

財務援助政策

AMITA HEALTH

用途

本政策的目的是規定 AMITA Health System 針對管理經濟援助的要求。

政策

本段下方列出的各組織（統稱「組織」）之政策是確保組織機構以社會公平的方式提供急救或其他醫學必要護理。本政策專門制定以解決財務援助資格問題，適用於從組織獲得護理且需要經濟援助的患者。

本政策適用於 AMITA Health 內的下列各個組織：

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Holy Family Medical Center – Des Plaines

Mercy Medical Center - Aurora

Resurrection Medical Center

St. Francis Hospital - Evanston

Saint Joseph Hospital - Chicago

Saint Joseph Hospital - Elgin

Saint Joseph Medical Center - Joliet

Saints Mary and Elizabeth Medical Center

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

St. Mary's Hospital - Kankakee

雇用的醫師執業

- A. 所有財務援助都將反映我們對個人尊嚴和公共利益的承諾和尊重、對生活貧困者及其他弱勢群體的特別關注和聲援，以及我們對分配公平和管理工作的承諾。
- B. 本政策適用於組織提供的所有緊急及其他醫學必要護理，包括雇用醫師服務及行為健康。本政策不適用於非緊急及其他醫學必要護理的費用。
- C. 財務援助政策涵蓋的醫療服務提供者清單載列在組織機構內提供護理的所有醫療服務提供者清單，並具體說明納入及未納入財務援助政策的醫療服務提供者。

定義

政策的特定定義

- A. 「**501(r)**」是指《國內稅收法》的第 501(r) 條，以及根據該法案頒佈的條例。
- B. 「**一般收費金額**」或「**AGB**」係指進行緊急護理與其他醫學必要護理時，通常向持有此類護理保險個人收費的金額。
- C. 「**社區**」是指伊利諾州。就本政策而言，「居住在社區」代表成為伊利諾州居民—居住在伊利諾州並打算無限期居住在伊利諾州的人，但不是為了接受醫療福利而搬到伊利諾州的人。如果患者需要的急救及醫學必要護理是接續於另一家 AMITA Health facility 機構接受的急救及醫學必要護理，並且該患者有資格就該急救及醫學必要護理獲得財務援助，則該患者也將被視為本組織的成員。
- D. 「**急救護理**」是指治療顯現出充分嚴重性的急性症狀（包括嚴重疼痛）的醫療狀況的護理，且如果不立即進行醫療救治，則可能導致身體功能的嚴重損害、任何身體器官或部分的嚴重功能障礙，或個人的健康受到嚴重危害。
- E. 「**醫學必要護理**」係指 (1) 預防、診斷或治療患者病情的適當且一致的必要護理；(2) 可安全提供適合患者病情的供應或服務水平；(3) 主要並非為了患者、患者家庭、醫師或照護者的方便而提供；以及 (4) 更可能為患者帶來好處而不是傷害。為使將來的定期護理成為「醫學必要護理」，必須由本組織的首席醫療長（或指定人員）批准護理及護理時間。醫療必要護理的確定必須由向患者提供醫療護理的有執照醫療服務提供者進行，並由本組織酌情決定，由住院醫師、轉介醫師及／或首席醫療長或其他審查醫師決定（取決於建議的護理類型）。患者根據本政策涵蓋範圍申請的護理，經審查醫師判定不具有醫學必要性，同時住院醫師或轉介醫師也確認該該判定結果。
- F. 「**組織**」是指 AMITA Health 和上文第二節所述的本經濟財務政策涵蓋的實體。
- G. 「**患者**」係指在組織接受緊急護理及其他醫學必要護理的患者，以及負責為患者護理支付費用的人士。
- H. 「**推定評分**」是指使用第三方資訊來源，其中可能包括公共記錄或評估患者是否有資格獲得經濟援助的其他客觀合理的準確方法。
- I. 「**未投保患者**」是指未具有健康保險保單且不是公共或私人健康保險、健康福利或其他健康保險計劃（包括高可扣除額健康保險計劃、工人賠償、意外責任保險或其他第三方責任。

所需程序

A. 本節所述財務援助僅限於居住在「社區」的患者：

1. 患者收入低於或等於聯邦貧困水平收入（「FPL」）的 250% 將有資格獲得 100% 折扣用於由保險公司付款後患者應負責的該部分費用，如果有的話，如果該患者根據推定評分確定有資格（如以下第 5 段所述），或者在患者首次出院帳單後的第 240 天或之前提交經濟援助申請（「申請」）且申請經本組織核准。患者將有資格獲得最高 100% 的財務援助，如果患者在其首次出院帳單後第 240 天之後提交申請，但是該患者在該類別中可獲得財務援助的金額限於患者帳單中所有收費的未付餘額。對於有資格獲得此類財務援助的患者，向其收取的費用將不會超過所計算的 AGB 費用。
2. 根據本財務援助政策的其他規定，收入超過 FPL 的 250% 但不超過 FPL 的 600% 的未投保患者，將在所提供服務的部分費用中獲得浮動計算的折扣。對於具有保險的患者，並且收入高於 FPL 250%，但是未超過 FPL 400%，其在保險公司付款後應由患者負責的服務費用部分（如有的話），至少將獲得浮動計算的折扣。此類折扣應在患者首次出院帳單後的第 240 天或之前提交申請且申請經本組織核准後適用。如果患者在其首張出院帳單後的第 240 天之後提交申請，則患者將有資格獲得滑動計算折扣的財務援助，但此類別中的患者可獲得的財務援助金額僅限於在考慮到患者帳戶上的任何付款後，僅限於患者的未付餘額。對於有資格獲得此類財務援助的患者，向其收取的費用將不會超過所計算的 AGB 費用。

滑動計算折扣如下所示：(FPL – 聯邦貧困水平收入)

未投保患者浮動計算	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

投保患者浮動計算	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. 根據本財務援助政策的其他規定，收入高於 600%（無保險）和 400%（有保險）FPL 的患者可能有資格根據「經濟情況調查」獲得經濟援助，以部分折扣患者根據其醫療債務總額從本組織獲得的服務費用。如果患者用於急救及其他醫學必要護理的總醫療債務過多，等於或大於該患者家庭的總收入，包含應付給 AMITA Health 的醫療服務提供者及任何其他醫療服務提供者的醫療債務，則該患者將有資格根據經濟調查獲得財務援助。

根據經濟情況調查提供的財務援助水平與根據前述第 2 段向收入為 FPL 之 600%（無保險）和 400%（有保險）的患者提供的財務援助水平相同，前提是該患者在患者首次出院帳單後的第 240 天或之前提交申請表且申請表經本組織核准。患者將有資格獲得經濟情況調查折扣財務援助，如果患者在其首次出院帳單後第 240 天之後提交申請，但是該患者在該類別中可獲得財務援助的金額限於患者帳單中所有收費的未付餘額。對於有資格獲得此類財務援助的患者，向其收取的費用將不會超過所計算的 AGB 費用。此外，對於有資格享受第 2 款規定的浮動計算折扣的未投保患者，在 12 個月內的付款額

最高應為患者家庭收入的 20%。

4. 某患者可能沒有資格獲得第 1 到 3 段所描述的財務援助，如果上述此類患者根據「資產測試」被認為有足夠的資產來支付。資產測試涉及根據 FAP 申請中衡量的資產類別對患者的支付能力進行實質性評估。具有此類資產之患者如超過其 FPL 金額 600%，則可能沒有資格獲得財務援助。
5. 可以在收入週期的任何時間確定是否具資格獲得財務援助，包括在患者首次出院後的 240 天內使用推定評分來確定具有相當未付餘額的患者是否有資格獲得 100% 慈善醫療福利，儘管患者未能完成財務援助申請（「FAP 申請」）。根據推定評分確定資格僅適用於進行推定評分的當次護理事件。

符合下列一項或多項標準的患者將被視為推定有資格獲得 100% 的慈善醫療福利：無家可歸、無遺產死者、精神上無行為能力無人可代表的患者、具備 Medicaid 資格，但服務日期或服務內容不在範圍、在其他州註冊 Medicaid，且在本組織不是也不打算在該州成為參與的醫療服務提供者、以及參加 Medicaid 但用盡任何停留期限。

其他強制性類別包括註冊以下計畫：婦女、嬰兒和兒童營養計畫 (WIC)；補充營養援助計劃 (SNAP)；伊利諾州免費午餐和早餐計畫；低收入家庭能源援助計畫 (LIHEAP)；以評估並記錄有限的低收入財務狀況為標準，報名參加有組織的社區計畫，獲得提供醫療服務的機會；以及獲得醫療服務補助金的收據。

6. 如果患者參與被視為「網外」組織的特地保險計畫，則本組織可能根據患者保險資訊審查及其他相關事實與情況減少或拒絕患者可獲得的財務援助。
7. 患者可以在收到拒絕通知後十四 (14) 日曆日內，向組織提供額外資訊以對財務援助資格的拒絕提出上訴。組織將審查所有上訴，並做出最終裁定結果。如果最終裁定確認先前財務援助的拒絕，則將提供患者書面通知。患者與家屬對本組織有關財務援助資格決定的上訴程序如下：

- a. 患者財務服務部應首先接受上訴進行審查以及後續問題（如適用）。
- b. 然後每月應召開委員會來審查所有上訴。該委員會的成員應包括患者財務服務部、使命綜合部、案例管理/社會服務部的代表以及財務部/財務長。

上訴書應在每月委員會會議前向委員分發以供審查。

- c. 患者財務服務部代表應出席委員會會議來討論每個案例，並提供患者可能已提出的其他意見。
- d. 委員會將審查申請者的 FAP 申請，尤其注意申請者在上訴程序中提出的額外資訊和要點。
- e. 委員會可能核准、拒絕或擱置上訴要求。如果根據上訴討論過程中提出的問題需要額外資訊，則委員會可能擱置上訴要求。

f. 患者財務服務部將以書面形式向患者或家人傳達上訴的結果。

B. 適用於無資格獲得財務援助的患者的其他援助

如上所述，沒有資格獲得經濟援助的患者，仍可能有資格獲得該組織提供的其他類型的援助。出於完整性考慮，在這裡列出了其他類型的援助，雖然這些援助並非必要且不在 501(r) 規定之下，但仍列示於此以方便該組織所服務的社區。

1. 不符合資格獲得財務援助的未投保患者，將根據為該組織最高支付收費人提供的折扣而獲得相應折扣。最高支付收費人必須至少佔組織總人口的 3%（使用數量或患者收入總額進行衡量）。如果某位付款人未計入這個最低數量水準，則應該平均計算多位付款人合約，以使用於平均計算的付款期限至少佔該年度組織業務量的 3%。
2. 不符合財務援助資格的無保險及有保險患者可以接受即時支付折扣。即時支付折扣可能作為上段所述的無保險折扣的補充提供。

C. 符合獲得經濟援助資格的患者的收費限制

1. 符合財務援助條件患者的緊急護理及其他醫學必要護理，將不會向其個人收取超過 AGB 的費用，並且不會超過所有其他醫療護理的總費用。組織使用「回溯」方法計算一個或多個 AGB 百分比，包括 Medicare 醫療費和向組織支付索賠的所有私人醫療保險公司，全部依照 501(r)。
2. AGB 計算說明和百分比的免費副本可在本組織的網站、致電 888-693-2252、發送電子郵件至 amitafinancialassistance@amitahealth.org，或發送書面信函至：

AMITA Health PFS
收件人：Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440 獲得

D. 申請財務援助及其他援助

患者可以透過推定評分資格或提交完整的 FAP 申請經濟財務，進而符合資格獲得財務援助。FAP 申請表以及 FAP 申請表的說明可透過本組織的網站、致電 888-693-2252、發送電子郵件至 amitafinancialassistance@amitahealth.org，或發送書面信函至：

AMITA Health PFS
收件人：Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

獲得。本組織將要求無保險者與金融諮詢顧問合作，申請患者被認為可能具有資格的 Medicaid 或其他公共援助保險，以便有資格獲得財務援助（除非符合條件並透過推定評分獲得批准）。在以下情況下，患者可能會被拒絕提供財務援助：患者在 FAP 申請或者相關推定評分資格過程提供了虛假資訊、患者拒絕轉讓保險收益或指定權利由有義務的保險公司直接支付所提供的護理費用，或者患者拒絕與金融諮詢顧問合作以申請 Medicaid 或其他患者被認為可能具有資格的其他公共援助保險，進而獲得財務援助資格（除非符合條件並透過推定評分獲得批准）。在確定目前一次的護理資格時，本組織可以考慮在任何資格確定日期之前六個月內完成的 FAP 申請。本組織不會考慮在任何資格確定日期之前六個月以上完成的 FAP 申請。

E. 開立帳單與託收

發生拒付時，組織可能採取單獨開立帳單與託收政策中所描述的行動。帳單以及催收政策的免費副本可在本組織的網站、致電 888-693-2252、發送電子郵件至 amitafinancialassistance@amitahealth.org，或發送書面信函至：

AMITA Health PFS
收件人：Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440 獲得

F. 釋義

此政策與所有適用程序一起，除非特別指出，否則將遵循 501(r) 並進行解釋及應用。

參考資料

- a. Ascension 行政政策 #600–為有需要者提供財務援助
- b. 財務援助申請表
- c. 財務援助政策的口語摘要
- d. 財務援助政策涵蓋和不涵蓋的醫療服務提供者清單
- e. 通常計費金額