FMOLHS Legal Services
2024 年 9 月 16 日下午 4:47

負責部門： 收入週期		**主旨：** 財務補助
總頁數：7		**更換政策（數量／日期）：** 所有 FMOLHS 醫院先前的全部慈善政策 FIN.04.29 FIN.04.29b
原始生效日期：2013 年 6 月	**修訂後生效日期：** 2024 年 9 月 1 日	**政策編號：** REV.10.001

範圍：

適用於 FMOLHS 實體提供的所有緊急和其他醫療必要護理，包括 FMOLHS 醫院設施和相關實體（統稱為「FMOLHS」）提供的所有此類護理，包括但不限於：

- Our Lady of the Lake Hospital
- Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
- St. Dominic-Jackson Memorial Hospital
- St. Francis Medical Center
- Our Lady of the Angels Hospital
- Assumption Community Hospital
- 零售和專業藥房

目的：

本財務補助政策 (Financial Assistance Policy , FAP) 目的具體說明：

- 以免費護理和共付額援助形式獲得財務補助的資格標準。
- 申請財務補助的方法；
- FMOLHS 如何計算患者費用。
- 醫院、診所及藥房在所服務社區全面推廣 FAP 的辦法。
- FMOLHS 未收到款項時可能採取的行動；及
- 遵循適用的州及聯邦法律及法規。

政策：

FMOLHS 致力於根據個別財務狀況為有醫療護理需求且**無保險或保險不足**的患者提供緊急和醫療必要照護的財務補助。FMOLHS 努力確保需要醫療護理服務的民眾不會因經濟能力導致無法尋求或接受護理。

定義：

340B 計畫：根據《公共衛生服務法》(Public Health Service Act) 第 340B 節創建的計畫，允許某些安全網提供者以大幅打折後的價格購買受保藥物。

合約津貼：根據第三方付款人建立的合約協議確定費用與患者總費用之間的差額。

特別收款行動 (ECA)：特別收款行動 (Extraordinary Collection Actions, ECA) 適用於 FMOLHS 影響信用報告或啟動法律程序，例如留置權、取消贖回權、扣押銀行帳戶或個人財產、扣押工資及／或逮捕。ECA 不包括：致電患者要求結清餘額； 寄送帳單；或在破產程序中提出索賠。

緊急護理：患者由於嚴重、危及生命或可能導致殘障需要立即進行醫療干預。患者通常透過急診室就診及／或入院。請查閱《社會安全法》 (42 U.S.C. 1395dd) 第 1867 節。

財務補助：財務補助定義為替無保險或保險不足的患者免費提供醫療服務（或減免費用），且根據收入水平（基於美國衛生及人力資源服務部之聯邦貧困指南）、財務分析、人口指標及／或基於診斷的進一步醫療需求無法負擔患者的醫療費用。財務補助不包括政府計畫的合約津貼和保險的合約津貼。

家庭：根據美國人口普查局定義，因出生、婚姻或收養而產生親屬關係的兩人以上組成之群體。

家庭收入：根據美國人口普查局指南，使用下列方式計算家庭收入：

- 包括薪資、失業救濟金、工傷賠償金、社會安全福利金、社會安全補助金、公共援助、退伍軍人補償金、遺囑給付、養老金或退休金、利息、股息、租金、版稅、不動產收入、信託、教育補助、贍養費、子女撫養費、非住戶成員援助、及其他雜項來源；
- 以稅前金額做為基礎確定；
- 包括所有居住在一起的家庭成員及納稅申報表提報的家屬收入。（非親屬不予計算，例如室友。）
- 對於非同住的家庭受扶養人，家庭收入應包括受扶養人的收入，及納稅申報表提報扶養親屬的收入。
- 家庭收入也包括易於轉換為現金的資源或財產；包含但不限於支票帳戶、存款帳戶、股票、債券、定期存單和現金。需排除 IRA 和 401K ，直到現金被移除。

聯邦貧困指南：人口普查局用於行政目的之簡化貧困門檻，例如決定財務資格。美國衛生及公共服務部 (HHS) 每年在《聯邦公報》(Federal Register) 發佈本指南。

總費用：套用扣除額前，FMOLHS 依完整既定費率提供患者護理服務所收取的總費用。

Medicaid 不足：沒有資格獲得傳統 Medicaid 但有資格獲得福利有限的州計畫而被推定為貧困的患者；以及透過非合約州獲得 Medicaid 承保的患者。

醫療必要護理：根據 Medicare 及第三方付款人定義，治療出現的症狀為適當且必要的醫學治療。

推定財務補助：根據評分系統為無保險或保險不足患者提供的援助。批准推定財務援助不需要存檔的財務表格。

無保險患者：接受醫療服務的人，但是沒有醫療保險也不符合任何州或聯邦計畫。

保險不足患者：擁有私人醫療保險的低收入人群。但是，當第三方保險不提供 FMOLHS 設施的保險時，則不適用。

*2023 年 10 月 1 日實施的***程序：**

A. **個人必須申請**財務補助才得以**確認**其是否**符合**接受財務輔助的資格。本 FAP 說明申請方法以及具體說明個人符合接受財務補助的資格標準。本 FAP 同時說明 FAP 申請過程應提交的**所需文件**和資訊。

B. 本 FAP 適用於 FMOLHS 實體診斷及治療疾病或傷害**所提供的所有緊急和其他醫療必要護理**。FMOLHS 將確定非緊急服務是否是符合財務補助條件的醫療必要護理。特別**排除**在財務補助資格之外的服務包括但不限於下列各項：

   a. 非醫療必需護理，包含括不限於
      i. 整型手術，例如隆胸、腹部拉皮手術、注射肉毒桿菌、雙眼皮手術、化學換膚、皮膚贅瘤去除、皮下填充物、硬化劑治療和皮膚雷射治療。
      ii. 牙齒美容手術
      iii. 減重手術
      iv. 包皮環切術（除非有醫療必要性）
      v. 基因檢測
      vi. 荷爾蒙補充療法
      vii. 熱射頻胃賁門緊縮術
   b. 住院期間提供的個人物品，例如陪客餐、非醫療必要之私人病房。

c. 已由第三方賠償醫療費用之機動車輛事故（例如涉及無醫療保險的患者）。

C. **專業服務**係由急診室的非 FMOLHS 主治醫師、助理醫師或執業臨床醫師提供，不一定涵蓋在本 FAP 範圍內。在醫院設施中提供緊急和其他醫療必要護理的提供者清單保存在與 FAP 分開的文件中，可應要求提供。患者可透過撥打醫院的主要電話號碼，並向 Our Lady of the Lake 的財務諮詢部門和所有其他醫院的住院部詢問，免費索取紙質副本。實際地址和電話號碼清單載列於本政策***附錄 A*** 。

D. 如果患者有**潛在支付資源**例如但不限於醫療保險或第三方理賠金，則該個人可能不符合財務補助資格。

E. 財務補助不得視為個人責任之替代。**患者應配合** FMOLHS 程序以獲得財務補助或其他形式的給付，根據個人支付能力**分攤**其護理費用。應鼓勵有經濟能力的個人購買醫療保險。

F. 若 FAP 申請人符合或可能符合當地、州或聯邦計畫的資格，且該計畫承保部分或全部醫療服務費用，則 FAP 申請人應在確定本 FAP 資格前申請此類計畫。財務補助通常是患者可用的所有其他財務資源手段中的**最後付款人**，這些資源包括：保險；政府計畫，例如但不限於退伍軍人福利金、Medicare 和 Medicaid；第三方責任險；及個人資產，包含既有流動資產。FMOLHS 將協助申請政府計畫的民眾。

G. FMOLHS 不得因申請人未提供 FMOLHS 在本 FAP 或 FAP 申請書未說明的資訊或文件，而拒絕依據本 FAP 申請財務補助。FMOLHS 將書面通知當事人對於本 FAP 是否符合資格的決定和決定之依據。

H. 從患者獲得的財務補助文件將受到保護；僅限對財務補助程序必要的 FMOLHS 人員才能存取此文件。

I. 在本 FAP 概括說明 FMOLHS 未收到款項時可能採取的行動。**FMOLHS 進行特別收款行動 (ECA) 前需盡合理努力確定當事人是否符合本 FAP 援助資格**。確定 FAP 資格後，符合 FAP 資格者的緊急或其他醫療必要護理費用不應超過持有此類保險者的一般收費金額 (Amounts Generally Billed , AGB)。

J. 每年為各別 FMOLHS 醫院/實體計算**一般收費金額**(AGB)。任何必要修訂將在計算後 120 天內實施。FMOLHS 提供給符合財務補助資格者的緊急或其他醫療必要護理費用不得超過商業保險和 Medicare 患者收取之平均費用。AGB 是以符合條件的護理總費用乘以 AGB 百分比決定。AGB 百分比根據 Medicare 及個人健康保險公司在指定 12 個月內允許的所有索賠除以這些索賠的相關總費用。請撥打附錄 A 載列適用 FMOLHS 實體的電話號碼，免費索取目前適用的 AGB 百分比書面副本。

K. FMOLHS 財務補助計畫的**通知**將透過各種方式推廣，包括但不限於在患者帳單發佈通知、急診室及住院區及其他 FMOLHS 可選擇的其他公共場所張貼通知。FMOLHS 應在機構網站公告並全面推廣下列內容：本財務補助政策、本政策的簡明摘要和財務補助申請書。各 FMOLHS 醫院應為英文能力有限族群提供其主要語言之本文件。在急診室和其他住院區應要求並以郵寄方式提供此文件的紙本副本給患者。

L. FMOLHS 管理和設施應遵守可能適用於根據本政策執行的行動之所有其他聯邦、州和當地法律、規則和法規。

I. 申請程序

A. 必須填妥、簽名並提交財務補助，及提交本政策規定之必需文件，以申請書確定個人是否符合財務補助資格。請透過住院部及各醫院網站索取申請書。請查閱***附錄 A*** ，各醫院設施網站、實體地址和電話號碼的清單。財務補助申請書詳細說明交回填妥申請書的方法。FHP 患者可以在最近的 FMOLHS 醫院申請。

B. 患者入院及出院時推廣可用的財務補助。財務顧問將篩選感興趣的患者並協助完成財務補助。申請書財務顧問將在醫院住院部協助完成申請書或是回答與本 FAP 相關的任何問題。請沿著各醫院公共通道上清楚的標示找到住院部。醫院地址請查找***附錄 A***。

C. 患者或患者的保證人需在**三十 (30) 日內**提供個人、財務及其他文件，以做出財務需求的決定。申請人必須提供患者、配偶、同住家庭成員和同一納稅申報表扶養親屬的資訊。**不符合條件的申請書可能退回給申請人或視為被拒絕**。

D. 無保險者未提供所需之正確資訊，則推定為有能力支付所接受服務的全額費用，且將要求支付等於總費用乘以實體適用的 AGB 百分比的訂金，或重新安排服務（僅非緊急情況）。若無保險者已開始但尚未完成財務補助程序，則需支付不可退款的**標準訂金**（標準訂金請參閱***附錄 B***）或在可以支付訂金時重新安排服務，或提供資訊完成 FAP 申請書（非急診情況）。注意事項：醫療服務提供者的醫師診所提供的服務將使用等於 AGB 百分比乘以總費用之費用的訂金，而不是標準訂金。

E. 儘管 30 日內未完成的申請書可能被拒絕，若患者在出院計費後 240 日內聯絡我們並要求重新考慮，則將重啟並重新考慮該申請書。

II. 財務補助決定

A. 財務補助將根據涉及**財務需求的個別評估**程序決定，且可能：

a. 包含使用外部公開資訊來源提供患者或患者保證人支付能力的資訊（例如信用評分）；
b. 包含 FMOLHS 的合理努力探索其他公共或個人付款計畫的付款及保險資源，並幫助患者申請該計畫；
c. 計入患者可用資產及可用的所有其他財務資源。

B. 任何財務補助**都需要驗證收入**。必須提供下列文件：

a. 填妥的財務補助申請書
b. 含有照片的 ID 或是合法 ID
c. 患者／保證人、同住的家庭成員及患者／保證人納稅申報表提報扶養親屬的最新納稅申報表。若患者／保證人不需繳納聯邦稅（由於低收入或無收入），則需要 IRS 的聲明。
d. 患者／保證人、同住家庭成員和患者／保證人納稅申報表提報扶養親屬的收入證明。
    i. 若有工作：最近 3 份薪資單、最近 3 個月銀行對帳單、最近的 W-2 表。
    ii. 若為自僱：自僱者的月損益表或一般業務分類帳／業務支票帳號摘要副本。
    iii. 若無工作：社會殘障保險給付副本、其他社會安全收入／給付、1099R、養老金、公共援助、工傷賠償金、信託基金、失業救濟金、軍人補償金、子女扶養費和贍養費；公共援助支票；退休支票；及／或公證的支援聲明。

C. 應立即處理財務補助申請，FMOLHS 應**在收到填妥的申請書後 30 日內書面通知患者或申請人**。

D. 財務補助減免適用**於啟用財務補助申請的服務日期**以及接下來六個月內的未來服務日期。注意事項：將於每次護理階段進行保險驗證，以確定患者仍為無保險狀態。

E. 在原始申請獲得批准六個月期限後，患者必須**重新申請**財務資助。

III. 減免條件與金額：

減免條件依據家庭人數以及年度家庭收入佔聯邦貧窮線百分比決定。FMOLHS 使用美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 每年在*《聯邦公報》*發佈的聯邦貧窮線表。請造訪本網站獲得最新資訊：https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines。

A. 家庭收入等於或**低於 FPL 275%** 的無保險患者如果符合 FAP 規定的其他資格標準，將有資格

a. 獲得全部醫療費用的全額減免，不包括先前已支付的任何標準訂金。
b. 如果符合 340B 計畫的條件，可以降低處方定價。

B. 家庭收入**超過 FPL 275%** 的無保險患者將有資格

a. 獲得**災難性**醫療援助，具體取決於患者的特殊財務狀況。若患者前 12 月的治療費用超過或等於家庭年收入的百分之二十 (20%)，則患者可能獲得折扣形式的財務補助。使用此折扣後，患者所欠金額等於家庭年收入金額的 10%。
b. 如果符合 340B 計畫的條件，可以降低處方定價。

C. 保險不足患者資格將根據推定篩查標準確定（見下文）。

IV. 推定財務補助

A. 當 FMOLHS 使用個人提供的資訊以外的資訊以確定免費護理資格時，則推定符合財務補助的資格。
- 無保險患者將 100% 減免。
- 對於保險不足患者，剩餘餘額將進行調整。

B. 推定財務補助可以透過財務補助評分模式提供。評分系統類似於信用評分，由 FMOLHS 批准的供應商編制。僅低於評分系統最低標準的帳戶才會被認為符合財務補助的推定資格。

C. 無醫療保險或其他第三方支付來源的無保險患者患者，如果不符合 100% 調整的推定資格，則將獲得無保險折扣。

V. MEDICAID 不足

沒有資格獲得傳統 Medicaid 但有資格獲得福利有限的州計畫的患者將被推定為貧困的患者，且其帳戶餘額將相應調整。示例包括州資助的處方計畫；LACHIP；州食品券計畫；Medicaid 合理支出抵降保費；以及其他福利有限 Medicaid 計畫。透過非合約州獲得 Medicaid 承保的患者也有資格獲得 Medicaid 不足調整。

注意事項：*本文所述資訊不產生任何法定權利，FMOLHS 保留隨時自行決定背離、修改或取消本政策的權利。*

法定/監管機構（包括參考材料）：醫療補助 計劃

不適用

附件：

- 附錄 A – FMOLHS 網站和聯絡號碼清單
- 附錄 B – 標準訂金

政策監督方：

收入週期副總裁

附錄 A. FMOLHS 網站、實體地址和聯絡號碼清單

醫院	網站	住院部地點	電話號碼
Our Lady of the Lake Hospital	www.ololrmc.com/financialassistance	5000 Hennessy Blvd Baton Rouge, LA 70808	(225)765-7921 (800)327-3284
Our Lady of Lourdes Regional Medical Center	www.lourdesrmc.com/financialassistance	4801 Ambassador Caffery Lafayette, LA 70508	(337)470-2000
St. Dominic-Jackson Mem.Hosp.	www.stdom.com/financialassistance	969 Lakeland Drive Jackson, MS 39216	(601)200-2000
St. Francis Medical Center	www.stfran.com/financialassistance	309 Jackson Street Monroe, LA 71201	(318)966-4000
Our Lady of the Angels Hospital	www.oloah.org/financialassistance	433 Plaza Street Bogalusa, LA 70427	(985)730-6700
Assumption Community Hospital	www.ololrmc.com/financialassistance	135 Highway 402 Napoleonville, LA 70390	(985)369-3600

注意事項：請勿提交財務補助申請書至上述地址。正確地址請查找申請書。

附錄 B. 標準訂金

醫院	外科手術標準訂金	放射科診斷標準訂金	所有其他服務標準訂金
Our Lady of the Lake Hospital	$200	$10	$10
Our Lady of Lourdes Regional Medical Center	$200	$25	$25
St. Dominic-Jackson Memorial Hospital	$200	$25	$25
St. Francis Medical Center	$200	$25	$25
Our Lady of the Angels Hospital	$200	$25	$25
Assumption Community Hospital	不適用	$10	$10