

**FLUSHING HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE
NOTIFICATION TO
PATIENTS
POLICY & PROCEDURE**

EFFECTIVE 10.20.24
LAST REVIEW DATE 01.14.26

政策： 為符合資格之病患提供財務補助之取得管道。

目的： 建立一套程序，使符合資格之病患能獲得可及且負擔得起之財務補助醫療服務，並確保病患及／或其家屬知悉 **Flushing** Hospital Medical Center 針對無保險及保險不足者之財務補助政策。

醫院將對所有出現緊急醫療狀況之個人提供不具歧視性之急診醫療服務，無論其是否符合財務補助資格。病患不得因未繳清醫療費用而被拒絕入院或接受治療／服務。

無保險者： 本政策所稱無保險者，係指收入未超過聯邦貧困標準（FPL）400%，且未持有可支付其醫療服務費用之私人健康保險、Medicare、Medicaid 或其他公共健康保險者。

保險不足者： 本政策所稱保險不足者，係指雖持有健康保險，但於過去 12 個月內之自付醫療費用累計超過其個人總收入 10%者。

作業程序： **病患通知：**

Flushing Hospital Medical Center（**FHMC** 或本院）訂有以淺顯易懂文字撰寫之財務補助政策（FAP）。

於 **FHMC** 各醫療設施接受治療之病患，得依本政策規定申請財務補助。病患將透過以下方式獲知財務補助資訊：

- 於急診、門診及住院病患之掛號／登記及出院流程中提供財務補助政策摘要（FAP Summary）。
- 病患可於任何階段申請財務補助，包括帳款催收期間。
- 審核財務補助資格時，不考量病患之資產。
- 移民身分不列入資格審查考量。

- 所有帳單與對帳單均載明財務補助政策之相關通知。

- 財務補助政策摘要及申請流程張貼於公共區域之顯著位置，以利病患注意。

- 財務補助政策摘要、完整政策內容及申請表均已刊載於本院官方網站。本院之財務補助政策（FAP）摘要、完整政策及申請表可於 www.Flushinghospital.org 線上查閱，並可透過點選網頁上的「Financial Assistance」橫幅進入相關頁面。
- 本院網站所刊載之內容載明財務補助資格審查所採用之具體收入標準、本院主要服務區域之說明，以及病患申請財務補助之相關資訊。向社區成員公告財務補助政策（FAP），以觸及最有可能需要財務補助之人士。
- **FHMC** 之《社區健康需求評估報告》（CHNA）中載明向社區成員通知財務補助政策（FAP）之方式。社區健康需求評估（CHNA）可透過本院網站 www.Flushinghospital.org 並點選「Community」連結進入查閱。
- **FHMC** 提供完整財務補助政策（FAP）、政策摘要及申請表之電子與紙本版本（如適用），並翻譯為服務社區中人口比例達 5% 或 1,000 人（以較少者為準）之語言。

財務補助計畫聯絡／協助資訊：

FHMC 財務補助政策相關資訊可於本院 24 小時急診部及入院部公開查閱。

兩個部門均位於主院區大樓一樓，地址為 **4500 Parsons Blvd, Flushing, NY 11355**。

急診部聯絡電話：

1-718-**670-5494**。

入院部聯絡電話：

1-718-**670-5435**。

FHMC 財務補助政策、申請表及政策摘要之紙本版本可於急診部及入院部免費索取，亦可透過郵寄方式取得。

財務補助政策（FAP）摘要將於急診部及入院部之掛號與出院流程期間提供予無保險及保險不足之病患。

財務辦公室為院內負責協助辦理財務補助政策（FAP）申請程序之部門。

財務辦公室地址：

**4500 Parson Blvd 1st Fl
Flushing, N.Y.11355**

財務辦公室服務時間：

週一至週五，上午 9:00 至 **下午 3:30**。

財務辦公室聯絡電話：
718-670-5588 及 718-670-5589。

財務補助適用之服務項目。

醫院服務

FHMC 為所有無保險及保險不足之病患提供申請財務補助之機會，適用於醫療必要及急診醫院服務，包括依據《聯邦緊急醫療與分娩法》（EMTALA）進行之緊急轉院服務。本院為所有個人提供急診醫療服務，不因其支付能力而有所區別。財務補助適用於 **FHMC** 所有醫療設施提供之醫院服務，包括主院區、急診室及院內或院外之門診診所。有關涵蓋服務項目之詳細資訊，請聯繫上述財務辦公室。

門診服務及例行性附屬服務包含於 **FAP** 統一定額費率內。非例行性附屬服務（如電腦斷層掃描〔CT〕）不包含於門診定額費率內，將另行收費。無論例行或非例行附屬服務之計費方式，均可納入財務補助審核範圍。

本計畫不涵蓋部分選擇性服務，包括非醫療必要之美容手術及個人提升類服務。有關特定服務是否納入 **FAP**，請洽財務辦公室確認。

醫師專業服務

醫師專業服務通常與醫院服務分開計費。以下醫師專業服務於急診及醫療必要情況下，可依醫院 **FAP** 申請減免。

1. 醫院聘用醫師

由本院聘僱之醫師或其他醫療提供者於本院或本院門診診所提供之所有緊急及醫療上必要之醫師服務。服務項目包括：

- 急診醫學
- 放射科
- 病理科
- 家庭醫學科
- 門診醫療
- 牙科

醫療必要服務不包括美容手術、美容牙科或額外附加服務（如單人病房或其他自選設施）。

病患不得因未繳清醫療費用而被拒絕接受醫療必要之治療或服務。

2. 合作醫師專科

部分於本院或附設診所提供服務之專科醫師，係受聘於與本院合作之私人醫療機構。此類專科醫師僅於特定情況下參與醫院 FAP。於本院提供之急診或醫療必要照護，或住院會診期間之專業服務，可依醫院 FAP 申請減免。包括以下專科：

- 創傷外科
- 骨科手術
- 神經外科
- 婦產科
- 麻醉科
- 小兒科
- 泌尿科

3. 獨立執業醫療提供者

對於非由本院或本院直接聘用人員提供之服務所產生之帳單，病患不得申請財務補助。例如，若病患由於本院執業但非本院受薪員工之醫師治療，該醫師得另行開立其專業服務費用帳單。

部分於本院提供服務的專科醫師，並非本院或附屬醫療團隊聘用，而為獨立執業之醫療提供者。此類醫師通常不參與本院財務補助政策（FAP），其提供之服務（包括急診照護及住院會診）一般不適用於本院之財務補助計畫。

資格條件：

1. 財務補助申請

病患於指定之財務諮詢人員協助下完成財務補助申請表後，本院將據以審核並決定其財務補助資格。

申請急診服務財務補助者，須為紐約州居民。申請醫療必要服務財務補助者，須居住於州政府認定之本院主要服務區域內，並被認定為無保險或保險不足者。於上述任一情況下，病患收入不得超過既定收入上限。

此外，病患須於本院或其附屬機構接受急診或醫療必要服務，並被認定為無保險、保險不足（依州政府規定）或已用盡該服務之保險給付。並須經醫院認定，不符合其他政府補助計畫之資格。

此外，對於持有 Medicaid 保險但產生「不涵蓋服務」費用之病患，以及其他貧困醫療照護病患所產生之「不涵蓋服務」費用，如符合本院財務補助指引及程序者，得列為慈善醫療（Charity Care）。另於適用情況下，超過州政府 Medicaid 給付門檻之住院天數或門診次數限制所產生之費用，亦可列為慈善醫療。

病患得自服務日期起，並於整個帳款催收期間之任何階段申請財務補助。

資格審查時不考量移民身分。

2. 家庭人數、保險不足定義、收入、醫療支出及資格認定：

財務補助金額依家庭人數及目前收入水準而定。

財務補助資格審查不進行資產測試。

「家庭」係指兩人或以上（其中一人為戶主），因出生、婚姻或收養關係而共同居住者。

「保險不足者」係指於過去 12 個月內醫療支出超過其收入 10% 之病患。

收入以家庭每月總收入（扣除支出前）為計算基準。

收入包括：薪資總額、薪水、小費、營業及自營收入、失業補助、工傷補償、社會安全給付、補充保障收入（SSI）、退伍軍人給付、遺屬給付、退休金、利息、股利、權利金、租賃不動產收入、遺產及信託收益、贍養費、子女扶養費、家庭外補助及其他各類收入來源。

已支付醫療費用係指急診或醫療必要照護之自付費用（如自付額、共付額、共同保險、預繳金等），但不包括健康保險保費。

- 若病患於申請財務補助之醫院所接受之醫療服務總額超過其收入 10%，醫院得以其帳戶資料作為資格審查依據。否則，病患須提供已支付帳單證明或其他醫療費用支付證明文件。

病患資產（如房屋、車輛等）不列入審查範圍。財務補助資格僅依家庭收入決定。

於財務補助申請審查期間，病患無須支付醫院帳單，並可於任何階段（包括催收期間）提出申請。

本院得要求病患先行申請 Medicaid、Essential Plan 或其他公共健康保險計畫（前提為其移民身分未使其喪失相關資格）。

若病患發生重大生活變動（如結婚、子女出生、失業、收入變動或加入第三方健康保險等），資格認定得予以調整。已獲財務補助之病患須主動通知本院上述身分或收入變動情形。

財務補助資格有效期間為六個月，期滿須重新申請以續辦補助。

3. 資格認定前之帳單處理

除非經認定符合財務補助資格並相應調整費用，否則病患將依全額收費標準計費。

病患提出申請並經核准符合財務補助資格後，本院將依州政府指引確定其應負擔金額。

本院依病患提出之申請資料審定財務補助資格。本院得要求提供收入及家庭人數相關證明文件，以支持申請。

推定財務補助

如病患未申請財務補助，且未發現任何其他可適用之保險給付，其緊急及／或醫療上必要服務之最終帳單中部分費用，得列為慈善醫療補助處理。病患應負擔金額之減免，將依本院主要給付方（最高給付量保險人）對相同服務之給付標準為依據計算。

本院保留自行或委託第三方審查病患財務資訊之權利。本院或其委託單位得透過軟性信用查核方式確認病患收入及家庭人數。若透過第三方可靠方式確認收入低於聯邦貧困標準 400%，得認定為推定財務補助資格並套用至指定帳戶。

4. 時程：

自收到完整申請日起，最遲30日內完成資格審查。病患於提交申請後，最多可於20日內補交所需之補充文件及相關資料。所有資格審查結果均以書面形式通知申請人。

依財務補助政策（FAP）規定，病患可自服務提供之日起，並於整個催收程序期間內之任何時間申請財務補助。

於財務補助申請審查期間及資格決定前，申請人無須支付醫院帳單。

5. 申請核准、拒絕及審查程序：

醫院工作人員將協助病患辦理申請程序，並說明相關政策與流程。申請財務補助之病患須提供所有必要資料以供資格審查。

若本院判定病患可能符合 Medicaid 或其他健康保險計畫資格，依院方政策，須先申請該等保險計畫，方可核定財務補助資格。財務補助資格之認定將於申請資料完整後作出，且不因 Medicaid 資格尚未核定而延遲。

在可行情況下，財務補助資格審查將與 Medicaid 申請同時進行。此措施係為避免在 Medicaid 申請審理期間對病患就醫造成任何不當之障礙。無論如何，財務補助資格決定最遲將於 Medicaid 資格核定後 30 日內作出。

財務補助申請人須確認並／或提供目前收入及家庭人數之證明。收入證明可透過提供薪資單、雇主證明信或報稅表直接證明。若申請人之現行收入已由紐約州衛生局透過 NYS of Health 市場網站驗證，亦可作為間接收入證明。

在適當情況下，所需文件可包括收入自我聲明。

經核准符合 FAP 資格者，其相同服務收費不得高於 Medicaid 通常支付之標準費率。財務補助核准有效期間為六個月，期滿須由財務顧問重新評估以確認是否續享資格。

資格審查結果將以書面通知病患，並說明申訴方式。財務補助拒絕通知書將說明拒絕理由，並載明申請複審之程序。

6. 申訴程序：

對財務補助資格認定有異議之病患，得依財務補助申訴程序提出院內申訴，申請重新審查。所有申訴案件均由財務辦公室主任（或其指定人員）審查，並於收到申訴後 30 日內以書面方式回覆。

若病患仍不同意申訴結果，得提請醫院財務長（或其指定人）進一步審查。

申訴期間，病患無須支付任何相關醫院帳單。

若病患不同意資格認定且不欲透過院內申訴程序處理，得聯繫紐約州衛生局（電話：800-804-5447）。

7. 帳務與催收：

Flushing Hospital Medical Center 於掛號／登記及出院流程中，以及於寄送予病患之所有帳單與對帳單上，提供有關財務補助計畫可申請之相關資訊。**FHMC** 病患可於任何階段申請財務補助，包括帳款催收期間。

此外，本院要求外包催收機構在可行情況下向病患提供淺白文字撰寫之 FAP 摘要及財務補助計畫可申請之相關資訊。

本院採用美國國稅局（IRS）所制定之「預估法（prospective method）」作為財務補助合格者折扣費率之計算方式。具體而言，本院依 Medicaid 費率表計算慈善折扣金額，以符合 IRS 財務補助政策最終規定。

此外，對於符合財務補助資格之保險不足申請人，本院將依其原應負擔之保險自付金額按適用比例收費，並符合紐約州（NYS）衛生局局長所制定之相關指引。

依紐約州財務補助法，自 2024 年 10 月 20 日起，依收入水準病患之最高收費標準如下：

收入不超過聯邦貧困標準（FPL）200%之合格者：全額免收，無須支付象徵性費用。費用全免，無須支付任何象徵性費用。

收入介於聯邦貧困標準（FPL）201% 至 250% 之合格者，所有涵蓋服務將按 Medicaid 應給付金額或病患保險自付金額（以相同服務為準）之 5% 計費。

收入介於聯邦貧困標準（FPL）251% 至 300% 之合格者，所有涵蓋服務將按 Medicaid 應給付金額或病患保險自付金額（以相同服務為準）之 10% 計費。

收入介於 FPL 301% 至 350% 之合格者，所有涵蓋服務將按上述金額之 15% 計費。

收入介於 FPL 351% 至 400% 之合格者，所有涵蓋服務將按上述金額之 20% 計費。

若 Medicaid 或保險對醫療必要服務未訂有給付標準，財務補助對象將依醫院成本並按財務補助折扣級距比例計費。

本院為已核准財務補助或表達財務困難之病患提供未清餘額之分期付款方案。

對符合資格之財務補助申請人，本院每月分期付款金額不得超過其每月總收入之 5%。

對符合資格者，本院收取之利率最高不超過 2%。本院不設加速條款或類似條款，亦不因病患逾期付款而提高利率。

本院不從事任何非常規催收行為（Extraordinary Collection Actions, ECAs）。

本院於將帳戶移交催收前至少 30 日，於帳單及對帳單中提供書面通知。

本院要求所有合作之催收機構遵循本院財務補助政策。

對於於服務提供時符合 Medicaid 資格之病患，不得進行催收。

本院不會為收取未清帳款而強制出售或查封病患之主要住所。

本院不會將病患債務出售予第三方，除非該第三方將完全免除該債務。

對於已移交催收但病患表示有意申請財務補助之帳戶，將轉回本院辦理申請程序。

對於已移交催收但病患表示有意申請財務補助之帳戶，將轉回本院辦理申請程序。

所有受委託之催收機構於提起法律行動前，須取得本院書面同意。

本院不會對收入不超過聯邦貧困標準（FPL）400%之病患提起訴訟以追討未清醫療費用。

如需對病患提起法律行動，須由財務長簽署證明，確認本院已認定該病患收入高於 FPL 400%。

本院不得出售病患債務，除非債務受讓人明確以免除全部債務且不進行催收為目的。本院不得將任何病患債務出售予第三方（無論是否符合財務補助資格），除非該第三方明確表示將免除全部債務且不進行催收。

對於由病患自行負擔之帳戶餘額，本院得依《紐約州留置權法》第189條及其他適用法律、規則或規定，對病患因於接受本院治療、照護及／或服務前所發生之人身傷害而產生之任何訴訟權利、請求權、反訴、主張或和解金額主張留置權。

已設定醫院留置權之帳戶，除非經獨立審查、審酌並由本院與病患／保證人達成後續協議，否則不適用本計畫之補助。

報告與合規：

FH 財務補助政策、急診醫療政策及帳務與催收政策已由本院之授權機構（董事會）正式通過。

FHMC 作為參與貧困醫療照護基金（Indigent Care Pools）之條件，須由獨立執業註冊會計師出具證明，確認本院遵循相關申報法規。

本院財務部每年向紐約州衛生局（NYS Department of Health）及聯邦 Medicare 與 Medicaid 服務中心（CMS）提交財務補助成本報告。

財務補助成本報告資料係直接取自本院電子病歷系統所產生之登記報表。

財務補助成本報告包括以下內容：

- 本院為符合資格之無保險病患提供服務所產生之成本及未收回；
- 以象徵性費用提供之醫療服務金額；
- 對符合資格且持有保險或其他第三方給付之病患，其自付額及共同保險部分所產生之成本與未收回金額；
- 依郵遞區號分類之財務補助申請人數；
- 病患人口統計資料，包括其年齡、性別、種族、族裔及保險狀況；
- 核准申請件數及拒絕申請件數；
- 自貧困醫療照護基金（Indigent Care Pool）所獲得之補償金額；
- 依據為提供符合相關遺贈或信託條款之財務補助資格病患所設立之慈善遺贈或信託基金，實際用於慈善醫療補助之支出；
- 本院協助病患完成之 Medicaid 資格申請件數，以及其中核准與拒絕之；
- 本院因提供 Medicaid 服務所產生之財務損失；以及
- 本院透過催收程序對病患主要住宅所設定之留置權件數。

品質保證：

每年內部稽核部門將隨機抽查十五（15）筆自費／財務補助帳戶，審核指定醫院人員於資格認定及／或帳戶狀態判定過程中，是否遵循所有財務補助政策與程序。該等審查將用以確保合規，並於必要時改進財務補助作業流程。

員工教育訓練：

人力資源部於新進員工職前訓練及年度員工再教育課程中，納入本院財務補助計畫之相關資訊與教育內容。

病患服務部門為負責接觸病患或協助辦理財務補助申請之員工提供保險及登記相關訓練。