

瑪摩利醫院

主旨： 門診病人心理健康服務財務援助政策

I. 政策

- A. 瑪摩利醫院（以下稱「瑪摩利醫院」或「本院」）致力為每位到訪我們任一設施求診的病人提供高品質醫療服務，不論其付款能力均一視同仁。門診病人心理健康財務援助政策（以下稱「FAP」或「本政策」）為瑪摩利醫院財務援助方案的實施依據。通過此方案，已用盡健康保險福利和經認定符合本政策的財務援助資格的病人，可免費或以折扣價格獲得醫療上必須的門診病人心理健康服務。
- B. 本政策適用於為符合資格病人提供的門診病人心理健康服務。急診心理健康服務、住院病人精神科服務、相關輔助服務及其他醫療服務的費用由《FIN-28 財務援助政策（修訂版）》制定。
- C. 針對醫療上必須的門診病人心理健康服務，符合本政策資格的病人包括居住在紐約市五大區（國王郡、紐約郡、皇后郡、里奇蒙郡和布朗士郡）且無保險或已用盡健康保險福利的低收入病人。本政策提供免費或折扣醫療服務的財務資格標準於下文及附件的費用級距折扣表中有進一步說明。**根據下文第三部份所述，收入低於聯邦貧困線（Federal Poverty level）300%的病人具FAP財務援助推定資格。**若病人有保險但不承保全額服務費用（保額不足），或病人的財務狀況不符合標準但面臨龐大醫療費用，本院可視個案情況決定是否提供財務援助。
- D. 瑪摩利醫院根據本政策廣為宣傳其FAP。

瑪摩利醫院將此FAP、FAP申請表及FAP摘要（即「簡明版摘要」）發佈於瑪摩利醫院官網的財務援助專頁（<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>）。紙本文件可來信或至本院公共區域免費索取，索取地點包括住院部及多個病人服務點。

瑪摩利醫院採下列方式向本院病人告知有關FAP的訊息：在辦理入院及掛號手續時提供紙本簡明版摘要；在帳單上列入書面通知以告知收件者有關提供FAP財務援助的資訊，其中包括精神科出納組/註冊組電話號碼以及可直接取得FAP、FAP申請表及簡明版摘要的網址；在本院公共區域張貼明顯公告以告知病人有關FAP的資訊，張貼地點包括住院部及多個病人服務點。瑪摩利醫院將以多語種標誌告知病患有關FAP的訊息。

此外，本院每年都為其所服務的英語能力有限（LEP）民眾將FAP、FAP申請表及簡明版摘要翻譯成其主要語言，包括本院服務社區中人口1,000人或百分之五（以人數較少為準）的每個LEP語言族群或本院可能影響或接觸之群體所使用的語言。瑪摩利醫院也將以本院服務社區內民眾可理解的方式（包括翻譯成相關語言）通告社區民眾有關本院通過FAP提供財務援助的訊息，包括何處可取得更多FAP相關資訊及文件。

對於具體詢問財務援助辦法的病人，本院將提供簡明版摘要、告知病人瑪摩利醫院官網上提供相關資訊，並轉介給一名出納員/註冊員。當詢問者表示偏好以電子方式取得有關FAP的文件或資訊時，瑪摩利醫院可通過電子方式提供此文件或資訊（包括電子螢幕顯示、電子郵件寄送，或提供網上張貼此文件或資訊的網址連結）。

- E. 附帶資格條件為：病人（若病人為未成年人則為其家長和/或法定監護人）應提供申請公共資助保險計劃和/或本院財務援助所需證明文件，且應在其他方面與協助辦理這兩項申請程序的工作人員完全配合。
- F. 若病人符合公共資助保險計劃（例如聯邦醫療補助計劃〔Medicaid〕、兒童加健計劃〔Child Health Plus，簡稱CHP〕、產前護理援助計劃〔Prenatal Care Assistance Program〕）投保資格，則必須利用該計劃承保其治療費用，而非使用瑪摩利醫院財務援助方案。若病人有資格通過《平價醫療法案》（Affordable Care Act）所建立的健保市場（Marketplace）投保，則應利用他們通過健保市場所獲得的保險承保其治療服務，而非使用瑪摩利醫院財務援助方案。
- G. 若病人擁有瑪摩利醫院不接受的HMO或商業性保險，除非其保險福利用盡，否則不符合財務援助資格。
- H. 若病人的財務狀況不符合標準但面臨龐大醫療費用，本院可視個案情況決定是否提供財務援助以協助其支付共付金（copayment）與自付額（deductible）。
- I. 下列服務不在本政策承保之列：
 - 非醫療上必須的項目；
 - 不具臨床或治療效益的項目；
 - 非本院開立帳單的服務（例如：由醫師及獨立合約方提供的麻醉服務及專業服務），但若服務單位依聯邦法規定義與本院有實質關聯則不在此限。

本政策附件B中列有在本院提供急診或其他醫療上必須的服務，且受本FAP承保的服務提供者，以及不受本FAP承保的服務提供者。

II. 責任

- A. 出納員/註冊員（精神科）負責取得病人的FAP申請表及收入證明。
- B. 財務營運主任（精神科）將審查申請文件並設定適當費用。
- C. 高級財務副總裁、自墊款核退主任將負責審查對財務營運主任（精神科）的決定提出的任何書面上訴。

III. 程序

1. 一般申請程序

- A. 若在FAP申請程序中需要協助，想提出FAP財務援助申請，或想索取更多FAP相關資訊，請聯絡精神科出納組/註冊組（Psychiatry Cashier/Registration），電話：(718) 283-8177，地址：920 48th Street, Brooklyn, NY 11219。
- B. 當病人提出財務援助時，將被轉介給一名出納員/註冊員以進行過濾。該名出納員/註冊員將：
 - 1. 根據收到的資訊與病人討論各種可行的替代方案（例如：公共資助保險計劃、分期付款、折扣費率、級距收費、免費護理等）。
 - 2. 在適當情況下：
 - (a) 代表病人填寫申請表並送交當地社會服務部門或健保市場，或
 - (b) 將病人轉介給當地適當的Medicaid辦公室或指導員（Navigator）以填寫CHP申請表。
 - 3. 評估病人除了本政策外，是否有資格通過瑪摩利醫院的特別補助款或方案獲得額外的折扣或經費補助。
 - 4. 在適當情況下提供FAP申請表給申請人填寫。若經病人要求，出納員/註冊員將於面談時協助病人理解財務援助政策並代表病人填寫申請表。
- C. 該申請表將依上文第一部份所述翻譯成其他語言。除此之外，瑪摩利醫院將為所有需要翻譯服務以尋求財務援助的病人提供此項服務。工作人員將依據《AD-120 翻譯與口譯服務》政策取得翻譯服務。
- D. FAP申請表中將告知病人，一旦提交填好的申請表以及任何判定病人是否符合本政策援助資格所需的資訊或文件之後，該病人可暫不理會任何帳單，直到瑪摩利醫院對此申請做出決定為止。

- E. 從出院後第一張帳單所示日期起，病人至少有240天可申請財務援助。（更多關於申請期間的資訊，請見《FIN-55 開立帳單與催收政策》。）針對這些規定的豁免申請可向財務營運主任（精神科）提出。
- F. 若病人（若病人為未成年人則為其家長和/或法定監護人）在申請過程中提供不實資訊，則該病人不符合財務援助資格。

2. 財務援助資格標準

- A. 對於在本院獲得醫療上必須的門診病人心理健康服務，並且有資格獲得FAP財務援助的病人，本院可能收取的最高費用稱「一般收費」（Amount Generally Billed，簡稱AGB）。針對門診病人心理健康服務，瑪摩利醫院將AGB設定為Medicaid最高容許總額。根據附件A的費率折扣表，符合FAP資格的病人可獲折扣應小於或等於AGB。當FAP資格判定完成之後，本院為符合FAP資格者提供醫療上必須的服務或急診服務所收取的費用不得超過AGB。
- B. 如下文詳述，資格判定應以下列資訊為依據：

- 居住地；
- 稅前年收入；
- 家庭規模。

本院將從病人申請公共資助保險計劃時提供的資訊中取得上述資料。若未曾提出該項申請或無法取得相關資料，則必須由病人提供財務援助資格判定所需資訊。若缺少任何必要資訊，則將以電話或信件告知病人缺少的資訊項目。

- C. 一名出納員/註冊員 將收下病人填好的申請表及佐證文件並轉交財務營運主任（精神科），供後者依據既定標準設定適當費用（本政策下文及附件的現行級距收費表中對此有進一步說明）並填寫「費用判定工作單」以完成計算。
- D. 費用判定標準包括依現行級距收費表對病人的「家庭規模」及「收入」所做分析。

- 家庭規模。若病人為成年人，則家庭規模為以下人數總和：病人本人、病人配偶（若有且同住）以及病人或其配偶的任何撫養親屬。若病人為未成年人，則家庭規模為以下人數總和：病人本人、與病人同住的家長和/或法定監護人，以及與病人同住的家長和/或法定監護人之任何撫養親屬（除病人本人外）。孕婦以兩人計算。
- 稅前年收入。若病人為成年人，則家庭稅前年收入為病人本人與配偶（若有且同住）的收入總和。若病人為未成年人，則家庭稅前年收入為與病人同住的家長和/或法定監護人的收入。收入係依據服務日期前最後四週所得計算。

- 稅前年收入為以下所有收入來源總和，並以FAP申請表中要求提供的文件為證明：
 1. 扣除前薪水/工資。若病人未曾申請公共資助保險計劃或無法取得此申請表，則必須提供最近四週薪資條，以推算病人本日曆年度的薪水/工資。
 2. 公共援助。
 3. 社會安全福利金。
 4. 失業救濟金及勞工賠償金。
 5. 退伍軍人津貼。
 6. 贍養費/子女撫養費。
 7. 其他金錢援助。
 8. 退休金付款。
 9. 保險或年金付款。
 10. 股利/利息。
 11. 租金收入。
 12. 營業收入淨額（自僱者/經獨立來源驗證）。
 13. 其他（罷工津貼、培訓津貼、軍眷安家費、遺產及信託收入）。

計算收入來源時應以實得金額加總，而非計算此人應得但未獲支付的金額（例如：一名家長的前配偶未能支付子女撫養費，或是有爭議的保險或退休金付款）。

備妥的文件（包括填好的申請表及全部佐證文件）將由出納員/註冊員送交財務營運主任（精神科）。

在收到填好的財務援助申請表及所有必要文件後，財務營運主任（精神科）將於30天內書面通知病人其財務援助申請獲准或被拒。

3. 申請及上訴案件審理程序

- A. 若財務援助申請獲准，病人將獲知其有資格獲得的折扣百分比，並得到有關所欠金額的詳細說明。若財務援助申請被拒，通知信中將說明如何對此拒絕決定提出上訴，並註明衛生局（Department of Health）聯絡資訊。FAP拒絕通知信中也必須詳述拒絕依據。若進行面談，則病人將立刻被告知其申請獲准或被拒，若獲准也將同時得知可享有的折扣額度。在此情況下，通知信仍會寄到病人家中。所有文件（包括申請表及相關佐證資料）將由財務營運主任（精神科）或其指派人員歸檔。
- B. 對財務營運主任（精神科）所做決定若有異議，可通過書面方式或經預約當面向自墊款核退主任提出。書面上訴應寄到：

Director of Reimbursement
Maimonides Medical Center
4802 Tenth Avenue
Brooklyn, N.Y.11219

- C. *自墊款核退主任將審查上訴要求，然後建議財務營運主任（精神科）重新考慮此項申請或駁回上訴。若建議重新考慮上訴要求，自墊款核退主任將諮詢財務營運主任（精神科）意見，做出最終決定。自墊款核退主任將致力在接到病人上訴（即收到上訴信或當面接獲上訴）後10天內做出決定。自墊款核退主任將以書面通知出納員/註冊員及病人適當費用金額。若申請被拒，自墊款核退主任將告知財務營運主任（精神科）及病人此一拒絕決定。*
- D. 適用費用的有效期限至每年4月15日止，到期後病人須重新申請。
- E. 在依據本政策設定折扣費用之前，出納員/註冊員將不會以少於全額費用的金額處理門診收據。
- F. 若提出要求，獲得財務援助的病人有機會享有無息分期付款。每月付款金額將不超過病人每月總收入的10%。即使某期帳款未繳，所有未付餘額將不計利息。若發生帳款未繳情形，不會要求提前付清全部餘額。

IV. 獨立的開立帳單與催收政策

瑪摩利醫院對於帳款未繳所可能採取的行動在個別的《FIN-55 開立帳單與催收政策》中有所說明。該政策可至瑪摩利醫院官網的財務援助專頁取得（<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>）。紙本政策可來信或在本院公共區域免費索取，索取地點包括急診室、住院部及多個病人服務點。

V. 獲得急診醫療服務

對於有資格獲得本政策財務援助者，本院在提供醫療篩檢及穩定性治療方面將沒有任何歧視。請參閱《FIN-34 EMTALA 醫療篩檢與穩定性治療政策》。瑪摩利醫院為具有急診病情的人提供一視同仁的醫療服務，不論他們是否符合本FAP的財務援助資格。請參閱《FIN-34 EMTALA 醫療篩檢與穩定性治療政策》。

VI. 法律遵從性考核

內部稽核部（Department of Internal Audit）每年至少考核一次本院對《財務援助法》（Financial Assistance Law）以及本政策的遵從情形。考核結果將發給高級病人帳戶副總裁（SVP for Patient Accounts）、高級財務副總裁（SVP, Financial Services）、法務執行總裁（EVP for Legal Affairs）以及法規事務主管（Compliance Officer）。

VII. 管制

- A. 所有與病人互動或負責開立帳單及催收的工作人員都將收到本政策的副本，並且將接受培訓以瞭解財務援助計劃的適當程序。工作人員也將定期被告知除了一般財務援助外，是否有特別補助款或方案可提供額外的折扣或經費補助。若工作人員對於本政策有進一步問題，應向財務營運主任（精神科）提出，電話：(718) 283-8177。
- B. 財務營運主任（精神科）將定期審查病人總檔案及帳戶，以瞭解本政策訂立的財務援助規範是否得到遵守。
- C. 一旦政府管理部門核准或強制對本政策訂立的財務援助規範進行修改，財務高級副總裁（財務服務）、自墊款核退主任將指導適當的部門主管修訂規範內容。

代碼：FIN-029（修訂版）

日期：2018年5月4日

Kenneth D. Gibbs
總裁兼執行長

參考資料

財務援助政策 FIN-28（修訂版）

PHL 2807-k（9及9-a）

「親愛的管理者」信件，日期：2007年2月15日

病人保護與平價醫療法案 §9007(a)

（2010年3月23日）（將501(r)加入IRC）；

FIN-034 EMTALA - 醫療篩檢

與穩定性治療政策；

「親愛的管理者」信件，日期：2013年11月15日

26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

索引：財務援助

發文部門：精神科

附件：級距折扣收費表

精神科財務援助方案 2018年級距折扣收費表

每次門診費用	Medicaid	\$0.00	\$10.00	\$15.00	\$20.00	\$35.00	\$40.00	\$45.00	\$50.00	\$75.00	\$105.00	\$110.00	全額
每項處方藥或化驗檢查費用 **	符合資格 *	\$20.00	\$20.00	\$20.00	\$20.00	\$25.00	\$30.00	全額	全額	全額	全額	全額	全額
貧困線百分比		100%	125%	150%	175%	200%	214%	228%	243%	257%	272%	286%	300%
家庭規模	0	12,141	15,176	18,211	21,246	24,281	29,389	34,497	39,605	44,677	49,785	54,893	60,001
1	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	12,140	15,175	18,210	21,245	24,280	29,388	34,496	39,604	44,676	49,784	54,892	60,000	
	0	16,461	20,576	24,691	28,806	32,921	37,651	42,382	47,112	51,810	56,540	61,271	66,001
2	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	16,460	20,575	24,690	28,805	32,920	37,650	42,381	47,111	51,809	56,539	61,270	66,000	
	0	20,781	25,976	31,171	36,366	41,561	45,771	49,981	54,191	58,371	62,581	66,791	71,001
3	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	20,780	25,975	31,170	36,365	41,560	45,770	49,980	54,190	58,370	62,580	66,790	71,000	
	0	25,101	31,376	37,651	43,926	50,201	53,890	57,580	61,269	64,933	68,622	72,312	76,001
4	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	25,100	31,375	37,650	43,925	50,200	53,889	57,579	61,268	64,932	68,621	72,311	76,000	
	0	29,421	36,776	44,131	51,486	58,841	62,010	65,179	68,348	71,494	74,663	77,832	81,001
5	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	29,420	36,775	44,130	51,485	58,840	62,009	65,178	68,347	71,493	74,662	77,831	81,000	
	0	33,741	42,176	50,611	59,046	67,481	70,129	72,778	75,426	78,056	80,704	83,353	86,001
6	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	33,740	42,175	50,610	59,045	67,480	70,128	72,777	75,425	78,055	80,703	83,352	86,000	
	0	38,061	47,576	57,091	66,606	76,121	78,392	80,663	82,934	85,188	87,459	89,730	92,001
7	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	38,060	47,575	57,090	66,605	76,120	78,391	80,662	82,933	85,187	87,458	89,729	92,000	
	0	42,381	52,976	63,571	74,166	84,761	86,511	88,262	90,012	91,750	93,500	95,251	97,001
8 ***	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	至	以上
	42,380	52,975	63,570	74,165	84,760	86,510	88,261	90,011	91,749	93,499	95,250	97,000	

*本類病人有資格投保Medicaid；若他們尚未投保Medicaid，應尋求協助以提出申請。

**在涉及多項處方藥或化驗檢查的情況下，墊款核退主任可予以額外考量。

** 有資格投保聯邦醫療保險（Medicare）Part D的病人無法享有處方藥折扣。

***家中每多一人，基數增加\$4,320。

所有病人均需支付所示費率。

在個別情況下，若病人表示在付款方面有特別難處，其填好的申請表及佐證文件應轉送給自墊款核退主任或其指派人員。