

NHẬN TRỢ GIÚP VỚI HÓA ĐƠN BỆNH VIỆN CỦA QUÝ VỊ

Hướng dẫn về các quyền
của quý vị với tư cách là
bệnh nhân theo
luật Chăm sóc Giảm
giá Bệnh viện mới của
Colorado



Colorado Consumer
Health Initiative

CCLP
Colorado Center
on Law and Policy



VEDRA LAW LLC

Trang này chủ ý để trống.

Mục lục

- 4 Giới thiệu về các tác giả
- 5 Giới thiệu về hướng dẫn này
- 6 Cách nhận trợ giúp *trước khi* quý vị cần được chăm sóc y tế tại bệnh viện
- 10 Các quyền của quý vị theo Luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới của Colorado
 - 11 Sàng lọc điều kiện
 - 15 Giảm giá
 - 25 Bảo vệ khỏi các bên thu hồi nợ
- 28 Cách thức hành động nếu quý vị gặp phải vấn đề
- 33 Thông tin bổ sung

Hướng dẫn này được cập nhật lần cuối vào ngày 1 tháng Chín, 2022

Thông báo pháp lý: Thông tin được cung cấp trong hướng dẫn này không, và không nhằm mục đích, cấu thành lời khuyên pháp lý; thay vào đó, tất cả thông tin, nội dung và tài liệu được cung cấp ở đây chỉ dành cho mục đích cung cấp thông tin chung. Thông tin trong hướng dẫn này có thể không cấu thành thông tin pháp lý hoặc thông tin khác cập nhật mới nhất.

Để biết thêm thông tin về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, hãy truy cập www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Giới thiệu về các tác giả

Sách hướng dẫn này được cung cấp thông qua sự hợp tác giữa Colorado Consumer Health Initiative (CCHI), Colorado Center on Law and Policy (CCLP) và Vedra Law LLC.



Colorado Consumer Health Initiative

Colorado Consumer Health Initiative (CCHI) là một tổ chức vận động về sức khỏe phi lợi nhuận, hướng đến người tiêu dùng, dựa trên thành viên, phục vụ người dân Colorado là người có quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và an ninh tài chính bị tổn hại bởi các rào cản mang tính cấu trúc, khả năng chi trả, lợi ích kém hoặc các hoạt động kinh doanh không công bằng của ngành chăm sóc sức khỏe. Sứ mệnh của CCHI là nâng cao tiếng nói của người tiêu dùng để cải thiện quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả người dân Colorado bằng hoạt động trên toàn tiểu bang vì sự tiến bộ hướng tới công bằng, mức giá phải chăng, và chất lượng.

Tim hiểu thêm tại: cohealthinitiative.org



Colorado Center on Law and Policy (CCLP) là một tổ chức vận động phi lợi nhuận hoạt động theo tôn chỉ rằng mọi Người dân Colorado nên có những gì họ cần để thành công. Cùng với các cộng đồng, tổ chức và cá nhân khác nhau, CCLP chỉ là một phần của phong trào đang gia tăng để đấu tranh chống lại nghèo đói trên toàn tiểu bang của chúng ta. CCLP phục vụ những người dân Colorado của chúng ta bằng cách sử dụng quyền hạn về vận động pháp lý, vận động lập pháp, xây dựng liên minh, tham gia cộng đồng, nghiên cứu và phân tích.

Tim hiểu thêm tại: CCLPonline.org



VEDRA LAW LLC

Vedra Law LLC là một công ty luật về quyền của người tiêu dùng đại diện cho các cá nhân trong các vấn đề thu hồi nợ, bao gồm cả thu hồi nợ y tế.

Tim hiểu thêm tại: vedralaw.com

giới thiệu chung

Giới thiệu chung về hướng dẫn này

Một luật mới ở Colorado (Dự luật Hạ viện 21-1198) yêu cầu tất cả các bệnh viện phải thực hiện một số bước nhất định để làm cho hóa đơn bệnh viện có giá cả phải chăng hơn cho bệnh nhân có thu nhập thấp và trung bình.

Ví dụ: các bệnh viện phải giảm giá - còn được gọi là Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện - cho những bệnh nhân đủ điều kiện dựa trên thu nhập của họ. Luật này có hiệu lực từ Ngày 1 tháng Chín, 2022.

Hướng dẫn này dành cho bệnh nhân và những người làm việc với bệnh nhân. Nó giải thích những gì được mong đợi và quyền của quý vị là gì với tư cách là một bệnh nhân theo luật mới. Hướng dẫn cũng trả lời các câu hỏi chung về luật này.

Phần 1 giải thích cách nhận trợ giúp *trước khi* quý vị cần được chăm sóc y tế tại bệnh viện.

Đọc phần này để tìm hiểu thêm về các lựa chọn bảo hiểm y tế công hỗ trợ nhiều người chi trả cho chi phí chăm sóc sức khỏe.

Phần 2 giải thích các quyền của quý vị theo luật mới.

Đọc phần này để tìm hiểu thêm về:

1. Sàng lọc điều kiện
2. Giảm giá hóa đơn bệnh viện, và
3. Các bước mà bệnh viện phải thực hiện trước khi họ được phép gửi hóa đơn chưa thanh toán cho bên thu hồi nợ.

Phần 3 giải thích cách thức thực hiện nếu quý vị gặp phải vấn đề.

Đọc phần này nếu quý vị gặp phải vấn đề với Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện và quý vị không biết bước tiếp theo nên làm gì.

Quý vị có muốn tìm hiểu thêm không?

Phần **Tài liệu bổ sung** mô tả nơi tìm thêm thông tin về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

01

Làm thế nào để nhận được sự trợ giúp trước khi quý vị cần được chăm sóc y tế tại bệnh viện

Một luật mới ở Colorado (Dự luật Hạ viện 21-1198) giúp bảo vệ bệnh nhân có thu nhập thấp và trung bình khỏi các hóa đơn bệnh viện và nợ y tế không thể chi trả được. Là một phần của luật này, bệnh nhân có thu nhập thấp và trung bình có thể được giảm giá trên hóa đơn bệnh viện của mình. Những giảm giá này còn được gọi là **Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện**.

Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện rất hữu ích cho những bệnh nhân có đủ điều kiện dựa trên mức thu nhập, những người thường phải chi trả cho bệnh viện rất nhiều tiền cho các dịch vụ bệnh viện mà họ nhận được, như bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe tư nhân nhưng không đủ khả năng chi trả chi phí tự trả của mình. (Quý vị sẽ tìm hiểu thêm về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện trong Phần 2 của hướng dẫn này).

Mặc dù Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện có thể giảm được số tiền quý vị phải trả cho bệnh viện, nhưng **các chương trình bảo hiểm y tế công** cũng có thể là

một lựa chọn thậm chí còn tốt hơn cho những bệnh nhân có đủ điều kiện.

Tại sao bảo hiểm y tế công là một lựa chọn tốt hơn so với việc giảm giá cho nhiều người?

Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện chỉ hỗ trợ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được trong bệnh viện hoặc khoa cấp cứu độc lập. Các chương trình bảo hiểm y tế công cũng thường bao gồm các loại dịch vụ khác, như thăm khám bác sĩ và kê thuốc theo toa. Các loại dịch vụ chính xác được chi trả phụ thuộc vào chương trình.

Ngoài ra, mặc dù Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện có thể giảm hóa đơn bệnh viện của quý vị, nhưng một số chương trình bảo hiểm y tế công có thể chi trả tất cả hoặc phần lớn chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Ví dụ: nếu quý vị đăng ký tham gia chương trình Health First



Nhiều người dân Colorado rất ngạc nhiên khi biết họ đủ điều kiện tham gia các chương trình bảo hiểm y tế công, một số trong số đó dành cho những người không phải là công dân Hoa Kỳ.

Colorado (chương trình Medicaid của Colorado), thì một thủ thuật bệnh viện tiêu tốn của quý vị \$1,000 có thể sẽ được miễn phí bằng Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

Có những lựa chọn bảo hiểm y tế công nào? Làm thế nào tôi có thể biết liệu tôi có đủ điều kiện hay không? Làm cách nào để đăng ký?

Health First Colorado (Chương trình Medicaid của Colorado)

Health First Colorado (Chương trình Medicaid của Colorado) là một chương trình bảo hiểm y tế công. Chương trình này chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người lớn, trẻ em, người mang thai, người lớn tuổi và người khuyết tật có thu nhập thấp.

Những người tham gia Health First Colorado phải chi trả **rất ít** hoặc **không phải chi trả** cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chương trình này chi trả. Để đủ điều kiện, quý vị phải là cư dân của Colorado và thu nhập hộ gia đình của mình phải dưới một mức nhất định. Quý vị cũng phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư đủ điều kiện.

Health First Colorado là một chương trình bảo hiểm y tế toàn diện, có nghĩa là nó bao gồm nhiều loại hình chăm sóc Y tế, bao gồm thăm khám bác sĩ, chăm sóc khẩn cấp, kê thuốc theo toa, v.v.

Health First Colorado có thể chi trả các dịch vụ mà quý vị đã nhận được tối đa ba tháng **trước khi** quý vị nộp đơn đăng ký của mình. Điều này có nghĩa là quý vị có thể đăng ký tham gia Health First Colorado ngay **sau khi** quý vị đến thăm khám tại bệnh viện, do đó có thể làm giảm đáng kể hóa đơn bệnh viện của quý vị.



Quý vị có thể có một hình thức bảo hiểm khác và vẫn đủ điều kiện nhận Health First Colorado. Health First Colorado có thể thanh toán phần còn lại của hóa đơn cho bệnh viện sau khi bảo hiểm chính của quý vị thanh toán phần của mình.

Để tìm hiểu thêm và làm đơn tham gia, hãy truy cập [CO.gov/PEAK](https://www.CO.gov/PEAK), gửi đơn đăng ký bản giấy cho Health First Colorado, hoặc gọi 1-800-221-3943. Quý vị có thể đăng ký Medicaid bất kỳ lúc nào trong năm.

Emergency Medicaid

Emergency Medicaid là một chương trình Health First Colorado hỗ trợ những người không phải là công dân có thu nhập thấp chi trả cho các trường hợp khẩn cấp về y tế.

Những người có tình trạng nhập cư khiến họ không đủ điều kiện tham gia Health First Colorado có thể đủ điều kiện nhận Emergency Medicaid. Đây có thể là những người không có giấy tờ tùy thân, người nhận Hành động trì hoãn dành cho trẻ em vào Mỹ (DACA) và người lớn có Hộ khẩu thường trú hợp pháp (còn được gọi là chủ sở hữu "Thẻ xanh") đã có tình trạng đó dưới 5 năm.

Emergency Medicaid chỉ chi trả cho các trường hợp khẩn cấp, bao gồm các trường hợp bị COVID-19 nghiêm trọng, sinh đẻ, lọc máu cho Bệnh thận giai đoạn cuối và các trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng

khác, chẳng hạn như đau tim. Nó không bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông thường hoặc liên tục như kiểm tra sức khỏe, chăm sóc trước khi sinh, chăm sóc theo dõi bệnh tật hoặc chấn thương, hoặc chăm sóc tình trạng bệnh mãn tính.

Emergency Medicaid có thể chi trả cho các dịch vụ khẩn cấp mà quý vị đã nhận được tối đa ba tháng **trước khi** quý vị đã nộp đơn đăng ký của mình. Điều này có nghĩa là quý vị có thể đăng ký Emergency Medicaid ngay sau khi quý vị đến bệnh viện thăm khám, điều này có thể làm giảm đáng kể các hóa đơn bệnh viện của quý vị.

Quý vị có thể có một hình thức bảo hiểm khác và vẫn đủ điều kiện nhận Emergency Medicaid. Emergency Medicaid có thể thanh toán phần còn lại của hóa đơn cho bệnh viện sau khi bảo hiểm chính của quý vị thanh toán phần của mình.

Cho đến gần đây, mọi người phải đăng ký Emergency Medicaid mỗi khi họ gặp trường hợp khẩn cấp về y tế. Giờ đây, quý vị chỉ phải đăng ký Emergency Medicaid mỗi năm một lần, bất kể quý vị gặp bao nhiêu trường hợp khẩn cấp y tế trong thời gian đó. Quý vị cũng không còn cần đến thư của bác sĩ nói rằng quý vị đã có một tình trạng y tế khẩn cấp.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập healthfirstcolorado.com/emergency-medicaid.

Để đăng ký, hãy đăng ký trực tuyến tại CO.gov/PEAK, nộp đơn đăng ký bản giấy cho Health First Colorado, hoặc gọi 1-800-221-3943. Đối với các đơn đăng ký trực tuyến và bản giấy, hãy chắc chắn trả lời "có" khi được hỏi liệu quý vị có muốn đăng ký Quyền lợi Sinh sản và Emergency Medicaid hay không. Quý vị có thể đăng ký Emergency Medicaid bất cứ lúc nào trong năm.

Child Health Plan Plus (CHP +)

Child Health Plan Plus (CHP +) là một chương trình bảo hiểm y tế công dành cho

người mang thai và trẻ em từ 18 tuổi trở xuống. Nó dành cho những người có mức thu nhập đủ để nhận được Health First Colorado (Medicaid) nhưng không đủ để chi trả cho bảo hiểm tư nhân. Để đủ điều kiện, quý vị phải là cư dân của Colorado, đáp ứng các yêu cầu thu nhập nhất định và là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư đủ điều kiện.

Không giống như Medicaid, CHP + sẽ *không* chi trả cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận được trong ba tháng *trước khi* quý vị đã nộp đơn đăng ký của mình và quý vị *không thể* có một hình thức bảo hiểm khác cùng một lúc.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus hoặc gọi 1-800-359-1991. Khi quý vị đã sẵn sàng đăng ký tham gia, hãy truy cập CO.gov/PEAK. Quý vị có thể đăng ký CHP + bất kỳ lúc nào trong năm.

Medicare

Medicare là một chương trình bảo hiểm y tế liên bang. Chương trình này dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, những người dưới 65 tuổi nhận trợ cấp khuyết tật An sinh xã hội, những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối và những người mắc bệnh Lou Gehrig (ALS). Chương trình này hỗ trợ chi phí chăm sóc, nhưng nó không bao gồm tất cả các chi phí y tế. Chương trình này cũng không chi trả chi phí cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc dài hạn.

Để tìm hiểu thêm và đăng ký tham gia, hãy truy cập medicare.gov/basics/get-started-with-medicare hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng của Medicare theo số 1-800-633-4227. Quý vị chỉ có thể làm đơn đăng ký Medicare vào những thời điểm nhất định, chẳng hạn như khi quý vị bước sang tuổi 65, trong thời gian Đăng ký Mở hoặc trong một số tình huống đặc biệt. Tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể làm đơn đăng ký Medicare tại liên kết ở trên.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi không đủ điều kiện cho các lựa chọn bảo hiểm y tế công được liệt kê? Có bất kỳ hỗ trợ nào với bảo hiểm tư nhân có sẵn không?

Connect for Health Colorado

Connect for Health Colorado là thị trường bảo hiểm y tế chính thức của Colorado, nơi người dân Colorado có thể mua bảo hiểm y tế tư nhân. Những người có bảo hiểm y tế tư nhân thường trả nhiều tiền hơn cho việc chăm sóc sức khỏe so với những người có bảo hiểm y tế công.

Nếu thu nhập của quý vị nằm trong một phạm vi nhất định và quý vị mua chương trình bảo hiểm của mình thông qua Connect for Health Colorado, quý vị có thể đủ điều kiện nhận một số trợ giúp tài chính. Sự trợ giúp tài chính này có thể làm giảm số tiền quý vị phải trả cho bảo hiểm y tế tư nhân mỗi tháng và đôi khi có thể làm giảm số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được.

Một số người có thể đủ điều kiện nhận cả trợ giúp tài chính thông qua Connect for Health Colorado và Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. Những người khác có thể có thu nhập vượt quá điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện nhưng vẫn đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính thông qua Connect for Health Colorado.

Để tìm hiểu thêm và đăng ký tham gia, hãy truy cập connect-forhealthco.com hoặc gọi 855-752-6749. Quý vị có thể đăng ký bảo hiểm từ Connect for Health Colorado trong thời gian Đăng ký Mở (ngày 1 Tháng Mười Một đến ngày 15 Tháng Một hàng năm) hoặc nếu quý vị đủ điều kiện đối với Thời gian Đăng ký Đặc biệt. Tìm hiểu thêm tại liên kết ở trên.

02

Các quyền của quý vị theo luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới của Colorado

Luật mới đồng nghĩa với việc có các quyền mới cho bệnh nhân Colorado

Theo luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới của Colorado, tất cả các bệnh viện trong tiểu bang phải:

1. **Sàng lọc điều kiện** bệnh nhân để xem liệu họ có đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán hóa đơn của họ hay không
2. Cung cấp **giảm giá** chăm sóc y tế tại bệnh viện cho những bệnh nhân đủ điều kiện dựa trên thu nhập của họ
3. Thực hiện một số bước nhất định trước khi gửi hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán đến **bên thu hồi nợ**

Với tư cách là một bệnh nhân, quý vị có các quyền theo luật mới. Phần này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền của quý vị đối với **sàng lọc điều kiện, giảm giá** và **bảo vệ khỏi các bên thu hồi nợ**.



Sẽ hữu ích nếu quý vị lưu giữ hồ sơ về các tương tác của quý vị với bệnh viện. Ví dụ: lưu giữ tất cả các tài liệu mà bệnh viện cung cấp cho quý vị hoặc gửi cho quý vị qua đường bưu điện - bao gồm cả phong bì! Khi quý vị gọi cho bệnh viện qua điện thoại, hãy viết ra những người quý vị đã nói chuyện, thời gian quý vị nói chuyện với họ và những gì họ đã nói với quý vị. Thông tin này có thể giúp quý vị nếu quý vị gặp phải vấn đề.

Sàng lọc điều kiện

Quý vị có quyền xem xét liệu mình có đủ điều kiện để được hỗ trợ đối với hóa đơn bệnh viện hay không.

Quá trình này được gọi là sàng lọc điều kiện. Nếu quý vị quan tâm đến việc được giảm giá cho các hóa đơn bệnh viện của mình, sàng lọc điều kiện là bước đầu tiên.

Cả bệnh nhân không có bảo hiểm y tế và bệnh có bảo hiểm y tế đều có quyền được sàng lọc điều kiện, nhưng bệnh nhân có bảo hiểm y tế phải yêu cầu sàng lọc - điều đó sẽ không tự động thực hiện.

Quý vị không cần phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư cụ thể để được sàng lọc điều kiện. Những người thuộc mọi tình trạng và hoàn cảnh nhập cư đều có thể đủ điều kiện để được giảm giá.

Trong quá trình sàng lọc điều kiện, bệnh

viện sẽ hỏi quý vị một số câu hỏi để xem liệu quý vị có đủ điều kiện đối với:

- 1. Các chương trình bảo hiểm y tế công**, như Health First Colorado (Chương trình Medicaid của Colorado), Emergency Medicaid, Child Health Plan *Plus* (CHP +), và Medicare. Các chương trình này có thể chi trả tất cả hoặc một phần các hóa đơn chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- 2. Giảm giá cho các hóa đơn bệnh viện của quý vị**, như Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Người nghèo Colorado (CICP, bên dưới) và Dịch vụ Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Người nghèo Colorado (CICP) là gì?

CICP cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giảm giá cho những người có thu nhập thấp đến trung bình không đủ điều kiện tham gia chương trình Health First Colorado hoặc Child Health Plan Plus và những người được chăm sóc tại các nhà cung cấp dịch vụ y tế tham gia CICP. Quý vị không cần phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư cụ thể để đủ điều kiện tham gia CICP. Nếu quý vị làm đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện tại một bệnh viện tham gia CICP, họ sẽ hỗ trợ quý vị đăng ký cả hai chương trình cùng một lúc - quý vị không phải lo lắng về việc đăng ký từng chương trình riêng biệt.



Làm thế nào tôi có thể được sàng lọc điều kiện?

Nếu quý vị **KHÔNG** có bảo hiểm y tế...

Bệnh viện **bắt buộc** phải sàng lọc điều kiện cho quý vị để xem liệu quý vị có thể đủ điều kiện nhận các chương trình bảo hiểm y tế công hoặc giảm giá trên hóa đơn bệnh viện của mình hay không, *trừ khi quý vị chọn không tham gia sàng lọc điều kiện.*

Bệnh viện phải sàng lọc điều kiện của quý vị **trong vòng 45 ngày** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ hoặc ngày quý vị xuất viện, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.

Nếu quý vị **CÓ** bảo hiểm y tế...

Quý vị phải yêu cầu bệnh viện thực hiện sàng lọc điều kiện cho quý vị. Nếu quý vị yêu cầu sàng lọc điều kiện, bệnh viện phải thực hiện sàng lọc cho quý vị, **nhưng quý vị phải yêu cầu.** Tốt nhất là yêu cầu thực hiện sàng lọc điều kiện càng sớm càng tốt.

Nếu quý vị yêu cầu được sàng lọc điều kiện, bệnh viện phải thực hiện sàng lọc **trong vòng 45 ngày** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, ngày quý vị được xuất viện, HOẶC ngày xuất hóa đơn đầu tiên của quý vị sau khi điều chỉnh bảo hiểm, tùy theo ngày nào xảy ra muộn hơn. (Xem phần ghi chú bên dưới).

Ghi nhớ: Nếu quý vị có bảo hiểm y tế và muốn được sàng lọc điều kiện, quý vị phải yêu cầu được sàng lọc. Điều này sẽ không được tự động thực hiện.

Lưu ý:

Sau khi quý vị đến bệnh viện, trước tiên bệnh viện có thể cố gắng lập hóa đơn cho bên cung cấp bảo hiểm của quý vị. Sau khi bên bảo hiểm của quý vị xem xét hóa đơn, bên bảo hiểm sẽ gửi cho quý vị bản "giải thích về các quyền lợi" cho biết những gì bệnh viện có thể lập hóa đơn cho quý vị. Sau đó, bệnh viện có thể lập hóa đơn cho phần phải chi trả còn lại sau khi bên bảo hiểm đã thanh toán phần của họ. Hóa đơn này được gọi là hóa đơn đầu tiên sau khi điều chỉnh bảo hiểm.

Quá trình sàng lọc được thực hiện như thế nào?

Quá trình sàng lọc đơn giản.

Bệnh viện sẽ hỏi quý vị những câu hỏi về bản thân và những người sống cùng với quý vị.

Nếu quý vị nói ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bệnh viện *phải* sàng lọc quý vị bằng ngôn ngữ mà quý vị ưu tiên sử dụng.

Họ có thể sử dụng thông dịch viên chuyên nghiệp hoặc nhân viên thông thạo ngôn ngữ mà quý vị sử dụng. Bệnh viện không thể lựa chọn thành viên trong gia đình để phiên dịch cho quý vị trừ khi quý vị đã được cung cấp một thông dịch viên chuyên nghiệp và quý vị yêu cầu sự có mặt của cả thành viên gia đình của mình.

Cố gắng trả lời *tất cả* các câu hỏi sàng lọc điều kiện.

Quý vị không bắt buộc phải trả lời mọi câu hỏi, nhưng nếu quý vị bỏ qua một số câu hỏi, bệnh viện có thể nói rằng họ không có đủ thông tin để đánh giá liệu quý vị có đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. Bệnh viện có thể hỏi quý vị về quy mô hộ gia đình và thu nhập của quý vị. Bệnh viện không được phép hỏi quý vị về tài sản của quý vị, chẳng hạn như số tiền quý vị có trong tài khoản ngân hàng của mình. Bệnh viện không nên hỏi quý vị về quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư của quý vị như một phần của quá trình sàng lọc điều kiện. Tất cả thông tin của quý vị sẽ được giữ bí mật.

Quá trình sàng lọc điều kiện là *không chính thức*.

Điều này có nghĩa là bệnh viện đang kiểm tra xem liệu quý vị *có thể* đủ điều kiện cho một số chương trình nhất định hay

không, dựa trên thông tin quý vị cung cấp. Tuy nhiên, để có được câu trả lời hoặc quyết định chính thức, quý vị phải đăng ký chương trình bằng cách hoàn thành đơn đăng ký. Ví dụ: nếu bệnh viện cho biết quý vị có thể đủ điều kiện cho Chương trình Child Health Plan *Plus* (CHP +), quý vị vẫn phải điền vào đơn đăng ký cho chương trình đó để xác nhận rằng quý vị đủ điều kiện và đã được đăng ký. (Xem trang 6-9 để biết thông tin về việc đăng ký các chương trình bảo hiểm y tế công và tư nhân).

Quý vị cũng có thể đăng ký một chương trình ngay cả khi bệnh viện nói rằng quý vị có thể không đủ điều kiện. Ví dụ: nếu bệnh viện cho biết quý vị có thể không đủ điều kiện cho chương trình Health First Colorado (Medicaid), quý vị vẫn có thể đăng ký chương trình đó để đánh giá cho chắc chắn.

Các bệnh viện *phải* cho quý vị biết kết quả sàng lọc điều kiện.

Họ cũng phải cung cấp cho quý vị thông tin về các chương trình và giảm giá mà quý vị có thể đủ điều kiện và cho quý vị biết cách làm đơn đăng ký.

Hãy ghi nhớ...

Lưu giữ tất cả các tài liệu mà bệnh viện cung cấp cho quý vị hoặc gửi cho quý vị qua đường bưu điện. Bằng cách này, nếu sau này quý vị gặp phải vấn đề, quý vị có thể tham khảo lại **tài liệu nào** mà bệnh viện đã cung cấp cho quý vị và **thời gian** mà quý vị đã nhận được chúng.

Nếu tôi không muốn thực hiện sàng lọc điều kiện thì sao?

Nếu quý vị có bảo hiểm y tế, quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì - bệnh viện sẽ chỉ sàng lọc điều kiện nếu quý vị yêu cầu họ làm như vậy.

Nếu quý vị không có bảo hiểm, quý vị có thể chọn không làm sàng lọc điều kiện, VÀ điều này cũng đồng nghĩa với việc quý vị sẽ không biết được liệu mình có đủ điều kiện để được trợ giúp giảm giá hoặc thanh toán hóa đơn hay không. Quý vị cũng có thể mất quyền thực hiện thủ tục pháp lý chống lại bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ y tế vì đã không sàng lọc điều kiện cho quý vị hoặc giảm giá cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không muốn được sàng lọc điều kiện, quý vị phải điền vào biểu mẫu xác nhận quý vị chọn không tham gia sàng lọc cho lần thăm khám đó.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi chọn không tham gia sàng lọc điều kiện nhưng sau đó lại thay đổi quyết định?

Đôi khi những bệnh nhân không có bảo hiểm y tế ký vào biểu mẫu nói rằng họ không muốn được sàng lọc điều kiện, nhưng sau đó lại thay đổi và sau cùng họ quyết định muốn được làm sàng lọc điều kiện. Bệnh nhân trong tình huống này vẫn có thể yêu cầu được làm sàng lọc điều kiện và làm đơn xin được giảm giá.

Trong tình huống này, tốt nhất quý vị nên yêu cầu sàng lọc điều kiện càng sớm càng tốt. **Nếu quý vị yêu cầu được làm sàng lọc điều kiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày trên hóa đơn bệnh viện, bệnh viện phải thực hiện sàng lọc điều kiện cho quý vị.** Nếu đã quá 30 ngày kể từ ngày trên hóa đơn bệnh viện, quý vị vẫn nên yêu cầu làm sàng lọc điều kiện.

Ngoài ra, khi quý vị ký vào biểu mẫu để chọn không tham gia sàng lọc điều kiện cho một nhóm dịch vụ (còn được gọi là "đợt chăm sóc y tế"), điều đó không có nghĩa là quý vị đang chọn không làm sàng lọc điều kiện cho bất kỳ hoặc tất cả các dịch vụ trong tương lai. Nếu quý vị trở lại bệnh viện trong tương lai cho một đợt chăm sóc y tế khác, quý vị có quyền sàng lọc tương tự: quý vị có quyền được sàng lọc điều kiện hoặc có quyền ký vào một biểu mẫu khác để chọn không tham gia sàng lọc điều kiện một lần nữa.

Giảm giá

Ai đủ điều kiện để được giảm giá cho các hóa đơn bệnh viện?

Tất cả những người có thu nhập hộ gia đình bằng hoặc dưới 250% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đều đủ điều kiện để được giảm giá cho các hóa đơn bệnh viện của mình, còn được gọi là Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

Việc quý vị có bảo hiểm y tế hay không có bảo hiểm y tế không quan trọng.

Những người thuộc mọi thành phần quốc tịch và nhập cư đều có thể đủ điều kiện để được giảm giá. Quý vị không cần phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư cụ thể để đủ điều kiện.

Nhiều người ngạc nhiên khi biết rằng họ đủ điều kiện để được hỗ trợ.

Lời khuyên quan trọng!

Một số bệnh viện giảm giá cho những người có thu nhập thậm chí còn cao hơn. Ví dụ: bệnh viện có thể giảm giá cho những người có thu nhập lên đến 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang. Nếu hộ gia đình của quý vị có thu nhập trên 250%, hãy hỏi bệnh viện của quý vị chính sách của họ là gì - có thể quý vị vẫn có thể đủ điều kiện nhận một số trợ giúp!



Bảng dưới đây thể hiện 250% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang là bao nhiêu vào năm 2022. Ví dụ: nếu có 3 người trong hộ gia đình của quý vị và hộ gia đình của quý vị có thu nhập dưới \$57,575/năm, quý vị đủ điều kiện để được giảm giá.

Hộ gia đình tôi có đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện không? Điều kiện Hội đủ về thu nhập năm 2022		
Số người trong hộ gia đình	250% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	
	Nếu tổng thu nhập hộ gia đình của quý vị bằng hoặc thấp hơn mức thu nhập này, quý vị đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.	
	Theo tháng	Theo năm
1	\$2,831	\$33,975
2	\$3,815	\$45,775
3	\$4,798	\$57,575
4	\$5,781	\$69,375
5	\$6,765	\$81,175
6	\$7,748	\$92,975
7	\$8,731	\$104,775
8	\$9,715	\$116,575
Đối với những hộ gia đình có hơn 8 người, sẽ cộng thêm \$983 vào thu nhập hàng tháng hoặc \$11,800 vào thu nhập hàng năm cho mỗi người thêm vào.		

Lưu ý: Những số liệu này thay đổi đôi chút mỗi năm. Sau năm 2022, hãy truy cập www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care để xem bảng đủ điều kiện về thu nhập cập nhật mới hơn.

Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện là gì và nó hoạt động như thế nào?

Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện giảm chi phí hóa đơn bệnh viện của quý vị theo hai cách, **giới hạn giá** và **kế hoạch thanh toán hàng tháng**.

Giới hạn giá

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, các bệnh viện không thể tính phí nhiều hơn một số tiền nhất định cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị được nhận. Số tiền tối đa họ được phép tính phí cho một dịch vụ được gọi là "giới hạn giá". Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế, đây là số tiền họ sẽ bắt đầu khi thiết lập chương trình thanh toán hàng tháng của quý vị. (Thông tin thêm về các gói thanh toán hàng tháng bên dưới).

Thông tin về số tiền mà các bệnh viện có thể tính phí cho quý vị đối với các dịch vụ khác nhau được đăng tải tại:

<https://hcpf.colorado.gov/Hospital-Discounted-Care-Rates>

Thông tin này có thể khó hiểu nếu không biết "mã thủ thuật y tế" cho các dịch vụ quý vị nhận được. Quý vị có thể yêu cầu bệnh viện cung cấp cho quý vị một bảng sao kê thanh toán theo từng mục bao gồm mã



thủ thuật y tế.

Kế hoạch thanh toán hàng tháng

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, các bệnh viện phải chia hóa đơn thành các khoản thanh toán hàng tháng. Đây được gọi là kế hoạch thanh toán hàng tháng.

Theo kế hoạch thanh toán của quý vị, **các bệnh viện không thể yêu cầu quý vị trả hơn 4% thu nhập hộ gia đình hàng tháng của quý vị mỗi tháng**.

Các nhà cung cấp dịch vụ y tế làm việc tại bệnh viện thường gửi một hóa đơn riêng. Ví dụ, có thể quý vị đã nhận được một hóa đơn từ bác sĩ gây mê hoặc bác sĩ X quang. Các nhà cung cấp dịch vụ y tế này cũng phải cung cấp cho quý vị một kế hoạch thanh toán. Theo kế hoạch thanh toán của quý vị, **nhà cung cấp dịch vụ y tế không thể yêu cầu quý vị trả hơn 2% thu nhập hộ gia đình hàng tháng của quý vị mỗi tháng**. (Khoản này không nằm trong giới hạn 4% đối với hóa đơn từ bệnh viện).

Ngoài ra, **kế hoạch thanh toán của quý vị**



không được phép kéo dài quá 36 tháng.

Nếu quý vị thực hiện 36 lần thanh toán hàng tháng theo kế hoạch thanh toán của mình và vẫn còn khoản dư nợ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế phải coi hóa đơn của quý vị là đã thanh toán đầy đủ và quý vị không còn nợ họ thêm bất kỳ khoản tiền nào nữa.

Tùy thuộc vào giá trị hóa đơn và thu nhập hộ gia đình của quý vị, kế hoạch thanh toán của quý vị có thể *ngắn hơn* 36 tháng. Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền đến hạn cho kế hoạch thanh toán của mình trong vòng chưa đầy 36 lần thanh toán hàng tháng, hóa đơn của quý vị sẽ được thanh toán đầy đủ và quý vị không còn nợ bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế nữa. (Ba mươi sáu lần thanh toán hàng tháng là *thời gian tối đa cho phép* của một kế hoạch thanh toán, nhưng các kế hoạch thanh toán có thể ngắn hơn).

Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện áp dụng cho những loại dịch vụ nào?

Đối với những bệnh nhân đủ điều kiện, Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện áp dụng cho **tất cả các dịch vụ y tế cần thiết được cung cấp tại bệnh viện hoặc khoa cấp cứu độc lập**. Nó áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp và không khẩn cấp.

Đôi khi bệnh nhân được chăm sóc y tế tại bệnh viện từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế lập hóa đơn riêng biệt với bệnh viện, chẳng hạn như bác sĩ gây mê hoặc bác sĩ X quang. Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện cũng áp dụng cho dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các kiểu chuyên gia chăm sóc sức khỏe này.

Ở trang tiếp theo, quý vị sẽ tìm thấy ví dụ về cách giảm giá thực hiện trong thực tế.

Ví dụ

Dưới đây là một ví dụ về cách giảm giá thực hiện trong thực tế.

Giới hạn giá

Một bệnh nhân có thu nhập hàng tháng là \$2,000 thực hiện phẫu thuật trong bệnh viện.

Bệnh nhân này đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện dựa trên thu nhập của mình.

Bệnh viện thường sẽ tính phí \$30,000 cho ca phẫu thuật, nhưng vì bệnh nhân đủ điều kiện để được giảm giá, tiểu bang đặt ra số tiền tối đa mà họ được phép tính phí cho bệnh nhân. Bệnh viện không được phép tính phí hơn \$20,000 cho ca phẫu thuật.

Một bác sĩ gây mê độc lập đã chăm sóc trong quá trình phẫu thuật. Họ thường tính thêm \$8,000, nhưng họ không được phép tính phí hơn \$5,000 cho những bệnh nhân đủ điều kiện được giảm giá.

Tình huống 1: Bệnh nhân có bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm y tế của bệnh nhân chi trả \$15,000 chi phí phẫu thuật, khoản phải chi trả còn lại là \$5,000.

Bảo hiểm y tế của bệnh nhân chi trả \$4,000 chi phí của bác sĩ gây mê, khoản phải chi trả còn lại là \$1,000.

Tình huống 2: Bệnh nhân không có bảo hiểm.

Bệnh viện đang tính phí cho bệnh nhân \$20,000 cho ca phẫu thuật

Bác sĩ gây mê đang tính thêm cho bệnh nhân thêm \$5,000 cho các dịch vụ của họ.

Kế hoạch thanh toán hàng tháng

Viện phí hàng tháng giới hạn ở mức 4% thu nhập hàng tháng
= \$80/tháng

Chi phí bác sĩ gây mê hàng tháng giới hạn ở mức 2% thu nhập hàng tháng
= \$40/tháng

Bệnh viện và bác sĩ gây mê bị giới hạn trong việc thu không quá 36 lần thanh toán.

Lưu ý

Ví dụ này chỉ để cho thấy mức giảm trừ có thể làm giảm hóa đơn của bệnh nhân như thế nào. Nó không phản ánh số tiền thực tế mà bệnh nhân có thể mong đợi để trả cho một thủ tục.

Hóa đơn bệnh viện được thanh toán đầy đủ sau 36 lần thanh toán \$80

= tổng cộng \$2,880

Hóa đơn bác sĩ gây mê được thanh toán đầy đủ sau 36 lần thanh toán \$40

= tổng cộng \$1,440

Nếu quý vị đủ điều kiện, Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện có thể giúp quý vị tiết kiệm rất nhiều tiền cho các hóa đơn bệnh viện của mình.

Trong ví dụ trước, bệnh viện không được phép lập hóa đơn cho bệnh nhân hơn \$2,880 và nhà cung cấp dịch vụ y tế không được phép lập hóa đơn cho bệnh nhân hơn \$1,440.

Nếu không có Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, bệnh nhân sẽ phải trả nhiều tiền hơn cho dịch vụ chăm sóc y tế: \$6,000 nếu họ có bảo hiểm và \$38,000 nếu họ không có bảo hiểm.

Các câu hỏi về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện

Q: Nếu tôi muốn thanh toán hết hóa đơn nhanh hơn thì sao?

A: Nếu quý vị muốn thanh toán hết hóa đơn của mình cùng một lúc và không thiết lập kế hoạch thanh toán, quý vị được phép làm điều đó. Nếu quý vị đi theo phương thức thanh toán này, bệnh viện không được phép tính phí cho quý vị nhiều hơn những gì quý vị sẽ phải trả nếu quý vị có kế hoạch thanh toán hàng tháng.

Ví dụ, trong ví dụ trước, bệnh viện được phép lập hóa đơn cho bệnh nhân không quá \$2,880 cho 36 lần thanh toán. Nếu bệnh nhân này muốn thanh toán toàn bộ hóa đơn của họ cùng một lúc, bệnh viện có thể gửi cho họ hóa đơn một lần không quá \$2,880.

Bệnh viện được phép gửi cho quý vị một hóa đơn rẻ hơn nếu họ muốn.



Q: Nếu tôi bỏ lỡ một lần thanh toán thì sao?

A: Nếu quý vị đã thực hiện 36 lần thanh toán hàng tháng cho kế hoạch thanh toán của mình và vẫn còn khoản dư nợ, bệnh viện phải coi hóa đơn của quý vị là đã thanh toán đầy đủ. 36 lần thanh toán không nhất thiết phải liên tiếp (lần lượt). Nếu quý vị bỏ lỡ một tháng, bệnh viện có thể thêm khoản thanh toán bị bỏ lỡ đó vào cuối kế hoạch thanh toán. Do đó, nếu quý vị thực hiện 36 khoản thanh toán hàng tháng nhưng bỏ lỡ một vài tháng không thanh toán, kế hoạch thanh toán của quý vị có thể mất nhiều thời gian hơn 3 năm để hoàn thành.

Không có hình phạt nào cho việc bỏ lỡ một khoản thanh toán hàng tháng. Ví dụ: bệnh viện không được phép tính phí trễ hạn cho quý vị hoặc tính thêm tiền cho quý vị vì quý vị đã bỏ lỡ một khoản thanh toán.

Nếu quý vị bỏ lỡ ba lần thanh toán *liên tiếp* và đã ít nhất 182 ngày kể từ ngày quý vị xuất viện, bệnh viện được phép gửi hóa

đơn chưa thanh toán của quý vị đến các bên thu hồi nợ hoặc thực hiện các hành động thu hồi nợ chống lại quý vị.

Sau lần thanh toán bị bỏ lỡ thứ hai *liên tiếp*, nếu đã ít nhất 152 ngày kể từ ngày xuất viện, bệnh viện phải gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản cho biết rằng họ có thể bắt đầu các hành động thu hồi nợ nếu quý vị bỏ lỡ khoản thanh toán thứ ba liên tiếp.

Q: Điều gì sẽ xảy ra nếu thu nhập hộ gia đình của tôi thay đổi sau khi kế hoạch thanh toán của tôi được thiết lập?

A: Sau khi quý vị thiết lập kế hoạch thanh toán của mình, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị không được phép thay đổi việc giảm giá hoặc kế hoạch thanh toán hàng của quý vị tháng trừ khi quý vị muốn.

Ví dụ: nếu thu nhập hộ gia đình của quý vị tăng lên sau khi quý vị đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, quý vị không cần phải chia sẻ thông tin này với bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế và quý vị không cần phải thay đổi kế hoạch thanh toán hàng tháng của mình để phản ánh sự thay đổi này.

Đôi khi mọi người *muốn* bệnh viện xem xét lại thu nhập hộ gia đình của họ do có sự thay đổi đã xảy ra trong gia đình họ. Điều này được gọi là "xác định lại."

Ví dụ: nếu thu nhập hộ gia đình của quý vị giảm xuống sau khi quý vị đã đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, quý vị có thể muốn chương trình thanh toán hàng tháng của mình được giảm xuống để phản ánh sự thay đổi này. Trong trường hợp này, quý vị có thể yêu cầu được xác định lại. Nếu bệnh viện đồng ý rằng quý vị có thu nhập hộ gia đình thấp hơn, họ phải giảm các khoản thanh toán hàng tháng của quý vị để chúng không vượt quá giới hạn 4% và 2%.

Q: Nếu tôi đến thăm khám tại bệnh viện nhiều lần thì sao?

A: Tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được cho một bệnh hoặc chấn thương được gọi là "đợt chăm sóc y tế". Ví dụ, hãy tưởng tượng một bệnh nhân bị đau tim, đến phòng cấp cứu và sau đó được lên lịch tái khám vào tuần tới để xem họ đã hồi phục như thế nào. Trong ví dụ này, cả hai lần khám tại phòng cấp cứu và lần tái khám sẽ được coi là một đợt chăm sóc y tế.

Nếu bệnh nhân sau đó có một bệnh hoặc chấn thương khác, nó sẽ được coi là một đợt chăm sóc y tế riêng biệt.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, bệnh viện không thể cung cấp cho quý vị nhiều kế hoạch thanh toán cho các dịch vụ thuộc một đợt chăm sóc y tế. Trong ví dụ trên, bệnh viện phải cung cấp cho bệnh nhân chỉ một kế hoạch thanh toán để trả hết chi phí của phòng cấp cứu và tái khám sau đó. Bệnh viện không thể cung cấp cho bệnh nhân một kế hoạch thanh toán cho các dịch vụ phòng cấp cứu và một kế hoạch thanh toán cho lần tái khám, vì các dịch vụ này thuộc cùng một đợt chăm sóc y tế.

Nếu bệnh nhân sau đó quay lại bệnh viện vì một căn bệnh hoặc chấn thương không liên quan khác, chẳng hạn như gãy chân, bệnh viện được phép thiết lập cho họ một kế hoạch thanh toán mới, riêng biệt cho dịch vụ chăm sóc y tế đó.

Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một bệnh viện nơi quý vị đã được sàng lọc điều kiện và đã đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện trong 12 tháng trước đó, quý vị không cần phải thực hiện việc sàng lọc điều kiện và đăng ký lại. Nếu quý vị nhận được chăm sóc từ một bệnh viện khác, hoặc nếu đã hơn 12 tháng kể từ lần cuối quý vị đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, quý vị có thể phải thực hiện sàng lọc điều kiện và đăng ký lại.

Q: Nếu bệnh nhân đã qua đời thì sao?

A: Nếu bệnh nhân qua đời trước khi họ được sàng lọc điều kiện, bệnh viện phải cung cấp thông tin về quyền của bệnh nhân đối với Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện cho vợ/chồng, người giám hộ, người được ủy quyền hoặc người thực hiện tài khoản của bệnh nhân. Một thành viên gia đình hoặc một đại diện khác có thể hoàn thành việc sàng lọc điều kiện và nộp đơn thay mặt cho bệnh nhân. Người hoàn thành quá trình sàng lọc điều kiện không chịu trách nhiệm về các hóa đơn của bệnh nhân.

Làm cách nào để đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện?

Sau khi sàng lọc, nếu quý vị muốn làm đơn xin giảm giá hóa đơn bệnh viện của mình, các bệnh viện phải giúp quý vị điền đơn.

Bệnh viện phải giúp quý vị điền vào đơn ngay cả khi họ nghĩ rằng quý vị có thể sẽ không đủ điều kiện dựa trên thông tin quý vị đã cung cấp cho họ trong quá trình sàng lọc điều kiện. (Hãy nhớ rằng: Quá trình sàng lọc điều kiện là không chính thức. Để có được quyết định chính thức về việc quý vị có đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện hay không, quý vị phải làm đơn đăng ký).

Bệnh viện sẽ yêu cầu quý vị cung cấp một số tài liệu để chứng minh hộ gia đình quý vị kiếm được bao nhiêu thu nhập. Quý vị nên cung cấp các tài liệu này **trong vòng 45 ngày** kể từ ngày khám sàng lọc của quý vị. Nếu không có tài liệu của quý vị, đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện của quý vị sẽ không được coi là hoàn chỉnh.

Các bệnh viện phải thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu đơn đăng ký của quý vị được chấp thuận hoặc bị từ chối trong vòng 14 ngày kể từ ngày hoàn thành đơn đăng ký của quý vị. Họ phải gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ ưu tiên sử dụng

của quý vị.

Nếu đơn đăng ký của quý vị được chấp thuận, bệnh viện phải giảm giá cho quý vị như được mô tả trong phần "Giảm giá" của hướng dẫn này (trang 17).

Nếu đơn đăng ký của quý vị bị từ chối, bệnh viện phải cho quý vị biết lý do tại sao quý vị bị từ chối. Họ cũng phải cung cấp cho quý vị thông tin về cách kháng nghị quyết định mà quý vị không đồng ý. (Nếu đơn đăng ký của quý vị bị từ chối nhưng quý vị tin rằng mình đủ điều kiện để được giảm giá, hãy xem phần "Cách thực hiện hành động khi quý vị gặp phải vấn đề" trên trang 28 của hướng dẫn này).

Q: Tôi cần trả lời những câu hỏi nào trong đơn đăng ký của mình?

A: Bệnh viện sẽ hỏi quý vị những câu hỏi về bản thân và các thành viên trong gia đình quý vị, như thông tin liên lạc và thu nhập của quý vị.

Quý vị không cần phải là công dân hoặc có một tình trạng nhập cư nhất định để đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. Nếu bệnh viện hỏi quý

vị một câu hỏi về quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư của quý vị và quý vị không muốn trả lời, quý vị được phép bỏ qua câu hỏi. Bỏ qua một câu hỏi về quyền công dân hoặc tình trạng nhập cư của quý vị sẽ không khiến quý vị không đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. Tuy nhiên, trả lời câu hỏi này có thể giúp bệnh viện tìm ra liệu quý vị có đủ điều kiện cho bất kỳ chương trình nào khác hay không.

Tất cả thông tin quý vị cung cấp trong quá trình sàng lọc điều kiện và đăng ký đều được bảo mật.

Q: Tôi sẽ cần cung cấp những tài liệu nào như một phần của đơn đăng ký của mình?

A: Bệnh viện sẽ yêu cầu quý vị cung cấp thông tin về chủ lao động và thu nhập của tất cả những người lớn đang làm việc trong gia đình quý vị.

Có nhiều loại tài liệu khác nhau mà quý vị có thể sử dụng để chứng minh thông tin này, bao gồm cuống phiếu lương, lịch sử trả lương, tờ khai thuế hoặc thư từ nhà tuyển dụng thể hiện mức thu nhập của một người là bao nhiêu. Quý vị chỉ cần cung cấp **một** trong số các tài liệu này.

Quý vị có thể tìm thấy danh sách đầy đủ các tài liệu được chấp nhận trong Sổ tay Hướng dẫn Hoạt động Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện được công bố tại:

<https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>

Bệnh viện không được phép yêu cầu quý vị cung cấp nhiều giấy tờ hơn mức cần thiết để chứng minh thu nhập hộ gia đình.

Quý vị có **45 ngày** kể từ ngày sàng lọc điều kiện để cung cấp cho bệnh viện các giấy tờ cần thiết. Quý vị không cần phải có sẵn các tài liệu khi đến bệnh viện để được chăm sóc y tế.

Nếu quý vị là người vô gia cư, quý vị không cần phải cung cấp cho bệnh viện bất kỳ tài liệu nào để được giảm giá.

Q: Những gì được tính là thu nhập?

A: Khi quý vị đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, các loại thu nhập sau đây được tính vào tổng thu nhập hộ gia đình của quý vị:

- **Thu nhập từ việc làm và thu nhập tự kinh doanh từ tất cả những người trưởng thành đi làm có trong đơn đăng ký không phải là học sinh và từ 18 tuổi trở lên**
- Tiền Trợ cấp An sinh Bổ sung (SSI)*
- Bảo hiểm Phúc lợi Xã hội cho Người khuyết tật (SSDI)*
- Tiền tip, tiền thưởng và hoa hồng
- Trợ cấp khuyết tật ngắn hạn
- Thanh toán lương hưu
- Thanh toán từ tài khoản hưu trí
- Giải ngân trúng thưởng xổ số
- Thanh toán hàng tháng từ quỹ tín thác
- Thu nhập từ trợ cấp thất nghiệp



*Các khoản Tiền Trợ cấp An sinh Bổ sung (SSI) và Bảo hiểm Phúc lợi Xã hội cho Người khuyết tật (SSDI) **không** được phép tính cho trẻ vị thành niên hoặc người lớn khuyết tật vẫn đang được cha mẹ hoặc người giám hộ chăm sóc.

Q: Tôi nên tính ai trong hộ gia đình của mình vào đơn xin giảm giá?

A: Tất cả các hộ gia đình có thu nhập bằng hoặc dưới 250% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đều đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. (Nhưng hãy nhớ rằng: Một số bệnh viện giảm giá cho những người có thu nhập thậm chí còn cao hơn. Hãy hỏi bệnh viện của quý vị về chính sách của họ là gì).

Để tính toán xem thu nhập của hộ gia đình quý vị có đủ điều kiện để được giảm giá hay không, bệnh viện sẽ xem xét hai số liệu: 1) số người trong hộ gia đình của quý vị và 2) số tiền mà mọi người trong gia đình quý vị kiếm được.

Nếu quý vị đã kết hôn, quý vị phải tính cả bạn tình của mình và thu nhập của họ trong gia đình quý vị khi đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

Quý vị cũng được phép tính cả những người sau đây trong gia đình mình:

- Bất kỳ ai sống tại địa chỉ của quý vị, bao gồm cả trẻ em dưới 18 tuổi.*
- Bất kỳ ai sống bên ngoài tiểu bang hoặc quốc gia mà hộ gia đình quý vị hỗ trợ tài chính, nếu việc hỗ trợ tài chính của hộ gia đình quý vị chiếm ít nhất một nửa thu nhập của họ
- Trẻ em từ 18 tuổi trở lên đang theo học trung học hoặc đại học, nếu cha mẹ hoặc người giám hộ của các em hỗ trợ

tài chính cho các em

- Trẻ em bị khuyết tật, bất kể tuổi tác, nếu cha mẹ hoặc người giám hộ của các em hỗ trợ tài chính cho các em
- Nếu bất kỳ ai trong gia đình quý vị đang mang thai, quý vị có thể tính cả số em bé đang trong bụng mẹ

Mặc dù quý vị không *bắt buộc* phải tính đến bất kỳ người nào khác ngoài vợ/chồng của quý vị trong đơn đăng ký, nhưng đối với nhiều bệnh nhân, việc tính cả những người khác mà quý vị sống cùng hoặc hỗ trợ tài chính thường có ý nghĩa. Tại sao? Các hộ gia đình có nhiều người hơn có thể đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện ở mức thu nhập cao hơn. Ví dụ: một hộ gia đình có 1 người kiếm được \$33,975/năm đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, trong khi một hộ gia đình có 3 người có thể kiếm được tới \$57,575/năm và vẫn đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. (Tham khảo bảng ở trang 16 để biết thêm thông tin về điều kiện hội đủ theo thu nhập).

Nếu có những người trong hộ gia đình của quý vị dưới 18 tuổi, là học sinh (ở mọi lứa tuổi) và/hoặc những người không kiếm được hoặc kiếm được rất ít tiền, quý vị nên tính đến họ trong đơn đăng ký của mình. Điều này là do thu nhập từ việc làm và thu nhập tự kinh doanh chỉ được tính cho người lớn đi làm không phải là học sinh và từ 18 tuổi trở lên.



Nếu ai đó sống với quý vị nhưng họ không phải là vợ/chồng hoặc bạn tình kết hợp dân sự của quý vị, họ không phải là học sinh VÀ họ không từ 65 tuổi trở lên, quý vị phải chứng thực (tuyên bố chính thức) rằng quý vị hỗ trợ họ về mặt tài chính để tính họ trong đơn đăng ký của mình. Nếu quý vị sống với một người cùng nhà mà quý vị không hỗ trợ tài chính, quý vị không nên tính đến họ trong đơn đăng ký của mình.

Bảo vệ khỏi bên thu hồi nợ

Đôi khi bệnh nhân không thanh toán hết hóa đơn bệnh viện của họ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế sẽ gửi khoản nợ cho bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ hoặc người mua nợ. Điều này được gọi là "gửi đến các bên thu hồi nợ".

Đôi khi, cá nhân hoặc tổ chức nắm giữ khoản nợ của bệnh nhân - như bệnh viện hoặc bên dịch vụ thu hồi nợ - sẽ được tòa án cho phép lấy lại tiền từ bệnh nhân bằng cách sai áp tiền lương của người đó (yêu cầu chủ sở hữu lao động giữ lại tiền lương và gửi khoản tiền đó cho cá nhân hoặc tổ chức mà bệnh nhân nợ tiền), lấy tiền từ tài khoản ngân hàng của bệnh nhân (còn được gọi là tịch thu, thu giữ, hoặc cưỡng chế), hoặc giữ quyền thế chấp nhà hoặc xe hơi của họ. Các bước này đôi khi được gọi là "**hành động thu hồi nợ**".



Theo luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới, bệnh nhân có các quyền mới sau đây giúp bảo vệ họ khỏi các hành động thu hồi nợ không công bằng:

1. Bắt đầu từ ngày 1 tháng Chín, 2022, **Các bệnh viện được yêu cầu thực hiện một số bước nhất định** trước khi họ gửi hóa đơn của quý vị đến các bên thu hồi nợ hoặc trước khi thực hiện bất kỳ hành động thu hồi nợ nào chống lại quý vị.

Nếu hóa đơn của quý vị đã được gửi đến các bên thu hồi nợ hoặc đang phải đối mặt với một hành động thu hồi nợ do hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán, hãy xem lại danh sách kiểm tra ở trang tiếp theo. Bệnh viện có thực hiện từng bước trong danh sách này trước khi gửi hóa đơn chưa thanh toán đến các bên thu hồi nợ không? Nếu họ không thực hiện mọi bước bắt buộc, quý vị có thể thực hiện hành động pháp lý chống lại họ.

Danh sách kiểm tra bên thu hồi nợ

Trước khi gửi hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán của quý vị đến các bên thu hồi nợ, về mặt pháp lý, bệnh viện phải:

- Sàng lọc quý vị để xem liệu quý vị có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế công hoặc giảm giá hay không, nếu quý vị không có bảo hiểm y tế hoặc nếu quý vị đã yêu cầu sàng lọc điều kiện.
- Cung cấp khoản giảm giá và kế hoạch thanh toán cho quý vị, nếu quý vị đủ điều kiện.
- Giải thích bằng ngôn ngữ rõ ràng, đơn giản về những dịch vụ và phí mà họ đang lập hóa đơn cho quý vị và thông báo cho quý vị rằng họ có thể gửi hóa đơn chưa thanh toán của quý vị đến các bên thu hồi nợ. Thông tin này phải bằng ngôn ngữ chính của quý vị.
- Lập hóa đơn bảo hiểm y tế của quý vị, nếu quý vị có bảo hiểm y tế.

2. Bắt đầu từ ngày 1 tháng Chín, 2022, Bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ **không được** phép thực hiện bất kỳ hành động thu hồi nào đối với quý vị cho đến ít nhất 6 tháng (182 ngày) kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ hoặc được xuất viện, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.
3. Bắt đầu từ ngày 1 tháng Chín, 2022, Bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ **không được** phép tịch thu nhà của quý vị để trừ nợ từ hóa đơn bệnh viện.
4. Bắt đầu từ ngày 1 tháng Chín, 2022, Bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ phải gửi cho quý vị thông báo ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện bất kỳ hành động thu hồi nợ nào chống lại quý vị đối với hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán. Thông báo

phải cho quý vị biết rằng họ có thể gửi hóa đơn của quý vị đến các bên thu hồi nợ. Thông báo cũng phải cho quý vị biết về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện và cách làm đơn đăng ký.

Ngoài ra, theo luật hiện hành của tiểu bang và liên bang, các bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ phải gửi cho quý vị thông báo, cho quý vị biết họ có khoản nợ mà họ đang cố gắng thu hồi từ quý vị và cho quý vị cơ hội để giải thích nếu có sai sót và thông tin họ có là sai. Theo luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới, những thông báo này (đôi khi được gọi là "thông báo xác nhận nợ") phải bao gồm tuyên bố sau đây trong thông báo mà họ gửi cho quý vị: "Theo luật colorado, giảm giá cho các dịch vụ bệnh viện áp dụng cho các cá nhân đủ điều kiện". Chúng cũng phải bao gồm liên kết đến lời giải thích về quyền của bệnh nhân theo Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện.

Tôi được chăm sóc y tế tại bệnh viện trước ngày 1 tháng Chín, 2022. Luật này có bảo vệ tôi không?

Có thể rất khó để hiểu khi nào các biện pháp bảo vệ bệnh nhân mới có hiệu lực.

Hầu hết luật mới này có hiệu lực vào ngày 1 tháng Chín, 2022, nhưng một vài điều khoản liên quan đến bên thu hồi nợ đã có hiệu lực vào ngày 1 tháng Sáu, 2022.

Thông tin chính về ngày có hiệu lực được tóm tắt dưới đây. Nếu quý vị có thắc mắc về tình huống cụ thể của mình, quý vị có thể liên hệ với tổ chức Colorado Consumer Health Initiative tại www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care.

Sàng lọc điều kiện và giảm giá

Tất cả bệnh nhân được chăm sóc y tế tại bệnh viện **vào hoặc sau ngày 1 tháng Chín, 2022**, có quyền sàng lọc điều kiện và quyền nhận được Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện nếu họ đủ điều kiện dựa trên thu nhập của họ.

Những bệnh nhân được chăm sóc y tế tại bệnh viện **trước ngày 1 tháng Chín, 2022**, vẫn có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán các hóa đơn bệnh viện của mình. Kiểm tra với bệnh viện của quý vị để biết thêm thông tin về những lựa chọn hỗ trợ tài chính có sẵn cho quý vị. Và nếu quý vị có thắc mắc về cách luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới áp dụng cho quý vị, hãy liên hệ với Colorado Consumer Health Initiative tại:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Yêu cầu đối với bên thu hồi nợ

Bắt đầu từ **Ngày 1 tháng Sáu, 2022**, bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ **không** được phép thực hiện bất kỳ

hành động thu hồi nợ nào chống lại quý vị cho đến ít nhất 6 tháng (182 ngày) kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ y tế hoặc được xuất viện, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.

Bắt đầu từ **Ngày 1 tháng Sáu, 2022**, các bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ đều bị cấm bắt đầu thủ tục tịch thu nhà của quý vị để trừ nợ. Sự bảo vệ này áp dụng bất kể khi nào quý vị được chăm sóc y tế.

Bắt đầu từ **Ngày 1 tháng Sáu, 2022**, ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện bất kỳ hành động thu hồi nợ nào, bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ và người mua nợ đang thu nợ trên hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán phải thông báo cho quý vị về các hành động thu hồi nợ tiềm năng và cung cấp cho quý vị thông tin về sự sẵn có của Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện và cách làm đơn đăng ký. Sự bảo vệ này áp dụng cho bất kỳ khi nào quý vị được chăm sóc y tế.

Theo luật hiện hành của tiểu bang và liên bang, các bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ phải gửi cho quý vị thông báo, cho quý vị biết họ có khoản nợ mà họ đang cố gắng thu hồi từ quý vị và cho quý vị cơ hội để giải thích nếu có nhầm lẫn và thông tin họ có là sai. Bắt đầu từ **Ngày 1 tháng Chín, 2022**, theo luật Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện mới, những thông báo này (đôi khi được gọi là "thông báo xác nhận nợ") phải bao gồm liên kết đến giải thích bằng văn bản về quyền của bệnh nhân đối với Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện và hướng dẫn về sự sẵn có của khoản giảm giá. Sự bảo vệ này áp dụng bất kể khi nào quý vị được chăm sóc y tế.

03

Cách thực hiện hành động nếu quý vị gặp phải vấn đề



Tôi phải làm gì nếu tôi có thắc mắc về bệnh viện?

Gọi cho bệnh viện nơi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế và nói rằng quý vị muốn nói chuyện với ai đó về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. Bệnh viện của quý vị cũng có thể sử dụng các từ "hỗ trợ tài chính bệnh viện" hoặc "chăm sóc từ thiện" để nói về việc giảm giá cho các hóa đơn bệnh viện của quý vị.

Để tìm thông tin liên hệ cho bệnh viện của quý vị, hãy truy cập:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Tôi phải làm gì nếu tôi không đồng ý với quyết định của bệnh viện?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của bệnh viện về điều kiện hội đủ để nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, quý vị có quyền kháng nghị. Kháng nghị là khi quý vị yêu cầu xem xét lại trường hợp của mình. Nếu đánh giá thấy bệnh viện đã có sai sót, bệnh viện phải khắc phục sai sót đó.

Quý vị có thể muốn kháng nghị nếu:

1. Bệnh viện đã từ chối đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện của quý vị, nhưng quý vị tin rằng quý vị đủ điều kiện.

! Nếu đây là tình huống của quý vị và quý vị muốn khiếu nại, quý vị phải **•** nhanh chóng thực hiện: Quý vị có **30 ngày** kể từ ngày trên thư quyết định từ bệnh viện để kháng nghị.

2. Bệnh viện đã chấp nhận đơn đăng ký Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện của quý vị, nhưng quý vị tin rằng số tiền họ liệt kê là thu nhập hộ gia đình của quý vị nhiều hơn thu nhập hộ gia đình thực tế của quý vị. Trong trường hợp này, kế hoạch thanh toán của quý vị sẽ cao hơn mức mà quý vị tin là mình xứng đáng.

I Nếu đây là tình huống của quý vị và quý vị muốn khiếu nại, quý vị phải nhanh chóng thực hiện: Quý vị có **30 ngày** kể từ ngày trên

- thư quyết định từ bệnh viện để kháng nghị.

3. Quý vị đã làm đơn xin giảm giá và bệnh viện chưa bao giờ cho quý vị biết liệu đơn đăng ký của quý vị được chấp nhận hay bị từ chối. Nếu đã hơn 14 ngày kể từ khi quý vị hoàn thành đơn của mình và quý vị vẫn chưa nhận được phản hồi từ bệnh viện về việc liệu quý vị có được chấp thuận hay không, hãy liên hệ với bệnh viện của quý vị. Thông thường, bệnh viện sẽ giúp quý vị mà quý vị không cần phải kháng nghị. Nhưng nếu đã quá 14 ngày nhưng dưới 60 ngày kể từ khi quý vị hoàn thành đơn đăng ký của mình, quý vị có quyền kháng nghị.

I Nếu đây là tình huống của quý vị, trước tiên hãy liên hệ với bệnh viện và giải thích tình huống. Họ sẽ có thể giúp đỡ. Nếu quý vị

- quyết định muốn kháng nghị, quý vị phải nhanh chóng thực hiện: Trong trường hợp này, quý vị có **60 ngày** kể từ ngày quý vị hoàn thành đơn xin giảm giá để kháng nghị.

Dưới đây là các bước của quy trình kháng nghị

1. Quý vị có thể kháng nghị quyết định của bệnh viện **trong vòng 30 ngày** kể từ ngày trên thư quyết định. Quý vị có thể kháng nghị qua thư, email hoặc tin nhắn trên cổng thông tin bệnh nhân, nếu bệnh viện có tùy chọn đó.
2. Bệnh viện phải xác nhận rằng họ đã nhận được kháng nghị của quý vị **trong vòng 3 ngày** kể từ khi nhận được.
3. Bệnh viện có **15 ngày** kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị để 1) xem xét lại đơn xin giảm giá của quý vị một lần nữa và quyết định xem họ có sai sót gì hay không, và 2) báo cho quý vị và cơ quan tiểu bang phụ trách Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, Sở Chính sách & Tài chính về Chăm sóc sức khỏe Colorado (còn được gọi là "Sở"), về những gì họ đã quyết định.
4. Nếu bệnh viện quyết định rằng họ đã mắc sai sót lần đầu, họ phải sửa chữa sai sót của mình và gửi cho quý vị một thông báo mới phản ánh việc sửa chữa. Nếu bệnh viện thông báo họ không mắc sai sót lần đầu, quý vị có thể tiến hành Bước 5 nếu muốn.
5. Nếu bệnh viện thông báo họ không mắc sai sót và quý vị muốn Sở xem xét lại trường hợp của quý vị, quý vị có **15 ngày** kể từ

ngày kháng nghị quyết định của bệnh viện để liên hệ với Sở.

Có hai cách để liên hệ với Sở để khiếu nại. Quý vị có thể gửi email cho họ theo địa chỉ hcpf_hospdiscountcare@state.co.us, dòng tiêu đề "Appeal of Discounted Care Redetermination" (Khấu nại xác định lại chương trình chăm sóc y tế được giảm giá) và tên của quý vị. Hoặc quý vị có thể gửi thư đến địa chỉ sau:

Colorado Department of Health Care Policy and Financing
Attention: Hospital Discounted Care
c/o State Programs Unit, Special Financing Division
1570 Grant Street
Denver, CO 80203

6. Sở có **15 ngày** kể từ ngày họ nhận được email hoặc thư của quý vị để xem xét lại trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định cuối cùng. Họ sẽ gửi lá thư với quyết định của họ cho quý vị và bệnh viện. Nếu Sở quyết định rằng bệnh viện đã có sai sót, bệnh viện phải gửi thư cho quý vị thông báo rằng quý vị đủ điều kiện để được nhận chăm sóc y tế được giảm giá cho ngày hoặc các ngày cụ thể mà quý vị đã đăng ký ban đầu.

Tôi phải làm gì nếu có khiếu nại?

Đôi khi bệnh nhân gặp phải vấn đề với Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện và họ muốn gửi khiếu nại về trải nghiệm của họ. Ví dụ, có thể quý vị nghĩ rằng bệnh viện đã không sàng lọc điều kiện cho quý vị theo cách họ phải làm. Có thể một nhà cung cấp dịch vụ y tế không cung cấp cho quý vị các khoản giảm giá mà quý vị nghĩ rằng quý vị đủ điều kiện nhận. Hoặc có thể quý vị nói một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, và bệnh viện không giúp quý vị bằng ngôn ngữ quý vị nói tốt nhất.

Quý vị có quyền gửi khiếu nại về bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế.

Sở Chính sách & Tài chính về Chăm sóc sức khỏe Colorado chịu trách nhiệm thu thập các khiếu nại về Chương trình Chăm sóc y tế giảm giá Bệnh viện.

Quý vị có thể gửi khiếu nại đến Sở theo những cách sau:

Qua email: hcpf_HospDiscountCare@state.co.us

Qua điện thoại: 303-866-2580

Hoặc qua thư, được gửi đến địa chỉ gửi thư được liệt kê trên trang trước.

Sở sẽ xem xét trường hợp của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được khiếu nại của quý vị.

Đôi khi nhân viên từ văn phòng của họ có thể giúp quý vị giải quyết vấn đề của quý vị.

Gửi khiếu nại rất quan trọng vì nó giúp Sở hiểu những vấn đề đang xảy ra trên thực tế, vì vậy họ có thể giúp khắc phục chúng. Ví dụ, nếu một bệnh viện không tôn trọng quyền của bệnh nhân của họ, Sở có thể vào cuộc để đảm bảo bệnh viện khắc phục vấn đề. Nếu có vấn đề lặp đi lặp lại tại bệnh viện, Sở thậm chí có thể phạt bệnh viện hoặc đưa họ vào kế hoạch cần phải cải thiện.

Quý vị cũng có thể nói với người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân về vấn đề của quý vị.

Những người bảo vệ quyền lợi bệnh nhân, là những người đã viết hướng dẫn này - Colorado Consumer Health Initiative, Colorado Center on Law and Policy, và Vedra Law - cũng đang theo dõi cách mà luật mới đang áp dụng đối với bệnh nhân Colorado. Nếu quý vị có một trải nghiệm mà quý vị muốn chúng tôi biết, quý vị có thể cho chúng tôi biết về trải nghiệm của quý vị tại:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Tôi phải làm gì nếu bệnh viện từ chối tôi hoặc không điều trị cho tôi?

Các bệnh viện không được phép từ chối quý vị hoặc từ chối điều trị cho quý vị do quý vị có thể đủ điều kiện nhận Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, do quý vị không có bảo hiểm y tế, do quý vị có hóa đơn y tế chưa thanh toán hoặc do quý vị cần điều trị lâu dài. Nếu bệnh viện từ chối quý vị hoặc từ chối điều trị cho quý vị do bất kỳ lý do nào trong số này, thì **họ đang vi phạm pháp luật.**

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã bị từ chối chăm sóc một cách không công bằng, hãy gửi khiếu nại đến Sở Chính sách & Tài chính về Chăm sóc sức khỏe Colorado. (Xem "Tôi phải làm gì nếu có khiếu nại?") Quý vị cũng có thể liên hệ với tổ chức Colorado Consumer Health Initiative tại:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Tôi phải làm gì nếu tôi nghĩ rằng quyền của mình với tư cách là một bệnh nhân đã bị vi phạm?

Nếu quý vị nghĩ rằng bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bên dịch vụ thu hồi nợ, tổ chức thu hồi nợ hoặc người mua nợ đã vi phạm các quyền của quý vị theo luật Chăm sóc Giám giá Bệnh viện mới của Colorado, hãy liên hệ với Colorado Consumer Health Initiative tại:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Tổ chức Colorado Consumer Health Initiative không cung cấp hỗ trợ pháp lý, nhưng họ có thể kết nối quý vị với người có thể giúp đỡ.

Tôi đã đọc hướng dẫn này và tôi vẫn cần trợ giúp. Tôi nên làm gì?

Để được trợ giúp thêm, hãy liên hệ với Colorado Consumer Health Initiative tại

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

các tài liệu

Tài liệu bổ sung

Colorado Consumer Health Initiative, Colorado Center on Law and Policy, và Vedra Law đã tạo ra trang web về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện cho bệnh nhân và những người bảo vệ quyền lợi bệnh nhân. Truy cập:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

để tìm các tài liệu bổ sung về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện, để tải xuống hướng dẫn này bằng các ngôn ngữ khác, để chia sẻ câu chuyện của quý vị hoặc để yêu cầu hỗ trợ bệnh nhân.

Sở Chính sách & tài chính về Chăm sóc Sức khỏe Colorado là cơ quan tiểu bang phụ trách Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện. Họ có hai trang web nơi quý vị có thể tìm hiểu thêm về Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện:

<https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care> (chi tiết hơn)

và:

<https://hcpf.colorado.gov/colorado-hospital-discounted-care> (ít chi tiết hơn)

Xem lại *Hướng dẫn thực hiện Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện* của họ để biết thêm thông tin chi tiết về giảm giá.

Luật và quy định của tiểu bang:

Dự luật đưa ra Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện được gọi là Dự luật Hạ viện 21-1198:

https://leg.colorado.gov/sites/default/files/2021a_1198_signed.pdf

Vào năm 2022, Dự luật Hạ viện 22-1403, đã lùi ngày áp dụng nhiều phần trong Dự luật Hạ viện 21-1198 từ ngày 1 tháng Sáu, 2022 đến ngày 1 tháng Chín, 2022:

<https://leg.colorado.gov/bills/hb22-1403>

Các luật của Colorado - còn được gọi là Đạo luật sửa đổi Colorado - cung cấp thẩm quyền cho Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh

viện như sau: Mục 25.5-3-501 và các tài liệu tiếp theo (định nghĩa, yêu cầu sàng lọc điều kiện, giảm giá, thông báo về quyền của bệnh nhân, yêu cầu báo cáo dữ liệu bệnh viện, cơ chế và trách nhiệm thực thi của cơ quan tiểu bang, giới hạn về hành động thu hồi nợ); Mục 5-16-108 (hạn chế thu hồi nợ); Mục 6-20-201, 203 (giới hạn về hành động thu hồi nợ).

Các quy tắc - còn được gọi là Quy chế Điều lệ Colorado - chi phối Chương trình Chăm sóc Giảm giá Bệnh viện được tìm thấy tại 10 CCR 2505-10 Mục 8.920. Để tìm các quy định, hãy truy cập:

<https://hcpf.colorado.gov/department-program-rules-and-regulations>

Cuộn xuống, nhập vào "8.900 - 8.999" và tìm "Phiên bản hiện tại" của các quy định.