

承保範圍

- St. Clair Hospital
- St. Clair Medical Services
- St. Clair Hospital Foundation
- St. Clair Hospital / UPMC Cancer Center PET/CT
- St. Clair / Washington Physician Services

政策

為實現慈善使命，St. Clair Health Corporation (SCHC) 提供財務援助，意即資助必要之醫療服務和緊急照護，一切如上所述，旨在減緩病患的財務責任。SCHC 透過為無法負擔病患財務責任之病患，減少或取消醫療費用以提供救濟，但病患須遵守並符合以下政策標準。

SCHC 就其願景、使命、價值觀，以及聯邦州立法規，並依據其符合資格標準，為低收入、無健保、保險額不足和沒有能力承擔必要醫護的病患財務責任之貧困人士，提供財務援助。

針對已用盡保險福利，承擔病患財務責任及/或未達賓夕法尼亞州醫療援助的資格標準但負擔龐大醫療費用之病患，我們將根據具體情況酌情提供財務援助。

財務援助不能替代僱主資助、公共或個人購買之保險。此援助僅作為保障病患以及其家人之利益保障，並無法免除第三方的支付責任。SCHC 在向病患提供財務援助前，應考量所有可用保險、援助或擔保人付款。然而為履行向社區提供優質醫療服務之承諾，SCHC 將向本政策所判定為符合資格條件且無力支付的病患提供合理之資助金額。

本政策僅限於所涵蓋之醫療服務費用 (如下所述)，以及 SCHC 的任何獨立承包商向病患收取之費用，包括但不限於與 SCHC 簽署專屬及/或非專屬合約之醫生和醫護人員 (如下所述)。

- Keystone Anesthesiology
- South Hills Radiology Associates

政策目標

1. SCHC 就其慈善使命、能力、量能，以及在緊急醫療和勞動法 (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 準則範圍內，提供所有人 (無論病患是否能承擔費用)

住院和必要之緊急醫療服務。藉此不讓病患因需要支付醫療費用，而拒絕接受緊急醫療服務。

2. 以平等、尊嚴、尊敬和同情的態度對待所有病患。
3. 制定計畫，致力於在提供無償照護和 SCHC 提供此類照護之財務與臨床能力之間取得平衡。
4. 根據本政策建立符合財務援助計畫的資格標準。
5. SCHC 致力於為所有病患採取相同計費與收款程序，確保以公平、尊敬且一致的態度落實本政策。
6. 確保任何財務援助不會直接或間接牽涉由聯邦醫護計畫支付之項目或服務。
7. 確保所有符合 FAP 條件之病患的收費，不超過有保險之病患的一般收費金額 (AGB)。

涵蓋之醫療服務

本政策涵蓋之醫療服務包含住院與門診服務，此等服務屬於緊急或必要之醫療服務，由 SCHC 直接提供疾病或傷害治療，但不包含以下列為「非涵蓋之醫療服務」的其他服務。

非涵蓋之醫療服務

以下服務不屬於本政策中的財務援助計畫涵蓋之範圍，是為「非涵蓋之醫療服務」：整形手術服務、心肺復健維持計畫、肥胖外科手術/減重手術、門診藥局、非必要之醫療服務 (輸卵管復通手術、牙科治療、基因檢測、整形手術等)，以及其他任何協議或合約訂定之折價服務。

傳達財務援助之可用性

財務援助病患通知單將張貼於主要公共區域、醫生辦公室、所有掛號處、所有輔助部門，也會附在所有病患醫療費用單中。通知單包含如何申請及取得有關財務援助計畫之詳細資訊說明。您也可以造訪網站以查看說明：www.stclair.org 的財務援助專區。

報告

每年向董事會提供關於本財務援助計畫與實施之資訊，以及各機構之董事會可能不定時提出的要求等其他計畫相關資訊。

一般收費金額

具有健保給付之病患的一般收費金額 (Amount Generally Billed, AGB)。醫療服務的 AGB 金額需視總費用之住院和門診折扣而定。此折扣費用比照美國國家稅務局 (Internal Revenue Service, IRS) 第

501 (r) 條最終規定中關於收費限制之準則與方法。折扣費用將根據前 12 個月的付款資訊，於每年 7 月 1 日進行更新。請參見**附件 B**，獲取目前的 AGB。

財務援助計畫

如果病患 (以及適用的配偶) 符合 St. Clair 之財務援助計畫政策準則的資格條件 (請參見**附件 C**)，所有具有病患責任的帳戶餘額 (自付折扣費用或保險給付後的帳戶餘額) 將獲得財務援助 (正式財務援助和假定之財務援助)。

希望獲得正式財務援助折扣的病患，若其病患責任超過 \$2,500，則須遵守醫療補助資格的篩選程序。如果經過初步篩選後可能符合資格，病患須透過賓夕法尼亞州申請醫療補助，並完成申請程序。遭到醫療補助拒絕的病患，或透過初步篩選被判定為不合格之病患，符合本政策所訂定之財務援助資格。帳戶餘額等於或少於 \$2,500 的病患，不需要申請醫療補助，並且可申請財務援助；但如果適用，我們鼓勵病患申請醫療補助。

本計畫適用於 SCHC 所有病患，但下列病患除外：

1. 目前沒有美國公民身分者 (視情況而定，此等病患可能符合獲取財務援助之資格)
2. (i) 拒絕提供所需相關文件者；(ii) 未提供完整資訊者；或 (iii) 未能及時提供資訊者
3. 透過美國醫療保險計畫 HMO、PPO、工傷保險或其他保險計畫而獲得保險承保的病患，但因計畫而無法使用 SCHC 保險
4. 不符合要求之第三方保險病患資訊請求，導致保險公司無法處理索賠款項
5. 依據本政策，未能按適當保險範圍要求給付掛號費、自付額或共同承擔額之病患，以及未能維持目前安排或對過去給付義務作為適當安排之病患
6. 因過去債務而被轉至外部託收代理行，除非已將過去債務處理妥當，令 SCHC 滿意
 - a. 對於可能與外部託收公司合作的病患，給予一次性的財務援助，但不作為申請程序的標準。若帳戶被重新傳送至外部託收代理行，則本政策不適用於在初步申請程序 (包含機構一次性財務援助) 後，重新申請財務援助計畫之病患。無論病患是否符合資格條件，可獲得未來的醫療援助折扣，均不會將此帳戶刪除
7. 拒絕遵守其他財務援助計畫的篩選要求，以及未完成申請程序，或符合其他援助計畫的資格但拒絕申請及/或參與該等援助計畫之病患

財務援助判定程序

1. 病患必須提供醫療補助拒絕信之副本 (如適用) 以及一份完整的財務援助申請單，其中包含其家庭收入證明、附件 C 定義之任何流動資產、三 (3) 個月內的支票和儲蓄帳戶等文件，以供客戶服務人員參考。申請時，任何未支付的 SCHC 醫療費用均將考慮在內。
2. 病患獲得財務援助資格的判定依據是：根據醫院既定的貧困準則衡量之病患的家庭收入

(就業狀況和收入能力) 及資產 (不包括房屋和汽車)。(請參見附件 C)。

- a. 正式財務援助則以病患提供符合資格準則的所需資訊為根據。正式財務援助核准是自核准日起算為期六 (6) 個月。為期六 (6) 個月的正式財務援助通知單將以書面形式通知符合資格條件的病患。
 - b. 在內部收款程序的最後階段，獲得足以滿足醫院信用評分門檻的財務資訊，或估計收入符合政策準則的情況下，可以為病患提供單一帳戶 (治療日期) 的推定財務援助。單次治療的推定財務援助通知單，將以書面形式通知符合資格條件的病患，並隨附在傳送給病患的最終醫療費用單中。醫院將鼓勵病患藉由此通知單申請正式財務援助計畫，並提供未來就診所需之財務援助的申請說明。
3. 客戶服務代表將審核病患所提供資訊的完整性，並聯絡病患補齊缺少的資訊。
 4. 在客戶服務代表作出判定後，書面結果將郵寄給病患，特定例外情況的審核和批准將由以下人員進行：
 - a. 病患會計主管或其指定人員 (批准金額介於 \$1,500 - \$4,999 之間)
 - b. 病患財務服務主任或其指定人員 (批准金額介於 \$5,000-\$14,999 之間)
 - c. 財務資深副總裁和財務長，或其指定人員 (批准金額高於 \$15,000)
 5. 如果病患有資格獲得正式財務援助並遵守正式申請程序，醫院財務援助的金額將作全面考量，並適用於自批准日起 6 個月內的任何未結餘額或病患未來需償付的費用。
 6. 因為病患、擔保人或其他代表將提供個人財務資訊，SCHC 將對此類資訊予以保密，並且這些資訊僅會用於參與援助計畫或決定病患獲得財務援助的資格。
 7. SCHC 將對與病患互動的適當員工提供培訓，內容包括計畫可用性、如何向病患傳達此計畫可用性，以及如何引導病患與適當的財務援助人員互動。
 8. SCHC 的員工將接受培訓，以恭敬、保密和具文化敏銳度的態度來接待申請人。
 9. 將根據申請人需要提供翻譯服務。

病患醫療費用單與最後通知單

病患醫療費用單與最後通知單將在每張表格底部的正面標明財務援助計畫的可用性以及如何獲得其他資訊。那些有資格獲得推定財務援助的病患，其最後通知單將包含一則訊息，通知病患他們已獲得推定財務援助，並且此次治療的醫療費用單餘額已調整。每張表格的背面都將以淺顯易懂的語言概述收款程序以及財務援助計畫的可用性。

財務援助的通知單和申請期限

在進入特殊收款活動 (轉移到外部收款) 之前，從第一張病患醫療費用單的開立日期起，病患將有 120 天的通知期來申請財務援助。在進入特殊收款活動之前，遞交正式財務援助申請的病患，將在最長達 240 天 (自第一張病患醫療費用單的開立日期起算) 的申請期內遵守所有要求並等待最終判定。

病患將收到至少三 (3) 份醫療費用單，每隔三十 (30) 天一份，並在收到最後一次醫療費用單後的三十 (30) 天或在通知期內收到第一次醫療費用單後至少 120 天後收到最後通知單，要求病患全額付款或制定可接受的付款計畫 (以病患會計「自付壞帳催收政策」中規定的醫院準則為根據)，若無法達成要求，才會推進至特殊收款活動。財務援助計畫通知以及如何申請的說明將在每份醫療費用單中提供。

已進入特殊收款並在 240 天申請期 (自第一份醫療費用單開立日期起算) 內提交財務援助申請的病患，將在作出最終財務援助判定而獲得之後被重新送回醫院，在判定結果出爐之前不會恢復收款作業。

其他

1. 獲判不符合全額財務援助或部分財務援助資格的病患，在進入特殊收款活動之前，將有額外 90 天時間來全額支付餘額或制定可接受的付款計畫。
2. 若病患為獲得財務援助而作出不實聲明，將被轉交至賓夕法尼亞州司法部進行起訴。在計畫申請書中偽造資料的病患將失去參加本計畫的資格，且必須承擔註冊本計畫時產生的所有費用 (可追溯至本計畫產生費用的第一天)。
3. 認為自己被不當拒絕而無法獲得免費或低於成本治療的病患，可以透過以下地址向衛生部提出書面投訴：Health and Welfare Building, 8th Floor West, 625 Forster Street, Harrisburg, PA 17120。

附件 A

病患財務援助通知單

St. Clair Hospital 為自己的使命感到無比自豪，並且每天 24 小時、每週 7 天、每年 365 天為所有有需之人提供優質治療。

如果您沒有健康保險，或擔心可能無法支付部分或全部治療費用，我們或許可以提供協助。

St. Clair Hospital 根據病患的收入、資產和財務需求來提供財務援助。此外，我們或許能協助您獲得免費或低成本的健康保險，或者與您一起安排一個易於管理的付款計畫。

為您方便起見，St. Clair Hospital 客戶服務代表將評估您的財務需求，並將判定郵寄給病患。作為此計畫的一部分，我們或會要求您申請醫療援助。

由於聯邦和州法律要求所有醫院對其所提供的治療收取費用，我們最終可能需要將未付帳單交給收款機構，而這可能會影響您的信用狀況。因此，請務必告知我們您是否有辦法支付帳款。我們想要幫助您。

如需更多資訊，請致電 412-344-3408 聯絡客戶服務代表。

星期一、星期二和星期五，上午 8:00 到下午 4:30

星期三和星期四，上午 8:00 到晚上 7:00

我們會恭敬並保密地對待您的問題和您提供給我們的任何資訊。

附件 B

SCHC 目前的一般收費金額率

目前用來計算一般收費金額 (AGB) 費用的方法

一般收費金額 (AGB) 費用是以 IRS 法規 501(r) 的回溯方法為基礎，計算住院和門診保險給付率。回溯期是前 12 個月，包括聯邦醫療保險 (Medicare) 和所有私人醫療保險付款人的付款率 (管理式聯邦醫療保險作為私人保險付款人也納入在內)。AGB 費用基於以下列幾點來進行計算：

- a. 醫院住院服務——聯邦醫療保險和所有商業付款率的加權平均值，以診斷關聯群 (DRG) 的保險給付和病患出院時有效的方法論為根據。

- i. 目前的基本率為 \$6,617.39
 - ii. 住院費用 = (DRG 加權 X \$6,617.39)
- b. 醫院門診服務——聯邦醫療保險和所有商業付款率的加權平均值，以保險給付佔總費用的百分比為根據。
 - i. 目前的門診率為總費用的 25.62%。
 - ii. 門診費用 = 0.2562 X 總費用
- c. SCMS 和附屬機構門診服務——聯邦醫療保險和所有商業付款率的加權平均值，以保險給付佔總費用的百分比為根據。
 - i. 目前的門診率為總費用的 34%
 - ii. 門診費用 = 0.34 X 總費用