



**VERITY HEALTH SYSTEM 政策与程序**  
**第 6 节：财务诚信度与统一报告**

政策/程序编号：	<b>06.03.04</b>
标题：	财务援助政策
董事会审批日期：	2017 年 12 月 5 日
生效日期：	2017 年 12 月 5 日
修订日期：	2015 年 1 月 15 日 2017 年 6 月 6 日 2017 年 12 月 5 日
批准人：	<hr/> Patrick Soon-Shiong, 医学博士 Verity Health System 临时首席执行官
系统政策参考：	<b>06.03.01 账单与收账政策</b> <b>11.00.00 符合联邦和州立隐私法和保密法的相关要求；</b> <b>定义</b>
VBS 政策参考：	不适用

## **I. 宗旨**

这项财务援助政策（以下简称“政策”）旨在确保 Verity 附属医院为患者提供医疗服务，在尊重患者及其家属尊严的前提下，无论患者的财务状况如何，均能公平获得急救医疗诊断与治疗以及其他所需的医疗诊断与治疗。

## **II. 政策**

加利福尼亚州的 Verity Health System（以下简称“Verity”）通过附件 A 中所列的附属医院（以下简称“医院”）向符合本文特定资格要求的低收入患者、未投保患者以及保额不足的患者提供慈善照料服务或医疗费用优惠政策。根据 Verity 附属医院的使命、California Health & Safety Code（加州健康与安全法规）的相关要求、Internal Revenue

Code (美国国内税收法典) 第 501 (r) 条规定以及实施上述要求的适用法规等规定, 我们特制定本政策。本政策不适用于提供服务但未包含在医院帐单内的医生或其他医疗服务提供者 (包括急诊室医生、麻醉师、放射科医生、住院医生、病理学医生等)。请参阅附件 E 以了解不在本政策适用范围之内的医院部门列表。

### III. 定义

- A. “**一般收费金额**” (**Amount Generally Billed, AGB**) 系指可向符合本财务援助政策项下财务援助资格的患者收取的最高费用。对于向任何符合获得财务援助资格的患者提供的符合条件的服务 (定义见下文), 不会向患者收取超出 AGB 的费用。Verity Health 使用“回溯”法逐个设施地计算 AGB, 方法是将其提供的任何符合资格的服务之“总费用” (定义见下文) 乘以 AGB 百分比, 该百分比基于私人保险允许的过往索赔计算。Verity Health 的 AGB 百分比以及 AGB 百分比的计算方法见附件 B1, 即 AGB 计算方法。
- B. “**慈善照料照料**”系指向收入等于或低于联邦贫困水平 200% 的经济合格患者免费提供必要医疗服务。
- C. “**医疗费用优惠**”系指医院应对那些收入在联邦贫困水平 201% 至 350% 之间 (其中含 201% 与 350%) 的经济合格患者享受必要医疗服务所需的预期医疗费用提供优惠政策。
- D. “**基本生活费用**”系指下述任何一种费用: 租金或房款及房屋维修费用; 食品费用和家居用品费用; 水电费和电话费; 服装费; 医疗和牙科费用; 保险费; 学费或儿童保育费用; 儿童或配偶抚养费; 交通费和汽车费用, 其中包括保险费、燃气费和维修费; 分期付款费; 洗衣费和清洁费, 以及其他特殊费用。
- E. “**联邦贫困水平**” (Federal Poverty Level, FPL) 系根据美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 每年在联邦公报上更新的贫困指南内容进行定义的。Verity FPL 的最新指南详见附件 B2。Verity Revenue Cycle Management (以下简称为“RCM”) Department (Verity 收益循环管理部) 将根据联邦公报每年更新的贫困指南更新 FPL 指南。
- F. “**经济合格患者**”系指以下两类患者:
  - 1. 在第 III.J 节中定义的自费患者, 或者在第 III.H 中定义的承担较高医疗费用的患者; 以及
  - 2. 家庭收入不超过联邦贫困水平 350% 的患者。

- G. **“总费用”** 系指就提供的所有服务从患者账户收取的总费用。
- H. **“收入”** 包括但不限于工资、薪水、社会保障金、公共援助、失业补助和工伤赔偿金、退伍军人福利、子女抚养费、赡养费、养老金、定期保险和年金付款、遗产和信托收入、从银行提取的资产、出售物业或流动资产以及一次性保险或赔偿付款。
- I. **“必要医疗服务”** 系指由医院向患者提供或支付的服务或治疗措施, 即治疗或诊断患者疾病所需的急救服务或者必要服务。如果不提供此类服务, 可能会对患者的病情、疾病或患处造成不利影响, 而选择性手术服务、美容手术服务或治疗措施并不在此类服务范围内。
- J. **“承担较高医疗费用的患者”** 系指满足下述全部要求的患者:
1. 由第三方支付医疗费用的患者 (即非自费患者);
  2. 家庭收入不超过联邦贫困水平 350% 的患者; 以及
  3. 在过去 12 个月内其年度自付医疗费用超过患者家庭收入 10% 的患者;  
或者如果患者提供由其本人或其家属在过去 12 个月内支付的该患者医疗费用文件, 表明其年度自付医疗费用超过其家庭收入 10% 的患者。
- K. **“患者家属”** 系指:
1. 18 岁以上 (含 18 岁) 人员所拥有的:
    - a. 配偶;
    - b. 加州家庭法典第 297 条定义的伴侣; 以及
    - c. 21 岁以下的未成年子女, 无论其是否在家居住。
  2. 18 岁以下人员所拥有的:
    - a. 父母;
    - b. 亲属监护人; 以及
    - c. 该父母或亲属监护人的其他 21 岁以下的未成年子女。
- L. **“自费患者”** 系指不享受任何医疗保险公司、医疗服务计划、Medicare (老年医疗保险) 或 Medi-Cal (加州医疗保险计划) 等第三方保险的患者, 其伤病在经医生确诊之后由医院证明为在工伤赔偿、汽车保险或其他保险范围之外的非赔偿性伤病。
- M. **“合理支付计划”** 是指患者每月支付的医疗费用不超过其家庭收入的 10%, 其中不包括用于维持基本生活费用的减免部分。

## IV. 资格

### A. 符合条件的服务。

1. 慈善照料照料和医疗费用优惠计划适用于医院提供或付费的各种医疗服务, 其中包括但不限于符合本条规定的必要医疗服务。医院不提供或不付费的服务项目不在本政策适用范围之内。
2. 除非 Verity 附属医院的医护人员另行指定某种服务或手术, 否则非必要医疗服务项目亦不在本政策适用范围之内。

法律规定, 急救医生在为患者提供急救医疗服务时, 应向那些收入等于或低于联邦贫困水平 350% 的自费患者以及承担较高医疗费用的患者提供医疗费用优惠政策。患者必须联系急救医生隶属的开票处, 以获取关于急救服务的财务援助计划的更多信息。

### B. 一般资格。

1. 我们将根据患者本人情况、患者本人以及/或者患者家属的需求、财务资源以及包括医疗费用在内的全部财务负担等情况, 评估该患者是否有资格享受本政策下的慈善照料或医疗费用优惠。
2. 无论患者的种族、宗教、肤色、信仰、年龄、性别、性取向、国籍或移民身份如何, 我们将向经济合格患者提供慈善照料照料以及医疗费用优惠政策。
3. 为确定患者是否具有享受慈善照料或医疗费用优惠政策资格而审查的货币资产不应包括根据 **Internal Revenue Code** (美国国内税收法典) 规定的退休或延期补偿计划。另外, 在评估患者资格时, 患者货币资产的首个 10000 美元或者扣除首个 10000 美元的患者剩余货币资产的 50% 均不在计算范围之内。不过, 医院可能要求患者或患者家属向医院授权, 批准其从患者持有货币资产的金融机构、商务机构或其他实体进行验证信息的豁免权。
4. 在患者有可能获得慈善照料计划或医疗费用优惠计划资格之前, 该患者必须先利用所有现有资源, 其中包括但不限于私人医疗保险 (包括通过加州健保福利交易所提供的保险)、**Medicare** (老年医疗保险)、**Medi-Cal** (加州医疗保险计划)、**Healthy Families Program** (健康家庭计划)、**California Children's Services Program** (加州儿童服务计划) 或为患者提供医疗保险的州或县资助的其他医疗计划。
5. 目前符合加州之外其他州的 **Medicaid** (医疗补助计划) 资格的患者将享受本政策下的 100% 医疗费用优惠。

6. 在确定患者是否有资格享受慈善照料计划和医疗费用优惠计划时, 需要患者及其家属的全面配合, 他们必须及时填写并提交所需文件和信息。如果请求根据本政策进行资格确定的患者未能向医院提供用于确定患者是否具备相应资格的合理信息以及必要信息, 医院可能不会考虑授予其资格。

**C. 特殊资格。**患者可按下述第 C.1 或 C.2 条内容申请财务援助。

1. **医疗费用优惠计划。**自费患者与承担较高医疗费用的患者有资格申请医疗费用优惠计划。

- a. **自费患者:** 对于家庭收入介于联邦贫困水平的 201% 至 350% 之间 (其中包含 201% 与 350%) 的自费患者, 当其来医院就医时, 每家医院向其收取的医疗费用应低于向投保患者在进行同类诊断或治疗时收取的医疗费用, 该医疗费用使用 Internal Revenue Code (美国国内税收法典) 第 501 (r) 条适用法规中定义的“回溯法”进行计算。请参阅附件 B1 了解一般收费金额, 参阅附件 B2 了解财务援助浮动计算法。

- b. **承担较高医疗费用的患者:** 对于承担较高医疗费用的患者, 其证明收入介于联邦贫困水平的 201% 至 350% 之间 (其中包含 201% 与 350%), 当其来医院就医时, 每家医院应向其收取较低的医疗费用, 以便 (i) 在患者使用保险支付其部分医疗费用之后所剩的未付款项较少或者 (ii) 根据上述第 C.1.a 条计算的比率较低。

在确定适用率之后, 医院将使用附件 B2 中所列的浮动计算法。

寻求医疗费用优惠计划帮助的患者必须尽力向医院提供收入证明文件 (仅限于近期工资单或个人所得税申报表) 以及健康福利保险信息。承担较高医疗费用的患者还必须提供在过去的 12 个月内由患者本人或其家属支付的医疗费用证明文件。

在确定患者个人符合医疗费用优惠计划资格后, 对患者个人收取的费用不会超过向拥有紧急医疗服务和其他必要医疗服务保险的患者收取的一般收费金额。

2. **慈善照料计划。**如果患者的收入等于或低于联邦贫困水平的 200%, 医院将为无力支付医疗费用的经济合格患者提供慈善照料服务 (即免费医疗服务)。

寻求慈善照料服务的患者必须尽力向医院提供其收入证明文件、货币资产 (包括在减去负债以及资产索赔之后所拥有的全部流动资产和非流动资产) 证明文件以及健康福利保险信息。

## V. 申请程序

### A. 通知要求。

1. 发布通知。每个医院按照附件 C 规定将在患者人流较高的地点（其中包括住院和挂号区、急诊部、门诊区和 PFS 办公室）张贴并公布本政策项下的现有慈善照料和医疗费用优惠计划信息。
2. 书面通知。每家医院将向患者提供包含现有慈善照料和医疗费用优惠计划以及医院员工或办公室联系人（通过该联系人可获取关于该政策的其他有关信息）等信息的书面通知。我们也将向那些接受急诊以及/或者门诊治疗并可能为此支付医疗费用的非住院患者提供该书面通知。根据联邦和州的适用法律规定，在每家医院的主要服务区分别提供本通知的英文和其他语言版本。每家医院应保留患者在收到此类通知时的书面收条。  
应依照美国国内税收法典第 501 (r) 条规定，将本政策、申请表以及本政策的简明文本介绍在网站上公布并告知每家医院所服务的社区成员。
3. 账单。在给合格患者以及尚未提供任何保险证明的患者开具账单时，在医院账单上应附有医院现在提供的政府资助计划、慈善照料计划以及医疗费用优惠计划等内容。每家医院在患者账单中应提供下列信息：
  - a. 医院提供的医疗服务收费表；
  - b. 要求患者告知医院该患者是否拥有医疗保险，其中包括 Medicare（老年医疗保险）、Healthy Families（健康家庭计划）、Medi-Cal（加州医疗保险）或其他保险；
  - c. 声明书，其中写有患者如何申请政府资助保险以及医院将为其提供申请表等内容；
  - d. 医院代表的姓名和联系电话，患者从医院代表或其工作的办公室处获取关于医院财务援助政策、在这些政策下的财务援助申请流程、内含链接至本政策副本的直接网址、本政策的简明文本介绍以及申请本政策下财务援助的申请表。

### B. 鉴定经济合格患者。

1. 每家医院的财务顾问或健康福利资源中心 (Health Benefits Resource Center, HBRC) 工作人员将努力从患者或其代表处获取该患者的公共医疗保险或赞助是否可全部或部分支付其医疗费用等信息。
2. 每家医院的财务顾问和 HBRC 工作人员都将帮助患者了解并申请慈善照料或医疗费用优惠等政府赞助的医疗计划。

3. 每家医院在挂号区与 PFS (个人理财专家) 部办公室向未投保患者提供关于申请 Medi-Cal、Healthy Families Program、California Health Benefit Exchange 以及州或县资助的其他各种医疗保险的相关信息。如果患者并未指定任何第三方支付保险项目或者也未申请任何医疗费用优惠计划, 那么每家医院将向该患者提供适合的政府计划申请信息。(如患者已住院) 患者应在出院之前或者接受急诊或门诊治疗之前提出此类申请。
4. 如果患者在申请本政策项下的慈善照料计划或医疗费用优惠计划的同时, 还申请了其他医疗保险计划或者他/她的某个申请正在等待审批处理, 那么他/她申请的各种计划互不排斥。

### C. 申请流程。

1. 附件 D 中附有财务援助申请, 可帮助患者评估其申请本政策项下的慈善照料计划或医疗费用优惠计划的资格。患者的医生、家属、所属社区或宗教团体、社会服务人员或医院工作人员均有可能向患者提及慈善照料计划或医疗费用优惠计划。
2. 为获得慈善照料计划或者医疗费用优惠计划的资格, 我方要求患者、患者担保人或者患者法定代理人提供准确的相关信息, 并尽力提供所需的一切证明文件。如果请求根据本政策进行资格确定的患者未能向医院提供用于确定患者是否具备相应资格的合理信息以及必要信息, 医院可能不会考虑授予其资格。
3. 我方不会因信息不充分而拒绝不完整的财务援助申请。反之, 我方会向患者发送信函, 要求患者补充其他信息以及/或者缺失信息, 以完成申请。另外, 在信函中标明截止日期, 如果我方在截止日期前未收到所需信息, 我方将拒绝其申请。此类截止日期需为一个合理的时间段, 在患者收到上述通知之后的该时间段内需向我方提供相关参考信息。
4. 如果患者未能完成申请, 或者申请中所含的信息不充分, 或者患者不符合第 V.C.2 节和第 V.C.3 节中的要求, 医院将使用风险评分软件算法 PARO 来测定其资格。该软件已通过外部审计部门验证, 是广受业界认可的一款产品。
5. 医院 HBRC 工作人员可能会为财务援助申请者提供用 Medi-Cal 测定的资格信息。如果医院 HBRC 工作人员确定 Medi-Cal 不适用于该患者, 那么他们可能会告知患者他们的决定, 而无需使用 Medi-Cal 应用程序的否决结果。
6. 只有当患者住院时, 该患者的慈善照料计划或医疗费用优惠计划资格才生效。我方要求合格患者提供在住院之后其财务状况无任何变化的证明, 或者如适用, 提供反映财务状况变化的最新信息。

7. 用于核实财务援助申请中的患者财务来源以及家庭收入等信息的文件包括但不限于下述内容:
  - a. 上一年度的联邦纳税申报表副本, 如适用, 其中包括时间表;
  - b. 近期工资单、社会保险、残疾或失业救济支票或核准函的复印件;
  - c. 任何 Medi-Cal 决定/否决通知的复印件;
  - d. 如果患者年龄满 18 岁以上, 包括患者、患者的配偶或同居伴侣以及任何 21 岁以下的在家或不在家居住的未成年子女在内的家庭收入; 如果患者年龄未满 18 岁, 请考虑包括患者、患者父母、监护人或亲属监护人以及其他未满 21 岁的在家或不在家居住儿童在内的家庭收入。
8. 在收到申请(其中包括信息不完整的申请)之后暂停收集证据活动, 在审核申请人资格过程中, 亦保持其暂停状态。
9. 根据 VHS Policy/Procedure 11.0 (VHS 政策/程序 11.0) 以及 1996 年 Health Insurance Portability and Accountability Act (健康保险隐私及责任法案) 要求, 医院将对所有申请资料以及证明文件予以保密。
10. 只要提供患者资格的相关信息, 医院可以随时审核并决定患者是否具备享受慈善照料计划或者医疗费用优惠计划资格。负责营收循环的副总裁必须从第一份患者账单开始计费起的 240 天之内审批收到的申请。

**D. 慈善照料计划或医疗费用优惠计划决定通知。**

1. 医院的 HBRC 部将在收到患者完整的财务援助申请资料以及所需证明文件之后的三十天 (30) 之内, 通知该患者或者其代理人医院的资格审核结果。
2. 关于慈善照料或医疗费用优惠资格的决定通知将以邮寄方式发送至患者或其代理人处。该通知将确定患者的应付金额以及优惠金额, 并将其应用于患者账户 (如有账户)。
3. 患者或其代理人在收到医院资格确定通知的三十天 (30) 内可使用提供补充资料 (如提供收入证明或解释例外情况) 等方法向 HBRC 主管针对资格确定事宜提起上诉。医院 HBRC 主管将负责审查并决定所有上诉事宜, 并通知患者或其代理人对上诉的处理结果。



#### **E. 慈善照料或医疗费用优惠金额。**

1. 符合医疗费用优惠政策的患者应配合医院工作, 以便制定延期付款计划。如果医院和患者无法对延长付款计划达成一致, 医院应为患者制定合理付款计划。此类付款计划应无息, 并具有可协商性。

账户余额	月数
少于 250 美元	4 个月
250.01~500 美元	6 个月
500.01~1000 美元	10 个月
1000.01~2500 美元	12 个月
2500.01~5000 美元	24 个月
多于 5000.01 美元	36 个月

2. 符合医疗费用优惠计划条件的患者必须尽力履行付款计划。患者有责任随时通知 PFS 部他/她有可能无法履行之前双方商定的付款计划。
3. 如果患者在 90 天内未能连续付款, 医院可宣布延期付款计划 (其中包括合理付款计划) 失效。在宣布延期付款计划失效之前, 医院、讨债公司或受让人应努力尝试通过电话联系该患者, 书面通知该患者其延期付款计划可能会失效, 并通知他/她可重新商讨付款计划条款内容。
4. 对事先商定的付款计划的任何变更或偏离部分必须经负责营收循环的 VHS 副总裁批准之后才方可生效。

#### **VI. 对经济合格患者的收账方法**

- A. 每家医院都会保留一份书面账单以及收账政策, 在收账政策上写明在何人授权下于何时可提前收取患者欠款, 可由医院、医院附属机构或者子公司或者外部讨债公司负责收取欠款。每家医院都将准备此类账单以及收账政策的副本, 供公众免费索取。您只需致电医院客服部, 即可免费获得此类文件的副本。
- B. “特别收账行动”是为收取应付医疗账款而采取的任何一种下述行动: (i) 推迟或拒绝进行进一步治疗; (ii) 向信用机构汇报债务情况; (iii) 除非满足某些条件, 否则将坏账出售给第三方; 或者 (iv) 包括法律或司法程序在内的任何活动 (例如提起诉讼、履行财产留置权以及扣押财产等)。

- C. 在医院与代理机构之间针对收取医院应收账款签署一份书面协议, 该协议应要求医院的附属机构、子公司或外部讨债公司在遵守本政策的情况下, 医院对合理支付计划的定义与应用。另外, 医院所委托的讨债公司必须根据本政策使用公平债务催收方法, 并必须确保在讨债过程中使每个个体均得到尊重、享有尊严、获得同情。
- D. 在开始收账之前, 每家医院或其受让人应向患者提供书面通知, 其中包含 (1) 该地区可能提供非营利信贷咨询服务的声明, 以及 (2) 根据加州健康与安全法规第 127430(a) 条规定关于患者权利的简明介绍, 其中内容摘要大致为下述形式:

国家和联邦法律要求讨债人需公平对待您, 禁止讨债人使用淫秽或亵渎言辞进行虚假陈述或实施暴力威胁, 并禁止与第三方 (其中包括您的雇主) 进行不当沟通。除非在特殊情况下, 否则讨债人不得在上午 8:00 点之前或晚上 9:00 点之后与您联系。一般来说, 除了您的律师或配偶之外, 讨债人不得将您的债务信息透露给其他人。讨债人可能会联系其他人, 以便确定您的所在地点或者强制执行判决。如需了解关于债务催收活动的更多信息, 您可致电 1-877-FTC-HELP (382-4357) 联系联邦贸易委员会 (Federal Trade Commission) 或在线访问 [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov)。

每家医院均会向患者发送此类通知, 并附文写明可能即将开始收账活动。

- E. 对于家庭主要工资收入成员失业或者患者或其家庭无明显收入来源的情况, 医院对其未付账单行为不予起诉。
- F. 对于已签订月付款计划的经济合格患者, 我方将不再将其委托给讨债公司, 也不再将其汇报至信用机构。
- G. 在对符合要求的本政策下经济合格患者采取任何法律行动之前, 每家医院均希望外部讨债公司获得负责营收循环的 VHS 副总裁的批准。
- H. 作为医院的附属机构或子公司的每家医院或其受让人在处理符合本政策部分条件的患者欠款事宜时, 均不得使用扣发工资或使用主要住所留置权等方法收取经济合格患者的未付医疗费用。
- I. 在处理符合本政策部分条件的患者欠款事宜时, 作为非医院的附属公司或子公司的讨债公司或其他受让人不得使用扣发工资 (法院命令除外) 或通知或出售患者主要住所等方法收取的患者的未付医疗费用。
- J. 本政策的第 VI.G 节或第 VI.H 节应不妨碍医院、讨债公司或其他受让人从第三方负债结算中或向侵权行为人或其他法律责任方寻求赔偿或强制执行任何补救措施。

- K. 如果患者正在努力满足慈善照料计划或医疗费用优惠计划的资格条件, 并正在通过与医院协商制定延期付款计划或定期支付部分合理金额等方法积极努力结清未付账单, 除非讨债公司或其他受让人同意遵守本政策, 否则医院不得将未付账单交给上述单位或个人催收账款。
- L. 从账单开始计费起的 150 天之内, 任何医院、医院受让人或讨债公司均不得向消费者信用报告机构报告患者的不利信息, 也不得因患者的任何未付医疗费用而向享受医疗费用优惠计划的经济合格患者提起民事诉讼。如果患者针对服务范围提起的上诉正在等待判决, 则应延长该期限, 直至医院对此上诉做出最终判决。
- M. 医院不得将为了评估患者是否具备慈善照料或医疗费用优惠资格而收集的任  
何信息用于催收账款活动。不过, 医院、讨债公司或受让人可以使用从慈善  
照料计划或医疗费用优惠计划资格评估过程中单独获取的信息。

## VII. 参考资料:

1. California Health & Safety Code (加州健康与安全法规) 第 127400-127446 部分 (医院公平定价政策) 以及第 127450-127462 部分 (急诊医师公平定价政策)
2. California Family Code (加州家庭法典) 第 297 节 (定义: 同居伴侣)
3. 美国卫生和公众服务部贫困指南, *网址*: <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
4. Internal Revenue Code (美国国内税收法典) 第 501(c)(3) 条 (免税组织)

## VIII. 执行与审核

VHS 总裁兼首席执行官、医院总裁和首席执行官以及负责营收循环的 VHS 副总裁负责执行本政策。

VHS 总裁兼首席执行官、医院总裁和首席执行官以及负责营收循环的 VHS 副总裁将负责每年审核本政策, 以确保本政策的合规性和相关性。

## IX. 附件

- A. Verity 附属医院
- B1. 一般收费金额
- B2. 财务援助浮动比率
- C. 患者通知
- D. 财务援助申请
- E. Verity 附属医院部门列表



附件 A

**VERITY 附属医院**

**VERITY HEALTH SYSTEM – 医院地址:**

O'CONNOR HOSPITAL  
2105 FOREST AVENUE  
SAN JOSE, CA 95128

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER  
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY  
LYNWOOD, CA 90262

ST. LOUISE REGIONAL HOSPITAL  
9400 NO NAME UNO  
GILROY, CA 95020

ST. VINCENT MEDICAL CENTER  
2131 WEST THIRD STREET  
LOS ANGELES, CA 90057

SETON MEDICAL CENTER  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

SETON MEDICAL CENTER *COASTSIDE*  
600 MARINE BOULEVARD  
MOSS BEACH, CA 94038



慈善照料和医疗费用优惠计划

请将所有财务援助申请表邮寄至下述地址:

- VERITY HEALTH SYSTEM  
ATTN: HEALTH BENEFIT RESOURCE CENTER (HBRC)  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

关于财务援助政策方面的任何疑问，请致电:

- (888) 874-2585

## 附件 B1

### 一般收费金额计算

Verity Health System 为符合财务援助政策 (Financial Assistance Policy, FAP) 中所述资格标准的患者提供财务援助和慈善照料。根据政策的财务援助调整对患者账户进行减免后，患者/担保人应负责清偿剩余的未偿债务，这些债务不应超过向拥有紧急医疗服务和其他必要医疗服务保险的患者收取的一般收费金额 (amounts generally billed, AGB)。Verity Health System 利用“回溯”方法来确定 AGB。AGB 百分比系根据 Medicare 针对出院日期在上个财政年度（7 月 - 6 月）的服务允许的索赔金额计算。用这些索赔允许赔偿金额的总和除以相关的总费用。AGB 百分比适用日期截至每年的 7 月 1 日。

2017 日历年的一般收费金额				
2017 年 6 月 30 日生效				
机构名称	住院	门诊		
O'Connor	18.00%	31.00%		
Seton	16.00%	36.00%		
Coastside	无	65.00%		
St Louise	25.00%	35.00%		
DePaul	无	无		
St. Francis	21.00%	40.00%		
St. Vincent	19.00%	35.00%		
这些百分比仅适用于急性住院患者账户。 这些分析不包括 SNF 和亚急性患者账户。				
数据来源：报销部门				

## 附件 B2

### 财务援助浮动计算法

#### 适用优惠比例（如 MEDICARE）

联邦贫困水平与相关优惠比例												
家属或家庭成员人数	联邦贫困水平 (FEDERAL POVERTY LEVEL, FPL)*	联邦贫困水平的 200% = 100% 的优惠	联邦贫困水平的 215% = 90% 的优惠	联邦贫困水平的 230% = 80% 的优惠	联邦贫困水平的 245% = 70% 的优惠	联邦贫困水平的 260% = 60% 的优惠	联邦贫困水平的 275% = 50% 的优惠	联邦贫困水平的 290% = 40% 的优惠	联邦贫困水平的 305% = 30% 的优惠	联邦贫困水平的 320% = 20% 的优惠	联邦贫困水平的 335% = 10% 的优惠	联邦贫困水平的 351% = 0% 的优惠
1	12140 美元	24280 美元	26101 美元	27922 美元	29743 美元	31564 美元	33385 美元	35206 美元	37027 美元	38848 美元	40669 美元	42611 美元
2	16460 美元	32920 美元	35389 美元	37858 美元	40327 美元	42796 美元	45265 美元	47734 美元	50203 美元	52672 美元	55141 美元	57774 美元
3	20780 美元	41560 美元	44677 美元	47794 美元	50911 美元	54028 美元	57145 美元	60262 美元	63379 美元	66496 美元	69613 美元	72937 美元
4	25100 美元	50200 美元	53965 美元	57730 美元	61495 美元	65260 美元	69025 美元	72790 美元	76555 美元	80320 美元	84085 美元	88101 美元
5	29420 美元	58840 美元	63253 美元	67666 美元	72079 美元	76492 美元	80905 美元	85318 美元	89731 美元	94144 美元	98557 美元	103264 美元
6	33740 美元	67480 美元	72541 美元	77602 美元	82663 美元	87724 美元	92785 美元	97846 美元	102907 美元	107968 美元	113029 美元	118427 美元
7	38060 美元	76120 美元	81829 美元	87538 美元	93247 美元	98956 美元	104665 美元	110374 美元	116083 美元	121792 美元	127501 美元	133590 美元
8	42380 美元	84760 美元	91117 美元	97474 美元	103831 美元	110188 美元	116545 美元	122902 美元	129259 美元	135616 美元	141973 美元	148753 美元
每增加一人, 则增加:	4320 美元	8640 美元	9288 美元	9936 美元	10584 美元	11232 美元	11880 美元	12528 美元	13176 美元	13824 美元	14472 美元	15163 美元

\* 根据美国卫生和公众服务部 (Health and Human Services, HHS) 贫困指南制定这些数据, 适用于美国 48 个州以及哥伦比亚特区, 联邦登记册第 2642-2644 页 (2018 年 1 月 13 日), 网址: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>



附件 C  
患者通知

## 慈善照料与医疗费用优惠计划

为履行我们的使命，Verity Health System 附属医院为无法支付医疗费用及符合此类计划资格的患者提供减免医疗费用服务。

请向患者服务部的财务顾问咨询您的个人需求。在填写完财务援助申请资料之后，请将该资料与所需全部文件一起提交给我们。您有可能符合 Verity Health System 财务援助政策规定的医疗费用减免条件。

如有任何疑问，请致电 888-874-2585 联系我们的财务援助团队。





**附件 D**  
**财务援助申请**

用于核实财务援助申请中的患者财务来源以及家庭收入等信息的文件包括但不限于下述内容：

- 上一年度的联邦纳税申报表副本，如适用，其中包括时间表；
- 近期工资单、社会保险、残疾或失业救济支票和核准函的复印件；
- 任何 Medi-Cal 决定/否决通知的复印件；
- 如果患者年龄满 18 岁以上，包括患者、患者的配偶或同居伴侣以及任何 21 岁以下的在家或不在家居住的未成年子女在内的家庭收入；如果患者年龄未满 18 岁，请考虑包括患者、患者父母、监护人或亲属监护人以及其他未满 21 岁的在家或不在家居住儿童在内的家庭收入。

请将填写完毕的申请资料及所需的全部表格一起寄至下述地址或送至您当地的 Verity Health HBRC 办公室。

**Verity Health System**  
**Attention: HBRC**  
1900 Sullivan Avenue  
Daly City, CA 94015

请注意，这并不保证您会获得财务援助，所以在相关部门做出决定之前，请您继续定期付款。我们将审核您的申请资料以及您提供的信息。最终决定将以书面形式发送给您。

谢谢您的合作。我们衷心期望能在此过程中为您提供协助。如果您对申请有任何疑问，请致电 888-874-2585 联系我们健康福利资源中心 (Health Benefits Resource Center, HBRC) 的财务援助团队。



### 慈善照料与财务援助申请

姓氏 (患者)	名字	中间名	社会保险号码	出生日期
居住地址 (如无家可归, 请填单位地址)			时长	电话
城市	州	邮编	婚姻状况	

姓氏 (如果与上述不同, 请填担保人)	社会保险号码	出生日期
担保人雇主 (姓名和完整地址)		
电话	每月工资总额 美元	
其他雇主 (姓名和完整地址)		
电话	每月工资总额 美元	
如果现已失业, 请填写上一个雇主的姓名和完整地址		
最后就业日期		

受供养家庭成员 (如需更多空间, 请在后面另附纸张)	出生日期	关系	雇主	年收入
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



<input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 自有住房			其他月收入 美元  指定来源			
<b>欠款</b>	<small>债权人</small>	目前余额	每月付款	<b>资产</b>	<small>开户行和账号</small>	账户余额
租金/房贷				活期		
公用事业				储蓄或证券		
食品				403(B) 或 401(K)		
汽车贷款				股票和债券		
信用卡 (请在下面列出)				IRA (个人退休账户)	<small>受托人姓名和账号</small>	
				汽车 (年份与制造商)		
				汽车 (年份与制造商)		
其他义务 (儿童抚养费、赡养费以及保险金等)				其他资产 (附加资产不包括在内)		
其他信息				住宅市场价值		
其他医疗机构的欠款				保险现金价值		
处方药费用				其他资产 (请说明, 例如第二处房产)		
<b>总债务</b>				<b>总资产</b>		

我兹证明在本申请中作出的所有声明均具有真实性和完整性。我兹授权您查看本人的信用记录，以评估本申请是否符合财务援助要求。

签名	日期
----	----

附件 E

不在 VERITY 财务援助政策适用范围之内的 VERITY 附属医院部门列表

Anesthesiology  
Asian Pacific Liver Center  
Audiology Services  
Cancer Treatment Center  
Cardiac Care Institute  
Cardiac Catheterization Services  
Cardiac Rehabilitation  
Cardiology  
Cardiac Catheterization Laboratory  
Clinical Laboratory Services  
Diabetic Clinic  
Dialysis  
Echocardiology  
Electrocardiology  
Electroencephalography  
Electromyography  
Emergency Services  
Endoscopy  
Gastro-Intestinal Services  
High Risk Infant Clinic  
Hyperbaric Chamber Clinic  
Infusion Service  
Interventional Radiology  
Joint Replacement Institute  
Laboratory  
Labor and Delivery Services  
Magnetic Resonance Imaging  
Neonatal Intensive Care  
Nuclear Medicine  
Occupational Therapy  
Oncology  
Ortho Clinic  
Ortho Spine Radiology  
Pathological Laboratory Services  
Pediatrics  
Perinatal Testing Center  
Peripheral Vascular Laboratory  
Physical Therapy  
Psychiatry

Pulmonary Function Services  
Radiology  
Rehabilitation Services  
Renal Dialysis  
Respiratory Therapy  
San Francisco Heart Institute  
Speech Therapy  
Spine Clinic  
Surgery  
Surgical Clinic  
Ultra Sonography  
Vascular Lab  
Women Imaging Center  
Wound Care