

经济援助政策

AdventHealth – 仅限伊利诺伊州芝加哥市设施

目的

本政策的目的是明确管理位于伊利诺伊州芝加哥大都市区的 AdventHealth 设施的经济援助的要求。

政策

本段下面列出的组织（每一个均称为“组织”）的政策是确保在本组织的设施中提供紧急和其他医疗必要的护理时采取社会公正的做法。本政策专门用于解决需要经济援助并接受本组织护理的患者的经济援助资格问题。

本政策适用于 AdventHealth 内的以下各部分：

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth Glen Oaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
AdventHealth 雇佣的医生执业诊所

- A. 所有经济援助都将反映我们对个人尊严和共同利益的承诺和尊重、我们对生活贫困者和其他弱势群体的特别关心和声援，以及我们对公正分配和管理的承诺。
- B. 本政策适用于组织提供的所有紧急情况和其他医疗必要的护理，包括雇佣的医生服务和行为健康服务。本政策不适用于非紧急情况下的护理和其他医疗必要的护理之收费。
- C. *经济援助政策涵盖的提供者清单*提供了在组织设施内提供护理的所有提供者的名单，并明确了哪些提供者在经济援助政策涵盖的范围内，哪些不在。

定义：

政策特定的定义

- A. “**501(r)**”指《国内税收法》第 501(r) 条以及据此颁布的法规。
- B. “**一般计费金额**”或“**AGB**”，是指对于紧急情况护理和其他医疗必要的护理，通常向拥有涵盖此类护理的保险的个人所收取的金额。

- C. “社区”指伊利诺伊州。就本政策而言，“居住在社区”是指成为伊利诺伊州居民——居住在伊利诺伊州并打算无限期地继续居住在伊利诺伊州的人士，不包括为了接受医疗保健福利而搬到伊利诺伊州的人士。如果患者需要的紧急和医疗必要的护理是在另一个 AdventHealth 设施接受的紧急和医疗必要的护理的继续，而该患者在该设施有资格获得针对此类紧急和医疗必要的护理的经济援助，则患者也将被视为本组织社区的成员。
- D. “紧急护理”是指治疗表现出足够严重的急性症状（包括剧烈疼痛）的医疗病况，如果不立即就医，可能会导致身体功能严重受损、任何身体器官或部位严重功能障碍，或将个人的健康置于严重危险之中。
- E. “医疗必要的护理”是指 (1) 适当、符合患者病况并且是预防、诊断或治疗患者病况所必需的护理；(2) 能够安全地提供最适合患者病况的用品或服务水平；(3) 并非主要为了患者、患者家属、医生或看护者的方便而提供；(4) 更有可能给患者带来好处而不是伤害。为了让将来安排的护理成为“医疗必要的护理”，护理和护理时间必须得到组织的首席医疗官（或指定人员）的批准。针对医疗必要的护理之判定必须由向患者提供医疗护理之有执照的提供者做出，并由组织酌情由入院医生、转诊医生和/或首席医疗官或其他审查医生（取决于建议的护理类型）做出。如果审查医生判定本政策所涵盖之患者请求的护理不是医疗必要的护理，则该决定也必须得到入院或转诊医生的确认。
- F. “组织”是指 AdventHealth 以及本经济援助政策所涵盖的实体（如上文第 II 节中所述）。
- G. “患者”是指在本组织接受紧急护理和其他医疗必要的护理之人员，以及为患者护理承担经济责任的人员。
- H. “推定评分”是指使用第三方信息来源，其中可能包括公共记录或其他客观且合理准确的方法来评估患者获得经济援助的资格。
- I. “无保险患者”是指无健康保险保单承保且不是公共或私人健康保险、健康福利或其他健康承保计划（包括高免赔额健康保险计划、工伤赔偿、意外责任险或其他第三方责任险）受益人的患者。

所需程序

A. 本节中描述的经济援助仅限于居住在社区中的患者：

1. 收入低于或等于联邦贫困线收入 (“FPL”) 250% 的患者，在保险公司付款后，患者负责的费用部分（如有）将有资格享受 100% 的折扣，前提是患者根据推定评分（见下文第 5 段所述）确定符合资格，或在患者的首次出院账单后 240 天或之前提交经济援助申请（“申请”），并且该申请获得组织的批准。如果患者在首次出院账单后 240 天之后提交申请，则患者将有资格获得最高 100% 的经济援助，但此类患者可获得的经济援助金额仅限于考虑记入患者账户上的任何付款后患者的未付余额。向有资格获得此类经济援助的无保险患者收取的费用不会高于计算出的 AGB 费用。
2. 在遵守本经济援助政策其他规定的情况下，收入高于 FPL 250% 但不超过 FPL 600% 的无保险患者将获得所提供之费用中该部分的浮动比例折扣。有保险且收入高于 FPL 250% 但不超过 FPL 400% 的患者，将根据保险计划的福利说明，获得所提供之费用中患者责任部分的浮动比例折扣。此类折扣应在患者首次出院账单后第 240 天或之前提出申请，并且该申请获得组织批准后才能适用。如果患者在首次出院账单后 240 天后提交申请，则患者将有资格获得浮动比例折扣经济援助，但此类别中患者可获得的经济援助金额仅限于考虑记入患者帐户上的任何付款后患者的未付余额。向有资格获得此类经济援助的无保险患者收取的费用不会高于计算出的 AGB 费用。

浮动比例折扣如下：（FPL – 联邦贫困线收入）

无保险患者浮动比例	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

有保险患者浮动比例	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. 在遵守本经济援助政策其他规定的情况下，收入高于 FPL 600%（无保险）和 400%（有保险）的患者，可能有资格根据“经济状况调查”的结果获得经济援助，即根据患

者的医疗债务总额，对患者向本组织支付的服务费用给予一定的折扣。如果患者有过多的总医疗债务，包括对 AdventHealth 内的医疗保健提供者和任何其他医疗保健提供者的医疗债务，用于紧急和其他医疗必要的护理，其数额等于或大于患者的家庭总收入，则患者将有资格根据经济状况调查结果获得经济援助。根据经济状况调查提供的经济援助水平与根据上述第 2 段向收入为 FPL 600%（无保险）和 400%（有保险）的患者提供的经济援助水平相同，前提是该患者在首次出院账单后的第 240 天或之前提出申请，且申请获得组织批准。如果患者在首次出院账单 240 天后提交申请，则将有资格获得经济状况调查折扣经济援助。但此类患者可获得的经济援助金额仅限于考虑记入患者帐户上的任何付款后患者的未付余额。向有资格获得此类经济援助的患者收取的费用不会高于计算出的 AGB 费用。

此外，对于符合第 2 段列出之浮动比例折扣标准资格的无保险患者，其 12 个月期间的收款额不应超过患者家庭收入的 20%。

4. 如果根据“资产测试”，认为患者有足够的资产来进行支付，则该患者可能没有资格获得上方第 1 至 3 段中所述的经济援助。资产测试涉及根据 FAP 申请表中所衡量的资产类别对患者的支付能力进行实质性评估。此类资产超过患者 FPL 金额 600% 的患者可能没有资格获得经济援助。
5. 经济援助资格可在收入周期的任何阶段确定，并可包括在患者首次出院账单后的 240 天内对有足够未付余额的患者进行推定评分，以确定其是否有资格获得 100% 慈善护理，即使患者未能填写经济援助申请表（“FAP 申请表”）也是如此。基于推定评分的资格判定仅适用于进行推定评分的护理事件。

符合以下一项或多项标准的患者将被视为有资格获得 100% 慈善护理：无家可归、无财产的死者、精神上无行为能力且没有人代表患者、符合 Medicaid 资格但在服务日期不具备资格或相关服务是非承保服务、在组织不是且不打算成为参与 Medicaid 之提供者的其他州加入的 Medicaid，以及虽投保 Medicaid 但已用完任何住院时长限制。

其他强制类别包括投保以下计划：妇女、婴儿和儿童营养计划（WIC）；补充营养援助计划（SNAP）；伊利诺伊州免费午餐和早餐计划；低收入家庭能源援助计划（LIHEAP）；参加有组织的社区计划，该计划仅对有限的低收入财务状况进行评估和记录，将其做为标准来提供医疗保健服务；以及接受医疗服务赠款援助。

6. 对于参加某些被视为组织“网络外”的保险计划的患者，组织可能会根据对患者保险信息和其他相关事实与情况的审查，减少或拒绝向患者提供原本可获得的经济援助。

7. 患者可以在收到拒绝通知后十四 (14) 个日历日内向组织提供额外信息，对有关任何经济援助资格的拒绝决定提出上诉。所有上诉都将由组织进行审查，以做出最终判定。如果最终判定对之前的经济援助拒绝决定加以确认，我们将向患者发送书面通知。患者和家属对组织有关经济援助资格的决定提出上诉的流程如下：
 - a. 上诉应首先递交给患者财务服务部门，以进行审查并提出后续问题（如果适用）。
 - b. 相关委员会应每月举行一次会议，审查所有上诉。委员会成员至少应包括患者财务服务部、护理管理部和财务部/首席财务官的代表。
 - c. 上诉应在每月委员会会议之前分发给委员会成员进行审查。
 - d. 患者财务服务部代表应出席委员会会议，以讨论每个案例并提供患者可能已提供的额外材料。
 - e. 委员会将审查申请人的 FAP 申请表，并特别关注申请人在上诉过程中提交的额外信息和要点。
 - f. 委员会可能会批准、不批准或搁置上诉。根据上诉讨论期间提出的问题，如果需要更多信息，委员会可能会搁置上诉。
 - g. 患者财务服务部将以书面形式向患者或家属传达上诉结果。

B. 为没有资格获得经济援助的患者提供的其他援助

如上所述，没有资格获得经济援助的患者仍可能有资格获得组织提供的其他类型的援助。为了完整起见，此处列出了这些其他类型的援助，尽管它们并非基于需求，也不受 501(r) 的约束，但列入此处是为了方便组织所服务的社区。

1. 没有资格获得经济援助的无保险患者将获得折扣，折扣额度根据该组织向支付最高费用的付款人所提供的折扣决定。按数量或患者总收入衡量，支付最高费用的付款人必须至少涵盖组织成员的 3%。如果单个付款人未达到这一最低数量，则应对多个付款人合同进行平均处理，以便用于平均处理的付款条件至少占组织当年业务量的 3%。
2. 不符合经济援助资格的无保险和有保险患者可能可获得即时付款折扣。除了上一段所述的无保险折扣之外，还可能提供即时付款折扣。

C. 对有资格获得经济援助的患者的收费限制

1. 对于有资格获得经济援助的患者，针对紧急和其他医疗必要的护理之单独收费不会超过 AGB，且不超过所有其他医疗护理的收费总额。组织使用“回溯”方法计算一个或多个 AGB 百分比，包括 Medicare 按服务收费和向组织支付理赔费用的所有私营医疗保险公司，均按照 501(r) 的规定执行。
2. 如需 AGB 计算说明和百分比的免费副本，可访问 AdventHealth 网站 <https://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance-illinois>，致电 844-652-0600，发送电子邮件至 GLR.CustomerService@AdventHealth.com，或通过此网站书面请求：

AdventHealth Patient Financial Services
Attention:Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

对于 2023 年 10 月 29 日或之后的就诊，请致电 800-462-0490 或寄送邮

件至：

AdventHealth
Attn:Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

D. 申请经济援助和其他援助

患者可能可通过推定评分资格或申请经济援助的方式符合获得经济援助的资格，申请经济援助的方式是提交填妥的 FAP 申请表。FAP 申请表和 FAP 申请表说明可在 AdventHealth 网站上获取，或致电 844-652-0600，或发送电子邮件至 GLR.CustomerService@AdventHealth.com，或以书面形式发送至：

AdventHealth Patient Financial Services
Attention:Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

对于 2023 年 10 月 29 日或之后的就诊，请致电 800-462-0490 或寄送

邮件至：

AdventHealth
Attn:Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

我们鼓励您下载 AdventHealth 应用程序并创建一个帐户，之后您就能在线申请经济援助。如果您没有 AdventHealth 帐户，请访问 account.adventhealth.com/register/。

组织将要求无保险者与财务顾问合作，申请 Medicaid 或患者被认为可能有资格参加的其他公共援助计划，以便有资格获得经济援助（除非通过推定评分获得资格和批准）。如果患者在 FAP 申请表上或与推定评分资格流程相关的资料中提供虚假信息，如果患者拒绝转让保险收益或由可能有义务支付所提供护理的保险公司直接支付的权利，或者患者拒绝与财务顾问合作申请 Medicaid 或患者被认为可能有资格申请的其他公共援助计划，使其有资格获得经济援助（除非通过推定评分获得资格和批准），则患者可能会被拒绝给予经济援助。在判定当前护理的资格时，组织可能会考虑在任何资格判定日期之前 12 个月内完成的 FAP 申请表。

本组织不会考虑在任何资格判定日期之前 12 个月之前完成的 FAP 申请表。

E. 计费和收款

单独的计费和收款政策中描述了组织在未付款情况下可能采取的行动。如需计费和收款政策的免费副本，可致电 844-652-0600，发送电子邮件至 GLR.CustomerService@AdventHealth.com，或以书面形式发送至：

AdventHealth Patient Financial
Services Attention:Financial
Assistance Department 1000
Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

对于 2023 年 10 月 29 日或之后的就诊，请致电 800-462-0490 或寄送

邮件至：

AdventHealth

Attn:Financial Assistance

PO Box 935979

Atlanta, GA 31193

F. 解释

本政策以及所有适用程序旨在遵守 501(r)， 并应根据 501(r) 进行解释和应用， 除非另有明确说明。

参考资料

- a. 经济援助申请表
- b. 经济援助政策的通俗表达摘要
- c. 经济援助政策涵盖和不涵盖的提供者之清单
- d. 一般计费金额