

休斯顿卫理公会医院 (Houston Methodist) 政策 FI49

主题: 财务协助	生效日期: 2016 年 1 月 1 日
适用对象: 休斯顿卫理公会医院(HM)	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: 2019 年 1 月 1 日

I. 政策

休斯顿卫理公会医院 (Houston Methodist) 承诺向有保健需求但无保险或保险不足，以及不符合参加政府计划资格或因其它原因无力支付的人士根据其个人财务状况提供医疗必需的保健服务，包括本文定义的急诊治疗护理。秉持本院提供优质、高效益保健服务，造福有需求人群的一贯目标，休斯顿卫理公会医院(HM)致力于确保上述有需求人士获得必要的医疗保健服务。不论患者支付能力，休斯顿卫理公会医院(HM)均将不加歧视地提供急诊治疗护理。

本政策规定了如何申请财务援助、合格服务、合格标准、批准流程、收账金额计算依据、通知及入账要求、未付款项催讨程序，并提供本政策涵盖及不涵盖单位名单（附录 C）以及对本政策要领之简明文字总结（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其所获医护服务之费用，并按照休斯顿卫理公会医院 (HM) 之程序获取财务援助。我们鼓励有财务能力购买保险的个人购买健康保险来获取保健服务。可享受 **Houston Methodist Global** 患者待遇者不在此项政策规定之列。

休斯顿卫理公会医院 (HM) 董事会一贯坚持优良财务管理以使医院能够为尽可能多的有需求人士提供服务，为此订立以下患者接济准则。

II. 定义

- **财务援助:** 经批准由休斯顿卫理公会医院 (HM) 向患者免费或折扣收费提供的保健服务
- **家庭:** 根据人口统计局定义，由两名或两名以上居住在一起并有出生、婚姻或领养关系的群体。根据国税局规定，如果某人在患者所得税税单上申报为受抚养人，则此人在确定财务援助资格时可认定为受抚养人。

- 家庭收入：指税前家庭收入，根据人口统计局的定义确定，在计算联邦贫困水平 (FPL) 时采用以下收入：
 - 工薪、失业补助、劳工补偿、社会安全金、补充社安收入、公共救助、军人退伍金、未亡人福利、养老金或退休金、利息和股息（不包括资本争议或亏损）、租金收入、权利金、不动产收入、信托基金、教育补贴、赡养费、子女抚养费、来自家庭以外的援助及其它杂项来源收入；
 - 非现金福利（如食品补助券和住房补贴）不计入在内；
 - 如果个人与家庭同住，应计入全家人的收入。非亲属，如同居一屋者，不计在内。
- 无保险：未购买保险或没有第三方援助的患者。
- 保险不足：持有某种保险或第三方法补助的患者接受了不在其保险承保范围内和/或自付费用超过其财务能力的服务。
- **Houston Methodist Global**: 服务以下患者的休斯顿卫理公会医院机构：
 - 外国国籍公民；
 - 拥有有效护照；
 - 永久居住国外的美国退休人士；或
 - 在外国工作六个月以上的美国公民。
- 收费总金额：向患者收取的合约调整或折扣前收费。
- 一般收账金额 (AGB) 百分比：休斯顿卫理公会医院因提供医疗必须或急诊服务而从 Medicare 和私人保险公司收到的付款平均所占百分比（见附录 B）。各个医院的 AGB 百分比按年度在 12 月 31 日后的 120 天内计算，采用包括上个日历年度已处理索赔的回溯。
- 急诊情况：根据社会保障法令第 1867 条(42 U.S.C. 1395dd) 中的定义。
- 医疗必须：根据 Medicare 定义（为疾病或受伤诊断或治疗所必需的服务或用品）。

III. 程序

A. 怎样申请财务援助

1. 如果要申请财务援助，患者可免费按以下做法取得财务援助申请表 (FAA):
 - a. 在获取服务之前或当时与财务顾问谈话；

- b. 从本院网站 www.HoustonMethodist.org/Billing 下载;
- c. 打电话给本院中心业务办公室, 电话号码 832-667-5900 或 免费电话 877-493-3228 (周一至周五上午 7:00 至下午 7:00; 周六上午 8:00 至中午 12:00), 或
- d. 邮寄:
Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

2. 取得财务援助申请表后, 请完整填写, 收集并附上要求的证明材料, 然后将所有文件通过以下方式提交:

- a. 邮寄:
Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
- b. 亲自送交或投递给患者服务处 (Patient Access) 团队工作人员, 或
- c. 传真到: 832-667-5995.

- 3. 最好, 但不要求在非急诊性医疗必需服务提供之前先行申请财务援助及确定财务需求。然而, 在收账周期的任何时间点上均可确定是否有财务需求。如果最近一次财务评估已超过一年, 或在任何时候接获关于患者财务援助资格的补充信息, 则后来每次服务时均须评估其对财务援助的需要。
- 4. 休斯顿卫理公会医院(HM)的申请和批准流程反映了对人身尊严和管理的价值观。对财务援助的请求将及时处理, 休斯顿卫理公会医院(HM)将在收到财务援助申请表后 15 天内将结果书面通知患者或申请人。财务援助批准与否将根据您所填写的财务援助申请表及其它政策的规定 (例如请见下文) 决定。

B. 合格服务 财务援助适用于以下保健服务:

- 1. 急诊室环境中提供的急诊服务;
- 2. 为若不及时治疗可导致个人健康状况恶化的病情提供的服务;
- 3. 在急诊室环境中对威胁生命的情况提供的非选择性服务; 以及

4. 由休斯顿卫理公会医院(HM)作为个案评价的医疗必须服务。

C. **合格性批准流程** 将通过个别评价流程确定财务需求。该流程包括以下内容：

1. 最终归结为填写财务援助申请表的申请流程（FAA – 附录 D）；
2. 利用提供患者或其担保人支付能力的公开资料来源（如信用评分）；
3. 休斯顿卫理公会 (HM)作出合理的努力向公共或私人计划寻求其它适当的付款来源，包括协助患者申请此类计划；以及
4. 评价患者掌握的资产及其它财务资源。

D. **推测性财务援助资格** 在某些情况下，可能不需要填写的财务援助申请表，即可根据充分的信息作出财务援助决定。届时将按每个服务日期进行推测性财务援助的评估和/或再评估。休斯顿卫理公会医院(HM)可用于确定推测性财务援助的示例如下：

1. 无家可归者或从流浪者诊所接受医疗者；
2. 参加妇孺儿童计划 (WIC)者；
3. 符合食品券领取资格者；
4. 符合州或地方其它缺乏资金的援助计划者（例如资金耗尽 Medicaid 合格者)；
5. 有有效地址的低收入/补贴住房享受者；
6. 未留下任何已知遗产的去世患者，以及
7. 收费服务慈善顾问提供的评分。

E. **收账金额** 一旦医疗服务被确定为符合此项政策规定，患者帐单金额将限制不超过 AGB。该金额将根据患者家庭收入，参照下列联邦贫困水平(FPL)，按总收费的相关 AGB 百分比收取：

1. 患者家庭收入为或低于联邦贫困水平 200% – AGB 0%；
2. 患者家庭收入高于联邦贫困水平 200%，但不超过 300% - AGB 50%；以及
3. 患者家庭收入高于联邦贫困水平 300%，但不超过 400% - AGB 100%。

F. **对不付款情况的催讨步骤** 如果患者没有缴付帐单开具的金额（上文第 III E 节），休斯顿卫理公会医院(HM)管理部门将遵照既定催讨政策行事，其中包括提供延迟付款选项。在任何情况下，休斯顿卫理公会医院(HM)均不会采用非正常催

讨行动，如扣薪、对主要住所的个人财产进行留置、信用局通知或其它法律行动。可按照列于第 III 部分 A., 1. a. – d 中的步骤免费索取催讨政策副本。

G. 财务援助通知及张贴要求 有关财务援助的通知将以各种方式提供，可包括但不限于：附在患者账单中的通告、张贴在急诊室和紧急医护中心的通知、入院条件表格、住院与登记部或由休斯顿卫理公会医院(HM)选择的其它公共场所。休斯顿卫理公会医院(HM)还将在其医院、网站、患者出入场所的手册以及由本院提供服务社区内的其它地点公布财务援助文字总结。此类通知与总结将以休斯顿卫理公会医院(HM)所服务群体的各种主要语言提供。休斯顿卫理公会医院(HM)下属任何单位的工作人员和医务人员均可向患者介绍财务援助。在遵守有关隐私法律的前提下，患者或家人、关系密切之亲友均可提出财务援助要求。

H. 规管要求：休斯顿卫理公会医院(HM)在实施本政策时将遵守适用于根据本政策所进行活动的联邦、州及当地法律、规则和规定。

I. 授权依据

1. 2010 年患者保护与平价保健法案；
2. 国内收入法规第 501(r)(4)-(r)(6)章；
3. 推迟付款选项政策(FI86)，以及
4. 催讨政策(FI85)。

收入周期管理委员会建议

休斯顿卫理公会医院(HM)董事会批准

行政总监授权：

(入档签字原件)

M. Boom

总裁

首席执行官

休斯顿卫理公会医院(HM)

日期

附录 A

休斯顿卫理公会医院(HM)财务援助政策

简明总结

休斯顿卫理公会医院(HM)承诺向有保健需求但无保险或保险不足，以及不符合参加政府计划资格或因其它原因无力支付的人士根据其个人财务状况提供医疗必需的保健服务。

家庭收入在联邦贫困水平(FPL) 200%或以下的患者可接受免费服务。家庭收入高于 200%但低于 400% 的患者可接受折扣收费服务。折扣率不得超过私人保险公司和 Medicare 可付给休斯顿卫理公会医院(HM)的平均金额，包括任何患者以减扣额、共付额和共保额支付的款项。

急诊及医疗必需服务不要求在提供这些服务前缴交预付款或作付款安排。但是，如果您要求您缴付折扣后金额，而您在服务提供后无法全额支付折扣金额，休斯顿卫理公会医院(HM)将会试图催讨折扣后金额。休斯顿卫理公会医院(HM)将按月提供账单，要求您付款。如果您无法一次付清折扣后金额，休斯顿卫理公会医院(HM)有免息延期付款选项。任何一直未付的折扣后金额将交由第三方催讨机构继续催讨。第三方催讨活动不得采用个人财产置留、法律行动或信用局通知等手段。

您可从休斯顿卫理公会医院(HM)网站 www.HoustonMethodist.org/Billing 免费下载财务援助政策、财务援助申请表及催讨政策。这些文件也在本院入院及登记处提供或联系中心业务办公室领取，本地电话 832-667-5900、全国免费电话 877-493-3228，也可通过寄信索取：

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

可向上列联系人索取翻译成各种语言的简明文字总结、财务援助政策、财务援助申请表和催讨政策。

休斯顿卫理公会医院(HM)的财务援助处可回答关于财务援助政策的问题及提供相关信息，并协助您完成申请流程。您可在周一至周五上午 7:00 到下午 7:00 之间，以及周六上午 8:00 到中午 12:00 之间拨打电话 832-667-5900 或 877-493-3228 联系财务援助处工作人员。

财务援助申请表填写后，请附上所有要求的证明材料，并寄至财务援助处（地址见上文），或传真给财务援助处，传真号码是 832-667-5995。

附录 B

一般收账金额 (AGB) 计算工作单示例

休斯顿卫理公会医院(HM)
年度一般收账金额百分比计算

相关测算期：2015 年 1 月 1 日–2015 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)	%

如果需要各家休斯顿卫理公会医院(HM)目前的 AGB 百分比列表，请按照第三部分 A., A. a – d. 节中所列方法之一获取。该信息免费向您提供。

附录 C

本政策涵盖及不涵盖的单位名单

组织/团体/医院或诊所	是/否涵盖
休斯顿卫理公会医院(Houston Methodist)	是
休斯顿卫理公会糖城 (Sugar Land) 医院	是
休斯顿卫理公会柳溪 (Willowbrook) 医院	是
休斯顿卫理公会西区(West) 医院	是
休斯顿卫理公会圣哈辛托(San Jacinto) 医院	是
休斯顿卫理公会圣约翰(St. John) 医院	是
休斯顿卫理公会圣凯瑟琳(St. Catherine)医院	是
休斯顿卫理公会造影检查中心 (Katy Freeway)	是
休斯顿卫理公会造影检查中心 (Kirby)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Cinco Ranch)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Cypress)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Kirby)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Pearland)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Sienna Plantation)	是
休斯顿卫理公会医院急诊中心 (Voss)	是
休斯顿卫理公会基本保健集团	否
休斯顿卫理公会专科医师集团	否
非休斯顿卫理公会医生集团 (私人诊所)	否
麻醉: 美国麻醉服务联合诊所	否
麻醉: 贝勒 (Baylor)	否
麻醉: 太空城 (Space City) 麻醉服务诊所	否
急诊医生: EmergiGroup 医生联合诊所	否
急诊医生: 海王星(Neptune) 急诊服务诊所	否
急诊医生: 舒马赫(Schumacher) 集团联合诊所	否
急诊医生: 科比 (Kirby)急诊医师诊所	否
医院医生: IPC - 医院医生公司	否
医院医生: 海王星(Neptune)医院医生服务[Triton 医院医生集团]	否
医院医生: OB 医院医生集团	否
医院医生: 德州桑德(Sound) 医院医生集团	否

成像造影科：MASTOS 成像造影联合诊所	否
新生儿科：德克萨斯儿科医师服务诊所	否
病理科：海湾 (Coastal) 病理学诊所	否
病理科：卫理公会医院病理联合诊所	否
放射科：海湾市放射科诊所 (Baytown)	否
放射科：休斯顿放射科联合诊所	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. 最近所得税申报表, 包括所有附件; 3. 社会安全金支票或批准或银行对账单 (如果直接汇入账户); 4. 发放失业金批准函; 5. 哈里斯县保健系统会员卡。如果失业, 收入和/或生所开支依靠其他人, 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。

请将填写之申请表及证明材料交回患者服务部 (Patient Access) 任何团队成员, 或传真到 (832) 867-5995, 或邮寄给休斯顿圣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		

月支出	公用事业:	汽车:
住房:	电 \$ _____	<input type="checkbox"/> 自有# _____
<input type="checkbox"/> 租赁	水 \$ _____	<input type="checkbox"/> 租赁# _____
<input type="checkbox"/> 自有	煤气 \$ _____	月付款 \$ _____
<input type="checkbox"/> 付贷		
月付款 \$ _____		

患者	配偶/其他
----	-------

<p>雇主 _____</p> <input type="checkbox"/> 全职员工 <input type="checkbox"/> 半职员工 <input type="checkbox"/> 失业/退休/残障 <input type="checkbox"/> 不能返职 <input type="checkbox"/> 家庭主妇	<p>雇主 _____</p> <input type="checkbox"/> 全职员工 <input type="checkbox"/> 半职员工 <input type="checkbox"/> 失业/退休/残障 <input type="checkbox"/> 不能返职 <input type="checkbox"/> 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、员工补贴、赡养费、子女生活费、军人抚养费、退休金、股息、利息、物业租金收入及其它余项收入来源。

银行账户/其它资产:

支票帐户	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	余额	\$ _____
储蓄帐户	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	余额	\$ _____
股票/债券等	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	余额	\$ _____
其它财产	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	说明	_____

我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圣公会医院 (HIM)。本人 (等) 同意休斯顿圣公会医院 (HIM) 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)
------------	------