงินบุคคลที่สามจะไม่รวมถึงสิทธิ์ยึดหน่วงส่วนตัว

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

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและนโยบายการเรียกเก็บเงินซึ่งเป็นการสรุปในภาษาที่เข้าใจได้ง่าย นี้ 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

กรุณาแนบเอกสารเพิ่มเติมที่จำเป็นทั้งหมดและส่งไปรษณีย์มาที่ หน่วยความช่วยเหลือทางการเงิน ดूरายละเอียดที่อยู่ด้านล่าง หรือแฟกซ์ถึง หน่วยความช่วยเหลือทางการเงิน ที่หมายเลข 832-667-5995

ตารางการคำนวณตัวอย่างจำนวนในใบเก็บเงินโดยทั่วไป (AGB)

อัตราการคำนวณจำนวนในใบเรียกเก็บเงินโดยทั่วไปประจำปีของ
Houston Methodist

ระยะเวลาปริมาณที่สอดคล้องกัน: 1 มกราคม 2558 – 31 ธันวาคม 2558

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 Houston Methodist แต่ละแห่งโปรดปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุในข้อ 3 ก. ข้อ ก ข้อ ก.-ง. ข้อมูลนี้มีให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า

ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้ให้บริการซึ่งครอบคลุม/ไม่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้

Organization/Group/Practice	ครอบคลุม
โรงพยาบาล Houston Methodist	ใช่/ไม่
โรงพยาบาล Houston Methodist Sugar Land	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist Willowbrook	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist West	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist San Jacinto	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist St. John	ใช่
โรงพยาบาล Houston Methodist St. Catherine	ใช่
Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway	ใช่
Houston Methodist Imaging Center: Kirby	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist Cinco Ranch	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist : Cypress	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist Kirby	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist Pearland	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist การปลูกถ่าย Sienna Plantation	ใช่
ศูนย์ฉุกเฉิน Houston Methodist Voss	ใช่
กลุ่มดูแลเบื้องต้น Houston Methodist	ไม่
กลุ่มแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ Houston Methodist	ไม่
กลุ่มแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ Non-Houston Methodist (เอกชน MDs)	ไม่
วิทยาลัยวิทยา: หน่วยงานวิทยาลัย อเมริกา	ไม่
วิทยาลัยวิทยา: Baylor	ไม่
วิทยาลัยวิทยา: วิทยาลัยเมือง Space	ไม่
แพทย์ฉุกเฉิน: สมาคมแพทย์กลุ่มฉุกเฉิน	ไม่
แพทย์ฉุกเฉิน: บริการฉุกเฉิน Neptune	ไม่
แพทย์ฉุกเฉิน: กลุ่ม Schumacher	ไม่
แพทย์ฉุกเฉิน: แพทย์ฉุกเฉิน Kirby	ไม่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ: IPC – บริษัท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ PA	ไม่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ: บริการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Neptune dba: แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Triton	ไม่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ: กลุ่ม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ OB	ไม่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ: Sound แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Group of Texas	ไม่
Imaging: สมาคม MASTOS Imaging	ไม่
Newborns: บริการแพทย์เด็กแห่ง Texas	ไม่
พยาธิวิทยา: พยาธิวิทยาชายฝั่ง	ไม่
พยาธิวิทยา: สมาคมพยาธิวิทยา Methodist PLLC	ไม่
รังสีวิทยา: รังสีวิทยาเมือง Baytown	ไม่
รังสีวิทยา: สมาคมรังสีวิทยาแห่ง Houston	ไม่

ภาคผนวก D



ใบสมัครการช่วยเหลือทางการเงิน

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ด้านล่าง หากข้อใดไม่เกี่ยวข้อง กรุณาเขียน N/A แทนสำเนาเอกสารที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับสถานะการมีตัวตนของคุณดังต่อไปนี้: 1. **นางเชลบีบลาล่าตุ๊ดซัง**แสดงให้เห็นข้อมูลรายได้ต่อปีของคุณ 2. รายการเสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาครั้งล่าสุด รวมทั้งเอกสารประกอบทั้งหมด 3. **เช็คการประกันสังคม** หรือจดหมายสิทธิ์โดยขอธรรมหรือใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร หากฝากเงินโดยตรง 4. จดหมายเกี่ยวกับการว่างงาน 5. บัตรของระบบ **Harris Health System** หากเป็นผู้ว่างงานและต้องอาศัยผู้อื่นสำหรับรายได้ และ/หรือค่าครองชีพ โปรดแนบจดหมายสนับสนุนและสำเนารายการเสียภาษีรายได้ หากได้ระบุไว้ในรายการเสียภาษีรายได้ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะ หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการกรอกใบสมัครนี้กรุณาติดต่อสำนักงานธุรกิจส่วนกลางที่ 877-493-3228 วันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7:00 น. ถึง 19:00 น., วันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 8:00 น. - 24:00 น.

กรุณาส่งใบสมัครและเอกสารประกอบให้กับสมาชิกทีมใด ๆ ในการเข้าถึงผู้ป่วยหรือแพทย์ที่ (832) 667-5995 หรือส่งทางไปรษณีย์ไปยัง Centralized Business Office, Houston Methodist, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road, Katy, TX 77460.

ชื่อผู้ป่วย (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)	หมายเลขประกันสังคมหลักสุดท้าย		
ชื่อคู่สมรส/บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)	หมายเลขประกันสังคม		
บ้านเลขที่ _____			
หมายเลขโทรศัพท์ _____	วันเดือนปีเกิด _____		
สถานที่ทางการแพทย์ _____			
บริการที่ร้องขอ: _____			
เลขที่บัญชี: _____	วันที่ของการบริการ: _____		
จำนวนบุตรธิดาที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ที่บ้าน: _____	ชื่อผู้ที่อยู่ในอุปการะ		
เกี่ยวข้องโดยตรง _____	_____		
ลูกเลี้ยง _____	_____		
ไม่เกี่ยวข้องกัน _____	_____		
เป็นผู้ปกครองของ _____	_____		
รายจ่าย ต่อเดือน	บ้านพักอาศัย:	ค่าน้ำค่าไฟ:	รถยนต์:
<input type="checkbox"/> เช่า	<input type="checkbox"/> เป็นเจ้าของ	ค่าไฟ _____ ดอลลาร์	<input type="checkbox"/> เป็นเจ้าของ/# _____
<input type="checkbox"/> ชำระเงิน	<input type="checkbox"/> ชำระเงิน	ค่าน้ำ _____ ดอลลาร์	<input type="checkbox"/> เช่า/# _____
<input type="checkbox"/> การชำระเงินรายเดือน	<input type="checkbox"/> การชำระเงินรายเดือน	แก๊ส _____ ดอลลาร์	การชำระเงินรายเดือน _____ ดอลลาร์
นายจ้าง _____	นายจ้าง _____	นายจ้าง _____	นายจ้าง _____
<input type="checkbox"/> ทำงานเต็มเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานเต็มเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานเต็มเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานเต็มเวลา
<input type="checkbox"/> ทำงานครึ่งเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานครึ่งเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานครึ่งเวลา	<input type="checkbox"/> ทำงานครึ่งเวลา
<input type="checkbox"/> ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/> ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/> ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/> ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน
ยอดรวมรายได้ครอบครัว* _____ ดอลลาร์/เดือน (ส่งใบที่สุญญรายได้มาพร้อมกับใบสมัคร)			
* รวมทั้งค่าจ้าง ทำงานในฟาร์มหรือเป็นเจ้าของธุรกิจ การช่วยเหลือจากรัฐ การประกันสังคม การว่างงาน/เงินทดแทนของหน่วยงาน เกษียณอายุ สวัสดิการจากการนัดหยุดงาน เงินค่าเลี้ยงดูจากคู่สมรส เงินสนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตร การแบ่งส่วนของทหาร เบี้ยบำนาญ รายได้จากเงินปันผล ดอกเบี้ย ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ และแหล่งรายได้เบ็ดเตล็ดอื่น ๆ			
บัญชีธนาคาร/ทรัพย์สินอื่น ๆ:	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
บัญชีออมทรัพย์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
หุ้น/พันธบัตร ฯลฯ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
ทรัพย์สินเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	อธิบาย _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวไว้ข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า
 ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการไม่ได้อธิบายข้อมูลทั้งหมดตามคำร้องขออาจได้รับการพิจารณาว่าคุณสมบัติจากโครงการช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ นอกจากนี้
 ข้าพเจ้าจะยินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ข้างต้นนี้เพื่อใช้ในการพิจารณาและดำเนินการช่วยเหลือทางการเงินจาก HM ต่อผลของใบสมัครของข้าพเจ้า หากเหมาะสม
 ข้าพเจ้า (เรา) ให้ความยินยอมแก่ HM เพื่อได้ข้อมูลจากแหล่งใด ๆ เพื่อยืนยันข้อความซึ่งข้าพเจ้าให้ไว้ ณ ที่นี้

(ลายเซ็นผู้ป่วย/ผู้สมัคร) _____ (วันที่) _____