

| | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| 题目: AD - 患者经济援助政策 | | | | |
| 政策层面 | <input checked="" type="checkbox"/> | 系统级别——为所有JMH员工设定期望 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 实体级——为一个或多个实体内的 <u>多个部门</u> 的员工设置期望 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 部门级别—— <u>仅为一个</u> 或多个站点的一个部门的员工设置期望 | | |
| 部门 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 实体(ies) | <input checked="" type="checkbox"/> | 协和医疗中心(CMC) | <input checked="" type="checkbox"/> | 核桃溪医疗中心(WCMC) |
| | <input type="checkbox"/> | 医生网络(PN) | <input checked="" type="checkbox"/> | 行为健康中心(BHC) |
| 文档类型 | <input type="checkbox"/> 政策 <input type="checkbox"/> 过程 <input checked="" type="checkbox"/> 政策和程序 | | | |

I. 目的:

制定明确的标准和公平的程序，向(i)需要医疗必要的住院服务和(ii)支付这种护理费用有限或没有能力支付的患者提供经济援助。本政策旨在遵守《加州医院公平定价法》(《加州健康与安全法典》第127400节及以下)、《加州公平催收行为法》(《加州民法典》第1788节及以下)、《美国国内税收法》第501(r)条，以及美国卫生与公众服务部监察长办公室关于向无保险和保险不足的患者提供财政援助的指导。

定义:

指定语言: 指定语言是英语、西班牙语和在一家JMH医院接受治疗的1000多名患者(包括住院和门诊患者)在12个月内使用的任何其他语言，根据JMH社区健康改善部门最近进行的语言调查进行评估。根据JHM 财务的要求，此类评估至少每三年进行一次并记录在案。

家庭: 对于18岁或以上的患者, 患者的家人定义为他或她(i)配偶或家庭伴侣(定义见《加州家庭法典》第297条)和(ii) 21岁以下的受抚养子女(无论是否住在家里)。对于18岁以下的人, 患者的家人定义包括(i)父母或看护亲属和(ii)父母或看护亲属的其他21岁以下的儿童。

医疗紧急情况: 当JMH首席财务官或其指定人员根据其酌情决定, 非常紧急的情况需要根据本政策临时扩大财政援助时, 可根据本政策指定“医疗紧急情况”。

医院服务: 医院服务是指(i)由JMH医院在住院或医院许可的门诊环境中提供的服务, (ii)由JMH医院收费。该术语不包括(i)由医生或高级执业专业人员单独收费的专业服务或(ii)由持牌医院以外的任何人或设施提供的服务。

医疗上的必要: 医疗上的必要服务是(i)对治疗或诊断病人绝对必要的服务, (ii)如果不提供, 可能对病人的病情产生不利影响, 以及(iii)不被认为是选择性或装饰性的干预或治疗。

合理的支付计划: 合理的支付计划是指每月支付给医院的款项不超过患者家庭每月收入的10%(在从家庭收入中扣除基本生活费用后), 并排除未付余额的任何利息费用。就本定义而言, "基本生活费用"是指用于下列任何一项的费用:租金或住房支付和维护、食品和家庭用品、水电费、电话、服装、医疗和牙科费用、保险、学校或儿童看护、子女或配偶赡养费、交通和汽车费用, 包括保险、汽油和修理、分期付款、洗衣和清洁, 以及其他特别费用。

自付病人: 家庭收入在联邦贫困水平(" FPL ")的400%或以下的病人, 以及(ii)没有第三方为所提供的特定医院服务提供保险的病人。为某些医院服务获得第三方保险的患者, 将有资格为超出患者保险范围的医院服务获得自付(包括但不限于, 不包括医院服务、拒绝住院天数、拒绝住院)。相比之下, 缺乏一般健康保险的病人, 如果他或她的病情有特定的支付来源(例如, 工人赔偿、汽车保险和第三方责任), 则不符合自费资格。

保险不足的病人: (i)家庭收入在或低于FPL的400%的病人;(ii)为提供的医疗必需住院服务提供第三方保险(即, 就提供的医疗必需住院服务而言, 患者不是自付费用的患者);以及(iii)过去十二(12)个月来自所有来源的自付医疗费用总额超过患者当前家庭收入年化价值或家庭过去12个月实际收入中较低者的10%。

II. 政策:

一般的范围。该政策旨在向以下患者提供援助:(i)需要医疗必要的住院服务, (ii)家庭收入为最低最低生活保障水平的400%或以下, 以及(iii)自付患者或保险不足患者。这一政策和财务筛选标准必须一致地适用于整个JMH的所有情况。根据本政策作出的任何决定, 包括给予或拒绝经济援助的决定, 均应基于对经济需求的个性化确定, 不应考虑种族、肤色、国籍、国籍、宗教、信仰、性别、性取向、年龄或残疾。

A. 除外:本政策只针对医疗必要的医院服务提供经济援助。它明确排除了(i)非医疗必要的医院服务, (ii)医院服务以外的服务, 以及(iii)医院提供的单独收费的专业服务(即使是医疗必要的服务)。最后, 如果患者或其他责任方(i)在JMH的合理要求下未能提供本政策中所列的信息, (ii)在财务资格方面提供虚假信息, 或(iii)未能作出合理努力申请并获得他或她可能有资格获得的政府资助的保险福利, 则本政策将不适用。

B. 专业服务。

1. 通用。如上所述, 本政策不为在医院提供护理的医生和高级执业专业人员的单独收费服务提供经济援助。相反, 这些专业人员可以独立选择他们是否愿意提供经济援助(如果是的话, 提供这种援助的条件是什么)。JMH将保存一份在医院提供医疗服务的每一位有资格的医生和高级执业专业人员的名单(“**执业人员名单**”), 并就每一个被确定的执业人员分别说明他或她是否同意接受保单条款的约束。从业者名单应每季度更新一次, 注明最后一次更新的日期, 并可在网上和本政策张贴的任何地点免费提供, 或以硬拷贝形式提供。一旦向患者财务服务主任或财务年度执行主任, 5003 商业圈, Concord, CA 94520提交请求, 就可以获得该清单。
2. 然而, 应当指出的是, 在JMH(或非JMH)医院提供紧急医疗服务的急诊医生必须向没有保险的病人或家庭收入在联邦贫困线400%或以下的医疗费用高昂的病人提供折扣。无论急诊医生或他或她的业务是否同意特别受此政策约束, 这都是事实。

C. 收费限制:自费患者或保险不足的患者在接受医疗上必要的医院服务时, 应被要求为所提供的服务支付不超过医疗保险支付金额的较大部分。然而, 根据本政策的条款, 在本政策涵盖的范围内, 没有符合经济援助条件的患者将被支付任何合格服务费用。

III. 过程:

A. 财务援助政策的沟通

1. 我们将向患者提供一份小册子和简单的语言摘要，详细介绍我们的经济援助政策，并以指定语言说明以下内容:(i)根据本政策提供的援助，(ii)援助的资格标准，(iii)如何申请援助，(iv)通过邮寄方式免费获取本政策和经济援助申请表的网址和实际位置，(v)在申请过程中可以获得帮助的办公室或部门的联系信息(包括电话号码和实际位置)，(vi)根据本政策有资格获得援助的人收取的费用不得超过医疗保险为医疗必需住院服务所允许的服务收费;(vii)本保单、纯语文摘要和申请表格均以指定语言提供。
2. 当患者(i)在住院处、急诊科、患者注册科、患者财务服务部或其他门诊医院环境中，患者即使没有住院，也可能被支付住院服务费用，且(ii)似乎没有第三方保险时，将在服务时用指定语言向患者提供小册子和简明易懂的语言摘要。
3. 通知将用指定的语言张贴在整个医院的显著位置，包括入院部、急诊部、患者登记部、患者财务服务部或其他门诊医院设置，即使患者没有住院，也可以为住院服务收费。
4. 我们的网站还将以指定语言提供小册子和简明易懂的语言摘要。
5. 患者应在帐单和收款行动信中收到有关该政策的信息。
6. 其他场所可用于教育和告知患者和医生患者经济援助计划的可用性，如果认为合适的话。

B. 确定资格

1. 没有第三方保险的患者。
 - a. 如果患者没有说明由第三方支付人提供保险，或请求经济援助，则应在患者出院前向其提供医疗-加州计划、健康家庭计划、通过加州健康福利交易所、加州儿童服务CCS或其他州或县资助的健康保险计划的申请。还应向患者提供转介服务，将其转介至加利福尼亚州奥克兰市电报大道1735号湾区法律援助健康消费者中心94612;电话: (855) 693-7285，邮箱: <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>, 或其他适用的机构。
 - b. 所有未投保的患者将有机会完成患者经济援助申请。本表格以指定语言提供。患者经济援助申请将用于确定患者是否有资格申请地方、州和联邦政府项目以及本政策下的援助。根据本政策寻求帮助的患者必须完成申请表，并核实家庭收入。申请期限为第一次患者陈述之日起240天。资格审查将由JMH或其指定人员进行。患者有责任配合信息收集过程。患者特定信息将根据县和州的资格确定指南提供给县和州。
2. 申请人必须提供下列资料，才可根**据本政策获考虑给予经济援助:**(i)每位“家庭”成员最近提交的所得税申报表(或证明该“家庭”成员没有提交申报表)，(ii)每位“家庭”成员最近3个月的工资报表(或(iii)每位“家庭”成员维持的每个银行账户或投资账户的最近3份报表(如果申请人希望被考虑为免费护理，而不是仅仅是折扣护理)，(iv)与确定患者是否为保险不足患者相关的自付医疗支出的证据，(v)过去三个月的租金或抵押付款的证明，以及(vi)允许JMH或其代理或代表联系第三方以验证所提交文件的准确性和完整性的声明。在根据本政策申请财政援助时，向JMH提交的收入和资产文件将不会用于催收活动。
 - a. 所有可能符合条件的患者必须通过州、县和其他政府项目申请援助，然后根据本政策考虑JMH的财政援助。只有在JMH收到拒绝申请的副本后，才会根据本政策提供经济援助。未能遵守申请程序或提供所需文件会影响JMH的决定。JMH将每月审核患者经济援助申请以供批准。
 - b. 没有第三方保险的患者(且没有资格参加州、县和其他计划的保险)，如果下列总和达到或低于FPL的400%，则有权根据本保单免费享受医疗必要医院服务:
 - 1) 患者家庭收入(由其最近提交的联邦纳税申报表和每个家庭成员最近三个

月的工资存根验证);而且

- 2) 患者的货币资产(可转换为现金的资产, 如银行账户和公开交易的股票), 不包括(i)前1万美元的货币资产(流动资产)和(ii)前1万美元以上50%的患者的货币资产(流动资产)。退休账户和irs定义的延迟补偿计划(包括合格的和不合格的)不被视为货币资产, 不包括在考虑范围内。
 - c. 批准的余额将被提交冲销到分配给患者财务援助的交易代码, 并将遵循JMH冲销指南的签字授权机构。将查明对某一帐户的任何回收, 并采取步骤确保减少的援助适当地反映在总分类帐中。
 - d. John Muir 健康在将病人的账户发送到坏账部之前, 会通过国家认可的工具Experian对所有的自付余额进行归档。该文件使用患者的社会安全号码和人口统计信息提取他们的FPL评分。对于所有显示家庭收入为400%或以下的医疗必要医院服务自费结余, 将生成一个文件并报告给John Muir 健康。在确认病人没有加州医疗保险后, 100%的余额将被冲销给推定慈善机构。
3. 第三方保险的患者。
- a. 虽然有第三方保险, 但仍有大量自付医疗费用的患者将被筛选, 以确定他们是否符合“保险不足患者”的资格。在患者要求经济援助时, 将告知患者符合本政策下保险不足患者资格的标准, 以及需要提供过去12个月在其他提供者提供的任何医疗服务的费用证明。是否申请由患者自己决定。但是, 医院必须确保向患者提供与经济援助政策有关的所有信息。
 - b. 根据本政策寻求援助的患者必须完成患者经济援助申请。家庭收入将被核实。
 - c. 在第一次患者陈述日期之后, 申请不能超过240天提交。本政策下的资格筛选将由JMH或其指定人员进行。患者有责任配合信息收集过程。JMH将每月审核患者经济援助申请以供批准。
 - d. 如果患者达到或低于联邦贫困水平的400%, 且患者在过去十二(12)个月的自付医疗费用超过患者当前家庭收入年化价值或家庭过去12个月实际收入中较低者的10%, JMH将免除向保险不足患者提供的医疗必要服务的任何自付费用。

- 1) 患者家庭收入(由其最近提交的联邦纳税申报表和每个家庭成员最近三个月的工资存根验证);而且
 - 2) 患者的货币资产(可转换为现金的资产, 如银行账户和公开交易的股票), 不包括(i)前1万美元的货币资产(流动资产)和(ii)前1万美元以上50%的患者的货币资产(流动资产)。退休账户和IRS定义的延迟补偿计划(包括合格的和不合格的)不被视为货币资产, 不包括在考虑范围内。
- e. 批准的余额将被提交冲销到分配给患者财务援助的交易代码, 并将遵循JMH冲销指南的签字授权机构。为确保减少的援助适当地反映在总分类帐中, 已根据协助调整代码显示符合条件的帐户的任何收回款项。

C. 评审过程

1. 上述要求将在整个JMH中进行审查和一致应用, 以确定每个患者的病例。
2. 在患者经济援助申请中收集的信息可能会由JMH核实。可能需要豁免或豁免, 授权医院从持有或维护货币资产的金融或商业机构或其他实体获取账户信息, 以核实其价值。患者在患者经济援助申请表上的签名将证明表格中所包含的信息是准确和完整的。
3. 任何患者或患者的法定代表, 在本政策下要求慈善或折扣治疗的, 应尽一切合理努力向JMH提供收入和所有健康福利保险的文件。不提供信息可能导致拒绝经济援助。
4. 在住院医院服务的情况下, 患者每次住院时都需要提交患者经济援助申请, 该申请对当前住院有效, 对任何医院服务的追溯申请最多在当前住院六个月之前有效。在门诊医院服务的情况下, 患者经济援助申请必须每六个月提交一次。
5. 病人将被书面通知批准或拒绝经济援助的理由, 以及他们的上诉权利。参见上诉/报告程序部分。此种通知应以指定语言发出。
6. 折扣的具体支付责任将要求确定护理或治疗计划的片段并进行定价, 以确保联邦医疗保健计划报销报告的准确性。对于保险不足的患者, 可能需要等待付款人裁决索赔, 以确定患者的经济责任。

D. 病人账单和收款惯例

1. 如果患者在接受治疗时或之前没有提供第三方提供的承保证明，将向其提供一份医院服务收费清单(“**收费清单**”)。收费清单将包括(i)提供医院服务的收费清单，(ii)要求医院提供健康保险或第三方保险信息，以及(iii)撮要的副本。声明还将指出，如果患者没有健康保险，或者他或她可能有资格参加医疗-加州健康家庭计划，通过加州健康福利交易所、加州儿童服务、其他政府资助的健康保险或本政策下的经济援助提供的保险。最后，声明应指出(i)医院将提供此类保险和援助的申请，(ii)可获得此类申请的电话和实际地址，以及(iii)社区法律服务办公室的当地消费者援助中心的电话和联系信息。
2. 在被发送到收款处之前，患者将收到一封交接信，详细说明将被发送到收款处的账户及其在此之前的付款选项。该函将具体规定(i)基本医疗服务的服务日期，(ii)将进行托收的实体，(iii)如何从医院获得逐项账单，(iv)将进行托收的实体，(v)患者在接受服务时(或不接受服务时)有记录的健康保险范围，(vi)医院的经济援助申请，(vii)之前向患者提供申请经济援助信息的日期，以及(viii)对以往任何援助申请的确定日期。
3. 医院或其合同收款机构必须在开始收款行动前至少三十(30)天发出通知，说明下列事项:(i)医院或合同收款机构可能采取的收款活动和(ii)可能采取的收款活动时间。这些信息将包含在患者账户被发送到收款处之前发送的交接信中。
4. 患者可以口头或书面要求有关患者经济援助政策的信息，并将向患者提供患者经济援助申请。与患者的书面通信应使用指定语言。
5. 如果患者试图符合本政策下的援助资格，并试图真诚地解决任何未付账单，医院不得将未付账单发送给任何收款机构或其他受让人，除非该实体同意遵守本政策。在任何一种情况下，在采取进一步收集行动之前，患者将获得合理的机会完成申请流程。
6. 如果患者对第三方支付人提供的医疗必要的医院服务有未决上诉，并作出合理的努力保持JMH的更新，JMH应暂停任何收款行动，直到上诉完成或患者未能及时提供有关上诉的最新信息。
7. 患者必须及时向JMH报告其财务信息的任何变化。
8. 有关患者家庭收入的信息不应用于支持收款工作。

9. 在因未支付之前的账单而推迟或拒绝必要的医疗护理之前，JM_H必须提供书面通知，说明那些符合条件的人可以获得财政援助，并从出院通知发出之日起至少等待240天。
10. 单一业务办公室是JM_H的一个部门，在开始收款行动之前，有权最终确定医院是否做出了合理的努力，以评估患者是否有资格根据本政策获得援助。
11. 在开始针对根据本政策有资格获得经济援助的患者的收款活动之前，医院和我们的合同收款机构将提供一份通知 (i)，其中包含可能提供非营利信用咨询的声明，(ii) 包含患者权利的摘要，以及(iii)以下进一步声明：“州和联邦法律要求收款人公平对待你，并禁止收款人做出虚假陈述或暴力威胁，使用淫秽或亵渎的语言，以及与包括你的雇主在内的第三方进行不当沟通。除特殊情况外，收债人不可于上午八时正或晚上九时正前与阁下联络。一般而言，除你的律师或配偶外，收债人不得向其他人士提供有关你的债务的资料。收债人可能会联系另一个人以确认你的位置或执行判决。有关债务收集活动的更多信息，您可以通过电话1 877-FTCHELP或在线 www.ftc.gov 联系美国联邦贸易委员会。”上述通知也应包括在与患者的任何通信中，表明可能发生的收集活动的开始。
12. JM_H及其合同收款机构均不会对主要住宅征收工资或留置权。这一要求并不妨碍JM_H寻求第三方责任和解或其他法律责任方的补偿。协助医院并可能向患者发送声明的机构必须签署书面协议，表明他们将遵守医院关于向患者收取费用的标准。
该机构还必须同意：
 - a) 不向消费者信用报告机构报告不利信息或对患者在180天前的任何时间不付款提起民事诉讼。
 - b) 如果患者已经提交了一个悬而未决的财政援助申请，暂停任何特殊的收集努力。
 - c) 不对主要居所设置留置权。
 - d) 遵守加州医院公平定价法健康与安全守则第127400条et seq中确定的所有要求。《国内收入法典501(r)》和《加州公平债务催收实务法》(加州民法典1788等)。
 - e) 遵守上文定义一节所界定的合理付款计划的定义及应用。
13. 如果患者被多收的金额超过5.00美元，医院应以10%的利息偿还患者多收的金额(加州宪法第15条第1款)，从确定多收金额之日起计算。

E. 上诉/报告 程序

职责:患者金融服务

1. 在发生争议或拒绝的情况下，患者可向患者财务服务总监寻求审查。收入周期执行董事将审查第二级上诉。
2. 该政策、摘要和患者财政援助申请应至少在1月1日每两年向全州卫生规划和发展办公室(OSHPD)提供。倘于两年一次的申报期间作出重大修订，则须作出临时申报。
3. 如果JMH自之前提供的政策和财务信息表以来没有进行重大修改，OSHPD将被通知没有进行重大修改。
4. 在报告与慈善和折扣护理有关的数据时，只有根据本政策提供的注销和折扣应计入JMH提交的990表格上的“社区福利”计算。

F. 医疗紧急情况。在医疗紧急情况下，JMH首席财务官或其指定人员可以临时修改本政策的条款，以扩大财政援助的可用性。任何该等修订将以书面形式记录生效日期和终止日期(可以理解的是，如果在生效日期不知道，终止日期的确立和文件可能会在随后的通知中发生)。JMH应在这种情况下作出合理努力，向公众传达任何此类修订的条款和期限。但是，可以理解的是，紧急情况的需要可能不允许通过第三节A和本政策的其他部分所述的所有渠道进行通信。在实施本条款下对本政策的重大临时修改后十(10)天内，JMH首席财务官或其指定人员应向JMH董事会主席和JMH财务委员会主席提供书面通知，总结任何该等修改的条款、生效日期和终止日期(如已知)。

IV. 患者/家庭教育:如不适用，不适用

通过在JMH网站上发布本政策，由JMH指定人员直接教育，并在本政策中发布信息概要。

V. 文档: 不适用

| | |
|---|----------|
| 参考/法规: | |
| 《加州医院公平定价法》(《健康与安全法典》 § 127350 et seq.)、《美国国内收入法典》第501(r)条、《加州公平讨债实务法》(《加州民法典》 1788 et. seq.) | |
| 取代: | |
| 主要发起人姓名和头衔: | |
| Chris Pass - 首席财务官 | |
| 所有者姓名和头衔: | |
| Chris Pass - 首席财务官 | |
| 审核日期记录 | |
| 列出利益相关方、委员会、医务人员等。评审:(附批准日期) | |
| | |
| 发行日期: | 2006年12月 |

| | | |
|----------------------------------|----------------------|---|
| 批准日期的记录-系统或实体级别的文件 | | |
| PPRC: 直接到系统性能Huddle/Board | | |
| JMPN: 直接到系统性能Huddle/Board | | |
| MEC - BHC: 不适用 | MEC - WC: 不适用 | MEC - CC: 不适用 |
| 系统性能会议: | 9/15/22 | 董事会 12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22 |