

政策

财务援助

目录

1	目的	2
2	范围	2
3	定义	3
4	政策	4
4.1	财务援助的资格标准.....	4
4.2	申请财务援助.....	5
4.3	财务援助取得资格的认定.....	7
4.4	针对被拒绝的财务援助申请提出申诉.....	8
4.5	推定资格.....	8
4.6	患者的账单金额.....	9
4.7	收款方式和政策.....	9
4.8	向患者以及所在社区宣传财务援助计划.....	9
4.9	管理要求.....	10
5	执行和例外	10
6	参考资料	10
7	附件	11
7.1	附件 A:	11
7.2	附件 B:	11

本政策属于皮德蒙特医疗公司 (Piedmont Healthcare) 的一项综合指南。本政策并非详尽无遗，还应根据每名患者的具体情况，应用个人临床判断及培训。

1 目的

皮德蒙特医疗公司 (PHC) 努力确保公平对所有患者，让每名患者获得尊敬、敬重和同情。为此目的，鉴于部分患者由于经济问题，可能无力支付医院账单，PHC 将根据以下政策规定，向那些无力支付医院费用并且符合一定条件的患者提供财务援助。为确保 PHC 公平、统一地应用本政策，患者及其家人有义务提供适当且及时的信息。在下文中，该计划将被称为“财务援助计划”。

根据《经济适用医疗法案》(ACA)，对于任何根据 PHC 的财务援助政策有资格获得财务援助的患者，收取的急症和必要医疗费用不得高于对有保患者收取的一般账单费用。所有根据本政策有资格通过皮德蒙特医疗公司获得财务援助的患者，将在获得财务援助期间，不被收取必要医疗产生的费用。

如下所述，本财务援助政策：

- 包括取得财务援助的资格标准。
- 说明患者申请财务援助的方式。
- 说明财务援助的决定过程、申诉过程以及推定资格。
- 说明在每处 PHC 医院所服务的社区，PHC 如何公开宣传本政策。
- 对于 PHC 系统内部执行和不执行 PHC 财务援助政策的医疗机构，附件 A 和附件 B 分别提供了相应的名单。
- 根据法律要求，PHC 的所属医院以及雇用的医生继续承诺，无论患者有无支付能力，我们都将服务所有患者的急症需求。
- PHC 将遵守联邦和各州有关急症医疗服务、患者财务援助以及慈善医疗的法律法规，包括但不限于《社会保障法》第 1867 条和《国内税收法典》第 501(r) 条。

2 范围

本政策覆盖皮德蒙特医疗公司的所有医院和雇用医生。

3 定义

一般账单费用 (AGB)——对于 PHC 提供的收费服务，可以从医疗保险 (Medicare) 以及商业/管理式医疗 (Commercial/Managed Care) 公司收到的平均报销比例。

适格服务——符合本政策规定条件的服务，包括：**(1)** 在急诊室条件下提供的急症医疗服务；**(2)** 在非急诊室条件下，针对危及生命的情况提供的非选择性医疗服务；**(3)** 其他必要医疗服务（参见下文定义）。

急症医疗——为防止患者健康遭受严重威胁、身体机能严重受损以及/或者任何器官或身体部分发生严重机能障碍，而有必要立即采取的医疗措施。

特别收款措施——医疗机构在经过合理努力，确认相关个人是否具备获得财务援助资格之后，为收取医疗费用，可以采取的、美国国税局和财政部所定义的一系列收款活动。该措施在本政策第 **4.7** 条另有深入说明，包括将负面信息上报信用咨询/报告机构，同时还可采取扣押债务人工资等法律/司法措施。

财务援助——对于没有参加保险，但是达到 PHC 财务援助标准，并且无力支付 PHC 及其雇用医生提供的必要医疗服务的人员所提供的医疗服务。

总收费——按照 PHC 的完整现有费率，对其向患者提供的医疗服务所收取的总体费用，该费用尚未应用合同价格调整和/或折扣。

担保人——负责支付患者账单的个人；可以是患者本人，也可以是其他个人。

家庭——家庭人数包括所有在住宅内居住，并且将该住宅作为日常居所的人，可依此判断患者所在的联邦贫困线 (FPL)。家庭成员必须将该家庭视为永久性居所。

必要医疗服务——为了诊断、减轻、纠正、治疗或防止那些威胁患者生命、造成病痛、肢体残缺或机能丧失，或者可能导致或加剧残障，或者造成或加剧整体性疾病或病症而提供的医疗服务，并且对于需要该医疗服务的患者而言，没有更加保守的或者能够大幅降低治疗费用的其他医疗服务。

选择性、预防性和/或常规性服务及程序不属于适格服务。不属于适格服务的其他医疗服务还有整形手术、生育服务、普通/高级健康服务、职业健康和零售服务，以及其他制定有具体的整体协议/打包价格协议的服务。这里的名单并非详尽无遗，并且 PHC 可以在任何时间随时修改。

如果相关医疗服务的医学必要性遭受质疑，则应当由本院的首席医务官最终决定相关医疗服务是否属于急症医疗，以及/或者是否具有医学必要性。PHC 将遵守《急症医疗和活跃期分娩法案》(EMTALA) 确立的所有标准。

联邦贫困线 (FPL)——根据《美国法典》第 42 编第 9902(2) 条，美国卫生和公共服务部在联邦公报上定期发布的相应家庭收入最低限额。

推定资格——在相关个人提供的信息之外，PHC 使用其他信息源，确认相关个人是否符合财务援助条件以及/或者是否使用先前资格认定结果的过程。

无保人员——没有保险或第三方援助帮助解决对医疗服务机构财务债务的患者。

4 政策

PHC 将根据本政策规定的标准，向符合条件的患者提供财务援助，帮助那些无力支付医疗费用的患者。

4.1 财务援助的资格标准

没有参加保险并且家庭收入在《联邦贫困线指南》规定收入的 300% 或以下的（如下表所示），可以获得财务援助（100% 折扣）。

在判断患者资格时，PHC 并不考虑种族、性别、年龄、性取向、宗教联系或移民状态。

2016 年联邦贫困线指南

家人/居家成员	指导贫困线
1	\$11,770
2	\$15,930
3	\$20,090
4	\$24,250
5	\$28,410
6	\$32,570
7	\$36,730
8	\$40,890

家人/居家成员超过 8 人的，每增加一人增加 4,160 美元。

PHC 将通过外部供应商为患者提供援助，努力实现佐治亚州医疗补助计划署 (State of Georgia Medicaid) 或者联邦社会保障管理局 (Social Security Administration) 的规定福利。患者或其担保人必需按照佐治亚州医疗补助 (Georgia Medicaid) 和/或联邦社会保障收入 (SSI) 的申请程序。不予合作的患者将不能获得 PHC 财务援助。

外部供应商也可协助填写和提交财务援助申请表。在 PHC 最终决定是否批准财务援助之前，必须最终确认是否可以提供佐治亚州医疗补助 (Georgia Medicaid) 和/或联邦社会保障收入 (SSI) 福利。

4.2 申请财务援助

根据 PHC 的政策，对于财务援助申请将按照特例进行处理。所有患者都将通过电子验证系统，筛查人口统计信息和信用记录，以确认家庭收入、居家人数以及支付能力。这些标准将用于判断患者是否有资格申请财务援助。即使患者没有通过电子筛查系统的批准，也可以提交纸质申请表以及所有证明文件。

纸质申请表的取得方式如下：

- 1.在线取得申请表：<http://www.piedmont.org/patient-tools/bill-pay>
- 2.在所有 PHC 所属医院的入院区/登记区现场索取申请表
- 3.拨打客户解决方案中心 (Customer Solutions Center) 的电话：855-788-1212
- 4.通过美国邮政提交申请，地址如下：

Customer Solutions Center
Piedmont Healthcare
2727 Paces Ferry Road
Building 2, Fifth Floor
Atlanta, GA 30339

在提交申请表的同时，所有申请人还必须提供以下信息，以此作为家庭收入证明。为了最终完成对财务援助申请的处理（即：做出认定），填写和提交的申请表以及所有相关文件必须完整。

对于财务援助申请，请提供以下文件的原件或者经过认证的复印件：

- 带照片的身份证明——州政府签发的驾驶证、州身份证、护照，或者任何使领馆或学校签发的、带照片的身份证明。
- 签证或者外侨居留证（如果适用）
- 居住证明——作为居住证明，需要提交以下一项或三项文件，证明当前街道地址：
 - 一至三份公用事业收费账单，例如，电费、煤气费、水费、电话费账单
 - 租赁合同
 - 租金收据，并且收据上应当显示当前地址
 - 食品券批准书
 - 投票人登记卡
 - 其他能够证明居住地的商务文件，例如：信用卡对账单、国税局函件、医疗补助函件、学校签发的学生函件、有线电视账单、手机话费账单、银行对账单、抵押贷款对账单、显示您地址的支票存根等。
 - 注意：邮箱编号并不构成居住证明。
- 收入证明，下列文件之一：

- 三张当前的工资支票存根（患者及伴侣）
 - 失业险申请，劳工部工资查询结果 (WG-15)
 - 最近三个月的银行对账单复印件（如果依靠储蓄生活）
 - 雇主出具的使用公司信头纸的证明，确认受雇日期、当前受雇状态，并且说明小时工资额、每个工资周期支付的工资总额以及支付次数。
 - 任何表明患者正在领取失业补助、医疗补助、社会保障局残障补助、一般性援助等的决定书。
 - 食品券批准书和付款支票存根
 - 无家可归证明，或者使用公司信头纸的避难所证明
 - 其他证明患者经济状况的商务文件。
- 受抚养者人数证明——下列文件之一：
 - 上一年度的所得税申报表（最近）
 - 说明患者对相关儿童承担法律责任的决定书，例如，法院指令的监护证明或监管证明
 - 年龄在 18 岁或以下的每个儿童的出生证明

如果患者并不掌握填写申请表所需的信息，则提供相应的证明文件，或者如果不能确定在哪里取得这些信息，也可联系我们的财务顾问获得指导。请拨打我们财务援助团队的电话：855-788-1212。

在收到第一份 PHC 适格服务声明后，申请人必须在 245 天内提交申请。如果未能满足上述标准，则可能因此被拒绝提供财务援助。如果申请表填写不完整，以及/或者没有提交必需的证明文件，则申请人必须在收到通知之后三十 (30) 个日历天内提供所需信息，否则申请将被拒绝。

4.3 财务援助取得资格的认定

我们将在对财务需求进行个体评估的基础上，认定财务援助的取得资格。该程序也包括申请过程——在申请过程中，患者或其担保人需要提供财务需求认定所需的个人信息、经济状况以及其他必要证明文件。

如果是无保患者，或者担保人看来没有足够的收入或资源，无力支付适格服务的未付账单，则该患者或担保人可以申请财务援助。关于是否提供财务援助，将根据本政策中的资格标准做出决定。

在收到填写完整的财务援助申请表以及所有必需的证明文件后，PHC 将在最多三十 (30) 个日历天内做出决定。如果 PHC 财务申请获得批准，PHC 将通过电话和/或信函联系患者，确认资格生效日期。

有信息遗漏或不完整的，也将通知申请人。PHC 将在五 (5) 个工作日内向申请人发出信函，确认不完整的申请内容或者缺失的必要证明文件。

财务援助申请被拒绝的患者，PHC 也将在做出决定后五 (5) 个工作日内发送信函，详细说明拒绝理由。为获得财务援助批准，患者可在此后三十 (30) 个日历天内对该决定提出申诉，以及提供其申请的补充证明信息。

4.4 针对被拒绝的财务援助申请提出申诉

患者的财务援助申请被拒绝的，可通过以下方式联系客户解决方案中心，对该决定提出申诉。

1. 通过电子邮件联系：assistance@piedmont.org
2. 拨打客户解决方案中心 (Customer Solutions Center) 的电话：855-788-1212
3. 通过美国邮政函件发送至以下地址：

Customer Solutions Center
Piedmont Healthcare
2727 Paces Ferry Road
Building 2, Fifth Floor
Atlanta, GA 30339

所有申诉都将在收到后十 (10) 个工作日内予以审理，并在其后五 (5) 个工作日内，向申请人电话说明最终决定。此外，还将在其后五 (5) 个工作日内向申请人发送一份信函。

在申请财务援助的过程中以及申请被拒时，财务顾问可以为患者提供帮助。所有医院都设有 PHC 财务顾问，或者患者也可拨打客户解决方案中心的电话：855-788-1212。

4.5 推定资格

除了上述第 4.3 条所述的对正式财务援助申请进行的资格评估之外，还可不考虑患者的保险状态，而使用第三方提供的筛查工具和证据，推定认为患者具有获得财务援助的资格

（“推定资格”）。为了根据推定资格取得财务援助，患者的收入不得超过联邦贫困线收入的 300%。对于通过第三方筛查工具取得的信息，我们将用于验证患者的经济状况，并可将其作为唯一的文件来源，依此做出最终财务援助决定。

对于根据推定资格可以获得财务援助的患者，我们将按照个体情况提供服务。不能根据推定资格获得财务援助的患者，可以通过标准申请流程提交申请，具体内容见第 [4.2](#) 条。

4.6 患者的账单金额

无论在任何情况下，都不会将患者的账单费用全额计入财务援助。对于无保患者，适格服务的全部费用都将 100% 计入财务援助。PHC 使用“回溯”法计算一般账单费用。关于一般账单费用的其他内容，可以联系财务援助团队进行索取，电话：
assistance@piedmont.org。

4.7 收款方式和政策

对于批准财务援助的申请人，在八 (8) 个月批准期限内的未清账户将不再进行任何催收。PHC 不会把批准财务援助的账户信息转交给催款公司或者报告给征信所。对于八 (8) 个月批准期限之处的账户余额，将进行正常收款，具体参见 PHC 账单和收款政策。有关其他详情，也请参考该政策。

在未经合理确认患者是否可以根据本政策取得财务援助的条件下，PHC 不会做出异常的催款行为，例如，针对任何患者/担保人采取扣发工资、抵押主要居所或者其他法律措施。

4.8 向患者以及所在社区宣传财务援助计划

每家 PHC 所属医院都将宣传 PHC 财务援助计划，包括但不限于在医院的急诊室、入院区和登记区张贴通知（并且在院内设立患者财务援助管理员）。另外，还可在 PHC 选择的其他公共区域发布通知。此外，在确定患者自付余额之后，所有已出具的患者对账单也将公布财务援助计划的信息。另外，在入院文件上，我们也将使用简单语言做摘要介绍。

PHC 在网站 Piedmont.org 公布有财务援助政策的完整版本，并且还在医院的入院区和登记区以及 PHC 服务的社区，发布有关该政策的摘要手册。

对于英语语言能力有限的人群（占 PHC 服务社区居民的超过百分之十 (10%)），我们还提供使用这部分人群的第一语言编写的财务援助政策、财务援助申请表以及浅白语言摘要。

4.9 管理要求

在执行本政策过程中，PHC 应当遵守本政策项下活动所适用的所有联邦、州以及地方法律、法规和规章。

5 执行和例外

如果未能遵守本政策，则可能导致纪律处分，最高包括但不限于终止雇用关系（雇员），或者终止合约或服务（第三方人员、学生或自愿者）。

6 参考资料

急症医疗和活跃期分娩政策
账单和收款政策
财务援助申请
财务援助工作表

7 附件

7.1 附件 A:

除了皮德蒙特医疗公司的所属医院以及雇用医生提供的医疗服务之外，其他医疗服务机构提供的急症医疗及其他必要医疗服务也可纳入本财务援助政策。

7.2 附件 B:

关于被纳入或承诺遵守 PHC 财务援助政策的临床医生名单，可以联系以下部门索取。该名单每年更新两次。

Customer Solutions Center
Piedmont Healthcare
2727 Paces Ferry Rd.
Building 2, Fifth Floor
Atlanta, GA 30339