

经济援助政策（非营利机构）

I. 政策：

Prime Healthcare 非营利机构，包括 Huntington Beach Hospital（“医院”），为符合下述资格条件测试的患者提供经济援助计划。本经济援助政策（“政策”）旨在满足《国内税收法》第 501(r) 条和《加利福尼亚州健康与安全法》第 127400 至 127446 条的规定；所有条款均应据此解释。

Prime Healthcare 非营利机构的一个重要目标是在患者需要时为患者提供医疗护理。Prime Healthcare 非营利机构提供慈善医疗和折扣付款计划，造福我们为其提供非营利医院服务的社区。为此，Prime Healthcare 非营利机构致力于协助低收入和 / 或未投保的合格患者获得适当的折扣支付和慈善医疗计划。所有患者都将得到公平对待，获得同情和尊重。即使本政策中有任何其他规定，但凡确定有资格获得经济援助的人士，对其收取的紧急情况或其他医疗必要护理费用，不会超过对持有此类护理保障之人士收取的一般收费金额。

经济援助政策必须平衡患者对经济援助的需求与医院的更广泛财务管理。通过折扣支付和慈善医疗计划提供的经济援助不能代替个人责任。患者有责任积极参与经济援助筛选过程，并在适用情况下尽其所能支付护理费用。外部收账公司和医院的内部收账实务将秉持医院的使命和愿景。

本政策适用于医院或在医院运营的实质相关实体提供的所有紧急情况和其他医疗必要护理。根据加利福尼亚州法律，医院不允许雇用医生，因此，不会由不受医院管制及不受本政策约束的独立医生团体提供医生服务。因此，本政策仅适用于医院服务的收费，不对非受雇于医院或未与医院签约提供医疗服务的其他医疗服务提供者具有约束力，包括治疗医院急诊、住院或门诊患者的医生。在医院提供护理的医疗服务提供者名单请参阅 www.hbhospital.org。该名单指明本政策涵盖哪些医疗服务提供者、不涵盖哪些医疗服务提供者。本政策未涵盖而为没有保险或因医疗费用高昂无力支付医疗费用的患者提供服务的医生，可能有自己的经济援助政策来提供援助。法律还要求在提供紧急护理的医院提供紧急医疗服务的急诊医生（定义见《加利福尼亚州健康与安全法》第 127450 条）为无保险患者或医疗费用高昂而家庭收入在联邦贫困线 350% 或以下的患者提供折扣。

II. 定义：

“一般收费金额”：就紧急医疗或其他医疗必要服务对有资格享受折扣付款计划的个人收取的一般收费金额（“AGB”）。医院使用预期方法（定义见《财政部规章》）计算患者的 AGB。根据预期方法，如该人士是使用 Centers for Medicare & Medicaid Services 提供的当前适用 Medicare 费率的 Medicare 按服务收费受益人，则采用医院将使用的计费 and 编码流程计算 AGB。

“紧急情况 and 医疗必要”：任何对于患者的舒适和 / 或方便而言并非完全可选的医院紧急医疗、住院、门诊或紧急医疗护理。

“非常收账行动”：非常收账行动是指任何涉及以下事宜的收账行动：向其他方出售债务，向征信机构或部门报告不利信息，因该人士未支付一张或多张医院经济援助政策所涵盖的先前已提供医疗的费用而推迟、拒绝提供医疗必要护理或要求提前付款，或任何需要法律或司法程序的行为（包括设置留置权、止赎不动产、扣押或检取银行账户或其他个人财产、针对个人提起民事诉

讼、采取导致该人士被捕的行动、采取导致该人士被羁押的行动及扣发工资），每种情况的进一步详情请参阅《财政部规章》第 1.501(r)-6 节。

“家庭”：(1) 对于已满 18 岁的人士，指配偶、家庭伴侣及未满 21 岁的受养子女，不论是否居在家住；及 (2) 对于未满 18 岁的人士，指父母、监护人、亲属和父母或监护人亲属的其他未满 21 岁子女。

“简明语言概述”：作为附件 2 随附于此的经济援助政策概述，旨在符合《财政部规章》第 1.501(r)-1(b)(24) 条的规定。

III. 程序：

1. 获得经济援助的资格条件

A. 自付患者

如符合以下所有条件，患者有资格获得下文第 (III)2 条所述的**慈善医疗**：(1) 经医院确定和记录，患者没有来自医疗保险公司、医疗护理服务计划、工会信托计划，Medicare 或 Medi-Cal 的第三方保障；(2) 经医院确定和记录，就工伤赔偿、汽车保险或其他保险而言，患者所受伤害不是可赔伤害；(3) 患者家庭收入不超过当前联邦贫困线的百分之三百五十 (350%)；**及** (4) 患者的货币资产不到一万美元 (10,000.00 美元)。

如满足以下所有条件，患者有资格享受**折扣付款计划**：(1) 患者家庭收入不超过当前联邦贫困线的百分之四百五十 (450%)；**及** (2) 患者的货币资产不到一万美元 (10,000.00 美元)。

B. 受保患者

经医院确定及记录，有第三方保障，或就工伤赔偿、汽车保险或其他保险而言，其所受伤害不是可赔伤害的患者，没有资格享受慈善医疗，但如符合以下条件，可能有资格享受折扣付款计划：(i) 其家庭收入等于或低于联邦贫困线的百分之四百五十 (450%)；(ii) 在过去十二 (12) 个月内（无论是在任何医院内外产生或支付）的自付医疗费用超过家庭收入的百分之十 (10%)。如符合条件，患者的付款义务将等于医院从保险公司收到的金额与折扣付款最高金额之间的差额。如保险支付的金额超过折扣付款最高金额，患者将不再承担任何付款义务。

C. 其他情况

在下列情况下，医院患者财务服务部 (PFS) 主任还可酌情决定向患者提供慈善医疗或折扣付款计划：

(i) 患者有资格获得州 Medi-Cal 计划下的有限福利，即有限妊娠或紧急情况福利，但没有医院提供的其他服务的福利。这包括与以下相关的非承保服务：

- 向具有受限制 Medicaid 的 Medicaid 受益人提供的服务（即可能只有妊娠或紧急情况福利、但在医院接受其他护理的患者）；
- Medicaid 申请待审批、且之后未获批准，前提是该申请表明患者符合慈善医疗标准；
- Medicaid 或其他贫困护理计划被拒；
- 与超过住院天数限制有关费用；及
- 保险付款的任何其他剩余责任。

(ii) 患者有资格获得由医院所在县郡以外之县郡提供的医疗贫困服务计划。

(iii) 已尽合理努力寻找及联系患者而未成功，并且 PFS 主任有理由相信患者有资格获得慈善医疗或折扣付款计划（即无家可归者）。

(iv) 第三方收账机构已努力收取未结余额，并已向医院的 PFS 主任建议提供慈善医疗或折扣付款计划。

D. 确定家庭收入

就确定是否符合折扣付款计划的资格而言，仅限使用最近的工资单或所得税申报表作为患者家庭收入文件。

在确定患者的货币资产时，医院不应考虑《国内税法》下符合条件的退休或递延补偿计划、不符合条件的递延补偿计划、首一万美元（10,000.00 美元）的货币资产，以及患者货币资产超过首一万美元（10,000.00 美元）的百分之五十（50%）。

E. 联邦贫困线

应参照最新的《卫生及公共服务部贫困指南》制定联邦贫困线衡量标准，确定患者家庭或家属人数。2018 年联邦贫困线如下：

资料来源：联邦纪事第 83 卷第 12 号，2018 年 1 月 18 日，第 2642-2644 页

2018 年 48 个毗邻州和哥伦比亚特区的贫困指南 (有关数字每年更新和重新发布；请参阅 https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines)		
家庭 / 家属人数	贫困指南的 350%	贫困指南的 450%
1	\$42,490	\$54,630
2	\$57,610	\$74,070
3	\$72,730	\$93,510
4	\$87,850	\$112,950
5	\$102,970	\$132,390
6	\$118,090	\$151,830
7	\$133,210	\$171,270
8	\$148,330	\$190,710

对于超过 8 人的家庭 / 家属，请参阅 见 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

2. 慈善医疗和折扣付款计划

可以完全慈善医疗或折扣护理的形式给予经济援助，具体取决于患者的资格水平（定义见本政策）。

经医院确定，符合慈善医疗条件的患者的患者余额应下调至零美元（0 美元），余下的余额抹去并归类为慈善医疗。

有资格享受折扣付款计划的患者的患者余额将下调；将对所提供医院服务的总费用适用任何折扣。折扣付款以 Medicare、Medi-Cal、Healthy Families 或医院参与的任何其他政府资助医疗计划支付的最高金额为限（“折扣付款最高金额”）。折扣付款政策还应包括免息延期付款计划，允许延期支付折扣价款。医院和患者应根据患者的家庭收入和基本生活费用，协商延期付款计划的条款。如果医院与患者无法就付款计划达成一致，医院应使用《加利福尼亚州健康与安全法》第 127400 (i) 条所述的公式来制定合理的付款计划。

在接获完整的经济援助申请后，医院须做出决定，并书面通知决定及其依据。如患者有资格获得援助，将发送一份新账单，说明折扣金额的计算方法及注明在何处找到 AGB。医院将退还超出修订费用的任何金额，并撤销已启动的任何非常收账行动。如所收到的经济援助申请并不完整，医院将提供未填写完毕项目的书面通知，并等待一段合理时间后才会启动或恢复非常收账行动。如果在下述二百四十（240）天的申请期内收到完整申请，将在确定资格时暂停任何非常收账行动。

3. 申请程序

凡申请经济援助的患者都均须填写经济援助申请。经济援助申请表作为附件 1 随附于本政策。如患者对经济援助计划或申请流程有任何疑问，请联系申请中所载的办公地址和电话号码。医院应确保所有可能接触可能需要经济援助的患者的员工充分了解并能够查阅本政策、简明语言概述和经济援助申请，并应在申请过程中为患者提供合理帮助。

患者应在护理后立即提交经济援助申请。患者可在第一份出院后明细日期后二百四十（240）天内提交经济援助申请。

经济援助申请需要填写在经济援助政策下确定患者资格所需的患者信息，包括患者或家庭收入和患者家庭规模。除经济援助申请中要求填写的信息外，医院不会索要任何其他信息。但寻求经济援助的患者可自愿提供额外信息。如已尽合理努力寻找及联系患者而未成功，并且 PFS 主任有理由相信患者有资格获得慈善医疗或折扣付款计划（即无家可归者），PFS 主任应酌情延长慈善医疗或折扣付款计划。

应仅根据患者和 / 或患者家庭代表的支付能力决定经济援助资格。不得基于年龄、性别、性取向、种族、国籍、退伍军人身份、残疾或宗教决定经济援助资格。

4. 争议解决

有关患者是否有资格参加慈善医疗计划的任何争议，应由医院首席财务官加以指导和解决。

5. 宣传政策

为确保患者了解经济援助政策的存在，医院应在其服务范围内广泛宣传本政策的存在和条款。着眼于最有可能需要经济援助的社区成员，以针对性方式向社区通报本政策，此外还应采取以下行动：

A. 向所有患者发出书面通知

在 Prime Healthcare 非营利机构就诊的每位患者，无论是否住院，均应获提供简明语言概述（作为附件 2 随附于此）。该通知应以医院所服务大量患者使用的非英语语言提供（详见本政策第 III(5)(E) 条）。

B. 发布通知

附件 3 中的通知应张贴于以下区域的显眼位置，以便患者查看：(1) 紧急医疗科；(2) 收费处；(3) 接收入院处；(4) 其他门诊设置。该通知应以医院所服务大量患者使用的非英语语言提供（详见本政策第 III(5)(E) 条）。

C. 账单明细应附带的通知

- 每份出院后明细均应包括附件 4 中的通知。
- 凡向在提供护理或出院后未出具第三方提供保险证明的患者发送的每份账单，必须包括院所提供服务的费用明细以及本文件附件 4 和 5 中的通知。

这些通知应以医院所服务大部分患者使用的非英语语言提供（详见本政策第 III(5)(E) 条）。

D. 经济援助文件的可用性

医院应在其网站上发布本政策、简明语言概述和经济援助申请副本，并使所有有关文件可供免费下载。这些文件应在急诊室和接收入院处提供，并可在要求下通过邮件邮寄。有关文件应以医院所服务大部分患者使用的非英语语言提供（详见本政策第 III(5)(E) 条）。

E. 对英文能力有限人士的可访问性

医院应以医院所服务社区中一千 (1,000) 人或总人数百分之五 (5%)（以较低者为准）作为主要语言的任何语言提供本政策、简明语言概述和经济援助申请译本。

6. 获取 Medi-Cal 和 Healthy Families 保障范围及申请的相关信息

医院应尽一切合理努力向患者或其代表处获取有关私人或公共医疗保险或赞助能否全部或部分支付医院对患者所提供护理之费用的信息，包括但不限于下列信息：

(1) 私人医疗保险，包括通过 California Health Benefit Exchange 提供的保障；(2) Medicare；和 / 或 (3) Medi-Cal 计划、Healthy Families 计划、加利福尼亚州儿童服务计划或其他旨在提供医疗保险的州资助计划。

如果患者没有表明其有第三方付款人提供的保障或申请折扣付款计划或慈善医疗，医院应在出院前向患者提供 Medi-Cal 计划、Healthy Families 计划或其他政府计划的申请。

7. 收账活动

Prime Healthcare 非营利机构可以使用外部收账机构的服务来催收患者债务。在医院 PFS 主任或其指定人员审查账户并批准催收债务之前，不得催收任何债务。Prime Healthcare 非营利机构应向其用来催收患者债务的每个收账机构获得一份协议，协定该机构将遵守本政策和 AB 774 的规定。

如患者不申请经济援助或申请被拒且未支付账单，可能会对患者采取多种收账行动，包括非常收账行动。尽管有上述规定，医院或其签约的任何收账机构在下列情况下均不得采取任何非常收账行动：(i) 在向患者发出第一份出院后明细后未滿一百五十 (150) 天时，或 (ii) 未尽合理努力来确定患者是否有资格获得本政策下的经济援助。此外，即使满足上述两个条件，医院或其签约的收账机构也必须至少提前任何非常收账行动三十 (30) 天向患者发出通知，说明以下内容：(i) 医院或签约收款机构可能采取的收款活动，(ii) 可能开始采取有关行动的日期（该日期不得早于通知日期三十 (30) 天），(iii) 可向合资格患者提供经济援助。该通知将包含简明语言概述副本一份。须尽合理努力口头告知患者本政策（并记录在案）。如果患者申请经济援助，将立即暂停可能正在进行的任何非常收账行动，等待患者申请的审批决定。

此外，如患者正试图达到本政策下的资格条件，并且以真诚之心试图通过协商一个合理的付款计划或定期支付合理金额来了结与医院的未付账单，医院不得将该未付账单发送给任何收账机构。

在处理符合本政策条件的患者时，医院不得将扣发工资或对主要住所设置留置权作为收取未付医院账单的手段。



附件 1 [经济援助申请]

附件 2 [经济援助简明语言概述]



附件 3 [在医院内张贴的通知]

慈善医疗和折扣付款计划

没有保险或保险不充分的患者和满足某些中低收入要求的患者可能有资格享受折扣付款或慈善医疗。急诊部医生和非医院员工的其他医生也可以提供慈善医疗或折扣付款计划。请联系 714-843-5084 了解更多信息。

附件 4 [通知将纳入所有出院后账单明细]

慈善医疗和折扣付款计划

没有保险或保险不充分的患者和满足某些中低收入要求的患者可能有资格享受折扣付款或慈善医疗。寻求折扣或免费医疗的患者须获得申请并提交，该申请将由医院审查。凡有资格获得经济援助的患者，对其收取的紧急情况或其他医疗必要护理费用，不会超过对持有此类护理保障之人士收取的一般收费金额。欲了解更多信息、索要文件副本或寻求申请流程方面的帮助，请拨打 714-843-5084 联系医院，或访问 www.hbhospital.org 或 17772 Beach Blvd., Huntington Beach, CA 92647 以获取进一步信息。也可以通过邮件向您免费寄送经济援助文件副本，可提供医院所服务的大量患者使用的非英语语言版本。急诊部医生和非医院员工的其他医生也可以提供慈善医疗或折扣付款计划。请联系 714-843-5084 了解更多信息。

附件 5 [致未提供保险证明之患者的通知（纳入出院后账单明细）]

我们的记录显示您没有 Medicare、Medi-Cal、Healthy Families 或其他类似计划下的医疗保险或保障。如您有相关保障，请尽快拨打 714-843-5084 联系我们的办公室，以便获取信息并向相应实体收取费用。

如您没有医疗保险，您可能有资格享受 Medicare、Medi-Cal、Healthy Families、通过 California Health Benefit Exchange 提供的保障、加利福尼亚州儿童服务计划、其他州或县资助的健康保障或 Prime Healthcare 非营利机构慈善医疗或折扣付款计划。有关如何申请有关计划的更多信息，请拨打 714-843-5084 联系 Prime Healthcare 非营利机构 PFS 指定人员，他们将能够为您解答问题及申请有关计划。

没有保险或保险不充分的患者和满足某些中低收入要求的患者可能有资格享受折扣付款或慈善医疗。患者应拨打 714-843-5084 联系 Prime Healthcare 非营利机构或 PFS 指定人员，以获取更多信息。如果患者在申请 Prime Healthcare 非营利机构慈善医疗或折扣付款计划的同时申请其他医疗保障计划或有申请待批，则该申请概不妨碍另一计划的资格。