



# Atlantic Health System

## 管理政策

**主题：**低收入、无保险和保额不足的患者财务援助

**生效日期：** 01/01/2021   **取代以下日期政策：** 2020/01/01

01/01/2019  
01/01/2018  
01/01/2017  
01/01/2016  
03/06/2015

**主要责任：** 主任——患者财务服务

---

### I. 目的：

旨在确保全体患者，无论是否有支付能力，均能接受由大西洋健康系统有限公司（“Atlantic Health System”）医疗机构提供的基本急诊和其他必要医疗护理服务。此政策适用于任何大西洋健康系统医院，包括 Morristown Medical Center、Overlook Medical Center、Chilton Medical Center、Newton Medical Center、Hackettstown Medical Center、Atlantic Rehabilitation Institute 以及根据 42 C.F.R. 413.65 被指定为基于供应商的任何大西洋健康系统机构。

### II. 政策：

大西洋健康系统的政策旨在确保患者，无论是否有支付能力，均能接受由该系统医疗机构提供的基本急诊和其他必要医疗护理服务。经济援助将通过下文第四部分描述的多种计划提供给低收入、无保险和保额不足、没有能力支付全部或部分医院账单的患者。此政策应适用于上文提到的任何大西洋健康系统医疗机构以及根据联邦法规就基于供应商状态的规定 42 C.F.R. 413.65 被指定为基于供应商的任何大西洋健康系统机构。

经济援助和折扣仅适用于急诊或其他必要医疗保健服务。包括但不限于诊疗费、麻醉费、放射学解释和门诊处方等一些服务独立于医院的收费，可能无法通过大西洋健康系统获得经济援助资格。可以在此经济援助政策（“FAP”）的附录 A 中查看按照机构排列的，除医疗机构本身外，在医疗机构中提供急诊或其他必要医疗护理的所有供应商清单，其中具体说明了哪些供应商支持此 FAP，哪些不支持。此供应商清单 2 每季度审核一次，并进行必要的更新。

### III. 总述：

- A. 大西洋健康系统将 为所有需要急诊或必要的医疗护理的新泽西居民提供医疗护理服务、住院和门诊服务，无论患者是否有能力支付此类服务的费用，且无论此类患者是否可能符合此 FAP 的经济援助资格或符合程度如何。
- B. 大西洋健康系统将不会参与任何阻碍个人寻求紧急医疗护理的行动，例如要求急诊患者在接受治疗之前付费，或允许在急诊室或其他区域存在债务收集活动，这些活动可能会干扰在非歧视基础上提供急诊护理。
- C. 可在线获取大西洋健康系统的 FAP、经济援助申请表和平实语言总结 (“PLS”)，网址如下：<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. 每个医疗机构的主要服务区均提供英文版大西洋健康系统的 FAP、经济援助申请表和 PLS，并为构成 1000 人或占所服务社区人口 5% 这两者中为数较少的英语水平有限的人提供其主要语言版本。FAP、经济援助申请表和 PLS 均提供此 FAP 附录 B 中所列语言的译本。我们将竭尽全力确保向可用翻译中未包含其主要语言的患者明确传达 FAP、经济援助申请表和 PLS。
- E. FAP、经济援助申请表和 PLS 的印刷副本可根据要求通过邮寄免费提供，并在医疗设施内的各区域提供，包括如下所列的入院部、急诊部和财务咨询办公室。可以通过邮寄、传真、电子邮件或亲自提交经济援助申请表。

财务咨询办公室：

莫里斯敦医疗中心（Morristown Medical Center）：100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 电话号码：973-971-8964

展望医学中心（Overlook Medical Center）：99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, 电话号码：908-522-4689

奇尔顿医疗中心（Chilton Medical Center）：97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, 电话号码：973-831-5113

牛顿医疗中心（Newton Medical Center）：175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, 电话号码：973-579-8407

哈克特斯敦医疗中心（Hackettstown Medical Center）：651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, 电话号码：908-850-6902

大西洋康复研究所（Atlantic Rehabilitation Institute）：100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 电话号码：973-971-8964。

- F. 如果患者需要协助获取 FAP、经济援助申请表或 PLS 的印刷副本或需要其他帮助，可以拨打电话 1-800-619-4024 联系客户服务部，或者访问或联系上述财务咨询办公室。

- G. 告知患者提供经济援助的标志或告示将明显张贴在公立医院包括入院部、急诊部和财务咨询办公室等地点。
- H. PLS 将作为入院手续的一部分提供给全体患者。
- I. 大西洋健康系统致力于为符合条件的没有能力支付全部或部分急诊和其他必要医疗护理服务费用的患者提供经济援助。为了达成这一慈善目标，大西洋健康系统将通过与当地社会服务和非盈利机构合作在所服务的社区内广泛宣传此 FAP、经济援助申请和 PLS。
- J. 患者或其代表可以申请经济援助。患者或其代表可能由大西洋健康系统雇员、咨询医师或其他服务人员引荐给财务顾问。财务顾问将解释可用的经济援助计划的要求，并确定患者是否符合可用经济援助计划的条件。申请经济援助的患者需要填写大西洋健康系统经济援助申请表（包括证明页），并提供申请书中规定的证明文档，以供考虑提供经济援助。将根据需要使用翻译的材料和翻译人员，以便与英语水平有限的人员有效沟通。
- K. 没有保险的患者在首次获得出院结账单后的 365 天内可提交填写完的经济援助申请表。K. 已参加保险或保额不足的患者在首次获得由保险公司处理的出院结账单后的 365 天内可提交填写完的经济援助申请表。

#### IV. 经济援助计划：

大西洋健康系统的患者可能有资格根据下列各种计划接受免费或折扣医疗服务。在每种情况下，大西洋健康系统将被视为已提供经济援助额等同于所提供服务的总费用，由患者或患者的保险公司（如果有）以及任何政府为此类服务报销或支付的净额。大西洋健康系统将报告此净额（当需要根据成本而非费用正确报告经济援助金额时，需要应用成本费用比率）为组织提供的经济援助金额。

## A. 新泽西州计划:

### 1. 慈善护理:

在患者符合 Medicaid 资格的情况下, 此计划仅涵盖州 Medicaid 计划会涵盖的必要的医疗服务急症护理医院收费。财务咨询办公室将在收到填写完整的最初申请的十(10)个工作日内确定申请者是否合格。如果申请表不完整(例如, 未提供要求的收入/资产证明或不充分), 将会发出书面拒绝函, 其中将详细提供获取审批所需的其他文档信息。无保险的申请人在获得首次出院结账单日期起 365 天内可使用所需的文档重新申请慈善护理。已投保或保额不足的申请人在获得由保险公司处理的首次出院结账单日期起 365 天内可使用所需的文档重新申请慈善护理。符合慈善护理资格的患者将根据附录 C 中的指导原则接受免费治疗或总费用折扣。

不符合资格的申请人可以在日后接受服务和经济条件变更时重新申请。

慈善护理是面向下列新泽西居民提供的州立计划:

- a. 没有医疗保险, 或医疗保险仅支付部分医疗账单,
- b. 没有资格获得任何私人或政府赞助的保险, 例如社会保险(退休和残疾); 伴随医疗补助(Medicaid)提供的补充社会保障收入(SSI); 或医疗补助, 并
- c. 达到州政府规定的收入和资产合格标准。

获得慈善护理资格需要满足的其他标准:

- a. 患者将接受慈善护理计划的筛查, 该计划(i)对于家庭总收入低于或等于联邦贫困线 200% 的患者, 涵盖 100% 的费用; (ii) 根据附录 C 所规定的准则, 对于家庭总收入大于联邦贫困线 200% 但低于或等于 300% 的患者, 涵盖一部分费用。
- b. 慈善护理合格线为个人资产限额 \$7,500 美元, 家庭资产限额 \$15,000 美元。为了说明此部分, N.J.A.C. 10:52-11.8(a) 中规定的必须考虑其资产的家庭成员如下。成年申请人的家庭规模包括申请人、其配偶、任何由其抚养的未成年子女以及申请人须为其承担法律责任的成年人。未成年申请者的家庭规模包括父母、单亲的配偶、未成年兄弟姐妹以及申请人的父母须为其承担法律责任的家庭中的任何成年人。如果申请人书面证明他/她被配偶或父母抛弃, 则该配偶或父母不应包括在家庭成员中。怀孕的女性算作两名家庭成员。

根据《医院服务手册》的慈善护理 N.J.A.C. 10:52 等条款的规定, 需要提供的证明文档包括:

- a. 适当的患者和家庭成员身份证明文件。可以是下列任何一种: 驾驶执照、社会保障卡、外侨登记卡、出生证明、工资单、护照、签证等。

- b. 截至服务日期的新泽西州居住证明（注：在特定条件下，紧急医疗可破例不要求居住证明）。此证明包括下列任何一种：驾驶执照、选民登记卡、联盟会员卡、保险或福利计划的身份证、学生证、公共设施账单、联邦所得税申报表、州所得税申报表或失业津贴证明。
- c. 总收入证明。应包括医院为确定患者总收入所需的详细信息（下列信息之一）：
  - 服务前 12 个月的实际总收入。
  - ii. 服务前 3 个月的实际总收入。
  - iii. 服务前一个月的实际总收入
- d. 截至服务日期的资产证明。资产包括能够随时转化为现金的资产，例如股票、债券、IRA、CD、支票和活期存款账户或非主要住所的产权价值。

## 2. **N.J.S.A.26:2H-12.52:**

身为新泽西州居民的无保险患者如果家庭总收入低于联邦贫困线的 500%，根据 FAP 的 IV.C. 节可享受折扣医疗护理。符合慈善护理和上文 A.1. 节规定的文件要求适用于此节的资格确定，除非该个人及其家庭资产阈值不符合此节规定的折扣医疗资格。

## 3. **儿童救济基金计划中的灾难性疾病:**

新泽西州的儿童灾难性疾病救济基金计划为家中有灾难性疾病患儿的家庭提供经济援助。有关资格、合格费用和申请援助的信息可在 <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/> 找到。

## 4. **新泽西州犯罪受害者赔偿办公室:**

新泽西州设立了新泽西犯罪受害者赔偿办公室，为犯罪受害者补偿损失和费用，包括因某些犯罪活动导致的某些医疗费用。有关资格、合格费用和申请援助的信息可在 <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html> 找到。

## B. **自付:**

### 1. **新泽西州居民**

对于没有资格获得慈善护理或任何其他类型的联邦或州资助的财务援助计划的无保险患者，将按以下收费：

- i. 住院患者：接受必要住院治疗的患者将为所接受的服务按照适当的 Medicare DRG 费率加 15% 缴纳费用。
- ii. 门诊患者：在 Morristown Medical Center 和 Overlook Medical Center 接受门诊服务的患者将享受医院费用降低 40% 的折扣价。Newton Medical Center 的患者享受 88% 的折扣，Chilton Medical Center 的门诊

患者可获得 82.4% 的折扣，Hackettstown 的门诊患者可享受 89% 的折扣。

## 2. 州外和外国患者

- a. 住院患者：接受必要住院治疗的患者将为所接受的服务按照适当的 Medicare DRG 加 15% 缴纳费用。
- b. 门诊患者：在 Morristown Medical Center 和 Overlook Medical Center 接受门诊服务的患者将享受医院费用降低 40% 的折扣价。Newton Medical Center 的患者享受 88% 的折扣，Chilton Medical Center 的门诊患者可获得 82.4% 的折扣，Hackettstown Medical Center 的门诊患者可享受 89% 的折扣。

## C. 一般收费金额

身为新泽西州居民的无保险患者如果家庭总收入低于联邦贫困线的 500%，且不符合联邦或州资助的经济援助计划资格（除慈善护理外），将按第 IV 节对其账户适用折扣。如果提交经济援助申请之后确定患者符合此节规定的经济援助资格，对其收费将为 AGB 或适当的 Medicare 费率加 15% 这两者中较低的费用。

大西洋健康系统选择对各个医疗机构采用回顾方法。AGB 百分比为（按医疗机构排列）：

莫里斯敦医疗中心（Morristown Medical Center）：25.5%

展望医学中心（Overlook Medical Center）：26.4%

奇尔顿医疗中心（Chilton Medical Center）：19.4%

牛顿医疗中心（Newton Medical Center）：13.5%

哈克特斯敦医疗中心（Hackettstown Medical Center）：17.8%

根据国内税收法规第 501 (r) 条，每家医院设施都采用回溯法计算其各自的 AGB 百分比。AGB 百分比是根据 12 个月期间允许的所有索赔除以与这些索赔相关的总费用计算得出的。为所有医院设施选择了以下付款人组合：Medicare 按服务收费+所有私人健康保险公司。

AGB 百分比将在每个日历年结束后的一百二十天（120）天内更新。如果以 AGB 百分比计算的金额低于患者欠费金额，患者只需负责支付根据 AGB 计算的金额。

如果以 AGB 百分比计算的金额高于患者欠费金额，患者需要负责支付根据上述经济援助计划计算的金额。

## V. 帐单和收款政策

此节规定了大西洋健康系统的计费 and 收账政策及规程，并将解释如果未支付医疗护理账单（包括在应用经济援助折扣后的余额账单）可能采取的行动。代表大西洋健康系统的收账机构和律师会收到此 FAP 的副本。

每个结账单将包含关于经济援助可用性的醒目通知，以及特定医疗机构的财务咨询办公室的电话号码，患者可用该号码接收有关 FAP 的信息和有关经济援助申请的协助。结账单还将提供用于获取 FAP、经济援助申请表和 PLS 副本的网址。

- A. 通知时间：大西洋健康系统将在确定患者结算后立即开具所有未清余额账单。对于无保险患者，第一张出院结账单将标志着 120 天通知期限的开始，在此期间，不会向患者发起特别收账行动（Extraordinary Collection Actions，简称 "ECA"）（参见下文定义）。对于已投保或保额不足的患者，由保险公司处理的第一张出院结账单将标志着 120 天通知期限的开始，在此期间，不会向患者发起特别收账行动（“120 天通知期限”）。
- B. 当患者拖欠付款时，将会对患者提出通知，讨论结账单以确定是否需要经济援助或是否需要新建或修改付费方案。大西洋健康系统会满足要求建立付款计划的患者。
- C. 如果在 120 天通知期限结束时仍未收到付款，且患者没有申请经济援助或与该医疗机构的财务咨询办公室或客户服务办公室安排商议其他支付方案，该患者的账户将被移交给收账机构。大西洋健康系统将向患者提出书面通知，告知如果在 10 天内未收到付款，其账户将被移交给收账机构（“最终通知”）。终通知将告知患者可为符合资格的患者提供经济援助，并提供特定医疗机构的财务咨询办公室的电话号码，患者可用该号码接收有关 FAP 的信息和有关经济援助申请的协助。结账单还将提供用于获取 FAP、经济援助申请表和 PLS 副本的网址。
- D. 大西洋健康系统可在 120 天通知期限后授权代表大西洋健康系统工作的收账机构和律师（第三方）对欠款患者账户发起 ECA。一旦账户被移交给第三方，该第三方将确认已采取合理的措施确定患者是否符合 FAP 经济援助的资格，并且在发起 ECA 之前已采取下列措施：
  1. 已向患者提出书面通知（“30 天通知”）：(a) 说明符合资格的患者可获得经济援助；(b) 确定第三方将为获取医疗费发起的 ECA；以及 (c) 说明逾期将发起 ECA 的最后期限（该最后期限不得早于提出该通知之后的 30 天）；
  2. 该 30 天通知函包含一份 FAP 的平实语言总结；以及
  3. 大西洋健康系统和/或第三方已经采取合理措施口头通知患者有关 FAP 的信息以及患者可如何获取有关经济援助申请流程的协助。
- E. 一旦确定已采取合理措施确定患者是否符合 FAP 经济援助的资格，第三方将对患者发起下列 ECA 以获取医疗费：
  1. 需要法律或司法程序的行动，包括但不限于：
    - a. 除非 I.R.C.Section 501(r) 有另行规定，否则对患者的财产行使留置权；
    - b. 查封或没收患者的银行账户；
    - c. 对患者发起民事诉讼；
    - d. 扣押患者的工资。

2. ECA 不包括涉及人身伤害判决、和解或妥协所得的扣押权，也不包括在申请破产的债权。
- F. 如果收到不完整的经济援助申请，大西洋健康系统将为患者提供书面通知，说明确定 FAP 资格所需的其他信息或文档。大西洋健康系统将通知第三方，已收到不完整的经济援助申请，第三方将暂停为获取医疗费的任何 ECA，等待 30 天期限。
- G. 如果收到完整的经济援助申请，大西洋健康系统将确保下列事项：
1. 暂停对患者发起 ECA；
  2. 及时执行资格确定并进行文档记录；
  3. 大西洋健康系统将以书面形式通知患者确定结果和确定依据；
  4. 将出具更新的结账单，说明符合 FAP 资格的患者欠款金额（如适用），该金额的判定方法和适用的 AGB 百分比；
  5. 超过该 FAP 资格患者应付金额的任何已付款项都将相应退还（如适用）；以及
  6. 第三方将采取一切合理的可用措施撤销对该患者采取的任何收账 ECA，例如撤销判决或解除征税或留置权。
- H. 如果任何医疗机构做出推定资格确定，需要满足下列条件：
1. 如果推定某患者符合比 FAP 提供的最高援助标准更低的条件，那么大西洋健康系统将：
    - a. 通知患者有关推定 FAP 资格确定的基准，并解释如何申请更高的经济援助；
    - b. 在授权发起折扣金额收缴 ECA 之前，为患者留出合理的时间用于申请更高的援助；
    - c. 如果收到完整的经济援助申请，重新确定患者的 FAP 资格状态。

参考资料：

美国国税局，26 CFR 第 1、53 和 602 部分，慈善医院附加要求；慈善医院社区健康需求评估；第 4959 条消费税申报表要求和申报表申请时间；最终原则；N.J.S.A.26:2H-12.52; N.J.A.C.10:52

---

Brian Gragnolati, 总裁/首席执行官                      日期  
大西洋健康系统有限公司                      第 10 页，共 13 页



## 附录 A

### 供应商列表

大西洋健康系统公司（以下称“大西洋健康系统”，简称 AHS）财务援助政策（“FAP”）适用于由大西洋健康系统医院或 AHS 医院公司（大西洋健康系统公司的子公司）开具帐单的、基于提供者的门诊设施提供的急诊或其他必要医疗护理。

FAP 还适用于 Practice Associates Medical Group, P.A.（营业名称 Atlantic Medical Group，简称“AMG”）医师在大西洋健康系统医院提供的紧急或其他必要的医疗住院护理。FAP 不适用于 AMG 医生在大西洋健康系统医院以外提供护理的专业费用。

其他提供者可能会参与您在大西洋医疗系统医院和门诊设施的护理。如果那些提供者没有在上文特别列出，他们不会遵循大西洋健康系统的财务援助政策。您将被这些提供者单独计费，并需要相应做出付款安排。

如有必要，此供应商列表将按季度进行审核和更新。如需获得有关 FAP 或此供应商列表问题的协助，请致电客户服务部，电话 1-800-619-4024。第 11 页，共 12 页

## 附录 B

FAP、经济援助申请表和 PLS 备有英文版和下列语言的译本：

阿拉伯文  
亚美尼亚文  
中文  
法语克里奥文  
希腊文  
古吉拉特文  
印地文  
意大利文  
日文  
韩文  
波兰文  
葡萄牙文  
俄文  
塞尔维亚 - 克罗地亚文  
西班牙文  
塔加拉族文

**收入标准**  
**慈善护理和减免慈善护理资格标准**  
**生效日期：2020年3月17日**

患者必需同时符合收入和资产标准

**收入标准**

当年收入总额符合下列范围时，  
 患者应支付的费用比率

	患者支付 0% 费用	患者支付 20% 费用	患者支付 40% 费用	患者支付 60% 费用	患者支付 80% 费用	患者支付 100% 费用
家庭规模	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$25,520 或以下	\$25,521 到 \$28,710	\$28,711 到 \$31,900	\$31,901 到 \$35,090	\$35,091 到 \$38,280	\$38,281 或以上
2	\$34,480 或以下	\$34,481 到 \$38,790	\$38,791 到 \$43,100	\$43,101 到 \$47,410	\$47,411 到 \$51,720	\$51,721 或以上
3	\$43,440 或以下	\$43,441 到 \$48,870	\$48,871 到 \$54,300	\$54,301 到 \$59,730	\$59,731 到 \$65,160	\$65,161 或以上
4	\$52,400 或以下	\$52,401 到 \$58,950	\$58,951 到 \$65,500	\$65,501 到 \$72,050	\$72,051 到 \$78,600	\$78,601 或以上
5	\$61,360 或以下	\$61,361 到 \$69,030	\$69,031 到 \$76,700	\$76,701 到 \$84,370	\$84,371 到 \$92,040	\$92,041 或以上
6	\$70,320 或以下	\$70,321 到 \$79,110	\$79,111 到 \$87,900	\$87,901 到 \$96,690	\$96,691 到 \$105,480	\$105,481 或以上
7	\$79,280 或以下	\$79,281 到 \$89,190	\$89,191 到 \$99,100	\$99,101 到 \$109,010	\$109,011 到 \$118,920	\$118,921 或以上
8	\$88,240 或以下	\$88,241 到 \$99,270	\$99,271 到 \$110,300	\$110,301 到 \$121,330	\$121,331 到 \$132,360	\$132,361 或以上
对于超过 8 人的家庭，为多出的每一名家庭成员的每一栏的最高金额基础上加下列金额。						
	\$8,960	\$10,080	\$11,200	\$12,320	\$13,440	
* 怀孕的女性算作 2 名家庭成员。						
如果处于 20% 至 80% 变动费用区间的患者须负责的自费医疗开销（即没有其他各方承担的账单）超过其年收入总额的 30%，那么超过 30% 的金额将考虑给予医院付款援助（慈善护理）。						

**资产标准**

个人资产不得超过 \$7,500 美元，家庭资产不得超过 \$15,000 美元。