

Policy Number: **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15,
01/19/16, 01/22/19, 06/01/20, 02/22

Reviewed:

主题/标题：经济援助政策

政策：Oneida Health 的政策是遵守医院财务援助法。

目的：OH 向未保险和保险不足的患者提供经济援助，价格低廉，或向个人或家庭收入不超过 HHS 贫困水平 300% 的纽约州居民免费提供。

此政策涵盖的服务：

1. 入院急救患者
2. 紧急服务，包括根据《紧急医疗和劳动法》（EMTALA）进行的紧急转移
3. 门诊手术患者
4. 转诊非住院病人
5. 观察患者

请注意：整容和/或选择性手术被认为不是医疗必需的服务，没有资格获得经济援助。

范围：本政策适用于所有董事会成员，管理人员，经理和其他员工，包括员工，受训者，志愿者，提供者，顾问，独立承包商，学生和临时工（“受影响的人”）以及整个 Oneida Health (OH)，包括医院及其所有部门和健康中心，以及 OH 的附属医师实践（Oneida 医疗服务，PLLC，Oneida 医疗实践，PC 和 Genesee 医师实践，PLLC），以及属于 OH 的任何其他部门或实体。

程序：

在注册时，会通过在整个注册区域张贴的标志来通知所有患者我们的经济援助政策（FAP），并在注册时提供该政策摘要和申请，并随所有账单一起发送通知。

根据要求，该政策，我们的经济援助计划摘要和一份申请将提供给患者。

收到完整的申请后，索赔将置于对账单上；在审查申请期间，预计不会付款。

对于家庭中的每个成员（包括家属），申请表中要求提供的文件为：

- 工资单的最近八（8）个连续周（如果每两周支付一次，则有四（4）个）
- 确认失业，社会保障，退休金，工人的报酬，残疾等。
- 对于自雇人士，需提供（3）个月的业务分类帐或自我证明（可选纳税申报表）
- 医疗补助资格状态（如果可以从最近申请中获得）。
- 如果没有任何类型的收入证明文件，则可以使用自我证明表格。
- 抚养费或子女抚养费收入
- 所有其他收入来源

1. 财务援助的批准将视具体情况而定。将根据家庭规模和收入水平进行确定。

2. 根据申请中提供的信息，OH 将审查标准，以确定患者是否有资格获得 NYS Medicaid 保险。如果提供的信息似乎符合资格指南，则建议患者申请 NYS Medicaid 以获得 NYS Medicaid 批准或拒绝。

3. 如果 OH 无法根据所提供的信息做出决定，则会向患者发送一封信，建议该申请待决，直到收到完整的信息/文档。必须及时并按照 OH 的要求将其退回，以便快速确定。
4. 如果患者有必要申请医疗补助，并且由于无法完成申请或拒绝遵守任何资格条件而拒绝医疗补助，这将导致拒绝经济援助申请。在获得经济援助之前，可能会要求您申请任何其他保险或计划。
5. 因自付费用，用尽的利益和拒绝支付保险金而导致的帐户余额有资格获得医院服务的财政援助。（这不适用于医师的门诊诊所）
6. 必须在第一份出院后患者账单上的 120 天内（通知期）提出经济援助申请。此后，设施必须在设施要求的期限内（不超过额外的 120 天（申请期））收到设施的通知，并及时通知所有其他要求的文件。
7. 财务援助批准仅对申请中列出的帐户有效。财务资助的批准期限为6个月；因此，减少了“重新申请”的必要性。但是，如果患者/担保人的财务状况发生了变化；Oneida Health 将要求患者/担保人重新申请。
8. 财务补助金的确定将由商务办公室人员决定。然后，该申请将提交给患者账户主管，业务办公室主管（医院）或中央计费办公室经理（诊所），以最终批准。如果帐户余额总计超过\$ 15,000.00，则需要首席财务官的批准
9. 提出经济援助申请的患者将在确定后 30 个工作日内从业务办公室收到书面决定
10. 如果不同意确定是否有资格获得经济援助，则可以致电纽约州卫生部投诉热线 1 800 804 5447。
11. 在所有保险已支付其合同规定的部分之后，确定最终的患者责任之前，将无法满足财务援助要求。任何保险纠纷都必须解决，然后才能考虑帐户余额。
12. 做出有利的决定后，将向患者/担保人发出通知，并说明预期的时限以汇出应付的余额。患者/担保人将被要求签署协议并将其在 14 天内退还给 OH。
13. 当担保人/家庭获得财务援助的批准后，担保人可全额支付调整后的帐户余额，或者在必要时可以设置付款安排。付款计划参数在下面列出。

\$ 100.00 以下的帐户余额 6 个月-最多 9 个月
\$ 100.00-\$ 500.00 9 个月-最多 12 个月
\$ 501.00-\$ 1000.00 最多 12 个月
\$ 1001.00-\$ 3000.00 最多 18 个月
\$ 3001.00-\$ 5000.00 最长 24 个月
\$ 5000.00 以上

联系营业部以进行付款安排

每月付款将不超过担保人/家庭总收入的 10%。

14. 纽约州附加费金额 (如果适用) 将是最终折扣帐户余额的额外费用。

15. 将保留财务援助月度会计, 表明患者姓名, 帐号, 服务日期, 服务类型, 申请日期, 批准/拒绝日期, 总费用, 应收患者总余额, 调整金额, 邮政编码并调整患者平衡。

16. 申请, 批准/拒绝, 摘要帐单的副本以及与财务资助申请有关的任何信函将被存档 10 年。

17. 我们维护单独的计费 and 收款策略。副本可应要求提供。

18. 我们的财政援助政策 (FAP) 未涵盖的提供商列表可在以下链接中找到: <https://www.oneidahealth.org>

收入與貧困水準之比百分比							
Household Size	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$13,590	\$18,075	\$20,385	\$27,180	\$33,975	\$40,770	\$54,360
2	\$18,310	\$24,352	\$27,465	\$36,620	\$45,775	\$54,930	\$73,240
3	\$23,030	\$30,630	\$34,545	\$46,060	\$57,575	\$69,090	\$92,120
4	\$27,750	\$36,908	\$41,625	\$55,500	\$69,375	\$83,250	\$111,000
5	\$32,470	\$43,185	\$48,705	\$64,940	\$81,175	\$97,410	\$129,880
6	\$37,190	\$49,463	\$55,785	\$74,380	\$92,975	\$111,570	\$148,760
7	\$41,910	\$55,740	\$62,865	\$83,820	\$104,775	\$125,730	\$167,640
8	\$46,630	\$62,018	\$69,945	\$93,260	\$116,575	\$139,890	\$186,520
Sliding Scale	100%	89%	79%	69%	59%	49%	0%

其他相关政策/程序:

先前的政策编号:

参考: 美国国税局 (IRS) 法规第 501 (r) 节, 自 2016 年生效

标准:

表格: 经济援助简明语言摘要 (01242)

经济援助申请 (01913)

支付护理费用-合同服务 (01519)

批准人: V. Cole, J. Sweet 06/2020