

状态

待批准

PolicyStat ID

19438919



最后批准时间	不适用
生效日期	批准
订时间	2025 年 12 月
下一次审核时间	批准后 3 年

负责人	Layne Gambol: 患者主管 账户
领域	公司 合规政策
参考文献	CCP-FI-006

## 医院收款与经济援助政策

### I. 宗旨

本政策旨在建立公平、合理的收费、收款和经济援助实践标准，体现 Capital Health Medical Center – Hopewell 和 Capital Health Regional Medical Center（统称为“Capital Health”）作为非营利医疗服务提供者的地位，推动其为所在服务区域的居民（无论其支付能力如何）提供高质量医疗服务的使命。

### II. 表格/附件

Capital Health 保密财务工作表 Capital Health 医疗服

务提供者名单

### III. 设备/物资

无

### IV. 政策

根据使命声明，Capital Health 及任何与其有实质性关系的实体（按美国国税局的定义）均秉持公平合理的计费准则，以尊严、尊重和同情之心对待所有患者。Capital Health 根据其紧急护理政策（政策编号 CCP-PC-002）和《紧急医疗与劳动法案》（EMTALA），为每个人（无论其支付能力如何）提供急诊和其他具有医学必要性的医疗服务。Capital Health 还为无力承担部分或全部医疗费用的患者提供援助，确保此类援助符合 Capital Health 的使命和价值观，

并根据每个人的支付能力提供相应支持。

请参阅附录 B，了解所有在 Capital Health Medical Center - Hopewell 和 Capital Health Regional Medical Center 提供急诊或其他具有医学必要性的医疗服务的医疗服务提供者，及其是否包括在经济援助政策（“FAP”）的范围内。该名单将每季度进行审查并在必要时更新。

## V. 广泛宣传

FAP、Capital Health 保密财务工作表（“申请”）和简明语言摘要（“PLS”）均有英文版以及英语能力有限的群体的主要语言版本，在每所医院的主要服务区域所服务的社区中，该群体人数不足 1,000 人，或者少于社区总人数的 5%。我们将尽力确保 FAP 文件能够清晰地传达给那些译本中未包含其母语版本的患者。PLS 是一种书面声明，通知个人医院提供经济援助，并用简明、清晰、易懂的语言提供有关此 FAP 的信息。

Capital Health 通过合理努力告知患者其可能获得经济援助的信息。当患者询问经济援助时，工作人员将告知患者，经济援助可能存在，但只有符合本政策中的条件时才可获得，若需进一步信息，患者或医生应联系患者账务部的信贷与收款经理。

FAP、申请和 PLS 将通过以下显眼的方式展示：

- A. FAP、申请和 PLS 广泛提供于 Capital Health 网站：[www.capitalhealth.org](http://www.capitalhealth.org);
- B. 对于纸质版 FAP、申请和 PLS，可根据要求免费邮寄以及在每家医院的公共区域（至少包括急诊室和接待区）阅览，地址如下：

Capital Health Medical Center - Hopewell  
One Capital Way  
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center  
750 Brunswick Avenue  
Trenton, NJ 08638

- C. 以能够传播给最有可能需要经济援助的社区成员的方式，告知并通知各医院所服务的社区成员有关 FAP 的信息；
- D. 通过以下方式告知并通知在医院接受治疗的成员有关 FAP 的信息：
  - 1. 在入院过程中向住院患者提供 PLS 的纸质版；
  - 2. 在所有账单上附上显眼的书面通知，

告知患者可获得经济援助的信息；

3. 在各医院的公共区域张贴显眼的告示，通知患者有关经济援助的信息。

## VI. 经济援助计划及资格标准

### A. 无保险患者：

无保险患者指没有任何保险来为其具有医学必要性的服务承保，且不符合任何州、联邦或地方计划资格的患者。如果患者符合该定义，并同时满足以下“a”和“b”项标准，即适用于州规定的无保险折扣政策，其个人自付费用将不超过 Medicare 报销率的 115%（《2008 年新泽西州公共法》第 60 号）。此折扣无需申请。

折扣计算方法如下：

1. 对于所有住院服务，按 Medicare DRG 标准费用的 115% 计算；
2. 对于所有门诊服务，按 Medicare 费用的 115% 计算。

Capital Health 保留根据患者个人财务情况公平给予折扣的权利。

### B. 新泽西州医院护理支付援助计划（“慈善医疗”）：

慈善医疗援助是针对在新泽西州各家急救医院接受住院和门诊服务的患者提供的免费或减免收费的医疗援助。

慈善医疗是新泽西州的一个计划，适用于符合以下条件的新泽西州居民：

1. 没有健康保险或保险只覆盖部分费用；
2. 不符合任何私人或政府资助的保险资格；
3. 满足州政府设定的收入和资产资格标准。

收入资格标准 - 家庭总收入低于或等于联邦贫困线（“FPG”）200% 的患者，有资格获得 100% 的慈善医疗覆盖。家庭总收入高于 FPG 的 200% 但不高于 300% 的患者，符合慈善医疗计划的折扣护理资格。收入资格标准基于服务日期之前的收入。

资产资格标准 - 患者的个人资产不得超过 7,500 美元，家庭资产不得超过 15,000 美元，才能符合资格。

就本条而言，必须考虑的家庭成员是《新泽西州行政法规》10:52-11.8(a) 定义的所有在法律上有责任的个人。

免费护理或部分覆盖的费用将根据新泽西州卫生局的《无保险者收入标准》来确定。

#### C. 保险不足折扣:

Capital Health 为所有符合条件的保险不足患者提供折扣，这些患者无法支付全部或部分医院费用。此折扣适用于符合以下收入资格标准的保险不足患者。

收入资格标准 - 家庭总收入不超过联邦贫困线（“FPG”）400% 的患者，有资格获得 100% 的费用覆盖。家庭总收入高于 FPG 的 400% 但不高于 600% 的患者，有资格获得折扣护理。

免费护理或部分覆盖的费用将根据新泽西州卫生部的《无保险者收入标准》标准翻倍（2 倍）。

## VII. 一般开票金额（“AGB”）

根据《美国国税法》第 501(r)(5) 条，患者若符合此 FAP 下的经济援助条件，则在接受紧急或其他具有医学必要性的护理的情况下，不会被收取比有保险的个人更高的费用。

Capital Health 利用回溯法 (Look-Back Method)，结合 Medicare 服务费和私人健康保险公司数据计算每个医院的 AGB 百分比。AGB 百分比是每年根据过去 12 个月内由 Medicare 服务费用和私人健康保险公司批准的所有理赔计算的，其计算方法是将这些理赔的总支付金额除以与这些理赔相关的总费用。适用的 AGB 百分比将用于确定账单费用的 AGB。

所得 AGB 百分比如下：

### **Capital Health Regional Medical Center**

- 住院服务 - 6.25%
- 门诊服务 - 9.72%

### **Capital Health Medical Center - Hopewell**

- 住院服务 - 5.95%
- 门诊服务 - 7.91%

对于符合经济援助条件的患者，将始终按照 AGB 或本 FAP 下可用的任何折扣价格中的较低者收费。

## VIII. 申请经济援助

# 的方法 - 慈善医疗与保险不足患者

## A. 满足慈善医疗资格标准的患者，必须提交完整的新泽西州医院援助计划申请表格。

此申请包括根据《医院服务手册》慈善医疗部分《新泽西州行政法规》**10:52** 中要求的某些文件。下面列出了资格审查所需的文件：

### 1. 相应的患者和家属的身份证明文件：

可以包括以下任何一项：驾驶证、社会保障卡、外国人登记卡、出生证明、护照、签证、州政府颁发的身份证件等。

### 2. 服务日期有效的新泽西州居住证明：

可以包括以下任何一项：驾驶证、福利计划身份证明卡、公共事业账单、联邦所得税申报单、州所得税申报单，或失业救济证明（注意：紧急护理不受居住要求限制）。

### 3. 总收入证明：

可以包括工资单、W-2 表格、失业救济证明等。

### 4. 截至服务日期的资产证明：

可以包括能够快速换算为现金的物品，例如银行对账单、投资账单等。

根据个人申请人的情况，偶尔可能要求提供额外的文件。个人可以在服务日期后的两年（**730** 天）内申请慈善医疗。

## B. 符合保险不足折扣资格标准的患者必须提交完整的 **Capital Health** 保密财务工作表，以便被评估是否满足计划的条件。提交此表格时不需要其他文件。

通常，需要经济援助的患者将首先提交保密财务工作表。根据提供的信息，**Capital Health** 的信贷与收款部门将告知患者是否有资格获得经济援助。

提交完整申请后，信贷与收款部门的工作人员将审查申请，以确定财务资格。患者或负有财务责任的个人将以书面形式接收所有决定通知。**Capital Health** 保留根据患者个人财务情况公平给予折扣的权利。

若 **Capital Health** 收到不完整的申请，将向患者或负有财务责任的个人提供书面通知，说明为确定 **FAP** 资格所需的额外信息和/或文件。患者或负有财务责任的个人将有 **30** 天或申请期的剩余天数（即自服务日期起两年或 **730** 天内的剩余天数）（以时间较长者为准），提交完整的申请表及 **Capital Health** 要求的任何额外信息。此外，

患者将获得 **PLS**。

请参阅第五部分了解申请表的免费获取方式和索取途径。

## IX. 账单开具与收款流程

- A. 所有由保险公司合同规定负有财务责任的账户，或没有第三方责任保险的账户，都被视为自费患者。这些患者将在注册时获得经济援助信息。
- B. 自费患者将在首次医疗护理账单发出后 **135** 天内收到四封数据邮件和一封紧急通知。该紧急通知必须发送给患者，为其提供至少 **30** 天的时间来结清未付余额，之后债务将被转交给催收机构。此通知将：
  - 表明符合条件的患者可获得经济援助；
  - 包括一个电话号码，供个人获取有关 **FAP** 和申请流程的信息；
  - 包括组织的网站地址，患者可在此获取 **FAP**、申请表和 **PLS** 的副本；
  - 确定第三方为获得医疗费用的支付将采取的极端催收措施（“**ECA**”）；
  - 表明可能启动此类 **ECA** 的最后期限（该期限不早于通知提供后 **30** 天）；
  - 包括 **PLS** 副本。
- C. 除了数据邮件和紧急通知外，患者账户部门还会对余额超过 **750.00** 美元的账户进行电话联系，尝试解决未付余额。当遇到不可预见的情况时，该部门仍会尽合理努力进行电话联系，但这一点无法保证。例如：电力中断、全国性疫情等。
- D. 如果自费责任在 **135** 天内未解决，该账户将被注销为坏账，并转交给两个外部主要催收机构中的一个，具体取决于患者的姓氏（字母分配）。
- E. 主要催收机构有 **270** 天的时间处理账户。**270** 天结束后，如果仍有未结余额，该账户将自动被收回，并重新分配给次要催收机构。只使用一个次要催收机构。
- F. 从服务日期起，个人有两年（**730** 天）时间申请经济援助。
- G. 如果收到完整的申请，**Capital Health** 将确保进行以下操作：
  - 暂停针对该患者的任何 **ECA**；

- 及时做出资格决定并记录在案；
  - **Capital Health** 将以书面形式通知患者相关的决定及其依据、金额计算方式以及适用的 **AGB** 百分比；
  - **Capital Health** 将提供更新的账单，注明符合 **FAP** 政策资格的患者的应付金额（如适用）；
  - 超过符合 **FAP** 政策资格的患者应付金额的任何已付款项将相应予以退还（如适用且金额超过 5 美元）。
- H. 如果收到不完整的申请，**Capital Health** 将向患者提供书面通知，说明为做出 **FAP** 资格决定所需的补充信息或证明文件。在 **Capital Health** 做出 **FAP** 资格决定之前，第三方机构将暂停为收取医疗护理费用而采取的任何 **ECA**。
- I. 次要催收机构是唯一被授权对列入坏账的账户采取法律追索行动的机构。除了次要催收机构正在依法追讨的任何账户外，次要催收机构也有 **270** 天的时间处理该账户。
- J. 次要催收机构的 **270** 天期限结束时，该账户随后由患者会计系统以自动化方式收回，并分配一个机构代码 “**TB**”（意为“收回”）。
- K. 机构代码为 **TB** 的账户必然会经历 **135** 天的自费收款周期，由主要催收机构催收 **270** 天，再由次要催收机构催收 **270** 天。
- L. 所有账户，无论付款方是谁，均按相同方式处理。

当患者表示无力或难以履行其与在 **Capital Health** 接受的护理相关的财务责任时，**Capital Health** 会与患者合作，以确定是否有经济援助可用于履行患者的责任。经济援助可能包括：

- A. 制定合理的付款计划，期限不超过转介至主要催收机构前账单周期剩余的天数；
- B. 识别可通过医疗补助、慈善医疗或其他第三方慈善组织等项目获得的经济援助；
- C. 根据本政策条款，对与患者的医疗护理相关的费用给予部分折扣或全部免除。

**Capital Health** 要求其合作的催收机构遵守本政策。为促进对本政策的遵守，**Capital Health** 在所有与催收机构的协议中均规定了以下内容：

- A. 要求催收机构避免实施任何违反《公平债务催收作业法》（《美国法典》第 **15** 编第 **1692** 节及后续条款）的活动。
- B. 催收机构承认 **Capital Health** 的非营利性质与使命，并同意其催收行为不得违背该性质或违反本政策。

Capital Health 仅在有合理理由相信患者或责任方有足够的收入和/或资产，可在不造成过度困难的情况下履行责任时，才会采取法律行动，寻求履行患者的经济责任。Capital Health 不寻求通过出售或法拍患者的主要住所来履行患者的经济责任。

## X. 参考文献

美国卫生与公众服务部，监察长办公室，《医院合规指南》，1998年3月  
美国医院协会与新泽西州医院协会，《医院账单与催收行为原则与指南声明》  
《新泽西州议会法案》，A 2609

### 批准签字



### 标准

本文件无相关标准。