

经济援助政策

ASCENSION Health

目的

本政策旨在具体说明 ASCENSION Health System 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“组织”)的政策,以确保在组织设施提供急救或其他医学必要护理时能够采取社会公平措施。本政策专门制定用以处理需要经济援助,并在本组织获得护理的患者经济援助资格。

本政策适用于ASCENSION Health 的以下各组织:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center — Elk Grove
Saint Joseph Hospital — Chicago
St. Alexius Medical Center — Hoffman Estates

雇用的执业医师

- 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,包括雇用医生服务和行为健康。本政策不适用于非急救或其他医学必要护理的护理。
- C. 经济援助政策涵盖的提供者列表中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《美国国内税收法》(Internal Revenue Code) 第 501 (r) 条, 以及根据该法颁布的条例。
- B. **“一般计费金额”**或**“AGB”**是指进行急救和其他医学必要护理时, 通常向拥有保险承保此类护理的个人所计费的金額。
- C. **“社区”**是指伊利诺斯州。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。如果患者需要的急救和医学必要护理是为了延续在另一 ASCENSION Health设施接受的急救和医学必要护理, 且患者有资格获得急救和医学必要护理的经济援助, 则患者也将视为组织社区会员。
- D. **“急救护理”**是指治疗显现出充分严重性的急症症状(包括严重疼痛)的医疗状况的护理, 且如果不立即进行医疗救治, 则可能导致身体功能的严重损害、任何身体器官或部分的严重功能障碍, 或个人的健康受到严重危害。
- E. **“医学必要护理”**是指 (1) 与预防、诊断或治疗患者的病情相适应且必需的护理;(2) 在确保安全的情况下最适合患者病情的服务或护理;(3) 不是为了患者、患者的家人、医师或护理人的方便为主要目的而提供的护理;(4) 更有可能给患者带来益处而非害处的护理。对于将来排定的**“医学必要护理”**, 必须由组织的首席医疗官(或指定人员)批准护理和护理时间。医疗必要护理的确定必须由向患者提供医疗护理的有执照医疗服务提供者进行, 并由组织酌情决定, 并由入院医生、转诊医生及/或首席医疗官或其他审查医生提供(取决于建议的护理类型)。如果审查医生确定本政策涵盖的患者所要求的护理在医学上不必要, 则该决定还必须经入院或转诊医生确认。
- F. **“组织”**是指 ASCENSION Health 和上文第二节所述的本经济援助政策涵盖的实体。
- G. **“患者”**是指在组织接受急救和其他医学必要护理的人员, 以及负责支付患者护理费用的人员。
- 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. **“未投保患者”**是指未由医疗保险单承保且不属于公共或私人医疗保险、医疗福利或其他医疗保险计划(包括高额免赔额医疗保险计划、工伤、意外责任保险或其他第三方责任)受益人的患者。

必要程序

A. 本条描述的经济援助仅限于居住在“社区”的患者：

1. 对于收入低于或等于联邦贫困线 (“FPL”) 250% 的患者，如果根据推定评分(如下文第 5 款所述)，该患者被确定为符合经济援助资格或在其收到首张出院账单后的 240 天内提交了经济援助申请(以下称为“申请”)，且该申请已获得组织批准，则在获得保险公司赔付后，该患者有资格享受针对其需自付的费用(如有)的 100% 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，则该患者将有资格获得多达 100% 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。
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。

浮动标准折扣如下所示：(FPL — 联邦贫困线收入)

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

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

3. 根据本经济援助政策的其他规定，收入超过 FPL 600% (未投保) 和 400% (投保) 的患者可能有资格根据“经济情况调查”获得经济援助。该经济援助基于患者的医疗债务总额，为患者应承担的组织所提供的服务费用部分提供一定比例的折扣。如果患者的医疗债务总额(包括因急救及其他医学必要护理而欠 ASCENSION Health 内部的医疗护理提供者和任何其他医疗护理提供者的医疗债务) 过高，等于或大于其家庭总收入，则该患者将有资格根据经济情况调查获得经济援助。根据经济情况调查提供的经济援助水平与根据上

文第 2 款向收入分别为 FPL 的 600% (未投保) 和 400% (投保) 的患者提供的经济援助水平相同, 前提条件是患者应在收到首张出院账单后的 240 天内提交申请并获得组织批准。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, 对于符合第 2 款规定的浮动标准折扣资格的未投保患者, 其 12 个月内的自付额最高不应超过其家庭收入的 20%。

4. 如果根据“资产情况调查”, 患者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。基于推定评分的资格确定仅适用于开展推定评分的护理阶段。

符合以下一项或多项标准的患者将视为有资格获得 100% 的慈善护理: 无家可归、死者无遗产、精神上无行为能力且无人代表患者、符合 Medicaid 资格, 但不在服务日期或不属于其承保的服务; 在组织不是也未计划成为参与提供者的其他州参与 Medicaid; 以及虽参与 Medicaid 但已超出居留期限。

其他符合资格的类别包括参与以下计划: 妇女、婴儿和儿童营养计划 (WIC); 补充营养援助计划 (SNAP); 伊利诺斯州免费午餐和早餐计划; 低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP); 参与经组织的社区计划, 该类计划基于评估和记录的有限的低收入财务状况提供获得医疗服务的机会; 以及享有医疗服务补助金。

6. 如果患者参与了某些组织认为“网络外”的保险计划, 那么组织可能减少或拒绝根据患者保险信息审查和其他相关事实与情况可能向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, 向组织提供附加信息, 对经济援助资格的拒绝提出申诉。组织将审查所有申诉, 得出最终确定结果。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。
- e. 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。
- f. 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，无资格获得经济援助的患者，仍可能有资格获得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）。如果某个付款人未计入最低营业额水平，那么应该对多个付款人合同进行平均计算，以便参与平均计算的付款项目至少占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. 对符合获得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. AGB 计算说明和百分比的免费副本可以通过以下方式获取，访问组织网站或致电 833-272-7585，或发送电子邮件至 Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org，写信至：

ASCENSION Health PFS

D. 申请经济援助和其他援助

患者通过推定评分资格，或者提交填妥的 FAP 申请表来申请经济援助，可能符合经济援助资格。FAP 申请和 FAP 申请说明可以通过以下方式获取，访问组织的网站或致电 833-272-7585，或发送电子邮件至 Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org，写信至：

ASCENSION Health PFS

组织将要求未参保者与财务顾问合作，申请 Medicaid 或其他公共援助计划，患者视为可能有资格获得经济援助（除非符合条件并通过推定评分获得批准）。如果患者在 FAP 申请表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)。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之前不到六个月完成的 FAP 申请。组织将不予考虑早于任何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以采取的行动。账单和托收政策的免费副本可以通过以下方式获取，访问组织的网站或致电 833-272-7585，或发送电子邮件至 Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org，写信至：

ASCENSION Health PFS

F. 解释

本政策及所有适用流程将遵守第 501(r) 条，并应以其为依据进行解释和应用，但另有说明除外。

参考资料

- a. Ascension 第 600 号管理政策 — 为需要者提供经济援助
- b. 经济援助申请表
- c. 经济援助政策的简明语言摘要
- d. 经济援助政策涵盖和未涵盖的提供者名单
- e. 一般计费金额