

メモリアル・ハーマン (MEMORIAL HERMANN)
医療システム方針

方針のタイトル : 資金援助方針 (Financial Assistance Policy : FAP)

発行日 : 2017年12月19日

バージョン : 4

方針の目的 :

メモリアル・ハーマン医療システム (Memorial Hermann Health System : MHHS) は、ハリス郡、モンゴメリー郡、フォートベンド郡および周辺の郡の医療ケアニーズに対応する病院を運営しています。これらの系列病院には、内国歳入法 501 条 c 項 3 号が適用されています。MHHS は、緊急医療サービスまたは医学上必要な医療ケアを必要とする保険未加入および十分な保険に加入していない個人に対し、患者の支払い能力に関係なく、無差別に資金援助を提供し、地域社会に貢献することに務めています。

この資金援助方針 (FAP) の目的は、MHHS がサービスを提供する地域社会において資金援助を必要とする人々を特定し、資金援助の体系的な手段を提供することです。

範囲 :

本資金援助方針は、501 条 c 項 3 号が適用される MHHS 系列の病院が運営する、州免許を受けたあらゆる病院施設に適用されます。本方針は次の系列病院で適用されます：

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 は、上記病院の提供者ベースの外来患者部門として、外来患者イメージング診断センター、スポーツ医学およびリハビリセンター、救急センターを運営しており、これらは資金援助方針の対象になっています。

MHHS は、本資金援助方針の対象となる、外来患者診断研究室も運営しています。

方針声明：

1. 思いやりと責任という MHHS の価値観に従い、支援を必要とする患者に資金援助を提供することが MHHS の方針です。さらに、本資金援助方針の目的は、MHHS が提供する緊急医療サービスまたは医学上必要な医療ケアのために患者に付与される資金援助の枠組みを提供することです。
2. 本資金援助方針は、提供された医療ケアの費用を全額支払うことができない個人に対して、MHHS が資金援助を付与する具体的な基準および申請プロセスを特定します。特定の人々は、無償でサービスを受けることができる「仮適格者」の可能性があることに注意してください（手順 4 参照）。
3. 本資金援助方針は、MHHS の系列病院が提供する緊急医療サービスまたは医学上必要な医療ケアに適用されます。本資金援助方針は、病院外の医療サービス提供者を拘束するものではなく、医師の診療サービスには適用されません。本資金援助方針の一部として、病院施設における緊急医療サービスや医学上必要な医療ケアを提供している提供者リスト、および本資金援助方針の一部として医療ケアを提供していない提供者のリストを、次のウェブサイトからご覧になれます：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。また、救急診療部と病院登録エリアでも請求に応じて無料コピーを提供しています。無料コピーは、郵送でも入手可能です。または (713) 338-5502 もしくは 1-800-526-2121（オプション 5）に電話をして請求してください。
4. 本資金援助方針は、資金援助割引の額（該当する場合）を計算する上で MHHS が使用する基準、MHHS がサービスを提供する地域社会において本資金援助方針を広めるために MHHS が実施する手段、資金援助の適格性を判定するために MHHS が使用するプロセス、および資金援助の申請プロセスを説明しています。未払いの場合に MHHS が講じる可能性がある措置については、別個の MHHS 請求および徴収方針に記載されています。この方針は、MHHS のウェブサイトからダウンロードできます：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。また、緊急診療部と病院登録エリアでも無料コピーを入手することができます。無料コピーは、郵送

でも入手可能です。または (713) 338-5502 もしくは 1-800-526-2121 (オプション 5) に電話をして請求してください。

5. 資金援助の資格を取得したい患者は（仮適格者でない患者の場合）、資金援助申請書に必要事項を記入し、これを必要証拠書類と一緒に提出する必要があります。資金援助の申請は、資金援助を請求している医療サービスに対して送付された最初の請求書の日付から **240** 日以内に行われなければなりません。手順 **9** に記載されているように、例外が認められる場合もあります。本資金援助方針のいかなる条項も、現在有効であるか、または将来有効となる連邦、州または地方の法律または規則に優先するものではありません。
6. 資金援助割引が適用された後に患者が支払った超過分は、あらゆる適格な一連の医療ケアに基づいて払い戻されます。
7. **MHHS** 患者ビジネス・サービス・オフィスは、**MHHS** が資金援助方針における適格性を判定する上で、合理的な取り組みを行ったかどうかを最終的に判断する権限を有します。本資金援助方針は、**MHHS** の思いやりと責任の価値観に基づき、**MHHS** がサービスを提供する地域社会に貢献することを目的としています。本資金援助方針の存在は、特定の患者に対する資金援助の提供を構成するものではなく、いかなる契約上の権利または義務ももたらしません。本資金援助方針は、将来的に **MHHS** によって更新され、取締役会またはその被指名人の単独裁量でその更新が承認される可能性があります。
8. ここに記載された方針と手順は、テキサス州の規制と内国歳入法の **501** 条 r 項および関連ガイダンスに準拠することを目的としています。

用語と定義：

1. **申請書**：患者が記入する、資金援助の申込書を意味します。
2. **申請期間**：申請期間中、**MHHS** は資金援助の申請を受け入れ、処理します。申請期間は、個人に医療ケアが提供された日を開始日とし、医療ケアに対するの最初の請求書の日付から **240** 日目を終了日とします。
3. **通常請求額 (AGB)**：資金援助の対象となる患者は、保険に加入している患者に対する通常請求額 (AGB) よりも多い額を、救急医療サービスまたは必要な医療ケアに対して請求されることはありません。
 - a. **MHHS** の **AGB** 率は、「ルック・バック」方式を使用して算出されます。これは、メディケアの診療ごと個別払い (fee-for-service) の合計額を、

過去 12 ヶ月間の請求総額で割ったものです。資金援助の対象となる患者に提供される割引は、AGB 率の限度に対して見直され、患者が AGB 以上の費用を請求されないようにします。

- b. AGB 率は、資金援助方針の別紙 A – 通常請求額計算でご覧になれます。
 - c. 改訂 AGB 率は毎年計算され、暦年の開始後 120 日目までに適用されます。
4. **年間世帯所得総額**：世帯の年収と税引き前のあらゆる現金給付の合計から、米国内国歳入庁に申告義務のある、育児支援のために支払われた金額を差し引いたもの。世帯所得には、収入、失業補償、労働者補償、社会保障、生活保護、公的支援、退役軍人給付、遺族給付、年金または退職金、利息、配当、扶養手当、育児手当、その他の収入源が含まれますが、これに限定されません。
 5. **選択的サービス**：緊急医療ケアを必要としない状態を治療するサービス。選択的サービスには、患者にとって有益であるが緊急ではない措置が含まれます。また、通常健康保険が適用されない、外見の改善のみを目的とする美容および歯科手術または他の選択的治療などの、医学上必要な医療サービスおよび医学上必要でない医療サービスを含みます。医学上必要でない選択サービスは、資金援助の対象とはみなされません。
 6. **緊急医療サービス**：（重度の痛みを含む）十分な重症度の急性症状に対して患者に提供されるサービス。こうした急性症状とは、直ちに医療ケアを受けなければ、個人（妊婦の場合は、母体と胎児）の健康状態が重篤な危険にさらされること、または身体機能に重篤な障害をもたらすこと、または身体の器官もしくは身体部分に重度の機能障害を引き起こす可能性があることが合理的に予想される症状のことです。
 7. **特別徴収活動 (ECA)**：これは、法的または司法的な手続きを必要とする徴収活動です。また、他の当事者に債権を売却する、または信用調査機関などに不利な情報を報告するなどの活動も含まれます。MHHS は ECA には関与せず、また MHHS の取立代行業者が ECA に関与することも認めていません。MHHS の徴収方針に関するさらなる情報は、別個の MHHS 請求および徴収方針に記載されています。本方針の無料コピーは、次のサイトからオンラインで入手可能です：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。また、救急診療部と病院登録エリアでも無料コピーを請求できます。または (713) 338-5502 もしくは 1-800-526-2121（オプション 5）に電話をして請求してください。

8. **世帯**：患者、患者の配偶者、法律に基づくパートナー（事実婚 / 同性婚など）、患者の親、または後見人（患者が未成年の場合）、および患者または親の所得税申告書に記載され、患者、患者の親または後見人の世帯に住んでいる扶養家族。
9. **連邦貧困水準 (FPL)**：個人が貧困の閾値にあるとみなされる所得水準。この所得水準は、世帯単位の規模によって異なります。貧困水準は、米国保健福祉省によって毎年更新され、連邦官報に掲載されます。本資金援助方針上、公表されたこれらのガイドラインに示されている貧困水準は総所得を表します。本資金援助方針で使用される連邦貧困水準は、毎年更新されます。
 - a. 現在の連邦貧困水準は、資金援助方針の別紙 **B** – 連邦貧困ガイドラインでご覧になれます。
10. **資金援助**：資金援助とは、資金援助方針で定義されている一定の財政基準およびその他の適格基準を満たす患者に対して **MHHS** が提供する援助のことです。これは、病院環境で **MHHS** が提供する医学上必要な医療ケアまたは緊急医療サービスの支払いに必要な財源の取得を手助けするものです。対象となる患者には、保険未加入の患者、低所得の患者、および部分的な補償を受けているが、医療費差額の一部または全額を支払うことができない患者が含まれます。
11. **必要な医療ケア**：病状の診断、直接的なケア、および治療のために提供されるサービスや必需品。これらは、現地での優良な医療行為の基準を満たし、メディケアおよびメディケイドプログラムによって適用され、医学的に必要とされるものであり、主に患者や医師の便宜のためのものではありません。医学的に必要な医療ケアには、美容整形や社会的、教育的、職業的なサービスなどの非医療ケアは含まれません。
12. **分かりやすい用語を用いた要旨 (PLS)**：分かりやすい用語を用いた **MHHS** の資金援助方針の要旨には、次が含まれます：(a) 適格要件および提供される援助の簡単な説明、(b) 資金援助の申請書が得られるウェブサイトおよび物理的な位置のリスト、(c) 資金援助方針の無料コピーの入手方法に関する指示、(5) 申請プロセスの支援が受けられる連絡先情報、(6) 資金援助方針および関連文書の諸言語翻訳版の案内、および (7) 資金援助の適格者であると判定された患者には、緊急医療サービスまたは医学的に必要な医療ケアに対する請求が、通常請求額を超えないことを確認する説明。
13. **仮適格性または仮適格者**：資金援助の申請が完了していない保険未加入患者の資金的ニーズを証明するとみなされ、特定の基準に照らし合わせて行われた、資金援助適格性の判定。

14. **合理的な取り組み**：MHHS は、分かりやすい用語を用いた資金援助方針の要旨を、退院前に患者に提供して、MHHS の資金援助方針について患者に通知する合理的な取り組みを行います。さらに、MHHS の資金援助方針について患者に情報を提供するために、次の取り組みを行います：

- a. **記入漏れがある申請書**：患者または家族が不十分な申請書を提出した場合、MHHS は、どのような追加情報や追加書類が必要かを記載した書面による通知を行います。
- b. **記入完了済申請書**：患者および患者の家族が、もれなく記入された資金援助申請書を提出した場合、MHHS は適時、患者が資金援助を受けられるかどうかの結果を文書にし、その結果（該当する場合には、患者が対象となる援助）、ならびに結果の根拠を書面で患者に通知します。この通知には、資金援助の割合（承認された申請の場合）または拒否の理由、および該当する場合は、患者または家族が支払うと予想される金額が含まれています。記入完了済申請書が評価されている間も、随時報告書が患者または家族に送付されます。
- c. **患者への報告書**：MHHS は、患者の口座や支払期日を記載した一連の報告書を送付します。患者への報告書には、患者が加入している健康保険の補償範囲を MHHS に報告する義務があることの通知、MHHS の資金援助方針の通知、資金援助を要請できる電話番号、および資金援助方針の書類を入手できるウェブサイトのアドレスが含まれます。
- d. **MHHS のウェブサイト**：MHHS のウェブサイトでは、資金援助が利用可能であること、および資金援助の申請プロセスの説明を見えやすい場所に掲載しています。MHHS は、本資金援助方針、資金援助方針の対象になる提供者および対象にならない提供者のリスト、分かりやすい用語を用いた要旨、資金援助の申請書、そして請求および徴収方針を、MHHS のウェブサイトに掲載します：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>。MHHS は、救急診療部と病院登録エリアでも、請求に応じて無料コピーを提供します。

15. **十分な保険に加入していない患者**：一部または全てが健康保険契約の補償範囲の対象になっており、緊急医療サービスまたは医学上必要な医療ケアを受けた結果、保険によってカバーされない分が、自己の支払い能力を超えている患者。

16. **保険未加入患者**：一部または全てが健康保険契約の補償範囲の対象になっておらず、公的または民間の健康保険、医療給付、またはその他の医療保障プログラム（民間保険、メディケア、メディケイド、または犯罪被害者支援などを含むが、これに限定されない）の受益者でない患者。また、**MHHS** が提供する医療サービスの支払いに関して、患者が **MHHS** に提出した書類や情報、または **MHHS** が他の情報源から取得した書類や情報に基づき、その患者の負傷が、労働者補償、自動車保険、または損害賠償保険もしくはその他の第三者保険によって補償されないと **MHHS** が特定した患者。

見直し基準：

1. **コミュニケーション：**患者、家族、および、より広範な地域社会に資金援助の利用可能性を認識してもらうため、**MHHS** の病院における患者やその見舞客に対して、様々な方法を使いこの情報を提供します。また、各系列病院が医療を提供する、より広範な地域社会で、本資金援助方針について広く通知します。下記はこうした取り組みの例です：
 - a. **患者の同意：**医療サービスの登録時に署名する医療同意書には、慈善サービスが必要な場合、病院への入院時または明細書受領時もしくは報告書受領時に、適格性の判定が必要であるという文書が記載されます。
 - b. **財務カウンセリング：**病院からの請求を支払うことが困難であると予想される場合、**MHHS** の患者は病院の財務カウンセラーに情報を求めるよう奨励されています。当院の財務カウンセラーは、当院が提供する医療サービスの支払いに関して、保険未加入患者、十分な保険に加入していない患者、またはその他の資金上の問題に直面している患者を支援するために尽力します。財務カウンセラーは、さまざまな政府資金提供プログラムへの患者の適格性を判断したり、労働者補償や賠償請求の支援を行ったり、分割払いの延長を調整したり、患者が資金援助を申請する手助けを行います。
 - c. **分かりやすい用語を用いた要旨と申請書：**医療サービス提供のできるだけ早い段階で、すべての患者が、分かりやすい用語を用いた **MHHS** の資金援助方針の要旨と資金援助申請書を利用できるようにします。**MHHS** は、救急診療部と病院登録エリアでも、請求に応じて無料コピーを提供します。無料コピーは、郵送でも入手可能です。または **713-338-5502** もしくは **1-800-526-2121** (オプション 5) に電話をして請求してください。
 - d. **諸言語翻訳版の案内：****MHHS** は、系列病院がサービスを提供している地域社会における **5%** または **1,000** 人以上を構成する言語の話者で、英語をよく理解できない個人のために、本資金援助方針、分かりやすい用語を用いた要旨、資金援助申請書、および請求および徴収方針の諸言語翻訳版を提供しています。**MHHS** はウェブサイト上でこれらの書類を入手可能にし、救急診療部と病院登録エリアでも、請求に応じて無料コピーを提供しています。無料コピーは、郵送でも入手可能です。または **713-338-5502** もしくは **1-800-526-2121** (オプション 5) に電話をして請求してください。

- e. **看板** : **MHHS** の救急診療部および患者登録エリアだけでなく、その他の公の場で、資金支援の看板を分かりやすく目立つように掲載します。看板には、資金援助が利用可能であること、より詳しい情報を得るために、財務カウンセラーの電話番号が記載されています。
- f. **ウェブサイト** : **MHHS** のウェブサイトには、資金援助が利用可能であること、および資金援助の申請プロセスの説明を見えやすい場所に掲載します。**MHHS** は、本資金援助方針、資金援助方針の対象になる提供者および対象にならない提供者のリスト、分かりやすい用語を用いた要旨、資金援助の申請書、そして請求および徴収方針を、**MHHS** のウェブサイトに掲載します：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>
- g. **患者への請求書と報告書** : 患者への報告書には、患者が加入している健康保険の補償範囲を **MHHS** に報告する義務があること、**MHHS** の資金援助方針の通知、資金援助を要請できる電話番号、および資金援助方針の書類を入手できるウェブサイトのアドレスが含まれます。
- h. **郵送またはファックス** : 患者は、これらの書類の無料コピーを下記の住所宛に書面で請求することができます。**MHHS** がコピーを送付できる個人の氏名と住所を明記してください。

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

- 2. **適格性の判定** : 資金援助は、資金ニーズにおける個々の評価を伴う手順に従って決定されます。これらの手順は以下の通りです：
 - a. 仮適格性の判定は、下記の手順 **4** に記載された基準に従って行われます。患者が資金援助の仮適格者である場合、資金援助の申請は必要ありません。ただし、患者または保証人が判定プロセスに協力し、個人情報または資金情報、および仮適格性の判定に必要な関連書類を提供することが期待されます。
 - b. 患者または保証人が協力し、個人情報または資金情報および資金ニーズの判定に必要な関連書類を提供することが期待される、資金援助申請プロセス。

- c. **MHHS** は、分かりやすい用語を用いた **MHHS** の資金援助方針要旨を患者に通知することも含め、患者が退院する前に、資金援助方針に基づいた資格があるかどうかを判断する上で合理的な取り組みを行います。さらに、**MHHS** の資金援助方針について患者に情報を提供するために以下の取り組みを行います：
- i. **記入漏れがある申請書**：患者または家族が不十分な申請書を提出した場合、**MHHS** は、最初の申請書を受理した日から **45** 日以内に、どのような追加情報や追加書類が必要かを記載した書面による通知を行います。
 - ii. **患者への報告書**：患者への報告書には、患者が加入している健康保険の補償範囲を **MHHS** に報告する義務があることの通知、**MHHS** の資金援助方針の通知、資金援助を要請できる電話番号、および資金援助方針文書入手できるウェブサイトのアドレスが含まれます。
 - iii. **MHHS のウェブサイト**：**MHHS** のウェブサイトには、資金援助が利用可能であること、および資金援助の申請プロセスの説明を見えやすい場所に掲載します。**MHHS** のウェブサイト上：
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>、**MHHS** は、資金援助方針、資金援助方針の対象になる提供者および対象にならない提供者のリスト、分かりやすい用語を用いた要旨、資金援助の申請書、そして請求および徴収方針を掲載します。
 - iv. **請求に応じて入手できる書類**：**MHHS** は、資金援助方針、資金援助方針の対象になる提供者および対象にならない提供者のリスト、分かりやすい用語を用いた要旨、資金援助の申請書、そして請求および徴収方針の無料コピーを、救急診療部と病院登録エリアで、請求に応じて提供します。
- d. 患者または保証人の支払能力に関する情報を提供する、公的に利用可能な外部データソースの活用。これには **TransUnion** または **Experian** などのクレジットスコアも含まれます。
- e. **MHHS** が提供した過去の医療サービスに対する患者の未払金および患者の支払履歴または回収不能金履歴の評価。
- f. **MHHS** が提供する資金援助の水準は、所得、世帯規模、および **FPL** に基づきます。保険未加入患者と被保険者の両方が、資金援助を申請できます。また、

- g. 資金援助に対する患者の適格性は、以下の基準に基づいており、患者の財務状態、酌量すべき財務状況、および第三者医療給付の有無に応じて変化する可能性があります。適格性ガイドラインは、連邦政府が **FPL** ガイドラインを発行した後に、毎年改訂されます。下記のガイドラインを超える所得がある世帯は、支払い計画を検討するため審査を受けます。
3. **患者の資金援助適格性**： **FPL** に基づき、以下の基準を使用して、資金援助に適格である保険未加入患者および十分な保険に加入していない患者に提供される割引率を決定します。十分な保険に加入していない患者は、慈善サービスの資格を得る前に、保険金を支払う必要があります。資金援助の対象となる患者に提供される割引は、**AGB** 率の限度に対して見直され、患者が **AGB** 以上の費用を請求されないようにします。
- a. **無料医療ケア**：
- i. 保険未加入患者の年間世帯所得総額が、現在の連邦貧困ガイドラインの **200%** 以下であれば、資金援助総所得適格表（別紙 **A** - 通常請求額計算）に記載されている通り、患者（または他の責任者）は、無料医療ケア（**100%** 割引）を受ける資格があり、差額を支払う必要はありません。
 - ii. メディケアのプライマリヘルスケアの対象となっており、メディケイドの第 **2** 次保険に加入している患者は、メディケイドの支払いを行い、**THMP** またはマネージドメディケイドの支払者から裁定請求を受けた後、差額に対して **100%** の割引を受けることができます。
- b. **割引医療ケア**：
- i. 年間世帯所得総額が現在の連邦貧困ガイドラインの **200%** を超えているが、**400%** を超えていない患者 / 個人は、保険に加入している患者に対する通常請求額（**AGB**）が、割引の対象になる場合があります。
 - ii. 次の基準が全て満たされている場合、病院の請求書が未払いである患者は割引の対象となることがあります：（1）差額がその個人の年間世帯所得総額の **10%** を超えている。（2）請求書残高の全部または一部を支払うことができない。および（3）請求書の残高が少なくとも **5,000** ドルである。このような状況下では、患者または保証人が資金援助方針プロセスに協力し、個人情報または資金情報および適格性の判定に必要な関連書類を提供することが期待されます。承認された場合、患者は、差額に対して年間世帯所得総額の **10%**

を超える金額を払う義務を負わないか、**AGB** 割引が適用されます。金額の少ない方、および患者の財政状況にとって有益な方が適用されます。

4. **仮適格性**：保険未加入患者は、下記のいずれかの基準を満たせば、資金援助の対象となる可能性があります。最低 **1** つの基準を満たすことが証明されれば、他の所得証明は必要ありません。以下のリストは、患者の世帯所得が **FPL** の **2** 倍未満であり、医学的に必要な医療ケアの費用に対して、**100%** 割引が患者に適用される代表的な状況です。保険未加入患者の仮適格性審査は、医学的に必要な医療ケアを受け、それら医療サービスの請求書が発行される前に、できるだけ早く完了されなければなりません。仮適格性のステータスが通知されると、**MHHS** は、仮適格性審査プロセスが完了する間、**30** 日間患者報告書を保持します。第三者保険（メディケイドなどの州または地方の援助プログラムを除く）に加入している患者は、仮適格者とはみなされず、資金援助の申請書を提出する必要があります。

a. 以下の基準を満たす保険未加入患者は、緊急医療サービスまたは医学的に必要な医療ケアの費用に対して、**100%** の割引が付与される仮適格者とみなされます：

- i. ホームレスまたはホームレスクリニックで受けた医療ケア、
- ii. 「女性、乳児および児童（Women, Infants and Children : WIC）」プログラムの参加者、
- iii. フードスタンプ適格者、
- iv. 「補助的栄養支援プログラム（Supplemental Nutrition Assistance Program : SNAP）」、
- v. 他の州または地方の援助プログラムの適格者（例：メディケイドの spend-down など）、
- vi. 低所得者向け / 補助金支給住宅が有効な住所として提供されている、
- vii. 医療サービスに対する無償援助を受けている、
- viii. 判断能力が欠如している患者で、その患者のために行動する人がいない、
- ix. 最近破産した個人、
- x. 刑務所への収監、
- xi. 資産の有無が不明のまま死亡した患者、または
- xii. 電子スコアリング・モデル（下記参照）によって決定された場合。

b. **電子スコアリング・モデル**：保険未加入患者または保証人が **FAP** 申請を完了しなかった場合、または適格性を判定するために必要な財務書類を提出しなかった場合は、資産クラス、これまでの慈善調整、雇用、郵便番号、年齢、支払い履歴、これまでの回収不能金、口座残高、および入金元を含む基準に

基づいてスコアを算出する電子スコアリング・モデル (ESM) を使用して、口座が審査される場合があります。口座が FAP に適格である可能性が高いことを ESM のスコアが示した場合、この FAP に基づき、この保険未加入患者の口座は FAP の割引を受けられます。

5. 適格性タイムライン:

- a. 資金援助および仮適格性の判定は、保険未加入患者のすべての未払い自己負担費用および現在における一連の医療ケアを遡及的に対象とします。患者の適格性は、手順 3 で概説された要因に基づいて決定され、迅速またはタイムリーな支払いを行う上で不利になることはありません。さらに、資金援助申請書を完了した患者には、患者が行う必要があるさらなる措置を講じることなく、この先 6 ヶ月間、追加の資金援助を受けられます。6 か月以内に患者の財務状況に重大な変化が発生し、この変化が資金援助における適格性の判定に影響を及ぼす可能性がある場合、患者は、変化の発生から 30 日以内にこれを MHHS に通知しなければなりません。世帯所得における大幅な改善を患者が開示しなかった場合、大幅な改善が発生した後に、MHHS による資金援助の規定が無効になることがあります。

6. 緊急医療サービスまたは医学的に必要な医療ケア: 資金援助の提供は、病院環境で提供される緊急医療サービスまたは医学的に必要な医療ケアに限定されます。このセクションの内容は、患者の支払能力に関わらず、重篤な状態に対して治療を行うことに関する連邦または州の法律に基づく MHHS の義務または実務を一切変更しません。

7. 申請プロセス

- a. 申請方法: 資金援助の申請書に必要事項をみれなく記入し、証拠書類と一緒にこれを提出する必要があります。申請書の無料コピーは、次の MHHS のウェブサイトからダウンロードできます: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>。また、救急診療部と病院登録エリアでも無料コピーを請求できます。無料コピーは、郵送でも入手可能です。または 713-338-5502 もしくは 1-800-526-2121 (オプション 5) に電話をして請求してください。
- b. 申請者は、記入済みの申請書と証拠書類を病院の財務カウンセラーに郵送するか、下記住所宛に郵送することができます。インフォメーションデスクで財務カウンセラーに相談したい旨を伝えれば、病院の財務カウンセラーを紹介してくれます。申請手続に関する質問、申請書記入の援助、または提出済の申請書の状況確認については、病院の財務カウンセラーが病院

で直接お手伝いします。または 713-338-5502 もしくは 1-800-526-2121 (オプション 5) に連絡してください。

- c. 記入済申請書の送付先 :

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

または

ファックス : 713-338-6500

- d. 以下の個人は、申請期間内に、資金援助または仮適格性の審査を要求することができます : (i) 患者または保証人、(ii) 患者または保証人の代理人、(iii) 患者 / 申請者の代理を務める MHHS の代理人、または (iv) 患者の主治医。
- e. 本資金援助方針の他の箇所で概説されている事項にかかわらず、資金援助の申請プロセスに協力し、全面的に関与することは患者の義務です。これには、第三者の健康保険に関する情報の提供や、政府または他のプログラム (例 : メディケア、メディケイド、第三者の損害賠償保険、犯罪被害者財政支援など) の財政的支援の申請に必要な書類や証明書、または他の財政援助に対する患者の適格性を判定する上で必要なあらゆる書類や証明書をタイムリーかつ正確に提供することが含まれます。これを行わない場合、患者の資金支援申請の検討に悪影響を及ぼす可能性があります。やむを得ない状況が MHHS に提示されない限り、患者は、MHHS の要請から 30 日以内に、必要な情報、証明書および書類を MHHS に提出しなければなりません。仮適格者である場合を除き、患者 (または保証人 / 代理人) が資金援助の申請書に記入し、署名する必要があります。
- f. 財務カウンセラーは、資金援助を申請する過程で申請者をお手伝いします。患者が死亡しており、責任ある当事者が特定されていない場合、MHHS の代理人が申請書を作成し、利用可能な情報と書類を使用して、申請書を完了させることができます。

8. *世帯所得* :

- a. 世帯所得を証明するために、患者は次の書類が入手可能な場合、このうち 1 つ以上を提出することができます。患者の世帯に複数の被雇用者がいる場合、各人は次の書類のうち 1 つ以上を提出する必要があります :
 - i. 最新の提出済み連邦所得税申告書、
 - ii. 最新の W-2 および 1099 書式、
 - iii. 最新の給与明細書（または該当する場合、失業証明書や社会保障文書などのコピー）、
 - iv. 現金で給与を受け取っている場合は、雇用者の証明書、または
 - v. 世帯の所得に関する第三者による証明。

- b. 各家族構成員（患者を含む）の所得を反映する上記書類を患者が最低 1 つ提出し、証明書に署名した場合は、書類を提出しなかったことで、資金援助の申請が不完全であるとはみなされません。または、そのような書類を提出することができない患者も、その証明書に署名した場合は、資金援助の申請が不完全であるとはみなされません。

- c. 仮適格者である場合を除いて、申請者は申請証明書に署名する必要があります。申請者が重大な虚偽情報を提供したことが後に明らかになった場合、MHHS は、決定を取り消すまたは変更することができます。

追加書類 : MHHS の資金援助方針は、資産または支出の記録を求めません。ただし、本資金援助方針に基づき適格とされる金額以上の資金援助を要請する場合は、それを正当とするために、財政難を実証する資産、支出、所得、未払債務、その他の状況に関する追加書類の提出を選択できます。

9. *誤った情報や誤解を招く情報* : 申請者が医療費の支払能力に関して、故意に重大な虚偽または誤解を招く情報を提供したと判断された場合、MHHS は申請者の現在または将来の申請を拒否することがあります。悪意なく虚偽の情報が提供された場合、MHHS は正しい情報に基づいて判断を下します。患者が意図的に提出した重大な虚偽情報に基づき、資金援助が既に付与されている場合、MHHS は、財政援助の事前助成を無効にすることができます。このような場合、MHHS は患者が支払うべき金額を、患者から受け取るためのあらゆる法的権利を保持します。重大な虚偽情報の提供が故意でなかった場合、MHHS は正しい情報に基づいて決定を修正します。

相互参照 :

患者移転方針（EMTALA およびテキサス移転法遵守）分かりやすい用
語を用いた資金援助の要旨
資金援助請求および徴収方針

別紙：

別紙 A — 通常請求額計算

別紙 B — 連邦貧困ガイドライン

次のページに続く。

別紙 A – 通常請求額計算

通常請求額は、緊急医療サービスまたは医学上必要な医療ケアに対する、メディケアの診療ごと個別払い（fee-for-service）に MHHS が使用する、請求およびコードプロセスに基づいています。メディケアから許可された合計支払い金額は、そのような請求の総請求額で割られて、その数字は 1 から差し引かれ、AGB 率が計算されます。

入院患者（IP）の **AGB % = IP が許可されたメディケアの支払い / メディケアの IP 費用合計**
 外来患者（OP）の **AGB % = OP が許可されたメディケアの支払い / メディケアの OP 費用合計**

毎年、AGB は各病院ごとに個別に計算されますが、すべての MHHS 系列病院は、全病院の中で最低の AGB 率を採用します。

施設	入院患者	外来患者
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	該当なし	11%
Memorial Hermann First Colony Hospital	該当なし	13%

2019 年度（2018 年 7 月 – 2019 年 6 月）の AGB 額は以下の通りです：

通常請求額 外来患者：11%

通常請求額 入院患者：30%

次のページに続く。

別紙 B – 連邦貧困ガイドライン

資金援助適格性月間総所得表は、連邦貧困ガイドラインが変更されたときに改訂されます。表は毎年更新されます。

資金援助適格性月間総所得表とは、本資金援助方針に基づき MHHS が資金援助適格性を決定する際に使用する、現在の所得表を意味します。

資金援助適格性月間総所得表は、連邦貧困ガイドラインとハリス郡病院地区適格表に基づいており、それぞれの政府機関によって適宜改訂されます。この表は、こちらでご覧になれます。

下記の表をご覧ください：

Memorial Hermann Health System 資金援助総所得適格表						
2018年連邦貧困ガイドライン (FPG) 世帯の規模に基づいた資金援助の対象となる年間または月間の総所得。						
世帯規模	FPGの100%		FPGの200%		FPGの400%	
	年間所得	月間所得	年間所得	月間所得	年間所得	月間所得
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
8人以上の世帯単位の場合は、追加の人数ごとに 4,320 ドルを追加して連邦貧困ガイドラインを決定してください。						