

Chủ đề: SJH chính sách hỗ trợ tài chính (tổ chức từ thiện chăm sóc)	Số chính sách: PSJH RCM 002 NoCal	
Bộ phận: Doanh thu chu trình quản lý	<input checked="" type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Sửa đổi <input type="checkbox"/> Được nhận xét	Ngày : 3/22/2019
Giám đốc điều hành tài trợ: Kimberly Sullivan, SVP trưởng doanh thu cán bộ chu kỳ	Chính sách chủ đầu tư: Marie Sorci, diện tích Dir doanh thu chu kỳ dịch vụ	
Được phê chuẩn: PSJH ban giám đốc	Ngày thực hiện : 5/1/2019	

St. Joseph sức khỏe ("SJH") là một tổ chức y tế công giáo không cho lợi nhuận hướng dẫn bởi một cam kết về nhiệm vụ của mình phục vụ tất cả, đặc biệt là những người nghèo và dễ bị tổn thương, bởi các giá trị cốt lõi của lòng từ bi, nhân phẩm, tư pháp, xuất sắc và tính toàn vẹn, và bởi niềm tin rằng chăm sóc sức khỏe là một quyền con người. Đó là triết học và thực hành của mỗi bệnh viện SJH cấp cứu và y khoa đòi hỏi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có sẵn cho những người trong cộng đồng mà chúng tôi phục vụ, bất kể khả năng của mình để trả tiền.

PHẠM VI:

Chính sách này áp dụng cho tất cả các bệnh viện SJH ở các quận Humboldt, Sonoma và Napa, và cho tất cả các dịch vụ khẩn cấp, khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế khác được cung cấp bởi các bệnh viện SJH ở các quận đó (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc thử nghiệm hoặc điều tra). Danh sách các bệnh viện SJH được bảo hiểm theo chính sách này có thể được tìm thấy trong Phụ lục Danh sách các Cơ sở được Bảo hiểm.

Chính sách này sẽ được giải thích theo cách phù hợp với Mục 501 (r) của Bộ luật Thu nhập Nội bộ năm 1986, đã được sửa đổi, và, đối với các Bệnh viện SJH ở California, Chính sách giá của Hội chợ Bệnh viện được nêu trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe của California (Phần 127400-127446). Trong trường hợp có xung đột giữa các quy định của các luật đó và chính sách này, các luật đó sẽ kiểm soát.

MỤC ĐÍCH:

Mục đích của chính sách này là đảm bảo một phương pháp công bằng, không phân biệt đối xử, hiệu quả và thống nhất để cung cấp Hỗ trợ Tài chính (chăm sóc từ thiện) cho các cá nhân đủ điều kiện không thể thanh toán đầy đủ hoặc một phần cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết về mặt y tế và các dịch vụ khác của bệnh viện được cung cấp bởi các bệnh viện SJH.

Mục đích của chính sách này là tuân thủ tất cả các luật liên bang, tiểu bang và địa phương. Chính sách này và các chương trình hỗ trợ tài chính ở đây tạo thành Chính sách hỗ trợ tài chính chính thức (FAP,) và Chính sách chăm sóc y tế khẩn cấp cho mỗi bệnh viện do SJH sở hữu, thuê hoặc vận hành.

CHÍNH SÁCH:

SJH sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện miễn phí hoặc giảm giá cho bệnh nhân có thu nhập thấp, bệnh nhân không có bảo hiểm và bảo hiểm thấp và bệnh nhân có chi phí y tế cao bằng hoặc dưới 350% FPL, khi khả năng thanh toán dịch vụ là rào cản đối với việc tiếp cận khẩn cấp cần thiết về mặt y tế và chăm sóc bệnh viện khác và không có nguồn bảo hiểm thay thế đã được xác định. Bệnh nhân phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện được mô tả trong chính sách này để đủ điều kiện.

Các bệnh viện SJH với các khoa cấp cứu chuyên dụng sẽ cung cấp, không phân biệt đối xử, chăm sóc các tình trạng y tế khẩn cấp (theo nghĩa của Đạo luật Lao động và Điều trị Y tế Khẩn cấp) phù hợp với các khả năng sẵn có, bất kể cá nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. SJH sẽ không phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác, chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, dân tộc, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, tình trạng hôn nhân, giới tính, khuynh hướng tình dục, bản sắc hoặc biểu hiện giới tính, khuyết tật, tình trạng cựu quân nhân hoặc bất kỳ cơ sở nào khác bị cấm bởi liên bang, tiểu bang hoặc luật địa phương khi đưa ra quyết định hỗ trợ tài chính.

Các bệnh viện SJH sẽ tiến hành kiểm tra sàng lọc y tế khẩn cấp và ổn định điều trị, hoặc giới thiệu và chuyển một cá nhân nếu việc chuyển giao đó phù hợp theo 42 C.F.R 482.55. SJH nghiêm cấm mọi hành động, thực hành nhập học hoặc chính sách sẽ không khuyến khích các cá nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp, như cho phép các hoạt động đòi nợ can thiệp vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp.

Danh sách các Chuyên gia theo SJH FAP: Mỗi bệnh viện SJH sẽ xác định cụ thể danh sách các bác sĩ, nhóm y tế hoặc các chuyên gia khác cung cấp dịch vụ là những người không thuộc chính sách này. Các bác sĩ phòng cấp cứu cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp cho bệnh nhân tại các bệnh viện SJH California, được luật pháp California yêu cầu giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bệnh nhân có chi phí y tế cao (theo quy định của Chính sách giá bệnh viện được nêu trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe của California Phần 127400-127446)) đang ở hoặc dưới 350% FPL. Mỗi bệnh viện SJH sẽ cung cấp danh sách này cho bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu một bản sao. Danh sách nhà cung cấp cũng có thể được tìm thấy trực tuyến tại trang web của St. Joseph Health: www.stjhs.org.

Yêu cầu đủ điều kiện nhân hỗ trợ tài chính: Hỗ trợ tài chính dành cho cả bệnh nhân và người bảo hiểm không có bảo hiểm và người được bảo hiểm khi sự hỗ trợ đó phù hợp với chính sách này và luật liên bang và tiểu bang điều chỉnh các lợi ích cho phép đối với bệnh nhân. Các bệnh viện SJH sẽ nỗ lực hợp lý để xác định sự tồn tại hoặc không tồn tại của bảo hiểm của bên thứ ba, toàn bộ hoặc một phần, đối với dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các bệnh viện SJH, trước khi chỉ đạo bất kỳ nỗ lực thu thập nào cho bệnh nhân.

Bệnh nhân tìm kiếm hỗ trợ tài chính phải hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính SJH tiêu chuẩn và việc đủ điều kiện sẽ dựa trên nhu cầu tài chính tại thời điểm đó. Những nỗ lực hợp lý sẽ được thực hiện để thông báo và thông báo cho bệnh nhân về sự sẵn có của Hỗ trợ tài chính bằng cách cung cấp thông tin trong quá trình nhập viện và xuất viện, trên bảng kê hóa đơn của bệnh nhân, tại các khu vực thanh toán có thể truy cập của bệnh nhân, trên trang web của bệnh viện SJH, bằng cách thông báo bằng miệng trong các cuộc thảo luận thanh toán, cũng như như trên các biển báo ở khu vực nội trú và ngoại trú với số lượng lớn, chẳng hạn như nhập viện và khoa cấp cứu. SJH sẽ giữ lại thông tin được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện theo các chính sách lưu trữ hồ sơ của mình.

Nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính: Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh có thể yêu cầu và nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính miễn phí và có sẵn tại Bộ SJH hoặc bằng các cách sau: tư vấn cho nhân viên dịch vụ tài chính của bệnh nhân tại hoặc trước thời điểm xuất viện yêu cầu và nộp với tài liệu hoàn thành; qua thư hoặc bằng cách truy cập www.stjhs.org, tải về và nộp đơn hoàn thành với tài liệu. Một người nộp đơn xin hỗ trợ tài chính sẽ được kiểm tra sơ bộ, trong đó bao gồm đánh giá xem bệnh nhân đã hết hay không đủ điều kiện cho bất kỳ nguồn thanh toán của bên thứ ba nào.

Mỗi bệnh viện SJH sẽ cung cấp nhân sự được chỉ định để hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính và xác định đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc hỗ trợ tài chính từ các chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ, nếu có. Dịch vụ phiên dịch có sẵn để giải quyết bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào và để hỗ trợ hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính.

Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh có thể đủ điều kiện nộp đơn xin hỗ trợ tài chính có thể cung cấp đủ tài liệu cho SJH để hỗ trợ xác định đủ điều kiện bất cứ lúc nào khi biết rằng thu nhập của một bên rơi xuống dưới FPL tối thiểu theo quy định của Liên bang và Nhà nước.

Tình hình tài chính cá nhân: Thu nhập, tài sản tiền tệ và chi phí của bệnh nhân sẽ được sử dụng để đánh giá tình hình tài chính cá nhân của bệnh nhân. Tài sản tiền tệ sẽ không bao gồm các chương trình bồi thường hưu trí hoặc trả chậm đủ tiêu chuẩn theo Bộ luật Thu nhập Nội bộ cũng như các chương trình bồi thường trả chậm không đủ điều kiện. Không phải 10.000 đô la đầu tiên của tài sản tiền tệ của bệnh nhân và 50% đầu tiên của tài sản tiền tệ của bệnh nhân trên 10.000 đô la đầu tiên sẽ được tính để xác định tính đủ điều kiện.

Tiêu chuẩn thu nhập: Tiêu chí thu nhập, dựa trên Mức Nghèo Liên bang (FPL), có thể được sử dụng để xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc chiết khấu. Vui lòng xem Phụ lục B để biết chi tiết.

Quyết định và Phê duyệt: Bệnh nhân sẽ nhận được thông báo về xác định đủ điều kiện FAP trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính hoàn chỉnh và các tài liệu cần thiết. Sau khi nhận được đơn, các nỗ lực thu thập đặc biệt sẽ được chờ đợi cho đến khi xác định đủ điều kiện bằng văn bản được gửi đến bệnh nhân. SJH sẽ không đưa ra quyết định đủ điều kiện nhận hỗ trợ dựa trên thông tin mà bệnh viện tin là không chính xác hoặc không đáng tin cậy.

Giải quyết tranh chấp: Bệnh nhân có thể kháng cáo quyết định không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính bằng cách cung cấp tài liệu bổ sung có liên quan cho SJH trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được thông báo từ chối. Tất cả các kháng cáo sẽ được xem xét và nếu đánh giá khẳng định việc từ chối, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi đến người bảo lãnh và Bộ Y tế Nhà nước, nếu cần, và theo quy định của pháp luật. Quá trình kháng cáo cuối cùng sẽ kết thúc trong vòng 10 ngày kể từ khi SJH nhận được đơn từ chối. Kháng cáo có thể được gửi đến Đài tưởng niệm Santa Rosa, 1165 Montgomery Drive, Santa Rosa, CA 95405.

Tổ chức từ thiện giả định: SJH có thể chấp thuận cho bệnh nhân điều chỉnh từ thiện đối với số dư tài khoản của họ bằng các phương tiện khác ngoài đơn xin Hỗ trợ Tài chính đầy đủ. Những quyết định này sẽ được thực hiện trên cơ sở giả định bằng cách sử dụng công cụ đánh giá tài chính được công nhận trong ngành để đánh giá khả năng thanh toán dựa trên hồ sơ tài chính công khai hoặc các hồ sơ khác, bao gồm nhưng không giới hạn thu nhập hộ gia đình, quy mô hộ gia đình và lịch sử thanh toán.

Các trường hợp đặc biệt khác: Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia các chương trình đủ điều kiện FPL như Medicaid, Medi-Cal và các chương trình hỗ trợ thu nhập thấp do chính phủ tài trợ, được coi là nghèo. Do đó, những bệnh nhân này đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính khi các chương trình từ chối thanh toán và sau đó xem xét các khoản phí có thể tính hóa đơn cho bệnh nhân. Số dư tài khoản của bệnh nhân do các khoản phí không được hoàn trả đủ điều kiện để xóa sổ từ thiện đầy đủ. Cụ thể bao gồm đủ điều kiện là các chi phí liên quan đến sau:

- Từ chối điều trị nội trú
- Từ chối ngày điều trị nội trú
- Dịch vụ không được bảo hiểm
- Từ chối yêu cầu ủy quyền điều trị (TAR)
- Từ chối do bảo hiểm hạn chế

Chi phí y tế thảm khốc: SJH, theo quyết định của mình, có thể cấp từ thiện trong trường hợp chi phí y tế thảm khốc. Những bệnh nhân này sẽ được xử lý trên cơ sở cá nhân.

Giới hạn về các khoản phí đối với tất cả các bệnh nhân Đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính:

Không có bệnh nhân nào đủ điều kiện nhận bất kỳ loại hỗ trợ nào được ghi chú ở trên sẽ chịu trách nhiệm cá nhân nhiều hơn so với tỷ lệ phần trăm Tổng các khoản phí được tính chung (AGB), như được định nghĩa dưới đây.

Gói thanh toán hợp lý: Một khi bệnh nhân được chấp thuận hỗ trợ tài chính một phần, nhưng vẫn còn số dư, SJH sẽ đàm phán sắp xếp kế hoạch thanh toán. Gói thanh toán hợp lý sẽ bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không quá 10 phần trăm thu nhập hàng tháng của bệnh nhân và gia đình, không bao gồm các khoản khấu trừ cho Chi phí sinh hoạt thiết yếu mà bệnh nhân liệt kê trong đơn xin hỗ trợ tài chính của họ. Kế hoạch thanh toán sẽ được miễn lãi. Các mốc thời gian của các kế hoạch thanh toán sẽ được giới hạn cho các bệnh nhân có kháng cáo bảo hiểm đang chờ xử lý.

Thanh toán và Bộ sưu tập: Bất kỳ số dư chưa thanh toán nào của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh còn nợ sau khi áp dụng giảm giá có sẵn, nếu có, có thể được chuyển đến các bộ sưu tập. Nỗ lực thu thập số dư chưa thanh toán sẽ ngừng chờ xác định cuối cùng về tính đủ điều kiện FAP. SJH không thực hiện, cho phép hoặc cho phép các cơ quan thu nợ thực hiện bất kỳ hành động thu nợ bất thường nào trước khi: (a) nỗ lực hợp lý để xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không; hoặc (b) 120 ngày sau khi tuyên bố bệnh nhân đầu tiên được gửi. Để biết thông tin về thực hành thanh toán và thu nợ của SJH đối với các khoản nợ của

bệnh nhân, vui lòng xem chính sách của Bệnh viện SJH, được cung cấp miễn phí tại mỗi bàn đăng ký bệnh viện SJH, hoặc tại: www.stjhs.org.

Hoàn tiền cho bệnh nhân: Trong trường hợp bệnh nhân hoặc người bảo lãnh đã thanh toán cho các dịch vụ và sau đó được xác định là đủ điều kiện để được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá, mọi khoản thanh toán liên quan đến các dịch vụ đó trong khoảng thời gian đủ điều kiện FAP sẽ vượt quá nghĩa vụ thanh toán sẽ vượt quá nghĩa vụ thanh toán được hoàn trả, theo quy định của nhà nước.

Đánh giá thường niên: Chính sách Hỗ trợ Tài chính (Chăm sóc Từ thiện) của SJH này sẽ được xem xét trên cơ sở hàng năm bởi lãnh đạo Chu kỳ Doanh thu được chỉ định.

NGOẠI TRỪ:

Xem Phạm vi trên.

ĐỊNH NGHĨA:

Đối với mục đích của chính sách này, các định nghĩa và yêu cầu sau đây được áp dụng:

1. Mức Nghèo Liên bang (FPL): FPL có nghĩa là các nguyên tắc nghèo được cập nhật định kỳ trong Đăng ký Liên bang của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ.

2. Số tiền thường được lập hóa đơn (AGB): Số tiền thường được lập hóa đơn cho cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác cho bệnh nhân có bảo hiểm y tế được gọi trong chính sách này là AGB. SJH sử dụng phương pháp xác định AGB trong tương lai của Medicare. AGB bằng với số tiền sẽ được hoàn trả bởi phí dịch vụ của Medicare, cộng với số tiền mà bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm thanh toán dưới hình thức đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ, nếu anh ta hoặc cô ta là người thụ hưởng Medicare tại thời gian phục vụ

3. Hành động đòi nợ bất thường (ECA): ECA được định nghĩa là những hành động đòi hỏi một quy trình pháp lý hoặc tư pháp, liên quan đến việc bán nợ cho một bên khác hoặc báo cáo thông tin bất lợi cho các cơ quan tín dụng hoặc văn phòng. Các hành động đòi hỏi quy trình pháp lý hoặc tư pháp cho mục đích này bao gồm quyền cầm giữ; tịch thu bất động sản; đính kèm hoặc thu giữ tài khoản ngân hàng hoặc tài sản cá nhân khác; bắt đầu một vụ kiện dân sự chống lại một cá nhân; những hành động gây ra một vụ bắt giữ cá nhân; hành động khiến một cá nhân phải chịu sự gắn bó của cơ thể; và trang hoàng lương.

4. Chi phí y tế cao: Chi phí y tế cao là những chi phí được xác định theo Chính sách giá hợp lý của Bệnh viện - Bộ luật An toàn và Sức khỏe California (Phần 127400-127446), là: (1) chi phí tự trả hàng năm do cá nhân chịu Bệnh viện SJH vượt quá 10% thu nhập gia đình của bệnh nhân trong 12 tháng trước, (2) chi phí tự chi hàng năm vượt quá 10% thu nhập gia đình của bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân được trả bởi bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân trong 12 tháng trước hoặc (3) mức thấp hơn được xác định bởi bệnh viện SJH theo chính sách chăm sóc từ thiện của bệnh viện SJH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

<i>Doanh thu nội bộ mã phần 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1)-1.501(r)(7)</i>
<i>Sức khỏe California và mã số an toàn phần 127000-127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 và 413.89</i>
<i>Hướng dẫn tổ chức từ thiện Hiệp hội bệnh viện Mỹ</i>
<i>Hướng dẫn tổ chức từ thiện Hiệp hội bệnh viện California</i>
<i>California Alliance trên nguyên tắc công giáo dịch vụ chăm sóc y tế từ thiện</i>
<i>Providence St. Joseph y tế cam kết các nguyên tắc bảo hiểm</i>
<i>Nhà cung cấp bồi hoàn bằng tay, phần I, chương 3, phần 312</i>

Triển lãm A-danh sách được bảo hiểm Tiện nghi

St. Joseph Health Hospitals in Northern California	
St. Joseph Hospital, Eureka	Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital	Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center	

Triển lãm B - thu nhập trình độ cho St. Joseph y tế bệnh viện tại Bắc California

Nếu thu nhập gia đình...	Và bệnh nhân là...	Sau đó...																						
200% hoặc ít hơn FPL,	Reủ hoặc được bảo hiểm	Toàn bộ (100%) bệnh nhân trách nhiệm phần nào của các hóa đơn cho các dịch vụ sẽ được viết tắt.																						
201-350% của FPL,	Reủ,	<p>Bệnh nhân thanh toán nghĩa vụ sẽ có một tỷ lệ phần trăm của AGB cho dịch vụ dựa trên quy mô trượt bên dưới:</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Nếu % thu nhập của FPL là...</th> <th>Sau đó % AGB là...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>201 – 215%</td><td>10%</td></tr> <tr><td>216 – 230%</td><td>20%</td></tr> <tr><td>231 – 245%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>246 - 260%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>261 – 275%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>276 – 290%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>291 – 305%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>306 – 320%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>321 – 335%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>336 – 350%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Nếu % thu nhập của FPL là...	Sau đó % AGB là...	201 – 215%	10%	216 – 230%	20%	231 – 245%	30%	246 - 260%	40%	261 – 275%	50%	276 – 290%	60%	291 – 305%	70%	306 – 320%	80%	321 – 335%	90%	336 – 350%	100%
	Nếu % thu nhập của FPL là...	Sau đó % AGB là...																						
201 – 215%	10%																							
216 – 230%	20%																							
231 – 245%	30%																							
246 - 260%	40%																							
261 – 275%	50%																							
276 – 290%	60%																							
291 – 305%	70%																							
306 – 320%	80%																							
321 – 335%	90%																							
336 – 350%	100%																							
Bảo hiểm,	<p>Nghĩa vụ của bệnh nhân sẽ được giảm các khoản thanh toán bảo hiểm:</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Nếu...</th> <th>Sau đó...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Thanh toán bảo hiểm là nhiều hơn hoặc bằng AGB,</td> <td>Toàn bộ (100%) bệnh nhân trách nhiệm phần nào của các hóa đơn sẽ được viết tắt.</td> </tr> <tr> <td>Bảo hiểm thanh toán là ít hơn AGB,</td> <td>Bệnh nhân sẽ phải trả sự khác biệt giữa các khoản thanh toán bảo hiểm và AGB.</td> </tr> </tbody> </table>	Nếu...	Sau đó...	Thanh toán bảo hiểm là nhiều hơn hoặc bằng AGB,	Toàn bộ (100%) bệnh nhân trách nhiệm phần nào của các hóa đơn sẽ được viết tắt.	Bảo hiểm thanh toán là ít hơn AGB,	Bệnh nhân sẽ phải trả sự khác biệt giữa các khoản thanh toán bảo hiểm và AGB.																	
Nếu...	Sau đó...																							
Thanh toán bảo hiểm là nhiều hơn hoặc bằng AGB,	Toàn bộ (100%) bệnh nhân trách nhiệm phần nào của các hóa đơn sẽ được viết tắt.																							
Bảo hiểm thanh toán là ít hơn AGB,	Bệnh nhân sẽ phải trả sự khác biệt giữa các khoản thanh toán bảo hiểm và AGB.																							
351% - 500% FPL,	Reủ,	Bệnh nhân trả số tiền AGB.																						
	Bảo hiểm,	Bệnh nhân trả tiền cho sự khác biệt giữa các khoản thanh toán bảo hiểm và AGB.																						
Trên 500% của FPL,	Incurring financial liability according to the “high medical costs” definition,	Bệnh nhân trả tiền không có nhiều hơn AGB.																						