

Phụ lục F: CÁC ĐIỀU KHOẢN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN HOSPITAL

I. MỤC ĐÍCH

Mục đích của PHỤ LỤC này là nêu các điều khoản bổ sung áp dụng cho Johns Hopkins All Children's Hospital.

A **Có sẵn Hỗ trợ Tài chính Tại Johns Hopkins All Children's Hospital**

1. Các dịch vụ đủ điều kiện theo Chính sách này sẽ được cung cấp cho bệnh nhân theo nhu cầu tài chính đã được xác định dựa trên Mức Chuẩn Nghèo Liên bang (FPL, Federal Poverty Levels) có hiệu lực ở thời điểm xác định. Bệnh nhân có hộ gia đình không sở hữu Tài sản Thanh khoản vượt quá \$10,000 và ở mức:
 - a. 200% hoặc thấp hơn FPL đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc được giảm giá 100% tổng chi phí.
 - b. 201% đến 300% FPL đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc được giảm giá 85% tổng chi phí.
 - c. 301% đến 400% FPL đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc được giảm giá 70% tổng chi phí.

B **Số tiền Thường được Lập Hóa đơn tại Johns Hopkins All Children's Hospital**

1. Sau khi một bệnh nhân đã được Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe của Nhà Cung cấp Dịch vụ xác định là đủ điều kiện được nhận hỗ trợ tài chính, bệnh nhân đó sẽ không bị tính phí nhiều hơn Số tiền Thường được Lập Hóa đơn (AGB, Amounts Generally Billed) đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác được cung cấp cho những cá nhân có bảo hiểm đài thọ cho dịch vụ đó theo yêu cầu của luật pháp liên bang.
2. AGB được xác định bằng "phương pháp nhìn lại" (look-back method) ở Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe của Nhà cung cấp Dịch vụ.
3. Cách tính AGB như sau:
 - a. AGB được tính bằng cách xem lại tất cả các yêu cầu thanh toán trước đây đã được thanh toán toàn bộ cho Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe của Nhà Cung cấp Dịch vụ đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế theo chương trình trả phí cho từng dịch vụ của Medicare và tất cả công ty bảo hiểm y tế tư nhân khác thực hiện, bao gồm khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán và khoản khấu trừ trong một khoảng thời gian mười hai tháng cụ thể.
 - b. AGB đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho cá nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được xác định bằng cách nhân tổng chi phí cho dịch vụ chăm sóc đó với một phần trăm AGB hoặc nhiều hơn.
 - c. Phần trăm AGB được tính hàng năm cho mỗi tổ chức Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe của Nhà Cung cấp Dịch vụ bằng cách chia tổng số yêu cầu thanh toán nhất định đã được thanh toán bởi chương trình trả phí cho từng dịch vụ của Medicare và các công ty bảo hiểm tư nhân với tổng chi phí tương ứng với các yêu cầu thanh toán đó.
4. Phần trăm AGB được áp dụng vào ngày thứ 120 sau khi kết thúc khoảng thời gian 12 tháng dương lịch mà cơ sở bệnh viện đã sử dụng trong việc tính phần trăm AGB.
5. Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe của Nhà Cung cấp Dịch vụ không lập hóa đơn hay yêu cầu thanh toán tổng chi phí từ những người đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách này.