

ASCENSION SAINT THOMAS REHABILITATION HOSPITAL

慈善照護

2023年1月6日

政策／原則

Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital 的政策係確保在本院設施採取社會公正的做法提供緊急治療照護與其他醫療必要照護。本政策係專門處理經濟援助資格，對象為需經濟援助且接受本院照護的病患。「本院」係指 Saint Thomas Health。

1. 所有經濟援助均反映我們對個人尊嚴與共同利益的承諾與尊重、我們對生活貧困者與其他弱勢群體的特別關心與聲援，以及我們對分配正義與管理的承諾。
2. 本政策適用於本院提供的所有緊急治療照護與其他醫療必要照護。本政策不適用非緊急治療照護與其他非醫療必要照護費用。
3. 「經濟援助政策所給付的提供者清單」提供清單列出在本院設施內提供照護的所有提供者，其中明確說明涵蓋給付經濟援助政策之內提供者，或未涵蓋得提供者。

定義

就本政策而言，適用以下定義：

- 「**501(r)**」係指《國內稅收法典》第 501(r) 條以及據此頒布的法規。
- 「**一般收費金額**」或「**AGB**」係指，就緊急治療照護與其他醫療必要照護而言，若個人擁有給付此類照護的保險，通常向其收取的金額。
- 「**社區**」「**社區**」係指田納西州中部的十三 (13) 縣，其中給付：Cannon、Davidson、DeKalb、Hickman、Rutherford、Warren、White、Montgomery、Putnam、Sumner、Williamson、Wilson、Humphrey。如病患所需的緊急治療照護與醫療必要照護係在另一 Ascension Health 設施接受的連續性緊急治療照護與醫療必要照護，且其具資格獲得此類緊急治療照護與醫療必要照護的經濟援助，則該病患將視為本院社區成員。
- 「**緊急治療照護**」係指分娩或醫療狀況非常嚴重，如不立即就醫，可合理預期將導致嚴重危及病患（或未出生孩子）的健康、嚴重損害身體功能，或導致任何身體器官或部位嚴重功能障礙。
「**醫療必要照護**」係指 (1) 為預防、診斷或治療病患病情所需適當、一致且不可或缺的照護；(2) 就病患病情而言，可安全提供的最適切供應或服務水準；(3) 提供目的主要並非為病患、病患家屬、醫師或照護者的方便；(4) 更有可能為病患帶來好處而非傷害。若要讓未來預定照護成為「醫療必要照護」，照護與照護時間必須獲得本院醫療主任（或指定人員）的核准。必須由向病患提供醫療照護且具執照的提供者做出醫療必要照護的決定，同時本院得酌情由接診醫師、轉診醫師及／或醫療主任或其他審核醫師（取決於建議照護類型）做出決定。如本政策給付的病患請求照護，而審核醫師判定該照護不具醫療必要性，則該決定也必須獲得接診或轉診醫師確認。

- 「本院」係指 Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital。
- 「病患」係指在本院接受緊急治療照護與其他醫療必要照護的人士，以及對照護病患承擔經濟責任的人士。

提供的經濟援助

本節所說明的經濟援助僅限居住於本社區的病患：

1. 受本經濟援助政策其他規定的約束，若病患收入低於或等於聯邦貧窮線（「FPL」）250%，則於保險提供者（如有）付款之後，將具資格針對其所負責的服務費用部分獲得 100% 慈善照護，前提是病患根據推定評分（請見下文第 5 段）確定符合資格，或病患於首份出院帳單第 240 日或之前提交經濟援助申請（「申請」），且該申請獲得本院核准。如病患於首份出院帳單後 240 日之後提交申請，則病患將具資格獲得最高 100% 的經濟援助，但此類別病患可獲得的經濟援助金額將先考慮病患帳戶已付款項，並僅限未付餘額。若病患符合此類經濟援助資格，則所收取費用不會高於計算的 AGB 費用。
2. 受本經濟援助政策其他規定的約束，若病患收入高於 FPL 250% 但未超過 FPL 400%，則於保險提供者（如有）付款之後，將具資格針對其所負責的提供服務費用部分獲得浮動折扣，前提是病患於首份出院帳單第 240 日或之前提交申請，且該申請獲得本院核准。如病患於首份出院帳單後 240 日之後提交申請，則病患將具資格獲得浮動折扣經濟援助，但此類別病患可獲得的經濟援助金額將先考慮病患帳戶已付款項，並僅限未付餘額。若病患符合此類經濟援助資格，則所收取費用不會高於計算的 AGB 費用。浮動折扣如下所示：

若病患的 FPL 介於 251% 與 FPL 300% 之間，將獲得 95% 援助

若病患的 FPL 介於 301% 與 FPL 351% 之間，將獲得 90% 援助

若病患的 FPL 介於 351% 與 FPL 400% 之間，將獲得 85% 援助

3. 受本經濟援助政策其他規定的約束，若病患收入超過 FPL 400%，可能具資格根據「經濟狀況調查」獲得經濟援助，按病患總醫療債務，就本院向其收取的服務費用獲得部分折扣。如病患的總醫療債務過多（醫療債務涵蓋對於 Ascension 與任何其他醫療照護提供者，用於緊急治療照護與其他醫療必要照護），且該債務等於或大於該病患的家庭總收入，則該病患將具資格根據經濟狀況調查獲得經濟援助。如病患於首份出院帳單第 240 日或之前提交申請，且該申請獲得本院核准，則其根據經濟狀況調查所獲得的經濟援助層級等同上述第 2 段收入為 FPL 400% 的病患。如病患於首份出院帳單後 240 日之後提交申請，則病患將具資格根據經濟狀況調查獲得折扣經濟援助，但此類別病患可獲得的經濟援助金額將先考慮病患帳戶已付款項，並僅限未付餘額。若病患符合此類經濟援助資格，則所收取費用不會高於計算的 AGB 費用。
4. 如根據「資產調查」，認為病患擁有足夠資產支付款項，則該病患可能不具資格獲得上述第 1 至 3 段所述的經濟援助。資產調查係指根據 FAP 申請表所衡量的資產類別就病患的支

付能力進行實質性評估。若病患所擁有的此類資產超過 FPL 金額 250%，可能不具資格獲得經濟援助。

5. 經濟援助資格可於收入週期的任何時間判定，且若病患於收到首份出院帳單後最初 240 日內擁有足夠未付餘額，則儘管其未能完成經濟援助申請表（「FAP 申請表」），仍可能採用推定評分來確定其是否具資格獲得 100% 慈善照護。如病患未提交完整 FAP 申請表並僅透過推定評分獲得 100% 慈善照護，則病患具資格獲得的經濟援助金額將先考慮病患帳戶已付款項，並僅限未付餘額。根據推定評分進行的資格判定僅適用推定評分所考慮的照護事件。
6. 若病患參與的特定保險計畫認定本院為「網路外」，則於審核病患保險資訊與其他相關事實與境況之後，本院可能根據審核結果降低或拒絕向病患提供其原可獲得的經濟援助。
7. 病患可於收到拒絕通知後十四 (14) 個曆日內向本院提供額外資訊，針對任何拒絕經濟援助資格決定提出上訴。本院將審核所有上訴將並做出最終決定。如最終決定確認之前拒絕經濟援助決定，將向病患傳送書面通知。若病患與家屬欲就經濟援助資格決定對本院提出上訴，流程如下：
 - a. 病患與家屬可以郵寄方式向病患經濟服務部門提交書面上訴信。上訴信應包含病患的財務資訊，該資訊於原始經濟援助申請表未納入考慮，且其對於覆議病患接受慈善照護的資格非常重要。除書面上訴信外，病患與家屬還必須於上訴信提供覆議資訊文件。如無適當文件，上訴審議可能延遲，直至收到適當文件為止。上訴信與支持文件必須郵寄至本院，地址如下：310 21st Avenue North, Nashville, TN 37203。
8. 所有上訴將由本院經濟援助上訴委員會審議，委員會的決定將以書面形式傳送給提出上訴的病患或家屬。

若病患不符經濟援助資格，可利用其他援助措施

如上所述，若病患不符資格獲得經濟援助，仍具資格獲得本院提供的其他類型援助。為完整起見，此處列出其他類型援助，儘管其並非基於需求，且其目的不在受 501(r) 約束，但列於此處供本院服務的社區方便參考。

1. 若病患未投保且不具資格獲得經濟援助，將根據本院提供給最高付費支付方的折扣，向病患提供折扣。最高付費支付方必須涵蓋本院至少 3% 人口（按數量或病患總收入衡量）。如單一支付方未達此一最低數量水準，則應計算多個支付方合約平均，以使用於計算平均的支付條件佔本院當年業務量至少 3%。
2. 若病患不符經濟援助資格，則無論投保與否均可能獲得即時支付折扣。除前段所述的未投保折扣外，可同時提供即時支付折扣。

收費限制（適用具資格獲得經濟援助的病患）

若病患具資格獲得經濟援助，則當其接受緊急治療照護與其他醫療必要照護時，單獨收費不會超過 AGB，且所有其他醫療照護不會超過總費用。本院採用「回溯」方式計算單一 AGB 百分比，其中涵蓋 Medicare 服務費以及向本院支付理賠的所有私人健康保險提供者，一切符合 501(r) 的規定。您可於本院網站或任何入院區域免費索取 AGB 計算說明與百分比副本。病患亦可以郵寄方式免費取得 AGB 計算說明與百分比副本，方式是致電 629-253-5300 聯絡本院，請求寄送該副本至病患的郵寄地址。

申請經濟援助與其他援助

病患得利用以下方式符合資格獲得經濟援助：透過推定評分資格，或透過提交完整 FAP 申請表來申請經濟援助。FAP 申請表與 FAP 申請說明可於本院網站取得，或於提供服務時索取。如病患在服務日之後希望申請經濟援助，可造訪 Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital 網站，存取 FAP 申請表與 FAP 申請說明並直接列印。病患亦可透過郵寄索取 FAP 申請表與 FAP 申請說明副本。如病患需透過郵寄索取文件副本，應致電本院：629-253-5300。在上述個別存取位置，FAP 申請表與 FAP 申請說明均提供英語、西班牙語、簡體中文、繁體中文、越南語、寮國語、韓語與阿拉伯語版本。本院將要求未投保者與財務顧問合作來申請 Medicaid 或認定病患可能具資格的其他公共援助計畫，以利符合資格獲得經濟援助（除非符合資格並透過推定評分獲得核准）。在以下情況病患的經濟援助可能遭拒：如病患於 FAP 申請表或推定評分資格流程提供錯誤資訊、如病患拒絕分配保險收益或拒絕由可能具支付義務的保險公司直接支付的權利、病患拒絕與財務顧問合作來申請 Medicaid 或認定病患可能具資格的其他公共援助計畫，以利符合資格獲得經濟援助（除非符合資格並透過推定評分獲得核准）。在確定目前照護事件資格時，若 FAP 申請表完成時間為任何資格確定日期之前六個月內，則本院可能納入考慮。若 FAP 申請表完成時間為任何資格確定日期之前六個月以上，則本院不會納入考慮。

計費及收款

本院就未支付情況可能採取的行動，另行說明於計費及收款政策。您可於本院網站或於提供服務時免費索取計費及收款政策副本。病患亦可以郵寄方式免費索取計費及收款政策副本。如病患需透過郵寄索取文件副本，應致電本院：629-253-5300。

解釋

本政策與所有適用程序目的在於遵守 501(r)，並應根據 501(r) 進行解釋與運用，除非另行明確說明。