



**OhioHealth**

**Rehabilitation Hospital**

In partnership with Select Medical

Đề tài	Hành chính	Số Chính sách	RH-AD-122-L	
Tên Chính sách	<u>Chính sách Hỗ trợ Tài chính (bao gồm Chăm sóc Từ thiện)</u>			
Ngày Ban hành	23/02/2016	Ngày Hiệu chỉnh	Phê duyệt	CEO
		12/5/2020	12/5/2020	

**Các bản in chỉ mang tính chất tham khảo. Vui lòng tham khảo bản điện tử để có phiên bản mới nhất.**

**Yêu cầu Quản lý/Tài liệu tham khảo:**

**Chính sách này tuân thủ Phần 501(r) của Bộ luật Thuế Vụ và các Quy chế Ngân khố liên quan.**

**Giám sát và Trách nhiệm:**

**Giám đốc điều hành của Bệnh viện Phục hồi OhioHealth chịu trách nhiệm xem xét, hiệu chỉnh, cập nhật và vận hành chính sách này để duy trì việc tuân thủ các yêu cầu theo quy định hoặc các yêu cầu khác.**

*Bệnh viện, phòng ban và nhóm kỹ luật có trách nhiệm thực hiện chính sách.*

## Chính sách Hỗ trợ Tài chính

Chính sách của Bệnh viện Phục hồi OhioHealth (OHRH) là cung cấp Chăm sóc Cần thiết về Y tế cho bệnh nhân bất kể chủng tộc, tín ngưỡng, hoặc khả năng thanh toán. Bệnh nhân không có khả năng thanh toán dịch vụ được cung cấp tại OHRH có thể yêu cầu hỗ trợ tài chính và hỗ trợ tài chính sẽ được trao theo các điều khoản và điều kiện nêu bên dưới. Các tiêu chí điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này nhằm đảm bảo rằng OHRH sẽ có nguồn lực tài chính để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân có nhu cầu tài chính lớn nhất.

### I. Cơ sở

A. OHRH cung cấp cả dịch vụ bệnh viện phục hồi nội trú và ngoại trú được vận hành và quản lý theo cách nhìn chung phù hợp với các yêu cầu của Quỹ OhioHealth theo phần 501(c)(3) của Bộ luật Thuế vụ và các tổ chức từ thiện theo luật tiểu bang.

B. OHRH cam kết cung cấp dịch vụ Chăm sóc Cần thiết về Y tế. "Chăm sóc Cần thiết về Y tế" được cung cấp cho bệnh nhân mà không phân biệt chủng tộc, tín ngưỡng hoặc khả năng chi trả.

C. Đối tượng thụ hưởng chính của Chính sách Hỗ trợ Tài chính là bệnh nhân không có bảo hiểm có Thu nhập Gia đình Hàng năm không vượt quá 100% Mức Thu nhập Nghèo Liên bang (FPG) được công bố theo thời gian bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ và có hiệu lực vào ngày nhận dịch vụ để trao hỗ trợ tài chính theo Chính sách này (FPG). Hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập có thể có sẵn cho bệnh nhân không có bảo hiểm và một số bệnh nhân nhất định khác có Thu nhập Gia đình Hàng năm lên đến 250% FPG đối với dịch vụ nội trú và lên đến 400% FPG đối với dịch vụ ngoại trú. Những bệnh nhân gặp khó khăn về tài chính hoặc trong cuộc sống cá nhân hoặc có hoàn cảnh y tế đặc biệt cũng có thể đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ. Trong mọi trường hợp, bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền thường được lập hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đó.

### II. Định nghĩa

"Thu nhập Gia đình Hàng năm" bao gồm tiền lương và tiền công và thu nhập ngoài lương bao gồm cấp dưỡng ly hôn và cấp dưỡng nuôi con; an sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp và bồi thường cho người lao động, lương hưu, tiền lãi hoặc thu nhập cho thuê của Gia đình.

"Đăng ký" có nghĩa là quy trình đăng ký theo Chính sách này, bao gồm (a) bằng cách trực tiếp hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính OHRH hoặc qua điện thoại với người đại

diện hoặc (b) bằng cách gửi thư hoặc chuyển bản sao đã điền hoàn thành của Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính OHRH cho OHRH hoặc cơ sở phòng khám ngoại trú của OHRH.

“CBO” có nghĩa là Văn phòng Thu Chi Trung tâm.

“Nội trú OHRH” có nghĩa là Bệnh viện Phục hồi OhioHealth tọa lạc tại 1087 Dennison Avenue, Columbus, Ohio 43201.

“Ngoại trú OHRH” đề cập đến nhiều phòng khám trị liệu ngoại trú được liệt kê trong Phụ lục C.

"Gia đình" có nghĩa là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân (bất kể vợ/chồng sống ở đâu) và tất cả con đẻ hoặc con nuôi của bệnh nhân dưới mười tám tuổi sống cùng với bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới mười tám tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, (các) cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ nuôi của bệnh nhân (bất kể cha mẹ sống ở đâu) và tất cả con đẻ hoặc con nuôi dưới mười tám tuổi của (các) cha mẹ đó sống cùng nhà.

“FPG” có nghĩa là Mức Thu nhập Nghèo Liên bang được công bố theo thời gian bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ và có hiệu lực vào ngày nhận dịch vụ.

"HCAP" là Chương trình Đảm bảo Chăm sóc Bệnh viện của Ohio. HCAP là phiên bản Ohio của chương trình Bệnh viện Chia sẻ Không cân xứng theo yêu cầu liên bang. HCAP tài trợ cho các bệnh viện cung cấp một phần chia sẻ không cân xứng các dịch vụ cơ bản cần thiết về y tế cấp bệnh viện cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

"Bệnh nhân Có bảo hiểm" là những cá nhân có bất kỳ bảo hiểm y tế tư nhân hoặc chính phủ nào.

"Chăm sóc Cần thiết về Y tế" nghĩa là các dịch vụ hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và cung cấp điều trị dự phòng, giảm đau, chữa bệnh hoặc hồi phục cho các tình trạng thể chất hoặc tinh thần theo các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe được công nhận về chuyên môn nói chung được chấp nhận tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Chăm sóc cần thiết về y tế không bao gồm thuốc theo toa ngoại trú.

"Chính sách" có nghĩa là Chính sách Hỗ trợ Tài chính này như hiện đang có hiệu lực.

"Cư dân" có nghĩa là một người là cư dân hợp pháp của Hoa Kỳ và đã từng là cư dân hợp pháp của tiểu bang nơi các dịch vụ y tế được cung cấp trong ít nhất sáu (6) tháng vào thời điểm dịch vụ được cung cấp hoặc người có ý định ở lại tiểu bang nơi dịch vụ y tế được yêu cầu trong ít nhất sáu (6) tháng sau khi dịch vụ được cung cấp.

"Bệnh nhân Không có bảo hiểm" là những cá nhân: (i) không có bảo hiểm y tế của chính phủ hoặc tư nhân; (ii) đã dùng hết quyền lợi bảo hiểm; hoặc (iii) quyền lợi bảo hiểm không chi trả cho Chăm sóc Cần thiết về Y tế mà bệnh nhân đang yêu cầu.

### **III. Mối quan hệ với các Chính sách Khác**

A. Chính sách HCAP. Những người tham gia OHRH trong HCAP. Tất cả dịch vụ HCAP đều được điều chỉnh bởi Chính sách HCAP của OHRH và không có nội dung nào trong Chính sách này nhằm mục đích hoặc nên được diễn giải để hạn chế hỗ trợ của người hội đủ điều kiện cho HCAP theo HCAP. HCAP chỉ đại thọ cho dịch vụ cấp bệnh viện cơ bản, cần thiết về y tế.

#### **IV. Tiêu chí Điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính**

Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí dưới đây hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ được mô tả trong Phần VII theo Chính sách này.

Bệnh nhân yêu cầu chăm sóc tại nội trú hoặc ngoại trú OHRH hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này theo một trong ba loại tiêu chí điều kiện tài chính sau:

##### **A. Hỗ trợ Tài chính Dựa trên Thu nhập-**

- Bệnh nhân là Bệnh nhân Không có bảo hiểm và có Thu nhập Gia đình Hàng năm không vượt quá 250% FPG đối với dịch vụ nội trú và 400% FPG đối với dịch vụ ngoại trú,
- Đang yêu cầu Chăm sóc Cần thiết về Y tế cho dịch vụ bệnh viện nội trú, và
- Là Cư dân của Ohio.

##### **B. Các Cách Bổ sung để Đủ tiêu chuẩn nhận Hỗ trợ - Một bệnh nhân nếu không thì không đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này nhưng không có khả năng thanh toán chi phí Chăm sóc Cần thiết về Y tế có thể yêu cầu hỗ trợ trong các trường hợp sau:**

1. Trường hợp Ngoại lệ- Bệnh nhân khai rằng họ đang gặp khó khăn cùng cực trong cuộc sống cá nhân hoặc về tài chính (bao gồm bệnh giai đoạn cuối hoặc tình trạng y tế thê thảm khác).
2. Hoàn cảnh Y tế Đặc biệt- Bệnh nhân yêu cầu điều trị chỉ có thể được cung cấp bởi nhân viên y tế của OHRH hoặc sẽ được hưởng lợi từ các dịch vụ y tế liên tục từ OHRH để được chăm sóc liên tục.

Yêu cầu hỗ trợ do Trường hợp Ngoại lệ hoặc Hoàn cảnh Y tế Đặc biệt sẽ được đánh giá theo từng trường hợp.

##### **C. Sàng lọc Medicaid. Bệnh nhân Không có bảo hiểm yêu cầu chăm sóc tại OHRH có thể được một người đại diện liên hệ để xác định họ có đủ tiêu chuẩn cho Medicaid không. Bệnh nhân Không có bảo hiểm phải hợp tác với quy trình tính hội đủ điều kiện của Medicaid để hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách này.**

#### **V. Phương pháp Đăng ký**

##### **A. Hỗ trợ Tài chính Dựa trên Thu nhập.**

- (i) Bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập vào bất kỳ lúc nào trong quá trình lên lịch hoặc lập hóa đơn đều có thể hoàn thành đơn đăng ký hỗ trợ tài chính và sẽ được yêu cầu cung cấp thông tin về Thu nhập Gia đình Hàng năm trong khoảng thời gian ba tháng ngay trước ngày xem xét tính hội đủ điều kiện. Dịch vụ xác minh thu nhập của bên thứ ba có thể được sử dụng làm bằng chứng về Thu nhập Gia đình Hàng năm. Bạn có thể thấy đơn đăng ký hỗ trợ tài chính trong khu vực Tiếp nhận của chúng tôi, ở mặt sau biểu in của bạn hoặc từ quản lý trường hợp tại OHRH.
- (i) Nếu có khác biệt giữa hai nguồn thông tin, người đại diện OHRH từ Quản lý Trường hợp hoặc Văn phòng Kinh doanh có thể yêu cầu thêm thông tin để hỗ trợ Thu nhập Gia đình Hàng năm.

### B. Trường hợp Ngoại lệ

OHRH sẽ bắt đầu Đơn đăng ký cho bất kỳ bệnh nhân nào tại OHRH được xác định đã làm phát sinh hoặc có nguy cơ làm phát sinh số dư cao hoặc báo cáo có khó khăn cùng cực trong cuộc sống cá nhân hoặc về tài chính. OHRH sẽ thu thập thông tin về hoàn cảnh tài chính và khó khăn trong cuộc sống cá nhân từ bệnh nhân. Quản lý CBO OHRH ra quyết định theo chỉ đạo của CFO. Bệnh nhân sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định chung cuộc.

### C. Hoàn cảnh Y tế Đặc biệt

OHRH sẽ bắt đầu Đơn đăng ký cho bất kỳ bệnh nhân nào được xác định trong quá trình lên lịch hoặc tiếp nhận có hoàn cảnh y tế đặc biệt và một người đại diện sẽ yêu cầu bác sĩ lâm sàng nội trú hoặc bác sĩ trị liệu ngoại trú của OHRH đang hoặc sẽ cung cấp điều trị hoặc chăm sóc khuyến nghị về việc bệnh nhân có cần điều trị chỉ có thể được cung cấp bởi nhân viên y tế hoặc trị liệu của OHRH không, hoặc sẽ được hưởng lợi từ dịch vụ y tế hoặc phục hồi liên tục từ OHRH để được chăm sóc liên tục không. Quyết định về hoàn cảnh y tế đặc biệt được bác sĩ lâm sàng điều trị và/hoặc Giám đốc Y khoa đưa ra. Bệnh nhân sẽ được thông báo bằng văn bản nếu họ không đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính do hoàn cảnh y tế đặc biệt.

### D. Đơn đăng ký Không hoàn chỉnh hoặc Thiếu.

Bệnh nhân sẽ được thông báo về thông tin còn thiếu trong Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính và có cơ hội hợp lý để cung cấp thông tin đó. Nếu thông tin bị thiếu không được cung cấp, OHRH có thể sử dụng cơ sở dữ liệu xác minh thu nhập của bên thứ ba để hoàn thành Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính.

## VI. Quy trình Xác định Tính hội đủ điều kiện

A. Phòng vấn Tài chính. Một người đại diện của OHRH từ CBO sẽ tìm cách liên hệ qua điện thoại với tất cả Bệnh nhân Không có bảo hiểm mà giả định không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính tại thời điểm lên lịch. Tư vấn viên tài chính này sẽ hỏi thông tin, bao gồm số người trong gia đình, nguồn thu nhập của gia đình và bất kỳ hoàn cảnh tài chính hoặc tình tiết giảm nhẹ nào khác hỗ trợ tính hội đủ điều kiện theo Chính sách này và sẽ hỗ trợ hoàn thành Đơn đăng ký theo đó. Tại cuộc hẹn hoặc khi tiếp nhận, bệnh nhân sẽ được yêu cầu đến gặp người đại diện của OHRH và ký đơn đăng ký hỗ trợ tài chính.

B. Đơn đăng ký. Bất kỳ đơn đăng ký hỗ trợ tài chính nào, cho dù được điền trực tiếp, giao đến hoặc gửi qua bưu điện, đều sẽ được chuyển đến người đại diện của OHRH để đánh giá và xử lý.

C. Xác định Tính hội đủ điều kiện. Một người đại diện của OHRH từ CBO sẽ đánh giá và xử lý tất cả Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính. Bệnh nhân sẽ được thông báo bằng thư về việc xác định tính hội đủ điều kiện. Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính dưới 100% sẽ nhận được thư thông báo tỷ lệ phần trăm bảo hiểm đã nêu.

## VII. Cơ sở để Tính toán Số tiền được Tính phí cho Bệnh nhân, Phạm vi, và Thời hạn Hỗ trợ Tài chính

Bệnh nhân hội đủ điều kiện được trao hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập theo Chính sách sẽ nhận được hỗ trợ theo các tiêu chí thu nhập sau:

- Nếu thu nhập gia đình hàng năm của bạn lên đến 100% FPG đối với dịch vụ nội trú hoặc 150% FPG đối với dịch vụ ngoại trú, bạn sẽ được chăm sóc miễn phí.
- Nếu thu nhập gia đình hàng năm của bạn nằm trong khoảng từ 101% đến 250% FPG, thì bạn sẽ được chiết khấu dịch vụ chăm sóc từ tổng phí thành “số tiền thường được lập hóa đơn” (AGB) cho Bệnh nhân Có bảo hiểm đối với dịch vụ nội trú OHRH.
- Nếu thu nhập gia đình hàng năm của bạn nằm trong khoảng từ 151% đến 400% FPG, thì bạn sẽ được chiết khấu dịch vụ chăm sóc từ tổng phí thành “số tiền thường được lập hóa đơn” (AGB) cho Bệnh nhân Có bảo hiểm đối với dịch vụ ngoại trú OHRH. Xem Phụ lục D.
- Chiết khấu = 100% - 57%

Bệnh nhân nội trú và ngoại trú của OHRH đã chọn sử dụng Phương pháp Nhìn lại trong đó “số tiền thường được lập hóa đơn” (ABG) dựa trên tổng phí trả phí nhận dịch vụ Medicare như được quy định trong Bộ luật Thuế vụ (IRC) §501(r)(5) và bất kỳ quy định hoặc hướng dẫn nào khác do Bộ Tài chính Hoa Kỳ hoặc Sở Thuế vụ ban

hành xác định thuật ngữ đó. OHRH, theo các quy định hiện hành, có thể thay đổi phương pháp tính toán AGB trong tương lai.

Sau khi OHRH đã xác định rằng bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập, quyết định đó có hiệu lực trong chín mươi (90) ngày kể từ ngày xem xét tính hội đủ điều kiện. Sau chín mươi (90) ngày, bệnh nhân có thể hoàn thành Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính mới để yêu cầu thêm hỗ trợ tài chính.

Đối với bệnh nhân đã được phê duyệt hỗ trợ với Số dư Thê thăm, toàn bộ số dư sẽ được chi trả.

Đối với bệnh nhân đã được phê duyệt hỗ trợ theo Trường hợp Ngoại lệ hoặc Hoàn cảnh Y tế Đặc biệt, bệnh nhân sẽ được đài thọ theo Chính sách này đối với 100% phí chưa thanh toán và các khoản phí cho tất cả Dịch vụ Chăm sóc Cần thiết về Y tế được cung cấp trong khoảng thời gian cần thiết để hoàn thành điều trị hoặc chăm sóc như được bác sĩ lâm sàng điều trị OHRH xác định. Một bệnh nhân có tình hình tài chính thay đổi có thể yêu cầu được đánh giá lại bất cứ lúc nào.

## **VIII. Xác định Tính hội đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính Trước khi có Hành động vì Không Thanh toán**

A. Lập hóa đơn và Nỗ lực Hợp lý để Xác định Tính hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính. OHRH tìm cách xác định một bệnh nhân có hội đủ điều kiện để được hỗ trợ theo Chính sách này trước hoặc tại thời điểm tiếp nhận hoặc nhận dịch vụ không. Nếu bệnh nhân chưa được xác định hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính trước khi xuất viện hoặc nhận dịch vụ, OHRH sẽ lập hóa đơn dịch vụ chăm sóc. Nếu bệnh nhân có bảo hiểm, OHRH sẽ lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm trong hồ sơ của bệnh nhân đối với các khoản phí phát sinh. Khi công ty bảo hiểm của bệnh nhân xác định nghĩa vụ thanh toán, mọi trách nhiệm bệnh nhân còn lại sẽ được lập hóa đơn trực tiếp cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân không có bảo hiểm, OHRH sẽ lập hóa đơn trực tiếp cho bệnh nhân đối với các khoản phí phát sinh. Bệnh nhân sẽ nhận được một loạt tối đa bốn biểu hóa đơn trong khoảng thời gian 120 ngày tính từ sau khi bệnh nhân được xuất viện sẽ được chuyển đến địa chỉ trên hồ sơ cho bệnh nhân. Chỉ những bệnh nhân có số dư chưa thanh toán mới nhận được biểu hóa đơn. Biểu hóa đơn bao gồm Bản tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản về Chính sách này và cách đăng ký hỗ trợ tài chính. Nỗ lực hợp lý để xác định tính hội đủ điều kiện bao gồm: OHRH thông báo cho bệnh nhân về Chính sách khi tiếp nhận và trao đổi thông tin bằng văn bản và bằng lời với bệnh nhân về hóa đơn của bệnh nhân, nỗ lực thông báo cho bệnh nhân qua điện thoại về Chính sách và quy trình đăng ký hỗ trợ ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện hành động để bắt đầu bất kỳ vụ kiện nào, và phản hồi bằng văn bản cho bất kỳ đơn đăng ký hỗ trợ tài chính nào xin hỗ trợ theo Chính sách này được đệ trình trong vòng 240 ngày kể từ ngày có biểu hóa đơn thứ nhất liên quan đến số dư chưa thanh toán hoặc, nếu sau đó, ngày mà cơ quan thu nợ đại diện cho OHRH gửi lại số dư chưa thanh toán cho Bệnh viện.

B. Hành động Thu nợ đối với Số dư Chưa thanh toán. Nếu bệnh nhân có số dư chưa thanh toán của OHRH sau khi lên đến bốn biểu hóa đơn đã được gửi

trong thời gian 120 ngày, số dư của bệnh nhân sẽ được chuyển đến một cơ quan thu nợ đại diện cho OHRH để đòi thanh toán. OHRH và các cơ quan thu nợ của OHRH không báo cáo cho văn phòng tín dụng và cũng không truy đòi trừất hữu tiền lương hoặc hành động thu nợ tương tự. Cơ quan thu nợ đại diện cho OHRH có khả năng truy đòi thu nợ trong thời gian lên đến 18 tháng kể từ thời điểm số dư được gửi đến cơ quan thu nợ. Bệnh nhân có thể đăng ký hỗ trợ tài chính theo Chính sách này ngay cả sau khi số dư chưa thanh toán của bệnh nhân đã được chuyển đến cơ quan thu nợ. Sau khi đã qua ít nhất 120 ngày kể từ biểu hóa đơn hậu xuất viện thứ nhất thể hiện các khoản phí vẫn chưa được thanh toán, và trên cơ sở từng trường hợp, OHRH có thể truy đòi thu nợ qua một vụ kiện trong trường hợp một bệnh nhân có số dư chưa thanh toán và sẽ không hợp tác với yêu cầu cung cấp thông tin hoặc thanh toán từ OHRH hoặc một cơ quan thu nợ đại diện cho OHRH.

Trong mọi trường hợp, Chăm sóc Cần thiết về Y tế sẽ không bị trì hoãn hoặc từ chối cho bệnh nhân trước khi có nỗ lực hợp lý để xác định bệnh nhân có thể đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính không. TẠI OHRH, một bệnh nhân không có bảo hiểm muốn lên lịch dịch vụ mới và không được mặc định hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được một người đại diện liên hệ, người này sẽ thông báo cho bệnh nhân về Chính sách và giúp bệnh nhân bắt đầu Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính nếu được yêu cầu.

C. Xem xét và Phê duyệt. Người đại diện CBO của OHRH có thẩm quyền xem xét và xác định liệu đã có nỗ lực hợp lý để đánh giá xem Bệnh nhân có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo Chính sách không để có thể bắt đầu thực hiện hành động thu nợ bất thường cho số dư chưa thanh toán.

## **IX. Bác sĩ lâm sàng không được áp dụng Chính sách Hỗ trợ Tài chính OHRH**

Một số dịch vụ nhất định được bao trả bởi bác sĩ lâm sàng của OHRH và được bao trả bởi FAP của Bệnh viện Phục hồi OhioHealth.

Bác sĩ lâm sàng làm việc tại OHRH không được bao trả theo FAP được xác định theo tên trong **Phụ lục B, Danh sách Nhà cung cấp** đính kèm.

## **X. Biện pháp Công bố Chính sách Hỗ trợ Tài chính của OHRH**

OHRH cam kết công bố rộng rãi Chính sách này trong các cộng đồng mà OHRH phục vụ. Để đạt được mục tiêu đó, OHRH sẽ thực hiện các bước sau để đảm bảo các thành viên của cộng đồng được cơ sở này phục vụ biết về Chính sách và có khả năng tiếp cận Chính sách.

A. OHRH sẽ cung cấp bản sao Chính sách hiện tại cho cộng đồng bằng cách đăng một bản tóm tắt Chính sách bằng ngôn ngữ đơn giản trên trang web cùng với bản sao có thể tải xuống của Chính sách và Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính có hướng dẫn để tải xuống bản sao. Tải xuống bản sao Chính sách, Bản tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản hoặc Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính được miễn phí.

B. OHRH sẽ cung cấp một bản tóm tắt Chính sách bằng ngôn ngữ đơn giản tại thời điểm tiếp nhận và sẽ cung cấp cho bệnh nhân và gia đình bệnh



nhân, bao gồm một bản tóm tắt Chính sách bằng ngôn ngữ đơn giản được cung cấp cùng với bất kỳ hóa đơn nào có số tiền được tính cho dịch vụ.

C. Người đại diện OHRH từ Quản lý Trường hợp hoặc CBO sẽ cung cấp bản tóm tắt Chính sách bằng ngôn ngữ đơn giản cho tất cả bệnh nhân mà họ gặp và sẽ cung cấp cho bất kỳ người nào yêu cầu một bản sao Chính sách.

D. OHRH sẽ bao gồm mô tả về cách nhận bản sao hoặc thông tin về Chính sách trong báo cáo lợi ích cộng đồng được thực hiện cho cộng đồng nói chung.

E. OHRH sẽ cung cấp thông tin liên quan đến Chính sách cho cơ quan chính phủ và tổ chức phi lợi nhuận thích hợp liên quan đến sức khỏe cộng đồng trong lĩnh vực dịch vụ của OHRH.

## **PHỤ LỤC B**

Danh sách Nhà cung cấp của OHRH  
Có hiệu lực từ ngày 12 tháng 5 năm 2020

Nhà cung cấp được áp dụng Chính sách Hỗ trợ Tài chính OHRH đang  
Cung cấp dịch vụ Chăm sóc Cần thiết về Y tế tại OHRH

Post-Acute Physicians of Ohio, PLLC

Physical Medicine & Associates

MedOne, Inc.

Denison Medical Group, Inc.

Emal Sherzai, MD, Inc.

Nhà cung cấp Không được Áp dụng Chính sách Hỗ trợ Tài chính OHRH

Ngoại trừ các nhà cung cấp được liệt kê ở trên, không có bác sĩ lâm sàng hoặc nhóm bác sĩ lâm sàng nào khác, hoặc nhà cung cấp chuyên nghiệp khác (chẳng hạn như trợ lý bác sĩ hoặc bác sĩ lâm sàng thực hành nâng cao) được áp dụng Chính sách Hỗ trợ Tài chính này.

## **PHỤ LỤC C**

Cơ sở Phòng khám Ngoại trú OHRH  
Có hiệu lực từ ngày 12 tháng 5 năm 2020

(Xem bản đồ phòng khám đính kèm)

## PHỤ LỤC D

Biểu Chăm sóc Chiết khấu Ngoại trú OHRH  
Có hiệu lực từ ngày 12 tháng 5 năm 2020

% Mức Nghèo Liên bang	Chiết khấu Phí OP
150%	100%
151 - 199%	90%
200%	75%
201 – 300%	55%
301 – 400%	35%