

经济援助政策

Alexian Brothers Health System（经营别称：Ascension Illinois 附属机构）

目的

本政策旨在具体说明 Alexian Brothers Health System（经营别称 Ascension Illinois 附属机构）管理经济援助的要求。

政策

本文件是本段下文所列各组织（每个都简称为“组织”）为确保在组织设施中提供急救或其他医学必要护理时能够采取社会公平措施而制定的政策。本政策专用于判断从组织获得护理但需要经济援助的患者是否有资格获得经济援助。

本政策适用于 Alexian Brothers Health System（经营别称：Ascension Illinois 附属机构）内的以下每个机构：

Alexian Brothers Medical Center - Elk
Grove Saint Joseph Hospital - Chicago
St. Alexius Medical Center - Hoffman
Estates Alexian Brothers Behavioral Health
Hospital 聘用的职业医师

- A. 所有经济援助都将反映我们对个人尊严和公共利益的承诺和尊重，对生活贫困者和其他弱势群体的特别关注和休戚与共，以及我们对公平分配和管理工作的承诺。
- B. 本政策适用于组织提供的所有急救和其他医学必要护理，包括受雇医师服务和行为健康。本政策不适用于非急救和其他医学必要护理的费用。
- C. 经济援助政策涵盖的提供者列表列出了在组织设施内提供护理的所有服务提供者，并指定经济援助政策涵盖哪些服务提供者，不涵盖哪些服务提供者。

定义

本政策具体定义

- A. “**501(r)**”是指《国内税收法》第 501(r) 条及其项下颁布的法规。
- B. “**一般收费金额**”或“**AGB**”是指，就急诊和其他医疗必要护理而言，通常向拥有涵盖此类护理的保险的个人收取的金额。
- C. “**社区**”是指伊利诺伊州。在本政策中，“**居住在社区**”即表示伊利诺斯州的居民 — 居住在伊利诺斯州并计划无限期居住在伊利诺斯州的人员，但不包括出于享受医疗福利目的搬迁到伊利诺斯州的人员。如果患者所需要的急诊及其他医学必需医疗服务，属于其此前在 Alexian Brothers Health System（经营别称：Ascension Illinois 附属机构）的另一家机构已经接受过的急诊及其他医学必需医疗服务的连续性治疗，且该患者已就该等急诊及其他医学必需医疗服务获得经济援助资格，则该患者亦应被视为本机构社区成员。
- D. “**紧急护理**”指针对某种病症所提供的诊疗服务；该病症出现急性、程度较重的症状（包括剧烈疼痛），若不立即就医，可能导致：身体机能严重受损、任一身体器官或部位严重功能障碍，或使患者健康面临重大危险。
- E. “**医学必要护理**”指符合以下条件的医疗服务：（1）针对患者病情，适宜、符合诊疗规范且为预防、诊断或治疗所必需；（2）结合患者病情，属于安全范围内最为适宜的服务等级与供给方式；（3）并非主要为方便患者、患者家属、接诊医师或看护人员而提供；（4）对患者获益大于风险。将来预定的护理要成为“医学必要护理”，必须由组织的首席医疗官（或指定人员）批准该等护理和护理时间。是否属于医学必要护理必须由向患者提供医疗护理的持证医疗服务提供者确定，并由组织酌情决定，由入院医师、转诊医师及/或首席医疗官或其他审查医师参与决定（取决于所建议的护理类型）。如果患者要求的、本政策涵盖的护理经审查医师判定不具有医学必要性，那么入院医师或转诊医师也必须确认该判定结果。
- F. “**机构**”是指 Alexian Brothers Health System（经营别称：Ascension Illinois 附属机构）以及上述第二条中所列适用本经济援助政策的各实体。
- G. “**患者**”是指在本组织接受紧急和其他医学必要护理的人，以及在经济上负责患者护理的人。
- H. “**推定评分**”是指使用第三方信息源（其中可能包括公共记录）或其他客观合理的正确方法评估患者是否具有经济援助资格。
- I. “**无保险患者**”是指不在健康保险单承保范围内，也不是公共或私人健康保险、健康福利或其他健康保险计划（包括高免赔额健康保险计划、工伤赔偿、意外责任保险或其他第三方责任）受益人的患者。

所需程序

A. 本条描述的经济援助仅限于居住在“社区”的患者：

1. 经认定符合资格的患者，如其收入低于或等于联邦贫困线收入标准 ("FPL") 的 250%，则在保险人（如有）支付后，就应由该患者自行承担的费用部分，可享受 100% 的减免。

根据推定评分（见下文第 5 段所述），或在患者收到第一份出院账单且申请获得本组织批准后第 240 天或之前提交经济援助申请（“申请”）。如果患者在收到首张出院账单后的 240 天之后提交申请，则该患者将有资格获得多达 100% 的经济援助，但是，该类别可向其提供的经济援助金额仅限于考虑其账户付款后的未付余额。对于符合此类别经济援助资格的患者，向其收取的费用将不会超过所计算的 AGB 费用。

2. 根据本经济援助政策的其他规定，对于收入高于 FPL 的 250% 但未超过 FPL 600% 的未投保患者，由其承担的服务费用部分将获得浮动标准折扣。对于收入高于 FPL 的 250%，但是未超过 FPL 400% 的患者，其承担的服务费用部分将基于保险计划的福利说明获得浮动标准折扣。应在患者收到首张出院账单后的 240 天内提交申请并获得组织批准后才可适用此类折扣。如果患者在收到首张出院账单后的 240 天之后提交申请，则患者将有资格获得浮动标准折扣的经济援助，但是，该类别可提供给其的经济援助金额仅限于考虑其账户已付款后的未付余额。对于符合此类别经济援助资格的患者，向其收取的费用将不会超过所计算的 AGB 费用。

浮动比例折扣如下：（FPL - 联邦贫困线收入）浮动计算折扣如下所示：

未投保患者浮动标准折扣	%
0% - 250% FPL	100%
FPL 251% — 300%	95%
FPL 301% — 400%	90%
FPL 401% — 600%	85%

投保患者浮动标准折扣	%
0% - 250% FPL	100%
FPL 251% — 300%	95%
FPL 301% — 400%	90%

3. 在遵守本经济援助政策其他条款规定的前提下，收入超过联邦贫困线 (FPL) 600%（无保险患者）和 400%（有保险患者）的患者，仍可根据“经济状况测试” (Means Test)，按照其医疗债务总额，就其在本组织接受服务所产生的患者自付费用部分获得一定程度的经济援助。如果患者的医疗债务总额过高，则其可依据“经济状况测试”获得经济援助资格；该医疗债务总额包括患者因急诊及其他医学必需医疗服务而对 Alexian Brothers Health System（经营别称：Ascension Illinois 附属机构）以及任何其他医疗服务提供者所负担的医疗债务。等于或高于患者家庭总收入的必要医疗护理。根据经济审查所提供的经济援助水平与根据上文第 2 段收入为 FPL 的 600%（无保险）和 400%（受保）的患者相同，如果该患者在患者第一次出院账单后第 240 天或之前提交申请，并且

申请经本组织批准。如果患者在收到首张出院账单后的 240 天之后提交申请，则患者将有资格获得根据经济情况调查的折扣的经济援助，但是，该类别中可提供给该患者的经济援助金额仅限于考虑其账户已付款后的未付余额。对于符合此类别经济援助资格的患者，向其收取的费用将不会超过所计算的 AGB 费用。

此外，对于有资格享受第 2 款规定的滑动折扣的未投保患者，超过 12 个月的收款上限应额外设定为患者家庭收入的 20%。

4. 如果根据“资产情况调查”，患者被视为拥有足够的资产进行付款，则该患者可能没有资格获得上述第 1 至第 3 款所述的经济援助。资产情况调查涉及根据 FAP 申请表中确定的资产类别对患者的支付能力进行实质性评估。资产超过其 FPL 金额 600% 的患者可能没有资格获得经济援助。
5. 经济援助资格可能在收入周期内的任何时间点进行判定，对于具有足够未付余额的患者，可能在该患者未能完成经济援助申请（“FAP”申请）的情况下，在其收到首张出院账单后的 240 天内进行推定评分，以确定其是否符合资格享受 100% 慈善医疗福利。基于推定评分确定资格仅适用于开展推定评分的护理阶段。

证明符合以下标准之一的患者将被视为推定有资格获得 100% 慈善医疗：无家可归、无遗产的死亡者、没有人代表患者行事的精神上无行为能力、医疗补助资格，但不是在服务之日或非承保服务，在组织没有且不打算成为参与提供者的其他州注册 Medicaid，和医疗补助参与，但用尽任何逗留时间限制。

其他法定类别包括注册以下计划：妇女、婴儿和儿童营养计划 (WIC);补充营养援助计划 (SNAP);伊利诺伊州免费午餐和早餐计划;低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP);参加一个有组织的社区计划，提供获得医疗服务的机会，评估和记录有限的低收入财务状况作为标准;以及获得医疗服务补助金援助。

6. 对于参加某些将本组织认定为“网络外提供者 (out-of-network)”的保险计划的患者，本组织可在审查患者的保险信息以及其他相关事实和情况后，减少或者拒绝原本可向该患者提供的经济援助。
7. 患者可以在收到拒绝通知后的十四（14）个日历日内，向组织提供额外信息，对经济援助资格的拒绝提出申诉。组织将审查所有申诉，得出最终判定结果。如果最终确定结果确认了先前的经济援助拒绝判定，将向患者提供书面通知。患者及其家人针对组织有关经济援助资格决定的申诉流程如下所示：

- a. 患者财务服务部应首先接受申诉进行审查以及后续问题（如适用）。
- b. 然后每月应召开委员会审查所有申诉。委员会的成员应包括患者财务服务部、使命整合部、案例管理/社会服务部的代表以及财务部首席财务官。

应在每月委员会会议前向委员分发申诉书以供审查。

- c. 患者财务服务部代表应出席委员会会议讨论每个案例，并提供患者可能已提供的其他意见。
- d. 委员会将审查申请者的 FAP 申请，尤其注意申请者在申诉流程中提出的附加信息和要点。委员会可能会批准、拒绝或搁置申诉。如果根据申诉讨论过程中提出的问题需要附加信息，则委员会可能搁置申诉要求。
- e. 患者财务服务部将以书面形式向患者或家人通知申诉的结果。

B. 适用于无资格获得经济援助的患者的其他援助

如上所述，没有资格获得经济援助的患者，仍可能有资格获得该组织提供的其他类型的援助。出于完整性考虑，在此处列明了其他类型的援助，虽然援助并非必要，且并非属于第 501(r) 条的规定范围，但是仍在此处提供，为组织服务的社区提供便利。

1. 未投保且不符合获得经济援助资格的患者，将根据为该组织最高金额付款人提供的折扣而享受相应折扣。最高金额付款人必须至少占组织总人数的 3%（根据营业额或患者收入总额进行计算）。如果单个付款人没有达到该最低营业额水平，则应计算多个付款人合同的平均值，确保参与平均计算的付款项目至少达到该年度组织营业额的 3%。
2. 不符合经济援助资格的未投保和投保患者可以享受即时支付折扣。即时支付折扣可能作为紧邻上段所述的无保险折扣的补充提供。

C. 适用于符合经济援助资格的患者的收费限制

1. 对于符合经济援助资格的患者，对其获得的急救护理及其他医学必要护理，将不会向其个人收取超过 AGB 的费用，并且不会超过所有其他医疗护理的总费用。组织将使用“回溯”方法计算一个或多个 AGB 百分比，包括 Medicare 服务费和向组织支付索赔的所有私人医疗保险公司，全部依据第 501(r) 条。
2. 有关 AGB 计算说明及适用百分比的免费副本，可通过以下方式获取：访问本组织网站、致电 833-272-7585、发送电子邮件至 amitafinancialassistance@ascension.org，或书面函寄至以下地址：

Alexian Brothers Health System
收件人：经济援助部邮政信箱 74008855
Chicago, IL 60674-8855

D. 申请经济援助和其他援助

患者可通过推定评分资格认定获得经济援助，也可通过提交填写完整的 FAP 申请表申请经济援助。FAP 申请表及 FAP 申请说明可通过以下方式获取：访问本组织网站、致电 833-272-7585、发送电子邮件至amitafinancialassistance@ascension.org,或书面函寄至以下地址：

Alexian Brothers Health System
收件人：经济援助部邮政信箱 74008855
Chicago, IL 60674-8855

本组织将要求未投保患者与财务顾问合作并申请其可能有资格获得的 Medicaid 或其他公共援助计划，以获取享有经济援助的资格（符合资格且通过推定评分批准的患者除外）。如果患者在 FAP 申请上填写虚假信息或在与推定评分资格确定相关过程中提供虚假信息，或者如果患者拒绝分配保险赔偿金或拒绝由有义务为其所接受的护理付款的保险公司直接支付的权利，或者如果患者拒绝与财务顾问合作并申请其可能有资格获得的 Medicaid 或其他公共援助计划，以获取享有经济援助的资格（符合资格且通过推定评分批准的患者除外），则该患者可能被拒绝提供经济援助。在确定当前护理阶段的资格时，组织可以考虑在任何资格确定日期前六个月内完成的 FAP 申请。

本组织将不予考虑早于资格确定日期之前超过六个月完成的 FAP 申请。

E. 开立账单与托收

单独的账单和托收政策中描述了在发生拒付时组织可能采取的行动。账单与催收政策的免费副本，可通过以下方式获取：访问本组织网站、致电 833-272-7585、发送电子邮件至amitafinancialassistance@ascension.org,或书面函寄至以下地址：

Alexian Brothers Health System
收件人：经济援助部邮政信箱 74008855
Chicago, IL 60674-8855

F. 解释

除非特别说明，否则本政策连同所有适用流程将遵循第 501(r) 条并据以解释和应用。

参考资料

- a. Ascension Administrative Policy #600 – Financial Assistance for Those in Need
- b. 经济援助申请表
- c. Plain Language Summary of the Financial Assistance Policy
- d. List of Providers Covered and Not Covered Under the Financial Assistance Policy
- e. 一般计费金额