

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM 政策

政策標題： 財務協助政策 (Financial Assistance Policy)

發布日期： 2017 年 12 月 19 日

版本： 4

政策目的：

Memorial Hermann Health System (“MHHS”) 經營屬於國內稅收法 (Internal Revenue Code) 第 501(c)(3) 款的醫院，服務 Harris、Montgomery、Fort Bend 及周圍縣的健康照護需求。MHHS 致力於以財務協助方式，無區別地提供社區福利給有緊急醫療需要或必要醫療服務而沒有保險及保險不足的個體，不論患者的支付能力如何。

本財務協助政策 (Financial Assistance Policy，以下簡稱「FAP」) 的目的為提供一個有系統的方法，發現並提供財務協助給在 MHHS 社區中，MHHS 所服務的人士。

適用範圍：

本 FAP 適用於由第 501(c)(3) 款 MHHS 醫院所經營、具備州政府執照的醫院機構，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 經營門診造影中心、運動醫學及復健中心、以及緊急醫療中心，做為上列醫院以服務提供者為基礎的門診部門，他們涵蓋在本 FAP 之下。

MHHS 也經營涵蓋在本 FAP 之下的門診診斷實驗室。

政策說明：

1. 和 MHHS 的熱情 (compassion) 及盡責管理 (stewardship) 的價值一致，MHHS 的政策是為了提供財務協助給有需要的患者。此外，本 FAP 的目的為提供概念架構，財務協助在此架構下將針對 MHHS 所提供的緊急醫療或必要醫療照護，資助患者。
2. 本 FAP 確認具體條件及應用過程，MHHS 將據此延伸財務協助到對於所提供之服務無法全額支付的個體。請注意特定個體為推定合格 (Presumptively Eligible) 可無償接受服務 (參見程序 [Procedure] 第 4 節)。
3. 本 FAP 適用於 MHHS 醫院提供的所有緊急醫療或必要醫療照護。此 FAP 對於醫院以外醫療服務的服務提供者不具約束力，且不適用於醫師服務。在我們的網站，您可以找到一份在醫院機構內提供緊急醫療或其他必要醫療照護的服務提供者清單，他們的服務屬於本 FAP 涵蓋部分；以及一份服務不屬於本 FAP 涵蓋部分的服務提供者清單：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。免費紙本也可以向急診部門及醫院掛號區域索取。免費紙本也可以透過電子郵件或電話聯絡取得：(713) 338-5502 或 1-800-526-2121，選 5。
4. 本 FAP 說明 MHHS 用於計算財務協助折扣金額的條件，MHHS 將會採取在 MHHS 所服務社區內廣泛公開 FAP 的任何方法、MHHS 用於判斷財務協助資格的過程，以及財務協助的申請過程。另一項政策 MHHS 計費及收款政策 (Billing and Collections Policy) 將說明 MHHS 對於未支付狀況可能採取的行動。本政策可在 MHHS 網址下載：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>，或是可以在急診部門及醫院掛號區域索取免費紙本。免費紙本也可以透過電子郵件或電話聯絡取得：(713) 338-5502 或 1-800-526-2121，選 5。
5. 為了符合財務協助資格，患者必須完成並提交一份財務協助申請書 (對於非推定合格 [Presumptively Eligible] 的患者)，加上必要支持文件。針對您申請財務協助的服務，提出財務協助申請書的時間應當不晚於該服務首次寄發帳單聲明日期之後 240 天。可能准許的例外情形於程序 (Procedure) 第 9 節進行說明。本 FAP 中沒有任何項目優於目前生效或未來生效的聯邦、州政府或當地法律或規定。
6. 採用適用財務協助之後，患者支付金額中超出應支付金額的任何部分，將針對所有符合的照護事件進行退款。

7. 判定 MHHS 是否盡了合理努力，判斷 FAP 資格的最終權力屬於 MHHS Patient Business Services Office。本 FAP 是為了提供福利給 MHHS 的社區，符合其熱情 (compassion) 及盡責管理 (stewardship) 的價值。本 FAP 的存在不會構成提供財務協助給任何特定患者，也不會產生契約權利或義務。本 FAP 未來可能由 MHHS 更新，並由董事會成員 (Board of Directors) 或其指派人員依據其單獨裁量權加以核准。
8. 此處說明的政策及程序是為了配合 Texas 規定及國內稅收法 (Internal Revenue Code) 第 501(r) 款及相關準則。

期間及定義：

1. **申請**：意旨財務協助的申請必須由患者完成。
2. **申請期**：申請期 (Application Period) 期間，MHHS 將接受及處理財務協助的申請書。申請期從提供給個人照護的日期開始，於該項照護首次結帳單的日期之後第 240 天結束。
3. **一般收費金額 (Amounts Generally Billed, AGB)**：對於符合財務協助資格的患者，緊急醫療或必要醫療照護的費用，將不會超過對有保險患者的一般收費金額。
 - a. MHHS 的 AGB 百分比是採用「回顧」(look-back) 方法計算，其中允許 Medicare 私人付費服務支付合計，除以先前 12 個月期間所要求支付的合計總支出。提供給符合財務協助資格患者的折扣，將依照 AGB 百分比限制進行檢視，以確保患者不會收費超過 AGB。
 - b. AGB 百分比可以在 FAP 的附件 A - 一般計費金額計算中找到。
 - c. 修訂的 AGB 百分比將會每年計算，並於日曆年開始之後第 120 天適用。
4. **年總計家庭收入 (Annual Gross Family Income)**：稅前所有來源之家庭年所得及現金總計，減掉子女撫養的支出，必須向美國國內稅收服務處報告的。家庭收入包括但不限於：所得、失業津貼、員工保險、社會安全 (Social Security)、社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income)、社會救助、退役軍人支付、遺屬福利、退休金或退休收入、利息、分紅、贍養費、子女扶養及其他來源。
5. **選擇性服務 (Elective Services)**：用於治療不需立即注意的狀況的服務。選擇性服務包括對患者有益處的程序，但非緊急，以及包括必要醫療服務及非必要醫療服務，例如僅為了改善外觀的如美容及牙科手術，或健康保險計劃通常不承保的選擇性程序。非必要醫療的選擇性服務將不會考量財務協助。

6. **緊急醫療服務**：針對具有足夠嚴重之急性症狀 (包括嚴重疼痛) 的醫療狀況所提供給患者的服務，如果無立即就醫可合理預期會造成個人 (或在懷孕女性，對於該女性或其胎兒) 的健康發生嚴重危機，或造成身體功能嚴重障礙，或任何身體器官或部分嚴重失能。
7. **特別收款行動 (Extraordinary Collection Actions, ECAs)**：這些收款行動需要有法律或司法過程，也會設及其他活動，例如將債務出售給另一方或通報不良資訊給信用機構或信用政府機關。MHHS 不參與 ECAs，也不允許其收款廠商參與 ECAs。有關 MHHS 收款政策的其他資訊，可以在 MHHS 的個別 MHHS 計費及收款政策中找到；本政策免費副本可於線上網站取得：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>；或可以在急診部門及醫院掛號區域，或以電話聯絡 (713) 338-5502 或 1-800-526-2121，選 5，索取本免費紙本。
8. **家庭**：患者、患者的配偶/民事伴侶 (civil union partner)、患者的雙親或監護人 (在未成年患者的情況)、以及在患者或雙親的所得稅申報表宣稱的任何受扶養親屬，並且居住在患者本身或其雙親或監護人的住家。
9. **聯邦貧窮標線 (Federal Poverty Level, 「FPL」)**：用於認定個人位在何項貧窮閾值的收入標線。此收入標線會因家庭單位大小而不同。此貧窮標線由 Department of Health and Human Services 每年更新，並發布在聯邦公報 (Federal Register)。基於本 FAP 的目的，標示在這些已發表準則的貧窮標線代表整體收入。基於本 FAP 目的所使用的 FPL 將每年更新。
 - a. 現行 FPLs 可於 FPA 的附件 B – 聯邦貧窮準則找到。
10. **財務協助**：財務協助意指由 MHHS 提供協助，給予符合 FAP 所定義之特定財務及其他資格條件的患者，幫助他們取得必要財務資源，支付 MHHS 在醫院環境所提供的必要醫療或緊急醫療健康照護服務。符合資格的患者可能包括未保險的患者、低收入患者、以及具有部分承保但無法支付其醫療帳單中部分或完全的餘額。
11. **必要醫療服務 (Medically Necessary Services)**：針對診斷、直接照護及治療醫療病症所提供的服務或支持，符合當地區域的良好醫療實務標準，由 Medicare 及 Medicaid 計劃承保並視為必要醫療，且主要不是為了患者或醫師的方便而進行。必要醫療服務不包括美容手術或非醫療服務，例如社會、教育或職能服務。
12. **簡明語言摘要 (Plain Language Summary, 「PLS」)**：MHHS 的 FAP 簡明語言摘要包括：
 - (a) 簡短說明資格規定及提供的協助；
 - (b) 可能取得財務協助申請書的網站及實際地點清單；
 - (c) 關於如何取得買免費紙本 FAP 的指示；
 - (5) 針對協助申請過程的聯絡資訊；
 - (6) FAP 及相關文件的可用語言翻譯版本；
 - 以及 (7) 一項聲明確認要判定符合財務協助資格的患者，針對緊

急醫療或必要醫療服務的費用將不會超過一般收費金額。

13. **推定合格 (Presumptive Eligibility 或 Presumptively Eligible)**：對屬於無保險且未完成財務協助的患者，藉由參照已視為顯示財務需求的特定條件，進行財務協助資格判定。
14. **合理努力 (Reasonable Efforts)**：MHHS 將盡合理努力提供通知給患者關於 MHHS 的 FAP，在患者從醫院出院之前，提供 FAP 的簡明語言摘要給患者。此外，MHHS 將採取下列步驟，通知患者關於 MHHS 的 FAP：
 - a. **不完整申請書**：如果患者和/或家屬提交不完整申請書，MHHS 將提供書面通知，說明需要什麼額外的資訊或文件。
 - b. **完整申請書**：如果患者和/或患者家屬提交完整的財務協助申請書，MHHS 將及時提供記錄有關患者是否符合財務協助資格的判斷情形的書面通知，並以書面方式通知患者判斷情形 (若適用，包括患者符合資格的協助方式)，以及此次判斷的基礎。本通知依據適用情況，也將包括財務協助百分比金額 (針對核准的申請書)，或拒絕的原因，以及患者和/或家屬的預期支付情形。完整申請書的評估期間，患者和/或家屬將繼續收到聲明。
 - c. **患者財務報表 (Patient Statements)**：MHHS 將寄發一系列說明患者帳戶及應當支付金額的財務報表。患者財務報表將包括一份要求，患者要負責通知 MHHS 任何可用的健康保險承保；一份 MHHS 的 FAP 通知，索取財務協助的聯絡電話號碼，以及可以取得 FAP 文件的網站網址。
 - d. **MHHS 網站**：MHHS 的網站將會在顯眼的位置張貼通知，說明可使用財務協助，加上說明財務協助的申請過程。MHHS 將張貼 FAP 加上 FAP 涵蓋及不涵蓋的服務提供者清單，簡明語言摘要、財務協助申請書，和計費及收款政策於 MHHS 網站：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。MHHS 有這些文件的免費紙本，可在急診部門及掛號區域索取。
15. **保險不足患者 (Underinsured Patient)**：有保險合約全部或部分承保的患者，因為接受緊急醫療或必要醫療照護產生自費費用，所接受之服務的剩餘餘額超過他們的支付能力。
16. **無保險患者 (Uninsured Patient)**：無健康保險合約全部或部分承保，也不是公共或私人健康保險、健康福利或其他健康承保計劃之受益人 (包括但不限於私人保險、Medicare、或 Medicaid 或 Crime Victims Assistance) 的患者，且針對 MHHS 提供的健康照護服務費用，由 MHHS 依據患者提供或從其他來源取得的文件及資訊

進行判斷，其受傷無法基於員工保險、汽車保險或義務或其他第三方保險的目的給付。

審查條件：

1. 通訊：為了確保我們的患者、家屬及廣大社區知道可使用財務協助，MHHS 將採取一些步驟通知到醫院的患者及訪客關於財務協助的可用性，並廣泛公開本 FAP 給各家醫院所服務之廣大社區的成員。這些方法包括：
 - a. *患者同意*：本健康照護同意於進行健康照護服務掛號時簽署，內容包括說明如果慈善救濟服務為必要的，住入醫院或收到細目帳單或財務報表時，應要求進行資格判斷。
 - b. *財務諮詢 (Financial Counseling)*：如果患者預期對於支付醫院帳單部分有困難，MHHS 鼓勵 MHHS 患者向他們的醫院財務顧問尋求資訊。對於無保險、保險不足或面對與支付我們提供之健康照護服務相關的其他財務挑戰的患者，我們的財務顧問將會盡力協助。財務顧問可能會篩選患者對於各種政府資助計劃的資格，協助處理員工保險或責任求償，設定延長時間支付計劃，或幫助患者申請財務協助。
 - c. *簡明語言摘要及申請 (Plain Language Summary and Application)*：紙本的 MHHS FAP 簡明語言摘要及紙本財務協助申請書副本將盡早在服務實際時間時提供給所有患者。MHHS 有這些文件的免費紙本副本，可在急診部門及掛號區域索取。免費紙本副本也可以透過電子郵件或電話聯絡取得：713-338-5502 或 1-800-526-2121，選 5。
 - d. *可用的翻譯副本 (Translated Copies Available)*：MHHS 翻譯其 FAP、簡明語言摘要、財務協助申請書，以及計費及收款政策，給予在其醫院機構所服務社區代表低於百分之五 (5%) 或 1,000 人的英語能力受限個體。MHHS 將在 MHHS 網站提供這些文件的免費副本，並且可以在急診部門及醫院掛號區域索取。免費紙本副本也可以透過電子郵件或電話聯絡取得：713-338-5502 或 1-800-526-2121，選 5。
 - e. *招牌 (Signage)*：所有財務協助招牌將會清楚及明顯地張貼在民眾顯而易見的地方，包括但不限於 MHHS 急診部門及患者掛號區域。招牌將指示可用的財務協助，及可連繫財務顧問以取得更多資訊的電話號碼。
 - f. *網站*：MHHS 的網站將會在顯眼的位置張貼通知，說明可使用財務協助，加上說明財務協助的申請過程。MHHS 將張貼 FAP 加上 FAP 涵蓋及不涵蓋的服務提供者清單，簡明語言摘要、財務協助申請書，

和計費及收款政策於 MHHS 網站：

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>

- g. **患者帳單及財務報表 (Patient bills and statements)**：患者財務報表將包括一份要求，患者要負責通知 MHHS 任何可用的健康保險承保副本；以及包括一份 MHHS 的 FAP 通知，索取財務協助的聯絡電話號碼，以及可以取得財務協助文件的網站網址。
- h. **信件或傳真**：患者能以書面方式透過郵件或傳真至下列地址，索取這些文件的免費副本，請包括個人的全名及想要 MHHS 寄送副本的回信地址。

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
傳真：713-338-6500

- 2. **資格判斷 (Eligibility Determination)**：財務協助的判斷為依據一項程序，此程序涉及個人的財務需求評估。那些程序說明如下：
 - a. **完成推定合格 (Presumptive Eligibility)** 的判斷依據為下列程序第 4 節說明的條件。如果患者的財務協助推定合格，則不需要進行財務協助申請。但是，患者或保證人預期要配合篩選過程，並提供與進行推定合格判斷的相關個人或財務資訊及文件；
 - b. **財務協助申請過程**，其中患者或保證人預期要配合，並提供與進行財務需求判斷的相關個人或財務資訊及文件；
 - c. **MHHS 將會盡合理努力**，判斷個人是否符合 FAP 資格，包括在從醫院出院前，通知患者關於簡明語言摘要中的 MHHS FAP。此外，MHHS 將採取下列步驟，通知患者關於 MHHS 的 FAP：
 - i. **不完整申請書**：如果患者和/或家屬提交不完整申請書，收到初次申請的四十五 (45) 天內，MHHS 將提供書面通知，說明需要什麼額外的資訊或文件。
 - ii. **患者財務報表**：患者財務報表將包括一份要求，患者要負責通知 MHHS 任何可用的健康保險承保；以及包括一份 MHHS 的 FAP 通知，索取財務協助的聯絡電話號碼，以及可以取得財務協助文件的網站網址。
 - iii. **MHHS 網站**：MHHS 的網站將會在顯眼的位置張貼通知，說明可使用財務協助，加上說明財務協助的申請過程。在 MHHS

網站：

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>，MHHS 將張貼 FAP 加上 FAP 涵蓋及不涵蓋的服務提供者清單，簡明語言摘要、財務協助申請書，及其計費及收款政策。

- iv. 可索取的文件：MHHS 將提供 FAP 加上 FAP 涵蓋及不涵蓋的服務提供者清單，簡明語言摘要、財務協助申請書，及其計費及收款政策，可以在急診部門及掛號區域索取。
 - d. 透過使用外部公開可用的資料來源，提供關於患者或保證人支付能力的資訊，包括透過 TransUnion 或 Experian 取得信用分數；
 - e. 在 MHHS 提供服務之前檢視患者可接受的未清帳戶，以及患者的支付及呆帳歷史；
 - f. MHHS 所提供的財務協助程度將依據收入、家庭大小及 FPL。無保險及有保險的患者均可以申請財務協助；以及
 - g. 患者的財務協助資格將依據下列條件，且可能依據患者的財務狀態、情有可原的財務狀況及第三方健康照護福利的可用性而不一樣。資格準則將每年於聯邦政府發布 FPL 準則之後進行修訂。收入超過下述準則的家庭，可以針對支付計劃考量進行篩選。
3. **患者財務協助資格 (Patient Financial Assistance Eligibility)**：依據 FPL，應將下列條件用於判斷針對符合財務協助資格之無保險及保險不足患者，所要提供的折扣。判斷慈善救濟資格之前，保險不足患者必須已支付他們的保險。提供給符合財務協助資格患者的折扣，將依照 AGB 百分比限制進行檢視，以確保患者不會收費超過 AGB。

a. **免費照護：**

如果無保險患者的年總家庭收入等於或低於現行聯邦貧窮準則 (Federal Poverty Guidelines) 的百分之二百 (200%)，依據總收入財務協助資格表 (Gross Income Financial Assistance Eligibility Table) 的附件 A - 一般計費金額計算

- i. 假定，患者 (或其他負責方) 將有資格接受免費照護 (100% 折扣)，請將不會積欠任何部分的帳戶餘額。
- ii. 對於從 Medicare 得到主要健康承保且符合從 Medicaid 取得次級承保資格的患者，向 Medicaid 寄發帳單並從 THMP 或 Managed Medicaid 支付單位收到裁決索賠之後，患者的任何剩餘餘額將獲得百分之百 (100%) 折扣。

b. **折扣照護 (Discounted Care)：**

- i. 年總家庭收入超過現行聯邦貧窮準則的百分之二百 (200%) 但未超過百分之四百 (400%) 的患者/個人，可能符合費用折扣資格，等於有保險患者的一般收費金額 (Amounts Generally Billed, AGB)
 - ii. 在其醫院帳單有積欠未清帳戶餘額的患者，如果符合下列全部條件則可能符合折扣資格：1) 餘額超過此人年總家庭收入的百分之十 (10%)；2) 他們無法支付全部或部份的剩餘帳單餘額；以及 3) 帳單餘額至少 \$5,000。在這些情況下，患者或保證人預期要配合 FAP 過程，並提供與進行資格判斷的相關個人或財務資訊及文件。如果核准，關於剩餘的未清帳戶餘額，患者將負責支付不超過其年總家庭收入的百分之十 (10%)，或將採用 AGB 折扣，以較少且對患者財務情況最有利的方式為主。
4. **推定合格 (Presumptive Eligibility)**：依據存在下列條件之一，無保險患者可能判斷為符合財務協助資格。已經證實至少一項條件之後，不需要要求其他收入證明。下列清單為代表情況，其中患者的家庭收入比FPL 低二倍且患者符合必要醫療費用減少百分之一百 (100%) 的資格。接受必要醫療服務之後，及發出這些服務的任何帳單之前，必須儘快完成無保險患者的推定合格篩選。通知可能推定合格狀態時，在完成推定合格檢視過程期間，MHHS 將保留任何患者財務報表 (Patient Statement) 持續 30 天。具有第三方保險不包括州政府或當地協助計劃，例如 Medicaid) 的患者將不視為推定合格，且將需要提交財務協助申請書。
- a. 符合下列條件的無保險患者，將視為緊急醫療或必要醫療費用減少百分之一百 (100%) 的推定合格：
 - i. 遊民或從遊民診所接受照護；
 - ii. 參與 Women, Infants and Children 計劃 (WIC)；
 - iii. 符合糧食券資格；
 - iv. 補充營養補助計劃 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)；
 - v. 符合其他州政府或當地協助計劃 (例如 Medicaid spend-down)；
 - vi. 提供的有效地址為低收入/補助住屋；
 - vii. 收到醫療服務的援助；
 - viii. 精神上無行為能力，且無人可代表患者行使權力；
 - ix. 近期個人破產；
 - x. 監禁在受刑機構；
 - xi. 患者死亡且無已知的房地產；或
 - xii. 依據電子評分模型的判斷 (下列說明)。
 - b. **電子評分模型 (Electronic Scoring Model)**：無保險的患者或保證人未完成 FAP 申請或未提供判斷資格必要的所需財務文件時，該帳戶將會使

用電子評分模型 (ESM) 進行評估，依據包括財務類別、先前慈善救濟調整、就業、郵遞區號、年齡、支付歷史、先前呆帳、帳戶餘額及入院來源等條件產生分數。如果 ESM 分數顯示有很高可能性該帳戶會符合 FAP 的資格，無保險帳戶將依據 FAP，推定取得 FAP 折扣。

5. 資格時限 (Eligibility Timeline) :

- a. 針對無保險患者，財務協助及推定合格判斷，對於全部開啟的自付餘額及目前的照護事件均回溯性生效。患者資格將依據程序第 3 節列出的因素進行判斷，且不會為了進行立即或即時支付而造成不利。此外，對於填寫財務協助申請書的患者，將允許的額外財務協助，前瞻性持續六個月，患者不需要採取進一步行動。在此六 (6) 個月期間患者應通知 MHHS 關於患者財務狀況所發生的任何實質變更，可能影響自該項變更起三十 (30) 天內財務協助資格判斷。未能揭露家庭收入的實質改善的患者，從發生實質改善之後，MHHS 可能拒絕提供財務協助。

6. 緊急醫療或必要醫療服務 (Emergent or Medically Necessary Services) : 財務協助限定於在醫院環境所提供的緊急醫療或必要醫療服務。在無關乎患者支付能力的緊急醫療狀況治療方面的聯邦或州政府法律，本節無任何事項意圖變更 MHHS 依據上述法律的義務或實務。

7. 申請過程

- a. 如何申請：財務協助申請書應填寫完整，並連同支持文件進行提交。申請書免費副本可在 MHHS 網站下載：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>。免費紙本副本也可以向急診部門及醫院掛號區域取得。免費紙本副本也可以透過電子郵件或電話聯絡取得：713-338-5502 或 1-800-526-2121，選 5。
- b. 申請者可將完整的申請書及支持文件，寄送至醫院的財務顧問或以電子郵件寄給他們，請依下列地址。患者可以拜訪服務台找出醫院財務顧問的地點，並要求和財務顧問交談。對於申請過程有疑問、需要協助填寫申請書，或檢查已提交申請書的狀態，醫院的財務顧問可以在醫院親自協助，或是您可以致電 713-338-5502 或 1-800-526-2121，選擇 5。
- c. 寄送已完成申請書的地點：

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

或

傳真：713-338-6500

- d. 下列任何人士在申請期內，可要求開始考量財務協助或推定合格：(i) 患者或保證人；(ii) 患者或保證人的代表；(iii) 代表患者/申請的 MHHS 代表；或 (iv) 患者的主治醫師。
- e. 儘管本 FAP 其他地方列出考量點，患者有責任配合並完全參與財務協助申請過程。此部分包括提供有關任何可用第三方健康承保的資訊；以即時直接的方式提供所需要的所有文件及證明，透過政府或其他計劃申請資助 (例如，Medicare、Medicaid、第三方義務、犯罪受害者 [Crime Victims] 資助等)，或判斷患者的其他財務協助資格。未能這樣做，可能對於患者的財務協助申請考量有不良影響。患者必須在 MHHS 要求的三十 (30) 天內提供資訊、證明及文件，除非有具說服力的狀況引起 MHHS 的注意。除推定合格的情況外，財務協助的申請必須由患者 (或保證人/代表) 填寫及簽名。
- f. 財務顧問可以協助申請者進行申請財務協助的過程。如果患者死亡且未找到負責方，MHHS 代表可能使用可用的資訊及文件，提出要求並完成申請。

8. 家庭收入 (Family Income) :

- a. 若有這類文件可用，患者可提供一項或以上下列文件，確定家庭收入。如果患者家庭中超過一個人就業，每個人必須提交一項以上下列文件：
 - i. 最近提出的聯邦所得稅申報表；
 - ii. 最近的 W-2 及 1099 表格；
 - iii. 最近的薪資存根 (或如果適用，失業聲明副本、社會安全信函副本等)；
 - iv. 若以現金支付，雇主聲明；或
 - v. 來自家庭收入相關第三方的任何其他證明。
- b. 如果患者已針對每位家庭成員 (包括患者) 提供上列至少一項反映收入的文件並且已簽署證明，或在患者無法提供這類文件的情況下，患者已經簽署該證明，財務協助申請將不會依據未能提供記錄文件的情形而視為不完整，
- c. 除推定合格的情況外，申請者必須簽署申請證明。如果後來證據顯示申請者提供實質錯誤的資訊，MHHS 可能取消或修改判斷。

其他文件：MHHS 的 FAP 不需要資產或費用的文件記錄。但是，申請者可以選擇提供有關資產、費用、收入、未清債務或其他可能顯示財務艱困狀況的其他文件

記錄，用於支持申請財務協助相當或大於他們在另一方面符合本 **FAP** 資格時的金額。

9. **錯誤或誤導的資訊**：對於申請者的支付醫療費用能力方面，如果判斷申請者蓄意提供實質上錯誤或誤導的相關資訊，**MHHS** 可能拒絕申請者的目前或未來申請。如果在無詐欺情況下提供錯誤資訊，**MHHS** 將依據對已更正資訊的判斷。如果依據患者蓄意提供的實質錯誤資訊，已經准許財務協助，**MHHS** 可能拒絕先前准許的財務協助，在此情況下，**MHHS** 保留所有法律權利，向患者的任何可能適當的帳戶請求支付。如果提供實質錯誤資訊非蓄意為之，**MHHS** 將依據已更正的資訊修改判斷。

參照文獻：

患者移動政策 (Patient Transfer Policy) (EMTALA and Texas Transfer Act Compliance)

財務協助簡明語言摘要 (Plain Language Summary)

財務協助申請書 (Application)

計費及收款政策 (Billing and Collections Policy)

附錄：

附件 A - 一般計費金額計算

附件 B - 聯邦貧窮準則

接續下頁。

附件 A - 一般計費金額計算

一般計費金額依據 MHHS 用於緊急或醫療必需服務的 Medicare 付費服務的計費和編碼流程。Medicare 允許合計支付除此類要求的合計支出，該數字將從 1 中減去以計算 AGB 百分比。

Ip (住院) 的 AGB% = Medicare IP 允許支付 / Medicare IP 合計支出

Op (門診) 的 AGB% = Medicare OP 允許支付 / Medicare OP 合計支出

每年，每家醫院的 AGB 是單獨計算，但所有 MHHS 醫院將採用所有醫院中最低的 AGB 百分比。

機構	住院	門診
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	33%	13%
Memorial Hermann – Texas Medical Center	30%	21%
Memorial Hermann Katy Hospital	31%	11%
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy	46%	17%
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	30%	13%
Memorial Hermann Northeast Hospital	33%	13%
Memorial Hermann Southeast Hospital	34%	12%
Memorial Hermann Southwest Hospital	30%	13%
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	31%	12%
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	32%	11%
TIRR Memorial Hermann	31%	22%

2020 會計年度 (2019 年 7 月 - 2020 年 6 月) AGB 金額如下：

一般收費金額 **OP** : 11%

一般收費金額 **IP** : 30%

接續下頁。

附件 B - 聯邦貧窮準則

當聯邦貧窮準則進行修改時，將修訂月總計收入財務協助資格表。表格每年更新一次。月總計收入財務援助資格表意指 MHHS 根據本財務協助政策 (FAP) 確定財務協助時使用的當前收入表。

月家庭總計收入財務協助資格表根據聯邦貧窮準則和 Harris County 醫院區資格表，由各政府機構不時修訂，表格可供查看。

請參閱下表：

Memorial Hermann Health System						
總計收入財務協助資格表						
2020 聯邦貧窮準則 (FPG)						
根據家庭人數，有資格獲得財務協助的年或月總計收入。						
	FPG 的 100%		FPG 的 200%		FPG 的 400%	
家庭人數	年收入	月收入	年收入	月收入	年收入	月收入
1	\$12,760	\$1,063	\$25,520	\$2,127	\$51,040	\$4,253
2	\$17,240	\$1,437	\$34,480	\$2,873	\$68,960	\$5,747
3	\$21,720	\$1,810	\$43,440	\$3,620	\$86,880	\$7,240
4	\$26,200	\$2,183	\$52,400	\$4,367	\$104,800	\$8,733
5	\$30,680	\$2,557	\$61,360	\$5,113	\$122,720	\$10,227
6	\$35,160	\$2,930	\$70,320	\$5,860	\$140,640	\$11,720
7	\$39,640	\$3,303	\$79,280	\$6,607	\$158,560	\$13,213
8	\$44,120	\$3,677	\$88,240	\$7,353	\$176,480	\$14,707
對於家庭人數超過 8 個人：每多一人加 \$4,480 來決定 FPG 層級。						