

HUNTINGTON HOSPITAL
ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE
行政管理政策和程序

主题： 财务援助政策	保单编号：329	第 1 页，共 14 页
授权批准人：Lisa Maqueira	生效日期： 2024 年 1 月 1 日	取代/替代 2023 年财务援助政策

I. 目的：

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd.（经营别称 Huntington Hospital）和 Huntington Medical Foundation（经营别称 Huntington Health Physicians）（统称为“本机构”）致力于满足社区内所有患者的医疗保健需求，并基于以下原则：
- i. 以有尊严的方式公平对待所有人，并给予其同情心和尊重；
 - ii. 满足所有人的紧急医疗保健需求，无论患者的支付能力如何；以及
 - iii. 为无法支付部分或全部护理费用的患者提供援助。

本政策致力于满足我们社区内低收入无保险患者和保额不足患者的需求，以展现本机构对我们使命、愿景和原则的郑重承诺。为履行此承诺，本机构向符合本政策资格要求的患者提供免费或优惠的医疗必要服务。

- b. 本政策提供关于确定患者财务援助资格的指南，并拟定了相应的财务筛选标准，以协助确定哪些患者有资格获得财务援助。

II. 政策：

- a. **定义。**本政策中使用的大写术语在本政策末尾的“定义”部分或首次使用时进行了定义。
- b. **本政策的覆盖范围。**本政策仅涵盖本机构直接提供的服务。仅在 Huntington Aligned Medical Group（“HAMG”）和 Huntington Foundation Medical Group（“HFMG”）提供的医师服务包含在内。本机构的 Randall Breast Center 据点、Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 和 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC 不包含在内。
- c. **本政策未涵盖的设施、医师及其他提供者可能适用单独的财务援助政策。**本机构医疗团队的社区成员（即不属于本机构的提供者）也可以向其患者提供财务援助。本机构将应要求提供关于此类医师的信息清单，以说明特定医师（或其医疗团队）是否会：**(i)** 根据本政策规定的标准，向本机构规定的低收入无保险患者提供医师专业费用的同等折扣；**(ii)** 接受本机构对患者财务援助资格的确定；**(iii)** 遵守所有适用联邦、州和地方关于消费者欠款账户催收的法律、法规、条例和法令。对于此类医师的财务援助计划管理或其计费做法，本机构概不负责。

d. 帮助支付您的账单之资格标准

- i. **财务援助。** 全额财务援助适用于家庭收入和资产等于或低于当年联邦贫困线 (**Federal Poverty Level, FPL**) 400% 的患者。收入介于 **FPL 401% 至 600%** 的患者也有资格享受护理折扣。即便将资产纳入财务援助申请 (“申请”), 在确定折扣资格时亦不予考虑。附件 **B** 列出了本机构可提供的财务援助范围。
- ii. **服务前患者 (选择性/非急诊护理)。** 被安排为选择性住院患者或非急诊门诊患者的患者需要获得财务援助协调员或其指定人员的事先批准, 才能获得财务援助。只有具医疗必要性的程序才有资格获得批准。选择性程序和出院后后续护理的财务援助仅限于居住在本机构服务区域内或经财务援助协调员或其指定人员批准的患者。根据本机构审慎分配其财务和临床资源的需要, 本机构保留未来不提供患者所提议的非紧急及其他非医疗必要护理相关财务援助的权利。
- iii. **额外的财务资源和必要的患者合作。** 根据本政策而获准获得援助的患者同意始终配合从第三方来源获得本机构服务相关理赔的相应流程, 此类第三方来源示例包括 **California Victims of Crime** 基金、**County Trauma Program**、**Medi-Cal** 计划, 以及通过 **California Health Benefit Exchange** (“Exchange”) 提供保险的健康计划。患者申请第三方承保其医疗保健费用, 并不妨碍其获得本政策所规定援助的资格。如需获得财务援助, 患者需要申请 **Medi-Cal**、**Healthy Families** 和 **County Trauma Program** 的保险 (如适用), 并在适当情况下申请 **Exchange** 的保险。上述规定也适用于居住在州外的患者及其在州内的 **Medicaid** 申请。

本机构将适当转介至当地县级机构, 包括 **Healthy Families**、**Covered California**、**Medi-Cal** 或其他计划, 以确定潜在资格。

本机构有权向为患者提供保险的任何第三方保险公司开具账单, 包括第三方责任的任何来源。健康保险公司和健康计划不得降低其对本机构的理赔报销, 即便本机构已根据本政策放弃全部或部分患者账单亦不例外。
- iv. **自费患者。** 本机构根据过往经验和当前保险环境做出假定, 即没有保险的患者无法负担保险。本机构假定此类患者符合财务援助计划的资格, 并将向所有此类患者提供下列援助, 除非患者为本机构提供的服务做出其他安排。根据折扣免除掉的金额不会向患者计费, 是本机构将根据《**Medicare** 和 **Medicaid** 服务中心提供者报销手册》(**Centers for Medicare & Medicaid Services' Provider Reimbursement Manual**) 第 15-2 章第 4012 节的指南进行报告的无偿护理。
 1. 自费患者将自动按本机构的折扣后金额予以计费 (见附件 **C**)。
 2. 自费患者无需提交申请, 即可享受此类折扣。除非本机构与患者之间达成具体协议, 否则此类财务援助一律不适用于选择性程序。
- v. **医疗贫困患者 (不符合享受折扣的条件)。** 如患者属于医疗贫困但不符合本政策所规定的财务援助资格, 仍可根据本政策规定的流程提出财务援助申请。因医疗贫困而提出的财务援助申请必须由财务援助协调员或其指定人员自行决定批准。

e. **财务援助管理。**本机构使用单一、统一的患者财务援助申请。此流程旨在确保所有申请人都有机会获得他们可能有资格享受的最高财务援助福利。申请财务援助的所有患者都需要填写申请表。

i. **申请方式。**申请流程可由患者或本机构的任何工作人员启动，方法是联系：自费部、客户服务部，电话号码为 (323) 866-8600。

具体流程如下：

1. 患者获得申请表、Medi-Cal 申请表和信用咨询信息。
2. 以下部门会协助申请人填写表格：自费部、客户服务部、挂号处、入院部和急诊科 (Emergency Department, ED)。
3. 申请表可以在本机构工作人员的协助下口头完成，但仍然需要患者或其代表在申请表上签名。

ii. **审核申请**

1. **资格确定。**资格指南采用当前 FPL 作为资格衡量标准予以计算。
2. **由附属机构和核准社区合作伙伴进行资格确定。**如患者的财务援助申请于近期获得本机构特定附属机构或社区合作伙伴的批准，本机构可能会酌情决定加速批准。本机构将告知申请财务援助的患者是否可获此类加速批准。
3. **资产。**在确定资格时，对资产的考量仅限于本政策中的定义。
4. 部分期间的**收入**应纳入使用年化数据的工作表中。
5. **免赔额。**包括生活开支和其他合理且必要项目在内的其他财务义务均将纳入考量。
6. **患者最高自付费用。**患者为本政策所涵盖服务而支付的任何费用不得超过 AGB。
7. **重新评估。**如果发生以下任何情况，本机构可能会重新评估资格：
 - a. 患者收入有变。
 - b. 患者家庭人数有变。
 - c. 财务援助申请的任何部分被确定为虚假或误导性信息，在这种情况下，初始财务援助可能会被追溯性地拒绝。

iii. **提交必要文件。**本机构要求申请财务援助的患者提供各种文件，以证明其资格。这些文件包括但不限于以下各项：

1. 填妥的申请表。
2. 收入文件可能包括：
 - a. 近期工资支票存根；
 - b. 前一年的纳税申报单；或者

c. 书面说明。

3. 资产文件可能包括：

a. 上个月的银行对账单副本（所有页面）；

b. 金融市场账户报表；

c. 股票；

d. 债券；

e. 存款证明；

f. 经纪账户（不包括关于退休计划、延期支付计划（根据美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 代码，包括合格和不合格）的文件）；以及

g. 失业救济金、社安金或残疾抚恤金存根。

iv. **提交填妥的申请表。**如果患者在申请期内提交填妥的申请，则本机构应：

1. 立即采取一切合理可用措施，以暂停或撤销针对患者的任何护理费用催收相关特殊催收行动 (**Extraordinary Collection Action, ECA**)。此类合理可用措施通常包括但不限于：建议催收机构停止催收活动；采取措施以撤销对患者的任何评判；取消对患者财产的任何扣押或留置；从患者的信用报告中删除已上报给消费者报告机构或信用局的任何不利信息。

2. 在合理时间内确定资格，或确定申请是否不完整或是否需要额外信息。

3. 及时以书面形式向患者告知资格确定结果，包括（如适用）患者有资格获得的援助和决定的依据。

4. 如果患者有资格获得财务援助，则本机构应以书面形式向患者告知其资格、可获得的援助、确定依据和所涵盖的服务日期。

a. 如果患者无支付责任，则除了按“退款”部分所述规定退还已付金额外，无需采取其他步骤。如有剩余积欠金额，则本机构还应以书面形式向患者告知其积欠的护理金额，并说明患者如何获得额外的账户信息。

b. 一旦患者获得财务援助批准，则患者不会被收取比一般收费金额 (**Amounts Generally Billed, AGB**) 更高的急诊或其他医疗必要护理费用。

资格的批准只能由本机构特别授权的个人进行。目前此人是财务副总裁和首席收入周期官或其指定人员。

v. **资格确定函。**患者提交填妥的申请表并提交必要文件后，本机构将寄送资格确定函，说明患者的申请已获核准或患者不符合资格。信函将包括以下内容：

1. 关于患者是否符合财务援助资格的明确声明。

2. 如果患者不符合财务援助资格，则应明确说明不符合资格的原因。
 3. 如果患者是因其所接受的服务不具备医疗必要性而不符合资格，则该服务的主治医生应在申请被拒绝之前证明这一点。
 4. 如果患者获准获得财务援助，则应明确说明可获得减免的账单，并说明患者如何获得有关合理付款计划的更多信息（如适用）。
 5. 本机构的联系信息，包括部门、联系人姓名以及患者可在何处对医院的决定提出申诉。
 6. 医疗保健获取和信息部 (Department of Health Care Access and Information, HCAI) 医院账单投诉计划 (Hospital Bill Complaint Program) 的相关信息。
 7. 医疗消费者联盟 (Health Consumer Alliance) 的相关信息。
- vi. **申请信息有限的患者。** 即便本机构缺乏患者的财务数据，亦不妨碍患者获得财务援助的资格。在评估患者临床、个人和人口统计情况以及替代文件（包括其他慈善组织可能提供的信息）相关的所有因素时，本机构可以通过对患者收入做出合理假定来确定患者是否有资格获得财务援助。
- vii. **不完整的申请。** 如果患者所提交的申请不完整，则本机构应及时向患者寄送书面通知，说明申请所需的额外信息和/或文件，以及申请处理的联系信息。如果患者随后在申请期（或本机构设定的更长时间段）内完成申请并提供所需信息，则申请将视为完成。
- viii. **完成未完整填写的申请表。** 如果患者在申请期间提交了未完整填写的申请表，并于随后合理时间内完整填写申请，以响应有关额外信息和/或文件的请求，则该患者将被视为已提交填妥的申请表，并且只有当本机构针对已填妥申请而采取本政策要求的其他步骤时，本机构才会做出合理努力以确定患者是否符合资格。
- ix. **针对具可疑信息的申请表的反滥用条款。** 本机构不得根据有理由认为不可靠或不正确的信息或者以胁迫方式或强制措施从患者处获得的信息，来确定患者是否有资格获得财务援助。强制措施包括延迟或拒绝向患者提供急诊医疗服务，直到患者提供所要求的信息，以确定患者是否有资格获得遭延迟或拒绝护理相关的财务援助。
- x. **不完整申请的处理。** 如患者未能提供合理且必要的文件，本机构在做出财务援助相关决定时会酌情考虑。但是，本机构将合理行事，并根据现有信息做出最佳决定。
- xi. **推定资格。** 本机构可能会根据其获得或评估的信息来确定患者是否有资格获得当前服务的财务援助，而无需患者提供常规申请流程所需的全部信息，也不会考虑患者没有健康保险的事实。本机构的决定可能包括依据本机构的先前决定、患者的其他提供者所提供的信息，或者针对本机构工作人员所掌握信息的一般评估。在此类情况下，本机构应：
(a) 向患者告知推定资格确定的依据以及患者可根据本政策申请更高援助的方式；
(b) 允许患者在一百二十 (120) 天内申请更高援助；如果患者提交了填妥的申请表以寻求更高援助，则应确定患者是否有资格获得更高折扣，并针对已填妥的申请表采取本政策要求的其他步骤。接受本政策所述折扣的自费患者将通过账单所印简明摘要（请参见附件 A）的方式接收此类通知。

- xii. **即便患者弃权，亦不能免除本机构采取合理努力的义务。**从患者处获得口头或书面弃权书，例如针对患者不希望根据本政策申请财务援助或不希望接收根据本政策向患者提供的信息的签名声明，其本身并不构成对于患者不符合资格的决定，也不满足在对患者采取 ECA 前需做出合理努力以确定患者是否符合资格的要求。
- xiii. **付款计划。**一旦确定患者有资格获得财务援助且仍存在剩余积欠金额，他们可以选择通过既定的定期付款计划进行付款。本机构将与患者讨论计划选项，并制定通常持续时间不超过十二 (12) 个月且完全免息的分期付款计划。更多详情，请参见本机构的欠款催收政策。
- xiv. **争议解决。**如有关于财务援助资格的争议，患者可以向本机构提交书面申诉，要求本机构重新审议。书面申诉应解释争议的理由，并提供相应支持文件。本机构的客户服务和运营经理将立即审查上诉并向患者提供书面决定。如果患者认为在第一次上诉后争议仍然存在，患者可以通过书面形式提出要求，而本机构的财务副总裁和首席收入周期官或其指定人员应展开审查并提供最终书面决定。
- xv. **申请信息的保密性。**根据本政策规定，对于要求确定资格的患者所提供的全部信息，本机构应视为机密信息予以保密。申请和批准流程中所获得的收入和资产相关信息应保存于同一个文件内，与可能用于催收欠款的信息分开。
- xvi. **完成申请的时间段（“申请期”）。**患者应于二百四十 (240) 天内完成申请。申请期自首次提供申请相关护理之日起计算（如存在多个服务日期，则以最后一个疗程的开始日期为准）。

f. 有效期

- i. 对于财务合格患者，批准其初始财务援助的有效期为六 (6) 个月，自申请完成之日起算。初始批准期结束时，应患者要求，可重新评估其资格。处于本机构选择时，无需提出新申请，即可授权新的六 (6) 个月批准期。十二 (12) 个月后，患者必须填写新的申请表。自最终申请获准之日起，未结清的合格账户将根据批准的援助水平减免相应的财务援助金额。针对后续情况，合格账户在未来六 (6) 个月内有资格获得财务援助相应金额减免。

g. 通知、书面通信和声明

- i. 本机构提供以下有关财务援助的通知和信息：
 - 1. 本政策。
 - 2. 本政策的简明摘要。简明摘要应当以清晰、简明且易于理解的方式向患者及其他个人告知本机构可根据本政策提供财务援助。起草简明摘要时，应列出各类相关信息，其中包括州和联邦法律要求的信息，例如本政策下的资格要求和提供的援助、关于如何根据本政策申请援助的简要概述，以及关于获取额外信息和帮助的信息，包括索取其他语言的副本。
 - 3. 申请表。
 - 4. 本机构的欠款催收政策。

- ii. 此类材料应以多种方式提供，其中包括：
 - 1. **网站**。财务援助政策、财务援助申请表和财务援助政策简明摘要均发布于本机构的网站上。此类材料的链接也应发布在网站上。
 - 2. **电子邮件或纸质副本**。可致电 (323) 866-8600 向自费部、客户服务部索要本政策中提及的任何材料的副本。
 - 3. **张贴标牌**。简明摘要应张贴于下列位置：急诊室、住院部、收费部、集中和分散挂号区及其他门诊区域（包括观察室）。
 - iii. **登记和账单通知**。患者可查看其登记和账单通信，以了解各种信息和通知。例如，请参见本机构的欠款催收政策。
 - iv. **通知社区**。本机构应采取各种措施，广泛宣传其财务援助计划，例如向目标社区组织分发信息，或以其他方式提醒社区关注本机构提供的财务援助计划。
 - h. **翻译和口译服务**。患者通信应符合本机构的要求。除前述内容之外，本政策下的通知、正式通信和标牌应使用英语以及州和联邦法律要求的其他语言。其他语言包括中文、波斯语、越南语、阿拉伯语、捷克语、俄语、亚美尼亚语、韩语和西班牙语。此外，患者可以联系本机构获得口译服务，以使用其他外语和美国手语 (**American Sign Language, ASL**) 交流和翻译政策相关文件。另外，患者服务部可以应要求提供这些文件副本的大字印刷版和音频版。
 - i. **医疗必要性/临床判定**。无论患者的保险或财务状况如何，在对其展开医疗必要性评估时，均将基于临床判断。根据所有适用的州和联邦法律，一旦出现紧急医疗状况，必须先行安排适当的健康体检，并提供必要的稳定服务，之后才能对财务安排展开各项评估。
 - j. **退款**。对于患者所支付的超出本政策规定的应付金额部分，本机构将予以报销，包括以百分之十 (10%) 的年利率支付利息。如果应付给患者的金额低于 5 美元（或美国国税局规定的此类其他金额），则本机构无需对患者进行报销或支付利息。本机构应在 30 天内向患者退款。
 - k. **催收**。有关催收活动的更多信息，请参见欠款催收政策。
 - l. **报告**。本机构将在每隔一年的 1 月 1 日当天或之前或者在本政策有任何更新后的三十 (30) 天内将本政策提交给 HCAI。如果本政策自先前提交政策以来并无重大变更，本机构将在其下一个双年度报告日期的 1 月 1 日之前三十 (30) 天内通知 HCAI。重大变更包括可能影响患者获得折扣付款资格或联邦和州规定的其他保护措施的任何变更。向 HCAI 提交的每份政策均应包括一份证明声明（见附件 D），其内容如有不实将受伪证罪处罚，其中包括以下内容：(i) 证明提交者已获得提交政策的正式授权；以及 (ii) 提交的政策是本机构政策的真实、正确的副本。
- III. **医院账单投诉计划**。如果患者认为他们不应该被拒绝财务援助，可以向加利福尼亚州的医院账单投诉计划提出投诉。如需了解更多信息或提出投诉，请访问 HCAI 网站或 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov。
- IV. **更多帮助**。对于需要帮助支付账单的患者，消费者权益组织可以提供免费的服务，帮助患者了解账单和支付流程。患者可拨打 888-804-3536 联系健康消费者联盟 (**Health Consumer Alliance**) 或访问 healthconsumer.org 获取更多信息。

V. 董事会批准和持续审查:

本政策、欠款催收政策以及对此类政策的所有重大变更必须取得本机构董事会的批准。本机构将定期审查本政策和欠款催收政策以及催收工作的状态，以确保为患者和社区提供理想的服务。然而，只要不与本政策相冲突，管理层可对本政策第 VII 部分确定的附件进行行政变更，且无需董事会批准（例如，语言澄清、为反映本政策实施的操作流程的变更、为遵守适用法律、法规或 IRS 指南的变化而进行的变更、以及为反映最新的联邦贫困线指南的变更）。

VI. 定义

- a. **一般收费金额**（简称“**AGB**”）是指 26 C.F.R. § 1.501(r)-5(b) 规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取的急诊或其他医疗必要护理费用。有关本机构如何计算 **AGB** 和 **AGB** 百分比年度更新的其他信息，请参见本政策的附件 C，此类信息同时已纳入加州医疗保健获取和信息部网站 <https://syfphr.hcai.ca.gov/> 提供给大众的相关文件。
- b. **申请**是指本机构的财务援助申请。
- c. **资产**仅指“货币资产”。其中包括易于转换为现金的资产，例如银行账户和公开交易的股票。退休计划、延期支付计划（根据 IRS 代码，包括合格和不合格）将不予考虑。下列各项未纳入资产中：患者货币资产的前一万美元 (\$10,000) 和患者货币资产除前一万美元 (\$10,000) 之外的百分之五十 (50%)。
- d. **社区合作伙伴**是指与其他社区机构建立的支持性的关系。
- e. **基本生活开支**是指以下任何一项的费用：租金或房屋款项和维修、食物和家庭用品、公用事业和电话、服装、医疗和牙科费用、保险、学校或托儿服务、子女抚养费或配偶赡养费、交通和汽车费，包括保险、汽油和维修、分期付款、洗衣和清洁及其他特殊费用。
- f. **特殊催收行动**（简称“**ECA**”）是指本机构在尽合理努力确定患者是否有资格获得本政策所规定的财务援助之前不会采取的催收活动。有关 **ECA** 的详细说明，请参见《欠款催收政策》。
- g. **家人**是指：(1) 对于年满 18 岁的个人，包括配偶、同居伴侣和 21 岁以下的受抚养子女，无论是否住在家里；(2) 对于未满 18 岁的个人，包括父母、看护亲属及父母或看护亲属未满 21 岁的其他子女。
- h. **联邦贫困线**（简称“**FPL**”）是美国用于确定贫困程度的衡量标准，由卫生与公众服务部（Department of Health and Human Services，简称“**DHHS**”）定期发布于网站 (<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>) 上。
- i. **财务合格患者**是指已向本机构申请财务援助并已填写和提交申请表的患者。申请审查结果表明患者有资格获得财务援助，并且申请已依据本政策获得批准，或者患者经本机构确定为推定有资格根据本政策获得财务援助。
- j. **财务援助**是指根据本政策向患者提供免费或优惠医疗保健服务的安排。优惠费用通常视付款计划而定，自费患者可自动享受折扣。
- k. **高额医疗费用**是指家庭收入超过本机构财务援助门槛的患者的每年自付费用。符合下列条件之一的费用将纳入考量：(i) 患者在本机构下属医院产生的费用超过患者当前的家庭收入或过去十二

(12) 个月的家庭收入，以较低者为准；或者 (ii) 自付医疗费用超过患者家庭收入的百分之十 (10%)，前提是患者已提供患者或患者家属过去十二 (12) 个月内所支付患者医疗费用的证明文件。

- l. **医疗贫困**是指患者无力承担意外高成本护理的相关服务费用，但不符合本政策规定的财务援助资格。
- m. **医疗必要**是指根据公认的医疗实践标准，在为患者进行评估、诊断或治疗时提供的必要且临床上适用的医疗服务，且其主要目的不是为了方便患者或医疗服务提供者。
- n. **付款计划**是指本机构与患者之间的书面协议，根据该协议，由本机构向患者提供减免一定费用的机会，且每月费用不超过患者家庭收入的 10%（基本生活开支的扣除额除外）。

VII. 参考资料

制定本政策时参考的州和联邦法律包括但不限于：

- i. 美国《国内税收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)(3) 节。
- ii. 《加州健康与安全法典》(California Health & Safety Code) 第 127400-127462 节（医院公平定价政策和急诊医师公平定价政策）。
- iii. 加州议会第 1020 号法案：医疗保健欠款和公平计费，自 2022 年 1 月 1 日起生效。
- iv. 加州议会第 532 号法案：公平计费政策，自 2022 年 1 月 1 日起生效。
- v. 卫生与公众服务部总办公室（Office of General, 简称“OIG”）关于向无保险和保额不足患者提供财务援助的指南，以及 IRS 法规。
- vi. 有关上述任何内容的任何实施条例和机构指南。

VIII. 附件清单

- A. 财务援助摘要 - 简明摘要
- B. 财务援助折扣
- C. 一般收费金额
- D. 认证声明



财务援助和意外账单保障摘要

作为我们使命的一部分，Pasadena Hospital Association, Ltd.（经营别称 Huntington Hospital）和 Huntington Medical Foundation（经营别称 Huntington Health Physicians）（简称“本机构”）致力于为社区提供优质医疗服务，以有尊严的方式对待我们的所有患者，并给予其同情心和尊重。其中包括根据我们的财务援助政策（下文简称“本政策”）为无力支付护理费用的合格患者免除费用或提供大幅折扣。即使患者不符合获得援助的资格，我们也可以为其提供多种付款计划和选择，以满足其财务需求。本文件是本政策的简明语言摘要（简称“本摘要”）。

帮助支付您的账单

如果患者接受具有医疗必要性的程序，且收入和货币资产（统称“收入”）等于或低于当年联邦贫困线 (FPL) 的 400%，我们可提供财务援助。收入介于 FPL 401% 至 600% 的患者也有资格享受护理折扣。我们将根据患者的家庭人数、收入水平和保险状况向其提供浮动费率折扣。针对选择性或非医疗必要程序或出院后后续护理的财务援助，仅限于居住在本机构服务区并事先得到财务副总裁和首席收入周期官或其指定人员批准的患者。根据本政策，如果患者没有资格享受完全免费的服务，但有资格享受折扣，我们向患者收取的费用将不超过本机构通常针对急诊或其他医疗必要护理所收取的费用。

医师和服务

本政策仅适用于本机构提供的服务，如由 Huntington Aligned Medical Group（“HAMG”）和 Huntington Foundation Medical Group（“HFMG”）提供服务，则仅适用于医师服务。本机构的 Randall Breast Center 据点、Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 和 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC 不包含在内。

如何申请

根据本政策申请免费或折扣护理的患者需要填写财务援助申请表（“申请表”），并提交所有必要文件。本机构将对申请表和文件进行审核。

本摘要、政策或申请表提供英语、中文、波斯语、亚美尼亚语、越南语、阿拉伯语、捷克语、俄语、韩语和西班牙语版本的免费副本。如需索取副本或获取其他信息，包括有关财务援助流程的疑问，您可以：

- 咨询挂号处或住院接待处的代表。
- 请致电 323-866-8600 与患者服务部 (Patient Services) 联系。
- 还可访问本机构的网站 huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/

如果您是残障人士，需要上述材料的无障碍格式或者您使用的语言与上述所列语言不同，请联系患者服务部，他们可以为您提供替代格式的材料或者为您联系我们的口译服务部门，以便您获得进一步的帮助。

自费安排

没有资格享受本政策规定的免费护理或护理折扣的患者可以寻求本机构其他计划的帮助。没有保险的患者可能有资格获得大幅折扣，类似于我们为符合资格的服务提供的管理式护理保险计划的折扣。

催收监管通知

我们会将部分欠款账户交由第三方催收机构予以处理。此类机构必须遵守所有加州和联邦法律，并遵守本机构的政策和程序。有关欠款催收活动的更多信息，请致电 **877-FTC-HELP (877-382-4357)** 与联邦贸易委员会 (**Federal Trade Commission**) 联系。如果您的账户被转至催收机构，并且您遇到问题，请致电 **323-866-8600** 与我们的患者服务部联系以寻求帮助。

意外医疗账单保障

所有患者均可获享意外医疗账单保障。请访问我们的网站 huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills，查看“患者通知-您的权利和意外医疗账单保障”。

医院账单投诉计划

如果您认为您不应该被拒绝财务援助，可以向加利福尼亚州的医院账单投诉计划提出投诉。请访问 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov，获取更多信息和提出投诉。

更多帮助

帮助支付您的账单：消费者权益组织可以提供免费的服务，帮助您了解账单和支付流程。您可拨打 **888-804-3536** 联系健康消费者联盟 (**Health Consumer Alliance**) 或访问 healthconsumer.org 获取更多信息。

其他资源和信息：

- 患者可能有资格参与政府援助计划，例如 **Medi-Cal** 或 **Covered California** 的保险补贴。患者财务支持 (**The Patient Financial Advocate, PFA**) 办公室有现场工作人员回答患者的问题，并协助申请这些计划。可以拨打 **310-423-5071** 联系 **PFA** 办公室。
- 如对商业健康保险有疑问，请致电 **1-800-CEDARS-1 (1-800-233-2771)**。
- 有关本机构可购买服务的定价和工具的信息，请访问 huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care

附件 B——财务援助折扣

**财务援助折扣
联邦贫困线指南**

无保险折扣	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
保额不足折扣	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

家庭人数	FPL 年薪					
1	14,580 美元	58,320 美元	65,610 美元	72,900 美元	80,190 美元	87,480 美元
2	19,720 美元	78,880 美元	88,740 美元	98,600 美元	108,460 美元	118,320 美元
3	24,860 美元	99,440 美元	111,870 美元	124,300 美元	136,730 美元	149,160 美元
4	30,000 美元	120,000 美元	135,000 美元	150,000 美元	165,000 美元	180,000 美元
5	35,140 美元	140,560 美元	158,130 美元	175,700 美元	193,270 美元	210,840 美元
6	40,280 美元	161,120 美元	181,260 美元	201,400 美元	221,540 美元	241,680 美元
7	45,420 美元	181,680 美元	204,390 美元	227,100 美元	249,810 美元	272,520 美元
8	50,560 美元	202,240 美元	227,520 美元	252,800 美元	278,080 美元	303,360 美元
每多一人, 增加	5,140 美元					
		400%	450%	500%	550%	600%

注意：附表最后修订日期为 2023 年 1 月 16 日

附件 C——一般收费金额

一般收费金额（简称“AGB”）是指 26 CFR § 1.501(r)-5(b) 规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取的急诊或其他医疗必要护理的费用。

本机构将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业住院报销率来确定向合格住院患者收取的最高金额。为进一步造福于合格住院患者，本机构将使用 AGB 或 Medicare MS-DRG 报销金额中的较低者来确定合格患者的责任。

本机构将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业门诊报销率来确定向合格门诊患者收取的最高金额。

本机构将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业急诊室报销率来确定向合格急诊室患者收取的最高金额。

住院部、门诊部和急诊室报销率至少每年采用过去 12 个月内最近结清的 Medicare 和商业账户计算一次。

生效日期：2022 年 11 月 7 日

本机构	无保险自费折扣	AGB 报销百分比
急诊室	82%	18%
住院部	82%	18%
门诊部	81%	19%

生效日期：2023 年 7 月 1 日

本机构	无保险自费折扣	AGB 报销百分比
急诊室	82%	18%
住院部	82%	18%
门诊部	82%	18%



认证声明
财务援助政策

本政策将提交给医疗保健获取和信息部 (HCAI)。另外，本政策还会在本机构网站上进行公布。

本机构证明以下内容属实，如若不然，甘受伪证罪处罚：

1. 提交保单的个人经正式授权代表本机构提交保单。
2. 提交的保单是一份真实无误的保单副本，其中包含本证明。

DocuSigned by:

Lisa Maqueira

50A5E2XDB375B487...

Lisa Maqueira
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date