

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM 政策

政策名稱： 財務援助政策

出版日期： 2017 年 12 月 19 日

版本： 4

政策目的：

Memorial Hermann Health System (「MHHS」) 根據《國內稅收法》第 501(c)(3) 條規定營運醫院，旨在滿足 Harris、Montgomery、Fort Bend 和週邊各郡的健康護理需求。MHHS 致力以非歧視的方式為無保險及保險不足但需要急診或醫療必需服務的人士提供財務援助形式的社區福利，不論患者有無能力付款。

本財務援助政策 (「FAP」) 旨在提供系統方法以便識別，以及向 MHHS 在其社區內服務的人士提供財務援助。

範圍：

本 FAP 適用於 MHHS 根據第 501(c)(3) 條規定營運的所有獲州發牌的醫院設施，包括：

Memorial Hermann Greater Heights Hospital
Memorial Hermann Katy Hospital
Memorial Hermann Memorial City Medical Center
Memorial Hermann – Texas Medical Center

- Memorial Hermann Cypress Hospital
- Memorial Hermann Orthopedic and Spine Hospital

Memorial Hermann Northeast Hospital
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital Katy, L.L.C.
Memorial Hermann Southeast Hospital

- Memorial Hermann Pearland Hospital

Memorial Hermann Southwest Hospital
Memorial Hermann Sugar Land Hospital
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center
TIRR Memorial Hermann

MHHS 營運門診影像中心、運動醫療及康復中心、提供者為基準的急診中心以及上述醫院的門診部，本 FAP 涵蓋所有以上機構。

MHHS 也營運門診診斷實驗室，本 FAP 亦涵蓋此類機構。

政策聲明：

1. 秉持 MHHS 的仁愛及管理價值觀，MHHS 的政策是為了有需要的患者提供財務援助。此外，本 FAP 的目的是依據財務援助的框架，提供患者 MHHS 的緊急或醫療必需護理。
2. 本 FAP 將釐定 MHHS 向無法全額支付所接受的服務費用的人士，提供財務援助所採用的具體標準及申請流程。請注意，若干人士為推定有資格免費獲得服務的人士（見第 4 節程序）。
3. 本 FAP 適用於 MHHS 醫院提供的所有急診或醫療必需護理。本 FAP 對醫院以外的醫療服務提供者無約束力，不適用於醫生服務。您可以在我們的網站找到醫院設施內提供急診或醫療必需護理且適用於本 FAP 的服務提供者名單，以及不適用於本 FAP 的服務提供者名單：<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。免費的紙本版本亦可在急診部及醫院掛號區應索提供。您亦可向我們寫信或致電(713) 338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。
4. 本 FAP 載有 MHHS 用於計算財務援助折扣（若有）金額所用的標準、MHHS 在 MHHS 服務的社區內廣泛宣傳本 FAP 所採取的措施、MHHS 用於釐定財務援助資格的流程以及財務援助申請流程。MHHS 針對未付款情況可能採取的行動載於單獨的政策 - MHHS 計費及收款政策。該政策可在 MHHS 網站下載：<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。免費的紙本版本亦可在急診部及醫院掛號區提供。您亦可向我們寫信或致電 (713) 338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。
5. 若要符合財務援助的資格，患者必須填寫及提交財務援助申請（對於非推定合資格的患者）以及任何必需的輔助文件。財務援助申請的截止時間為自您為之申請財務援助的服務的第一份賬單發出之日起第 240 天。可按第 9 節程序所述授予特例。本 FAP 的任何規定不得凌駕於現行或未來生效的聯邦、州或本地法律或法規之上。
6. 患者支付的超過在應用適用的財務援助折扣後應付金額的任何金額將就所有合資格的護理予以退還。
7. 確定 MHHS 是否已做出釐定 FAP 資格的合理努力之最終權限歸屬於 MHHS Patient Business Services Office。本 FAP 旨在秉持 MHHS 的仁愛及管理價值觀，並使社區受惠。本 FAP 的存在不構成向任何特定患者提供財務援助的邀約，亦不會形成任何合

約權利或義務。MHHS 可在未來經董事會或其指定人士以其唯一酌情批准更新本 FAP。

8. 本文所述的政策及程序將遵循德州州法規及《國內稅收法》第 501(r) 條以及相關指引的規定。

術語及定義：

1. **申請**：指由患者填寫的財務援助申請。
2. **申請期**：在申請期內，MHHS 將接受及處理財務援助申請。申請期始於向相關人士提供護理之日，終於自該護理的第一份賬單發出之日起第 240 天。
3. **一般計費金額 (AGB)**：有資格獲得財務援助的患者就急診或醫療必需護理須支付的費用不會超過對有保險的患者收取的一般計費金額 (AGB)。
 - a. MHHS 的 AGB 百分比使用「追溯」法計算，即，將允許的 Medicare 付費服務付款總額除以前 12 個月期間內申索的總費用。向有資格獲得財務援助的患者提供的折扣將根據 AGB 百分比限值予以審核，以確保不會向患者收取超過 AGB 的費用。
 - b. AGB 百分比載於本 FAP 的附表 A - 一般計費金額計算。
 - c. 經修訂的 AGB 百分比將每年計算，並在該曆年開始後第 120 天之前應用。
4. **年度家庭總收入**：一個家庭的來自所有來源的年度稅前收入和現金收益總和，減可向美國國稅局申報的子女撫養費開支。家庭收入包括但不限於工資、失業補償、工傷補償、社會保障、附加保障收入、公共援助、退伍軍人補助、撫恤金、養老金或退休收入、利息、股息、贍養費、子女撫養費及其他來源的收入。
5. **選擇性服務**：用於治療無需立即診療的疾病的服務。選擇性服務包括對患者有利但非急需的程序，包括醫療必需服務及非醫療必需服務，例如，僅為改善外觀進行美容及牙科手術以及健康保險計劃一般不承保的其他選擇性程序。並非醫療必需的選擇性服務不納入財務援助考慮。
6. **急診服務**：向處於具有足夠嚴重的急性症狀（包括劇烈疼痛）且若不立即進行診療可合理預期將嚴重危及患者的健康（或若為孕婦，將嚴重危及該孕婦及其未出生的孩子的健康），或導致身體機能嚴重受損或任何身體器官或部位嚴重失能的醫療狀況的患者提供的服務。

7. **特別收款行動 (ECA)**：需要法律或司法流程的收款行動，可能涉及其他活動，包括向其他方出售債務或向信用機構或主管當局報告負面資訊。MHHS 不會採取 ECA，亦不允許其收款服務供應商採取 ECA。有關 MHHS 的收款政策的更多資訊載於 MHHS 的單獨政策 - MHHS 計費及收款政策；該政策的免費付款可線上提供：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> 或免費的紙本版本亦可在急診部及醫院掛號區索取；您亦可致電(713) 338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。
8. **家庭**：患者、患者的配偶/民事伴侶、患者的父母或監護人（若患者為未成年人）以及在患者或父母的所得稅申報表中申報且居住在患者或其父母或監護人的家裡的任何家屬。
9. **聯邦貧困層級（「FPL」）**：個人被視為處於貧困邊緣的收入層級。此收入層級視家庭的規模而異。貧困層級每年由美國衛生及公共服務部更新並在聯邦公報發佈。就本 FAP 而言，該等已頒布的指引所述的貧困層級代表總收入。用於本 FAP 目的的 FPL 將每年更新。
 - a. 現行的 FPL 載於本 FAP 的附表 B - 聯邦貧困層級指引。
10. **財務援助**：財務援助指 MHHS 向符合 FAP 界定的若干財務及其他資格條件的患者提供的援助，以幫助他們獲得支付 MHHS 在醫院環境提供的醫療必需或緊急健康護理服務所需的財務資源。合資格患者包括無保險患者、低收入患者以及具有部分承保但無法支付其剩餘的全部或部分醫療費用的患者。
11. **醫療必需服務**：為醫療狀況的診斷、直接護理及治療提供、符合當地良好醫療慣例、獲 Medicare 和 Medicaid 計畫承保及視為醫療必需且非主要為便利患者或醫生的目的提供的服務或用品。醫療必需服務不包括美容手術或非醫療服務（如，社會、教育或職業服務）。
12. **簡明語言概要（「PLS」）**：MHHS 的 FAP 的簡明語言概要包括：**(a)** 資格要求及提供的援助的簡述；**(b)** 可獲得財務援助申請表的網站及地點列表；**(c)** 關於如何獲得 FAP 的免費紙本版本的說明；**(5)** 可提供申請流程幫助的聯絡資訊；**(6)** FAP 及相關文件的其他語言翻譯的可用性；及 **(7)** 確認不會對有資格獲得財務援助的患者收取超過急診或醫療必需服務的一般計費金額的費用的聲明。
13. **推定資格或推定合資格**：參考已視為可證明無保險患者的財務需求的特定標準釐定的財務援助資格（無需填寫財務援助申請）。

14. **合理努力**：MHHS 將以合理努力，透過在患者出院之前向患者提供 FAP 的簡明語言概要，向患者提供有關 MHHS 的 FAP 的通知。此外，MHHS 將採取以下措施告知患者有關 MHHS FAP 的資訊：
- a. **不完整的申請**：若患者及/或家庭提交不完整的申請，MHHS 將提供說明需要哪些額外資訊或文件的書面通知。
 - b. **完整的申請**：若患者及/或患者的家庭成員提交完整的申請，MHHS 將及時提供載列有關該患者是否符合財務援助資格的裁定的書面通知，將裁定結果書面通知患者（包括（若適用），該患者有資格獲得哪項援助）以及裁定的依據。該通知還將包含財務援助百分比金額（對於已批准的申請）或拒絕原因，以及患者及/或家庭預期須支付的金額（若適用）。患者及/或家庭將在完整申請的評估期間繼續收到相關報表。
 - c. **患者報表**：MHHS 將發送一系列描述患者的應收賬款及應付賬款的報表。患者報表將包含要求患者將任何可用的健康保險承保告知 MHHS 的請求、MHHS FAP 通知、申請財務援助的電話號碼以及可獲取 FAP 文件的網址。
 - d. **MHHS 網站**：MHHS 網站將在顯眼的位置發布關於財務援助可用的通知以及有關財務援助申請流程的說明。MHHS 將在 MHHS 網站發布本 FAP 以及 FAP 適用及不適用的提供者名單、簡明語言概要、財務援助申請、以及計費和收款政策：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。MHHS 將在急診部及掛號區提供此類文件的免費紙本版本。
15. **保險不足的患者**：獲保險保單完整或部分承保，且因接受急診或醫療必需的護理而有超過支付剩餘護理費用能力的現付開支的患者。
16. **無保險患者**：由 MHHS 基於患者提供或獲自其他來源的文件或資訊釐定，就 MHHS 提供的健康護理服務的付款而言，未獲得健康保險保單整體或部分承保、並非公共或私人保險、健康福利或其他健康承保計畫（包括但不限於私人保險、Medicare、Medicaid 或犯罪受害者援助）的受益人、其受傷無法獲得工傷補償、汽車保險或殘疾或其他第三方保險補償的患者。

審查標準：

1. **通信：**為使患者、家庭及更廣泛的社區瞭解財務援助的可用性，MHHS 將採取一系列措施，將財務援助的可用性告知患者及其醫院的訪客，並在每間醫院向社區成員廣泛宣傳本 FAP。這些措施包括：
 - a. **患者同意書：**在進行健康護理服務登記時簽署的健康護理同意書，包含若需要優惠服務，應在入院、收到詳細賬單或報表時申請資格裁定。
 - b. **財務諮詢：**若 MHHS 的患者預期在支付醫院賬單時存在困難，鼓勵他們諮詢醫院的財務顧問。我們的財務顧問將竭盡所能為無保險、保險不足或面臨其他與支付我們提供的健康護理服務的費用有關的財務困難的患者提供幫助。財務顧問將對患者進行篩選，以確定他們對眾多政府資助計劃的資格，幫助他們進行工傷補助或殘疾賠償申請、設置延時付款計畫，或幫助患者申請財務援助。
 - c. **簡明語言概要及申請：**關於 MHHS 的 FAP 的簡明語言概要以及財務援助申請的紙本版本將在可行的情況下，盡快提供給所有患者。MHHS 將在急診部及掛號區提供該等文件的免費紙本版本。您亦可向我們寫信或致電 713-338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。
 - d. **可用的翻譯版本：**MHHS 可為佔其醫院設施服務的社區人口百分之五 (5%) 以下或不足 1,000 人的英文程度之人士提供本 FAP 的翻譯、簡明語言概要、財務援助申請和計費及收款政策。MHHS 將在 MHHS 網站提供該等文件的免費版本，並在急診部及掛號區提供該等文件的免費紙本版本。您亦可向我們寫信或致電 713-338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。
 - e. **標識：**所有財務援助標識將以清晰及顯眼的方式，張貼在公眾可看到的位置，包括但不限於 MHHS 急診部及掛號區。標識將表明財務援助可用，並提供聯絡財務顧問的電話號碼，以便您可獲得更多資訊。
 - f. **網站：**MHHS 的網站將在顯眼的位置發布關於財務援助可用的通知以及有關財務援助申請流程的說明。MHHS 將在 MHHS 網站發布 FAP 以及 FAP 適用及不適用的提供者名單、簡明語言概要、財務援助申請以及計費及收款政策：<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>
 - g. **患者賬單及報表：**患者報表將包含要求患者將任何可用的健康保險承保告知 MHHS 的請求、MHHS FAP 通知、申請財務援助的電話號碼以及可獲取財務援助文件的網址。

- h. 郵寄或傳真：患者可將索要這些文件的書面請求郵寄或傳真至以下地址，並提供全名和 MHHS 寄送文件的回郵地址。

Memorial Hermann Health System

收件人：財務援助

909 Frostwood

Suite 3:100

Houston, Texas 77024

傳真：713-338-6500

2. 資格裁定：財務援助將根據包含個人財務需要評估的程序釐定。這些程序描述如下：

- a. 根據下文第 4 節（程序）所述的標準完成推定資格裁定。若患者推定有資格獲得財務援助，則無需財務援助申請。但是，患者或擔保人須為篩選流程提供配合，提供與進行推定資格裁定相關的個人或財務資訊及文件。
- b. 財務援助申請流程，在該流程中，患者或擔保人須予以配合及提供與進行財務需求裁定相關的個人或財務資訊及文件。
- c. MHHS 將以合理的努力裁定個人是否符合 FAP 資格，並在患者出院前以簡明語言概要向患者提供關於 MHHS 的 FAP 的通知。此外，MHHS 將採取以下措施告知患者有關 MHHS FAP 的資訊：
- i. *不完整的申請*：若患者及/或家庭提交不完整的申請，MHHS 將在收到初始申請後四十五 (45) 天內提供說明需要哪些額外資訊或文件的書面通知。
 - ii. *患者報表*：患者報表將包含要求患者將任何可用的健康保險承保告知 MHHS 的聲明、MHHS FAP 通知、申請財務援助的電話號碼以及可獲取 FAP 文件的網址。
 - iii. *MHHS 網站*：MHHS 的網站將在顯眼的位置發布關於財務援助可用的通知以及有關財務援助申請流程的說明。MHHS 網站：<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>，MHHS 將發布 FAP 以及 FAP 適用及不適用的提供者名單、簡明語言概要、財務援助申請以及計費和收款政策。
 - iv. *文件提供索取*：MHHS 將在急診部及掛號區提供其 FAP 以及 FAP 適用及不適用的提供者名單、簡明語言概要、財務援助申請、以及計費及收款政策的免費紙本版本。
- d. 使用可提供關於患者或擔保人的支付能力（包括透過 TransUnion 或 Experian 的信用積分）資訊的外部公共可用數據來源；

- e. 審查患者先前在 MHHS 接受服務的未清償應收賬款以及患者的付款或不良賬戶紀錄；
 - f. MHHS 提供的財務援助層級是以收入、家庭規模和 FPL 為基準釐定。無保險及已受保患者均可申請財務援助；及
 - g. 患者的財務援助資格將以下列標準為基準釐定，並視乎患者的財務狀況、情有可原的經濟環境以及第三方健康保險福利的可用性而異。資格指引將每年在聯邦政府發佈 FPL 指引後修訂。收入超過下述指引的家庭亦可篩選進行付款計劃考慮。
3. *患者的財務援助資格*：基於 FPL，將使用以下標準釐定向有資格獲得財務援助的無保險及保險不足的患者提供的折扣。保險不足的患者在有資格獲得優惠待遇前，必須由他們的保險支付相關費用。向有資格獲得財務援助的患者提供的折扣將根據 AGB 百分比限值予以審核，以確保不會向患者收取超過 AGB 的費用。
- a. **免費護理**：
 - i. 若無保險患者的年度家庭總收入等於或少於目前聯邦貧困層級的百分之兩百 (200%) - 如財務援助資格總收入表(附表 A - 一般計費金額計算)所示，該患者（或其他負責方）將有權獲得免費護理（100% 折扣），而不會欠付任何帳戶餘額。
 - ii. 具有透過 Medicare 提供的主要健康承保及有資格透過 Medicaid 獲得附加承保的患者可在 Medicaid 支付相關費用及獲得 THMP 或管理型 Medicaid 付款人的經裁定補償後，剩餘的任何餘額獲得百分之一百 (100%) 的折扣。
 - b. **折扣護理**：
 - i. 年度家庭總收入超過目前聯邦貧困層級的百分之兩百 (200%)，但不超過百分之四百 (400%) 的患者/個人可能有資格獲得費用折扣，應付的費用不會超過對受保患者需支付的一般計費金額 (AGB)。
 - ii. 依照他們的醫院賬單有未清償賬戶餘額的患者若符合以下所有條件，將有資格獲得折扣：1) 餘額超過該人士的年度家庭總收入的百分之十 (10%)；2) 他們無法支付全部或部分剩餘賬單餘額；及 3) 賬單餘額至少為 \$5,000。在這些情況下，患者或擔保人須為 FAP 流程提供配合，提供與進行資格裁定相關的個人或財務資訊及文件。若經批准，患者將負責就餘下的未清償賬戶餘額支付不超過其年度家庭總收

人的百分之十 (10%)，或應用 **AGB** 折扣（以金額較少及最有利於患者的財務狀況者為準）。

4. **推定資格**：若滿足以下任一條件，無擔保患者可裁定為有資格獲得財務援助。在證明以下至少一個條件後，不會要求提供其他任何收入證明。下表是患者的家庭收入少於 **FPL** 的兩倍及患者有資格就醫療必需費用獲得百分之一百 (100%) 減免的情況示例。無保險患者的推定資格篩選應在提供醫療必需服務之後盡快及就該等服務發出任何賬單之前執行。若獲告知可能的推定資格狀況，**MHHS** 將暫時不予發出任何患者報表，並在三十 (30) 天內完成推定資格審查流程。具有第三方保險（**Medicaid** 等州或地方援助計劃除外）的患者將不會納入推定資格考慮，他們需要提交財務援助申請。

a. 滿足以下條件的無保險患者推定為有資格依急診或醫療必需服務的費用獲得百分之一百 (100%) 的減免：

- i. 無家可歸或從無家可歸者診所獲得護理；
- ii. 參與婦女、嬰兒及兒童 (WIC) 計畫；
- iii. 符合食品券資格；
- iv. 補充營養援助計畫 (SNAP)；
- v. 符合其他州或地方援助計畫（如，**Medicaid** 減免）；
- vi. 提供低收入/補貼住房作為有效地址；
- vii. 就醫療服務獲得無償援助；
- viii. 精神殘疾，且無人擔任該患者的代表；
- ix. 最近個人破產；
- x. 入獄；
- xi. 患者死亡，並無已知遺產；或
- xii. 根據電子評分模型（如下文所述）釐定。

b. **電子評分模型**：若無保險患者或擔保人未完成 **FAP** 申請，或未提供裁定資格所需的必要財務文件，帳戶可使用電子評分模型 (**ESM**) 進行篩選，此模型以財務等級、先前的優惠調整、就業、郵碼、年齡、付款記錄、先前的不良賬目、賬戶餘額及認可的來源等標準為基礎對帳戶進行評分。若 **ESM** 得分表明該帳戶極有可能符合 **FAP** 資格，將根據本 **FAP** 推定授予該無保險賬戶 **FAP** 折扣。

5. **資格時間表**：

a. 對於無保險患者，財務援助及推定資格裁定均對所有未清償自付餘額及當前護理追溯有效。患者資格將以第 3 節程序所載的因素為基礎而釐定，患者不會因及時或提早付款而造成不利。此外，對已完成財務援助申請的患者將可能授予六個月的額外財務援助，而患者無需進一步的行動。若患者的財務狀況在該六 (6) 個月期間內，出現任何會影響財務援助資格裁定的重大變

更，患者應在變更發生後三十 (30) 天內通知 MHHS。若患者未能披露自身家庭收入出現的重大改善，MHHS 將在相關重大改善出現後，撤銷財務援助的提供。

6. **急診或醫療必需服務**：財務援助僅限於在醫院環境提供的急診或醫療必需服務。本節的任何內容均無意更改 MHHS 根據聯邦或州法律履行的義務或實踐，即為盡全力診治急診患者，而不考慮患者的付款能力。

7. **申請流程**

a. 如何申請：應填寫及提交財務援助申請以及輔助文件。免費的申請表可在 MHHS 的網站下載：

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>。免費的紙本版本亦可在急診部及醫院掛號區提供。您亦可向我們寫信或致電 713-338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）索取免費的紙本版本。

b. 申請人可將填妥的申請表及輔助文件發送至醫院的財務顧問或郵寄至下列地址。患者可前往諮詢櫃檯要求與財務顧問談話，從而找到醫院的財務顧問。若有關於申請流程的疑問，在填寫申請表時需要幫助，或查詢已提交申請的狀況，醫院的財務顧問可在醫院為您提供幫助，或您可致電 713-338-5502 或 1-800-526-2121（選項 5）尋求幫助。

c. 填妥的申請表寄送到何處：

Memorial Hermann Health System

收件人：財務援助

909 Frostwood

Suite 3:100

Houston, Texas 77024

或

傳真：713-338-6500

d. 以下任何人士可在申請期內發起請求考慮財務援助或推定資格的申請：(i) 患者或擔保人；(ii) 患者或擔保人的代表；(iii) 代表患者/申請的 MHHS 代表；或 (iv) 患者的主治醫生。

- e. 不論本 FAP 的其他部分有何規定，患者有責任全面配合及參與財務援助申請流程。這包括提供有關可用的第三方健康承保的資訊；及時及直接提供申請透過政府或其他計畫可獲得的資助（如，Medicare、Medicaid、第三方責任險、犯罪受害者援助等）或裁定患者對其他財務援助的資格所需的所有文件及證明。若未能做到，可能會對患者的財務援助申請審議造成不利影響。患者需要收到 MHHS 的請求後三十 (30) 天內提供相關資訊、證明及文件，除非有更迫切的情況提請 MHHS 注意。除推定資格外，財務援助申請必須由患者（或擔保人/代表）填妥及簽署。
- f. 財務顧問可在財務援助申請過程中為申請人提供幫助。若患者死亡且未確定負責方，MHHS 代表可提出請求並以可用的資訊及文件完成申請。

8. 家庭收入：

- a. 患者可提供以下一或多份文件以確定家庭收入（若該等文件可用）。若患者的家庭中有多人參加工作，每人都必須提交以下一或多份文件：
 - i. 最近提交的聯邦所得稅納稅申報；
 - ii. 最新的 W-2 和 1099 表格；
 - iii. 最新的工資單（或（若適用）失業聲明、社會保障信函等的副本）；
 - iv. 僱主聲明（若以現金支付薪金）；或
 - v. 來自第三方的有關家庭收入的其他任何驗證資料。
- b. 若患者已提供上述顯示每個家庭成員（包括患者）的收入的至少一份文件並已簽署該證明，或若患者無法提供該等文件但已簽署該證明，我們不會因患者未能提供相關文件而將財務援助申請視為未完成。
- c. 除推定資格外，申請人必須簽署申請證明。若其後發現申請人提供重大虛假資訊，MHHS 可撤銷或更改裁定。

額外的文件： MHHS 的 FAP 無需提交資產或開支文件。但是，申請人可選擇提供有關資產、開支、收入、未清償債務或其他可顯示其經濟困難的情況的額外文件，以支援申請金額等於或超過根據本 FAP 本應有資格獲得的援助的財務援助。

- 9. *虛假或誤導性資訊：* 若裁定申請人蓄意提供關於支付醫療費用的能力之重大虛假或誤導性資訊，MHHS 可拒絕該申請人當前及未來的申請。若虛假資訊並非出於惡意提供，MHHS 將基於更正後的資訊作出裁定。若已根據患者蓄意提供的重大虛假資訊授予財務援助，MHHS 可撤銷先前授予的財務援助，在這種情況下，

MHHS 保留要求患者支付任何應付款項的所有法律權利。若重大虛假資訊並非蓄意提供，MHHS 將以更正後的資訊修改為基準裁定。

交叉比對：

患者轉移政策（遵循 EMTALA 和德州轉移法案）

財務援助簡明語言概要

財務援助申請

計費及收款政策

附表：

附表 A - 一般計費金額計算

附表 B - 聯邦貧困層級指引

接下頁

附表 A - 一般計費金額計算

一般計費金額以 MHHS 用於急診或醫療必需服務對應的 Medicare 付費服務的計費和編碼流程為基準而計算。Medicare 的允許付款總額除以該等申索的總收取費用，然後用 1 減去該數字，得出 AGB 百分比。

IP (住院患者) 的 AGB % = Medicare IP 的允許付款 / Medicare IP 總費用

OP (門診患者) 的 AGB % = Medicare OP 的允許付款 / Medicare OP 總費用

AGB 每年為每間醫院單獨計算，但所有 MHHS 醫院將採用所有醫院中的最低 AGB 百分比。

設施	住院患者	門診患者
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	32%	12%
Memorial Hermann - Texas Medical Center	30%	26%
Memorial Hermann Katy Hospital	30%	11%
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital - Katy	49%	17%
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	30%	15%
Memorial Hermann Northeast Hospital	31%	13%
Memorial Hermann Southeast Hospital	33%	13%
Memorial Hermann Southwest Hospital	30%	13%
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	31%	13%
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	31%	12%
TIRR Memorial Hermann	31%	22%
Memorial Hermann Surgical Hospital - First Colony	30%	13%
Memorial Hermann Surgical Hospital - Kingwood	30%	14%
Memorial Hermann Tomball Hospital	不適用	11%
Memorial Hermann First Colony Hospital	不適用	13%

2019 財政年 (2018 年 7 月-2019 年 6 月) AGB 金額如下：

一般計費金額(OP)：11%

一般計費金額(IP)：30%

接下頁

附表 B - 聯邦貧困層級指引

當聯邦貧困層級做出更改時，財務援助資格的月度總收入表將相應修改。此表格每年更新。

財務援助資格的月度總收入表是 MHHS 用以釐定本 FAP 下的財務援助資格的當前收入表。

財務援助資格的月度家庭總收入表基於聯邦貧困線指引以及哈里斯郡醫院區資格表（經各自的政府機構不時修訂，該等表格可供參閱）。

請見下表：

Memorial Hermann Health System 財務援助資格的總收入表						
2018年聯邦貧困線指引 有資格基於家庭規模獲得財務援助的年度或月度總收入。						
	100% 的 FPG		200% 的 FPG		400% 的 FPG	
家庭規模	年度收入	月度收入	年度收入	月度收入	年度收入	月度收入
1	\$12,140	\$1,012	\$24,280	\$2,023	\$48,560	\$4,047
2	\$16,460	\$1,372	\$32,920	\$2,743	\$65,840	\$5,487
3	\$20,780	\$1,732	\$41,560	\$3,463	\$83,120	\$6,927
4	\$25,100	\$2,092	\$50,200	\$4,183	\$100,400	\$8,367
5	\$29,420	\$2,452	\$58,840	\$4,903	\$117,680	\$9,807
6	\$33,740	\$2,812	\$67,480	\$5,623	\$134,960	\$11,247
7	\$38,060	\$3,172	\$76,120	\$6,343	\$152,240	\$12,687
8	\$42,380	\$3,532	\$84,760	\$7,063	\$169,520	\$14,127
對於擁有8人以上的家庭，為確定聯邦貧困層級指引，每增加一人需增加 \$4,320。						