

休斯顿卫理公会医院 政策 FI49

主题: 财务援助	生效日期: 2016 年 1 月 1 日
适用对象: 休斯顿卫理公会医院	修订/审查日期 2016 年 1 月 1 日
发文单位: 收入周期管理委员会	预订审查日期: 2023 年 1 月 1 日

I. 政策

休斯顿卫理公会医院（HM）承诺向有医疗保健需求但无力支付医疗上必要的保健（包括本文定义的急诊护理）费用的人根据其个人财务状况提供财务援助。依照 HM 提供高效益、低成本优质医疗保健的目标，HM 致力于确保有医疗需求的个人能够接受必要的医疗保健服务。无论患者是否有支付能力，HM 将毫无歧视地为急诊病症提供护理服务。

本项政策描述如何申请财务援助、合格的服务、资格标准、批准程序、收账金额计算依据、通知和公布要求、未付款项催讨程序；并提供本项政策涵盖及不涵盖服务提供者名单（附录 C）和本项政策简明总结（附录 A）。

财务援助不能取代个人责任。患者应根据支付能力缴付所接受的护理费，并遵守 HM 获取财务援助的程序。我们鼓励有财务能力购买医疗保险的个人购买医疗保险，作为获取医疗保健服务的一种方法。有资格成为休斯顿卫理公会医院全球公司（Houston Methodist Global）患者的人不包括在本项政策范围内。

HM 董事会一贯坚持良好的财务管理方法，以便 HM 能够为尽可能多的有需求的个人提供服务，特此订立以下患者救济准则。

II. 定义

- 财务援助：经批准由 HM 向患者免费或按折扣价格收费提供的医疗保健服务。
- 财务贫困者：家庭收入低于或等于联邦贫困线（FPL）200% 的患者。
- 医疗贫困者：
 - 标准 #1 — 家庭收入在 FPL 201% 至 500% 之间的患者。
 - 标准 #2 — 家庭收入超过 FPL 500% 且帐户余额超过家庭收入 10% 的患者。

- 推定慈善： 如果未填写财务援助申请表（FAA），HM 将使用独立第三方来源对无保险患者获得财务援助的资格定期进行筛查（即电子评分模型）。 此类筛查提供的信息将包括估计收入和家庭人口。
- 联邦贫困线（FPL）： 个人被视为在贫困边缘的收入水平。 该收入水平根据家庭人口的不同而异。 贫困线由美国卫生与公共服务部每年更新一次，并在《联邦公报》中发布。 这些公布的指南中所列的贫困线指毛收入。
- 账户余额： 申请任何第三方援助后欠付的金额。
- 家庭： 根据人口统计局的定义，由两名或两名以上住在一起并有血缘、婚姻或领养关系的群体。 根据国税局的规定，如果患者在其所得税表中将某人列为家属，则在确定财务援助时，这些人可能被视为家属。
- 家庭收入： 家庭收入（税前收入）根据人口统计局的定义确定，该定义在计算联邦贫困线（FPL）时采用以下收入：
 - 工资收入、失业补助、劳工补偿、社会安全金、补充社会安全收入、公共援助、退伍军人付款、未亡人福利、养老金或退休金、利息和股息（不包括资本利得或亏损）、租金、版税、不动产收入、信托、教育补贴、赡养费、子女抚养费、来自家庭以外的援助及其他杂项来源收入；
 - 非现金福利（例如，食品券和住房补贴）不计入；
 - 如果个人与家人同住，应包括所有家庭成员的收入。 非亲属（例如，室友）不计入。
- 休斯顿卫理公会医院全球公司（Houston Methodist Global）： 为以下患者服务的休斯顿卫理公会医院公司：
 - 外国公民身份；
 - 拥有有效护照；
 - 在外国永久居住的美国退休人员；或
 - 在外国一年工作超过六个月的美国公民。
- 收费总金额： 计入付款、合约调整费或折扣费前的服务收费。
- 平常账单收费金额（AGB）百分比： HM 因提供医疗上必要的或急诊服务向 Medicare 和私人保险公司收取的平均付款百分比（见附录 B）。每家 HM 医院的 AGB 百分比每年在 12 月 31 日后的 120 天内计算，采用包括上一个日历年度已处理索赔的回溯方法。
- 急诊病症： 根据《社会安全法》第 1867 条（《美国法典》第 42 篇第 1395dd 款）定义。
- 医疗上必要的： 根据 Medicare 的定义（疾病或受伤诊断或治疗合理和必要的服务或用品）。

III. 程序

- A. **资格标准：** 寻求基于家庭收入财务援助的个人应填写财务援助申请表（FAA）。将考虑符合以下条件患者接受财务援助的资格：

1. 根据本项政策中的标准确定的财务贫困者；
2. 根据本项政策中的标准确定的医疗贫困者；或
3. 根据本项政策中的标准符合推定资格的人。

B. **合格服务：** 以下医疗保健服务有资格享受财务援助：

1. 急诊室环境中提供的急诊医疗服务；
2. 为如果不及时治疗会导致个人健康状况恶化的病情提供的服务；
3. 在非急诊室环境中对危及生命的情形提供的非选择性服务；以及
4. 由 HM 根据个案评估的医疗上必要的服务。

C. **资格审批程序：** 将根据个人评估程序确定财务需求，该程序可能包括以下各项：

1. 推定资格：在某些情况下，可能无需填写财务援助申请表（FAA）即可根据充分的信息作出财务援助决定。 将为每个服务日期进行推定财务援助评估和/或重新评估。 HM 可能用于确定推定财务援助的一些范例包括：
 - a) 无家可归者或从无家可归者诊所接受医疗护理的人；
 - b) 妇女、婴儿和儿童计划（WIC）参加者；
 - c) 符合领取食品券资格的人；
 - d) 低收入者/提供补贴住房作为有效地址的人；
 - e) 未留下任何已知遗产的去世患者；
 - f) 接受社区学者计划或其他第三方提供者批准的计划（例如，根据患者的现有财务援助计划，可由社区转介推定患者符合资格），并且患者将有资格获得财务贫困折扣；
 - g) 既有资格通过 Medicare 获得主要保险又有资格通过 Medicaid 获得辅助保险的双重资格患者；
 - h) 符合 Medicaid 资格的患者，由于患病或福利用尽而被 Medicaid 拒绝索赔；以及
 - i) 第三方电子评分模型（例如，Experian）。
 - 电子评分模型（ESM） 如果患者未填写财务援助申请表（FAA）或未提供确定财务援助资格所需的文件，则可以使用 ESM 筛查帐户，ESM 根据家庭收入和家庭人口生成得分。 如果 ESM 得分表明帐户有资格获得财务援助，则会收取折扣价格。
2. 申请程序最终归结为填写财务援助申请表（FAA - 附录 D）。

D. 如何申请财务援助：

1. 如需申请财务援助，患者可按以下方法免费索取财务援助申请表（FAA）：
 - a. 在获取服务之前或获取服务时与财务顾问交谈；
 - b. 从 HM 网站 www.HoustonMethodist.org/Billing 下载申请表；
 - c. 打电话给 HM 中心业务办公室，电话号码 832-667-5900，免费电话 877-493-3228（周一至周五上午 7 时至下午 7 时、周六上午 8 时至中午 12 时有人接听电话），或
 - d. 邮寄：

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn:Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
2. 患者获得 FAA 后，应完整填写该表，收集并随附要求提供的证明文件，所有文件应通过以下方式提交：
 - a. 邮寄：

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn:Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
 - b. 亲自递交和/或投递给患者服务团队成员；或
 - c. 用传真发送至 832-667-5995。
3. 最好（但不要求）在提供医疗上必要的非急诊服务之前提出财务援助申请并获得财务需求决定。但是，任何时间均可作出财务需求决定。如果最近一次财务评估已超过一年，或在任何时候收到与患者财务援助资格相关的补充信息，则在其后每次服务时均须评估患者的财务援助需求。
4. HM 的申请和批准程序反映对人的尊严和管理价值观。财务援助申请将及时处理，HM 将在收到 FAA 后 15 天内将决定以书面形式通知患者或申请人。财务援助批准或拒绝决定将根据填写的 FAA 及本项政策的其他条款（例如，请参见下文）作出。在进行推定筛查的情况下，无论是否批准，都不会向患者发出书面通知。
 - a. 拒绝决定：将通过针对书面通知中列出的具体拒绝原因提供的附加或解释信息考虑上诉请求。可接受电话、传真和邮件方式提出的上诉申请。

- E. **账单金额：**一旦根据本项政策确认有资格接受医疗护理，所有剩余帐户余额将按照下列方式向患者开具账单。
1. 财务贫困者将获得总费用 100% 折扣，不会给患者开账单，折扣将归入财务援助。
 2. 医疗贫困者标准 #1 将按照家庭总年收入的 5% 或平常账单收费金额（AGB）百分比二者中较低金额收取费用。
 3. 医疗贫困者标准 #2 将按照家庭总年收入的 10% 或账户余额百分比二者中较低金额收取费用。
- F. **针对不付款采取的债务催缴步骤：**如果患者未支付账单金额（上文第 III E 节），HM 管理部门将执行既定债务催缴政策，其中包括提供延迟付款选择。在任何情况下，HM 都不会采用非正常债务催缴行动，例如扣除工资、对主要住所的个人财产进行留置、通知信用局或采取其他法律行动。可按照第 III 部分 D.1 款中所列的步骤免费索取一份 HM 债务催缴政策副本。
- G. **财务援助通知和公布要求：**将以各种不同方法发出有关财务援助的通知，包括但不限于：患者账单中随附的通知、在急诊室和紧急医护中心张贴通知、住院条件表、在住院与登记部以及 HM 选择的其他公共场所张贴通知。HM 还可能在医院网站、患者出入场所提供的手册以及 HM 服务社区内的其他地点发布和广泛公布财务援助政策总结。此类通知和总结将用 HM 服务群体使用的各种主要语言提供。HM 下属任何部门的工作人员和医务人员均可转介患者接受财务援助。在遵守相关隐私权法律的前提下，患者或家人、亲友或同事均可提出财务援助请求。
- H. **监管要求：**HM 在实施本项政策时将遵守适用于根据本项政策开展的活动的联邦、州和地方法律、规则和规章。
- I. **授权依据：**
1. 《2010 年患者保护与平价医疗保健法案》；
 2. 《国内收入法典》第 501(r)(4)-(r)(6) 条；
 3. 延迟付款选择政策（FI86）；以及
 4. 债务催缴政策（FI85）。

IV. 委员会审查或批准程序以及适当日期审查

由收入周期管理委员会提出建议
由休斯顿卫理公会医院董事会批准

- V. **批准主管姓名：** Marc L. Boom, 医学博士
职称： 总裁兼首席执行官

由首席行政官授权：

(存档签名原件)

M. Boom

总裁

兼首席执行官

休斯顿卫理公会医院

日期

附录 A

休斯顿卫理公会医院财务援助政策

简明总结

休斯顿卫理公会医院承诺向无保险、保险不足、不符合参加政府计划资格或无力支付急诊和医疗上必要的医疗保健费用的个人根据其个人财务状况提供慈善保健服务。

家庭收入达到或低于联邦贫困线（FPL）200% 的患者有资格接受免费服务；家庭收入高于 FPL 200% 但低于 500% 的患者有资格按照折扣价格接受服务。折扣率不得超过私人保险公司和 Medicare 可支付给休斯顿卫理公会医院的平均金额，包括任何患者以免赔额、共付额和共同保费形式支付的金额。家庭收入超过 FPL 500% 的患者可能有资格按照折扣价格接受服务。

急诊和医疗上必要的服务不要求在提供服务前支付预付费或作出付款安排。但是，如果您要求您支付折扣金额，而您在接受服务后无法全额支付折扣金额，休斯顿卫理公会医院将会尝试催讨该折扣金额。休斯顿卫理公会医院将按月发送账单，要求您付款。如果您无法一次性付清折扣金额，休斯顿卫理公会医院有免息延期付款选择。任何始终未付的折扣金额将交由第三方债务催缴机构继续催缴。第三方债务催缴活动不得包括个人财产置留、法律行动或通知信用局等手段。

可在休斯顿卫理公会医院的网站 www.houstonmethodist.org/billing 上获取医院财务援助政策、财务援助申请表和催缴政策免费副本，亦可在医院住院与登记处提供这些文件，或与中心业务办公室联系索取这些文件，本地电话 832-667-5900、全国免费电话 877-493-3228，还可以通过邮件索取：

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

可向上述联系部门索取翻译成多种语言的财务援助政策简明总结、财务援助申请表和债务催缴政策。

休斯顿卫理公会医院财务援助部可回答关于财务援助政策的问题，提供相关信息，并协助您完成申请程序。您可在周一至周五上午 7 时至下午 7 时之间，以及周六上午 8 时至中午 12 时之间拨打电话号码 832-667-5900 或 877-493-3228，与财务援助部工作人员联系。

财务援助申请表填写后，请附上所有要求提供的证明文件，寄至财务援助部（地址见上文），或用传真发给财务援助部，传真号码 832-667-5995。

范本

平常账单收费金额（AGB）计算表

平常账单收费金额百分比年度计算
休斯顿卫理公会医院

相关计算期： 2019 年 1 月 1 日 - 2019 年 12 月 31 日

A	相关时期内 Medicare 对收费服务允许金额索赔的付款	\$
B	相关时期内私人保险对允许金额索赔的付款	\$
C	有关时期内 A 和 B 项下对患者支付共付额、共保额和免赔额的索赔	\$
D	保险允许金额和患者付款金额总计(以上 A+B+C)	\$
E	医院对以上 D 项中服务的收费总额	\$
F	具体各个医院采用的 AGB 百分比 (D/E)	%

如果需要每家 HM 医院目前的 AGB 百分比列表，请与第三部分 D.1 节中所列的任何个人联系。将免费向您提供信息。

尽管需要为每个实体计算 AGB，但 HM 会统一应用由实体（四舍五入）计算的最低 AGB。

附录 C
本项政策涵盖/未涵盖的服务提供者名录

机构/团体/医院	涵盖 是/否
休斯顿卫理公会医院	是
休斯顿卫理公会 Sugar Land 医院	是
休斯顿卫理公会 Willowbrook 医院	是
休斯顿卫理公会 West 医院	是
休斯顿卫理公会 Baytown 医院	是
休斯顿卫理公会 Clear Lake 医院	是
休斯顿卫理公会持续护理医院	是
休斯顿卫理公会 The Woodlands 医院	是
休斯顿卫理公会成像中心: Cinco Randi	是
休斯顿卫理公会成像中心: Cypress	是
休斯顿卫理公会成像中心: Kirby	是
休斯顿卫理公会成像中心: Pearland	是
休斯顿卫理公会成像中心: Sienna Plantation	是
休斯顿卫理公会成像中心: Spring	是
休斯顿卫理公会成像中心: Spring Brandi	是
休斯顿卫理公会成像中心: The Woodlands	是
休斯顿卫理公会成像中心: Voss	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Cinco Randi	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Cypress	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Kirby	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Pearland	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Sienna Plantation	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Spring	是
休斯顿卫理公会急诊中心: The Woodlands	是
休斯顿卫理公会急诊中心: Voss	是
休斯顿卫理公会初级护理团体	否
休斯顿卫理公会专科医生团体	否
非休斯顿卫理公会医生团体 (私人医生)	否
麻醉学: 美国麻醉合作伙伴	否
麻醉学: Space City 麻醉团体	否
急诊医生: EmergiGroup 医生协会	否
急诊医生: Kirby 急诊医生	否
急诊医生: San Jacinto 急诊医生	否
急诊医生: West Houston 急诊医生	否
急诊医生: Woodlands 急诊医生	否
住院医生: 休斯顿医疗诊所有限责任公司	否
住院医生: 休斯顿住院医生合资公司	否
住院医生: 休斯顿住院病人医生协会	否
住院医生: 休斯顿医生顾问医疗中心专业人员有限责任公司	否

住院医生：医疗中心住院医生协会专业人员有限责任公司	否
住院医生：休斯顿卫理公会学术研究住院医生团体	否
住院医生：UTS	否
住院医生：XpertMD	否
住院医生：TeamHealth	否
住院医生：产科住院医生团体	否
住院医生：Questcare 产科专业人员有限责任公司	否
住院医生：Envision 妇产科住院医生	否
住院医生：Vanguard	否
成像：MASTOS 成像协会	否
新生儿：德州儿科医生服务部	否
病理学：卫理公会病理学协会专业人员有限责任公司	否
放射学：休斯顿放射学协会	否

附录 D



财务援助申请表

说明：请填写以下空白栏目。如果有的项目不适用，请写 N/A。请附以下适合您情况的复印件：**1. 反映当年迄今 (YTD) 收入信息的最新工资单存根；2. 最近所得税申报单，包括所有附件；3. 社会安全金支票或批准函或银行对账单（如果直接汇入帐户）；4. 发放失业金核准函；5. 哈里斯县保健系统金卡。**如果失业，收入和/或生活开支依靠其他人，请附上证明函以及报税单副本（如果在报税单上列为受抚养人）。如果您在填写本申请表时有任何问题或需要更多帮助，请联系中心业务办公室（Centralized Business Office），电话 877-493-3228，周一至周五上午 7:00 到下午 7:00，周六上午 8:00 至中午 12:00。

请将填妥之申请表及证明材料交回患者服务处(Patient Access)任何团队成员，或传真到 (832) 667-5995，或邮寄给休斯顿卫理公会医院中心业务办公室，地址：Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450。

患者姓名（请大写） _____ 社会安全号最后四位数字 _____

配偶/父母/监护人（请大写） _____ 社会安全号 _____

住址 _____

电话号码 _____ 出生日期 _____ 婚姻状况 _____

要求提供的服务： _____

帐户号： _____ 服务日期： _____

住在家中的年龄 18 岁以下儿童： _____ 受抚养人姓名 _____

亲生 _____

继子女 _____

非亲属 _____

监护 _____

患者	配偶/其他
----	-------

雇主 _____

- 全职员工
- 半职员工
- 失业/退休/残障
- 不能返职
- 家庭主妇

雇主 _____

- 全职员工
- 半职员工
- 失业/退休/残障
- 不能返职
- 家庭主妇

家庭总收入* \$ _____ /月 （请随申请表提供收入证明）

* 包括所有薪资、农场工或自雇收入、公共援助、社会安全金、失业救济金/劳工补偿、退休金、罢工补贴、赡养费、子女生活费、军人养家费、退休金、股息、利息、物业租金收入及其它杂项收入来源。

兹声明以上信息据本人最大所知均为真实可靠、准确无误。本人了解，如果不提供以上要求之全部信息，可失去获得本计划下所有财务援助的资格。此外，在适当情况下，本人将申请政府援助，采取适当行动取得此类援助，并将申请结果通知休斯顿卫理公会医院 (HM)。本人（等）同意休斯顿卫理公会医院 (HM) 从任何来源获得信息以核实本人（等）所作声明。

_____ (父母/申请人签名)

_____ (日期)

修订日期：2020 年 1 月 1 日