

Renown Health 政策和程序		第 1 页, 共 9 页	
		当前版本生效日期:	2021 年 7 月 1 日
		创建日期:	2006 年 1 月 11 日
标题:	财务援助计划	修订历史: <u>2019 年 9 月 1 日</u> <u>2010 年 9 月 12 日</u> <u>2006 年 1 月 11 日</u> <u>2006 年 8 月 1 日</u> <u>2019 年 10 月 7 日</u> 审核历史: <u>2019 年 9 月 1 日</u> 取代版本: Renown.REV.126	
类型:	收入循环		
编号:	1445		
作者:	Jennifer Grayson, 收入诚信总监		
负责人:	营收周期副总裁		

范围:
Renown Health 及其关联实体（包括 Renown Regional Medical Center、Renown South Meadows Medical Center 和 Rehabilitation Hospital）采取下列政策及程序。
政策声明:
Renown Health（以下简称“Renown”）致力于为所有患者提供紧急服务和高质量的医疗服务，而不考虑患者的年龄、性别、性取向、种族、宗教、残疾、退伍军人身份、国籍和/或支付能力。
术语的定义:
<ol style="list-style-type: none"> 1. FAP - 财务援助计划 2. FPG - 联邦贫困指南 3. FPL - 联邦贫困线 4. 担保人 - 在经济上对患者账目负责的个人 5. 医院特定的通常收费金额 (AGB): 对于每一个医院，它指的是在相关期间内，由 Medicare 按服务收费和所作为主要付款人的有私人保险为在该医院提供的所有医学上必要的服务支付的所有索赔的总额，加上 Medicare 受益人或被保险人个人以共付额、共同保险或免赔额的形式支付的这些索赔的任何相关部分，除以针对医学上必要的服务的通常和习惯收费，由此得出的一个百分比。（报销总额 ÷ 总费用 = 医院特定 AGB 百分比）请参见《财政部规章》 1-501r5(b)(1)9B 6. 医疗上贫困: 是指没有医疗保险，也没有资格享受其他医疗保健承保（如 Medicaid、Medicare 或私人健康保险）的人。 7. 医学上必要:

这些政策和程序是组织的指南。本组织认识到，可能有特定的事实和/或情况会导致偏离某一特定的政策规定。在此类情况中，本协议的任何内容都不意在阻碍员工行使良好的判断力。

标题: 财务援助计划	第 2 页, 共 9 页
编号:	生效日期: 2021 年 7 月 1 日

是指在考虑到最适当的护理水平的情况下, 确认或治疗被诊断或合理怀疑为医学上必要的疾病或损伤所需的服务。为了是医学上必要的, 服务必须:

- a. 是治疗疾病或伤害所需要的
 - b. 符合患者病情的诊断和治疗;
 - c. 符合良好医疗执业标准;
 - d. 不是为了便利患者或患者的医生; 和
 - e. 根据患者的医疗状况, 而非担保人的经济或家庭状况, 是最适合患者的护理水平。
8. 总费用 - 未享受折扣的费用。
9. 关于在个人自付账户不付款时的操作, 将在账单和收账自付政策 (Renown.SPC.005) 中描述

程序:

1. 计划通知

- a. 担保人将收到 FAP 手册和/或申请表。
- b. 担保人可以在任何住院地点、患者财务援助办公室或业务办公室索取 FAP 申请表或简明语言摘要。
- c. 担保人可以在 <https://www.renown.org/interact/paying-for-your-care/financial-assistanceprogram/> 找到一份简明语言摘要和 FAP 申请表

2. 推荐

- a. 在没有其他支付来源时, 将尽早识别未投保的担保人将, 并推荐参加 FAP。
- b. 担保人如有经济困难或需要协助, 可随时提出推荐申请 (最长可在服务后一年或收账活动结束后 240 天, 以较晚者为准)。可以申请例外, 并需要营收周期副总裁或以上人员的批准。
- c. 应在任何计划的程序之前和服务时提供与 FAP 转诊有关的信息。

3. 申请表

- a. 被推荐的担保人将收到一封 FAP 信件和申请表。(附录 B 和 C)
- b. 多个账户可在一份 FAP 申请表上提交进行审核。

标题: 财务援助计划	第 3 页, 共 9 页
编号:	生效日期: 2021 年 7 月 1 日

- c. 免于财务考虑的资产包括担保人和/或担保人家人居住的住所、运送所有工作人员上下班所需的汽车、拥有不足两个月收入的银行账户和不足 \$50,000 的退休账户。
- d. 为使申请表被认为是完整的, 必须提交 FAP 给担保人的信中要求的财务文件以及申请表。
- e. 如果担保人在完成 FAP 申请表时需要帮助, 可以拨打 775-982-4110 或免费电话 855- 951-6871 联系财务援助专员, 或拨打 775-982-4130 或免费电话 866-691-0284 联系业务办公室, 或在 Renown.org 网站上联系。
- f. 未在 30 个日历日内完成的申请表将被拒绝。

4. 共付额

- a. 所有担保人均须为其账单出资。担保人须承担一个基于其特定联邦贫困线的共付额。联邦贫困线由 HHS 决定。
 - i. 共付额表格

FPL%	共付额
<100%	\$25.00
150%	\$75.00
200%	\$150.00
250%	\$200.00
300%	\$250.00
350%	\$300.00
400%	\$350.00

- b. 担保人将根据申报的收入, 在提交 FAP 申请表批准时全额支付共付额
 - i. 如果 FAP 主管或上级批准, 付款可以延迟到提交后最多 90 天。
 - ii. 申请表审批将适用于所有符合 FAP 标准的先前服务, 以及自批准之日起 6 个月内所有符合 FAP 标准的未来担保人财务责任。在 6 个月的批准期内, 任何收入或家庭规模的变化都必须通知 Renown 患者财务援助部门, 以维持资格。
 - iii. 如果申请被拒绝, 经济援助专家将联系患者, 提供有关付款安排的信息。

5. 合格入选标准

- a. FAP 不得用于美容或减肥手术、受精、当日或组合价格手术, 或任何其他非医学上必要的手术。可以申请例外, 并需要营收周期副总裁或以上人员的批准。
- b. 所有筛选都将基于担保人在申请时的财务状况。

标题: 财务援助计划	第 4 页, 共 9 页
编号:	生效日期: 2021 年 7 月 1 日

c. 担保人必须满足下列标准:

- i. 未投保的担保人须申请政府援助/保险。
- ii. 投保的担保人须申请政府援助。
- iii. 使用附录 A 中记录的国家 FPG 矩阵, 为申请者分配一个 FPL。
- iv. 家庭 FPL \leq 600% 的担保人将被考虑参加 FAP 计划。
 1. 将根据 FPL 和资产来提供折扣。
 2. 被批准参加 FAP 的担保人将不会负责承担超过医院特定 AGB 的费用。符合资格的患者将负责承担基于特定联邦贫困线的共付额或医院特定 AGB, 以较低者为准。
 3. AGB 将在每个财政年度结束后计算。第 501(r)(5) 节的最终规定允许医院设施在用于计算 AGB 百分比的 12 个月期间结束后的 120 天内开始应用其新的 AGB 百分比。
 4. 有关 AGB 计算的问题, 患者可以联系我们的自付联络中心:
 - i. 电话: 775-982-4130
 - ii. 地址: 850 Harvard Way, Reno, NV 89502
- v. 有资格参加援助计划(即食品券、福利等)的担保人, 或被认为在医疗上贫困的担保人, 可能不需要填写 FAP 申请表就能被考虑加入计划。在这种情况下, 代表贫困或信用评估工具的州和地方数据源可以作为批准担保人参加 FAP 的数据源。在任何情况下, 这些信息来源都不会仅仅被用来取消申请人的资格。
- vi. 如果担保人被确定为无家可归, 或没有任何证明文件来确定其贫困, 那么已故的担保人如果没有遗产, 那么不论其是单身、离婚还是丧偶, 均可按个案进行考虑, 无需填写申请表。在这种情况下, 代表贫困或信用评估工具的州和地方数据源可以作为批准担保人参加 FAP 的数据源。在任何情况下, 这些信息来源都不会仅仅被用来取消申请人的资格。
- vii. 在最终确定 FAP 资格之前, 必须从任何付款人来源获得付款、拒绝或利益汇总表。

6. 决定

- a. 确定 FAP 的资格, 以及在获得批准后将进行的慈善调整是基于保证人的联邦贫困水平(由卫生和公众服务部定义)。

标题: 财务援助计划	第 5 页, 共 9 页
编号:	生效日期: 2021 年 7 月 1 日

b. 所有担保人均须为其账单出资。减去本政策 4.a.i 项的共同支付表中列出的共付额, 基于联邦贫困水平的慈善调整百分比确定如下:

1. FPL 0-99% = 100%
2. FPL 100 - 249% = 80 - 99%
3. FPL 250 - 350% = 72 - 79%
4. FPL 350 - 400% = 31 - 72%
5. FPL 400 - 500% = 经收入诚信总监批准, 最高可达 50%
6. FPL 500 - 600% = 经收入周期副总裁批准, 最高可达 40%
7. FPL > 600% = 不符合 FAP 的慈善调整资格
 1. 鼓励 FPL 大于 600% 的担保人与自付服务部进行其他付款安排。
 2. 支付安排条款可能须经收入周期副总裁批准。

c. 向患者发送批准或拒绝通知。如果 FAP 申请被拒绝, 经济援助专家将联系担保人, 提供有关付款安排的信息。

7. 出具账单

- a. 计算向患者收取金额的依据是基于所提供的医疗保健服务的临床文件发起的。根据该文件, 费用将自动被收取, 或由临床图表审查人员收取。在大多数情况下, 健康管理编码专家也会出于编码目的审查账户。一旦捕获、验证所有费用, 并生成索赔, 且该账户最终余额即将到期, 即可处理财务援助申请。
- b. 将根据 Renown 的自付账单和收账指南来向担保人出具未支付余额的账单。
 - i. 可以通过拨打 775-982-5747 或免费电话 855-951-6871 联系财务援助专员, 或拨打 775-982-4130 或免费电话 866-691-0284 联系业务办公室, 或在 Renown.org 网站上在线索取这些指南的副本
- c. 担保人已为未结清余额付款, 且该余额超过批准用于 FAP 的调整金额, 将根据 Renown Health 退款和信用余额政策, RENOWN.PR.B.005 进行处理。

8. 除外责任:

- a. FAP 不适用于被视为非医疗必需的费用。
- b. FPL > 600-1000% 的担保人将由收入诚信总监和/或收入周期副总裁进行评估, 以了解适用的慈善调整或视情况而定的可能的付款安排。
- c. Medicare 受益人可能有资格根据 Renown Medicare 坏账政策来享受 Medicare 坏账。

参考资料/法规:

《财政部规章》1-501r5(b)(1)9B

HHS 贫困指南的年度更新: 85 FR 3060 Doc. 2020-00858

标题: 财务援助计划	第 6 页, 共 9 页
编号:	生效日期: 2021 年 7 月 1 日

联邦贫困线

<https://www.federalregister.gov/documents/2020/01/17/2020-00858/annual-update-of-the-hhs-povertyguidelines>

BILLING CODE 4150-05-P

内华达州 Medicaid 手册 - 医疗必需品第 103.1 节

http://dhcfnv.gov/uploadedFiles/dhcfpnvgov/content/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/Medicaid_Services_Manual_Complete.pdf

Medicare 坏账政策

RENOWN.CBO.109

退款和信用余额政策

RENOWN.PRB.005

应收账款调整政策

RENOWN.CBO.024

患者账单和收账指南政策

REOWN.SPC.005

附录 B - 财务援助计划申请书

担保人账户： _____

日期： _____

尊敬的担保人：

附件是一份由 **Renown Health** 提供的财务援助计划申请书。这项计划是为那些认为自己在履行其对医疗服务的财政责任时可能需要帮助的个人而制定的。

要求：

本财政援助计划的目的是向不具备联邦、州或县援助资格的且没有合理的方式支付其债务的担保人提供援助。如果您还没有直接向这些机构申请，您可以致电 **775-982-4110** 联系担保人财务援助专家以获得申请方面的帮助。

- ✓ 申请表上的所有项目必须全部填写。
- ✓ 在提交您的申请时，需要根据预筛选确定 _____ 美元的共付额。付款将适用于任何未付余额，无论申请获批与否
- ✓ 收入和支出证明（附复印件）：
 - 上一年度提交的**纳税申报表**（1040 表及相应附表）
 - 最近 4 个月的工资单和/或其他**收入来源**（社保、失业、儿童抚养费、赡养费等）
 - 最近 4 个月的**银行对账单**（包括链接账户；所有页面）
 - 最近 4 个月的**按揭或租金**收据
 - 最近 4 个月的任何**其他资产账户**报表（即退休基金（401k、403b、503b、IRA 等）保险单、投资、人寿保险分红、法律结算资金等）
- ✓ 您必须通过所在县的社会服务和国家福利计划获得申请和拒绝援助的证明
- ✓ 将出具一份 **Trans Union** 信用报告，以核实财务援助资金申请中提供的所有信息

提交所有支持性文件后，您将收到书面或电话通知，告知您有关您是否符合资格的最最终决定。如果您的地址或电话号码发生变化，请及时通知我们。

如果您对本财务援助计划有任何疑问，请致电 **775-982-5747** 联系 **Renown Health** 的财务援助专家。

Renown Regional Medical Center
850 Harvard Way T-6
Attn: Medical Financial Hardship
Reno NV 89502

患者信息

重要：请在签字前阅读并填妥整张表格。您提供的信息必须准确，以便正确处理。

患者 帐号：

出生日期：

申请日期：

患者姓名	入院日期		
责任方（担保人）姓名	社会保障号	家庭电话号码	
地址	与患者的关系	家里居住了多少人	
雇主	雇主地址	雇主电话	
这份工作持续了多长时间	职业		
配偶姓名	社会保障号	职业	这份工作持续了多长时间
配偶雇主	雇主地址	雇主电话号码	
直系亲属姓名	关系		
地址	电话号码		
担保人信息：			
1. 不动产：	地址		
2. 手头现金			
3. 银行/信用合作社/信托证明和账户：	名称	地址	类型和账号 余额
4. 保险单：	名称	类型和保单编号	值
5. 股票/债券：	描述		值
6. 企业所有权：	名称和地址	权益类型字段	值
7. 车辆：	描述		值
8. 信托契约，注：			
9. 杂项：			
10. 您有资格享受县或州的福利吗？如果是，请说明符合资格的依据	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否

兹证明上述资料真实无误。我还授权 Renown Health 获取核实我财务状况所需的信息。

责任方签名

日期

