	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	1 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

本文件适用于下列参与组织：

霍华德县综合医院妇产科联合公司	霍华德县综合医院有限公司	Johns Hopkins 奥尔儿童医院	Johns Hopkins 湾景医学中心有限公司
Johns Hopkins 社区医生	Johns Hopkins 家庭护理团队有限公司	Johns Hopkins 地区医生有限责任公司	Johns Hopkins 外科中心系列
Johns Hopkins 大学医学院	儿科医师服务有限公司（佛罗里达州）	Sibley 纪念医院	郊区医院有限公司
Johns Hopkins 医院	西海岸新生儿儿科有限公司		

**关键词：** 援助、账单、债务、财务、医疗

目录	页码
I. <a href="#">目的</a>	1
II. <a href="#">政策</a>	1
III. <a href="#">程序</a>	2
IV. <a href="#">定义</a>	8
V. <a href="#">参考文献</a>	10
VI. <a href="#">赞助者</a>	10
VII. <a href="#">审查周期</a>	10
VIII. <a href="#">批准</a>	10
<a href="#">附录 A：特定于 DC 条例的 Sibley 纪念医院（仅限）财务援助条款</a>	<a href="#">点击此处</a>
<a href="#">附录 B：财务援助申请</a>	<a href="#">点击此处</a>
<a href="#">附录 C：JOHNS HOPKINS 奥尔儿童医院财务援助条款</a>	<a href="#">点击此处</a>


## I. 目的

Johns Hopkins 医疗集团致力于根据个人财务状况，为有医疗保健需求但却没有保险、保额不足、不符合政府计划资格或因其他原因无法支付具医疗必要性护理费用的患者提供财务援助。

## II. 政策

本政策包含用于确定患者财务援助资格的标准，并概述了用于确定财务援助资格和完成财务援助申请流程的过程和指南。本政策规定了根据个人财务状况，向没有保险、保额不足、不符合政府计划资格或因其他原因无法支付具医疗必要性护理费用的患者提供财务援助的条款。

Johns Hopkins 将不加歧视地为个人提供紧急医疗状况护理，无论他们是否有资格根据本政策获得援助。Johns Hopkins 不会采取阻止个人寻求紧急医疗护理的行动，例如要求急诊科患者在接受紧急医疗状况治疗之前付款，或允许干扰不加歧视提供紧急医疗护理的债务催收活动。根据医院的《紧急医疗及劳工法案》(EMTALA) 政策，应以非歧视的方式向所有患者提供紧急医疗服务。

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	2 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

Sibley 纪念医院位于哥伦比亚特区。本政策附录 A 规定了适用于 Sibley 纪念医院的哥伦比亚特区法规和法律所要求的关于无偿护理的附加条款。附录 A 只适用于 Sibley 纪念医院。如果附录 A 与本政策中关于 Sibley 纪念医院财务援助和无偿护理的条款存在不一致之处，则以附录 A 的条款为准。

Johns Hopkins 奥尔儿童医院位于佛罗里达州。本政策的附录 C 规定了有关患者或潜在患者财务援助政策的佛罗里达州法规 395.301,F.S. 相关附加条款，并概述了确定一般收费金额 (AGB) 以及基于申请批准情况提供的相关折扣的方法。如果附录 C 与本政策中关于 John Hopkins 奥尔儿童健康系统财务援助和无偿护理的条款存在不一致之处，则以附录 C 的条款为准。

因此，本书面政策：

- 包括财务援助资格标准——免费和折扣（部分援助）护理
- 描述向根据本政策符合财务援助资格的患者收取金额的计算基础
- 描述患者申请财务援助的方法
- 描述医院将如何在医院服务的社区内广泛宣传该政策
- 将医院就向符合财务援助资格的个人提供的紧急护理或其他具医疗必要性护理收取的金额限制为医院针对商业保险或 Medicare 患者收取的一般收费（收到）金额。在马里兰州，医院费率由卫生服务成本审查委员会 (HSCRC) 监管。除 Sibley 纪念医院和 Johns Hopkins 奥尔儿童医院以外，所有 Johns Hopkins 医院的一般收费金额 (AGB) 由 HSCRC 确立，相当于联邦税收法规下的预期 Medicare 方法。

#### 提供护理的医生的财务援助通知

每所医院的网站上都公布了在 JHH、JHBMC、HCGH、SH、SMH 和 JHACH 提供本政策规定的紧急和具医疗必要性护理的医生的完整列表。提供者列表表明医生或医生诊所是否包含在此政策的涵盖范围内。如果医生不在该政策的涵盖范围内，患者应联系医生办公室，以确定医生是否提供财务援助，以及如果提供，医生的财务援助政策是什么。Johns Hopkins 医学院和 Johns Hopkins 社区医生雇用的医生遵循本政策中概述的流程。


根据医疗债务催收法，包括但不限于《马里兰州法规法典》（健康 — 一般）第 19-214.1 条，Johns Hopkins 可对死者的遗产提出索赔，此类索赔将受遗产管理和适用的遗产和信托法律的约束。

Johns Hopkins 不会对患者提起诉讼、扣发工资，也不会提起留置权诉讼。如果发生《分离计费 and 收款政策》(PFS046) 中所述的未付款情况，Johns Hopkins 可能会提出诉讼。欲获得该政策的免费副本，请致电 1-855-662-3017（免费电话）或发送电子邮件至：[pfscs@jhmi.edu](mailto:pfscs@jhmi.edu) 联系客户服务部，或要求与任何 Johns Hopkins 机构的财务顾问交谈。

只要满足其他要求，可向在催收机构有账目的患者提供财务援助申请和医疗财务困难援助，但只适用于尚未做出判决的账目。医疗财务困难援助审查应包括对患者现有医疗费用和义务（包括任何坏账账目）和任何预计医疗费用的审查。

### III. 程序

#### A. 根据本政策符合条件的服务

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	3 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

1. 财务援助仅适用于本政策中规定的具医疗必要性护理。财务援助不适用于便利物品、单人病房住宿或非必要的整容手术。如果出现关于入院属于“选择性入院”还是“具医疗必要性入院”的问题，应咨询患者的入院医生，并将此事交由医院指定的医生顾问处理。

#### B. 财务援助资格

1. 对于那些没有保险、保额不足、不符合任何政府医疗保健福利计划的资格以及无法支付护理费用的人员，将基于根据本政策作出的财务需求决定，考虑其是否有资格获得财务援助。是否提供援助应基于个人财务需求决定，不应考虑种族、肤色、血统或原国籍、性别、年龄、婚姻状况、社会地位、公民身份、性取向、性别认同、遗传信息、宗教信仰或残疾。财务需求将根据涉及个人财务需求评估的程序确定，并且可能：
  - a. 包括一个申请程序，其中患者或患者的担保人需要配合，并提供与做出财务需求决定有关的个人、财务和其他信息和文件
  - b. 包括使用提供患者或患者担保人支付能力相关信息（如信用评分）的外部公开可用数据源
  - c. 包括 JHM 为从公共和私人支付计划中探索合适的替代支付来源和保险以及协助患者申请此类计划的合理努力
  - d. 考虑患者的可用资产和患者的其他所有可用财务资源，并包括对先前提供给患者的服务的未偿账目和患者付款历史的审查。


#### C. 患者财务援助申请方法

1. 在提供具医疗必要性护理之前，最好先提出财务援助和财务需求决定申请，但这不是必须步骤。该等申请的副本可在线获取：[https://www.hopkinsmedicine.org/patient\\_care/billing-insurance/assistance-services](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services)。如有要求，可致电免费电话 1-855-662-3017 或 443-997-3370 申请获取邮寄的纸质版。然而，可以在收款环节的任何时间点完成财务需求决定。如果上一次财务评估是在一年多以前完成的，或者在任何时候了解到与患者援助资格相关的其他信息，则应在随后的每次服务时间重新评估财务援助需求。


#### D. 财务援助资格决定

当患者或患者的代表申请财务援助、医疗援助或两者时，应遵循以下两步程序：

1. 步骤 1：可能资格决定
  - a. 在首次申请财务援助、医疗援助或两者后的两个工作日内，Johns Hopkins 将：(1) 做出可能资格决定，并且，(2) 将决定告知患者和/或患者的代表。为了做出可能资格决定，患者或其代表必须提供有关家庭人数、保险和收入的信息。可能资格决定将完全基于这些信息做出。可能资格决定不需要申请表、资格证明或文件。
2. 步骤 2：最终资格决定
  - a. 在可能资格决定后，Johns Hopkins 将根据收入、家庭人数和可用资源进行财务援助最终资格决定。必须用尽所有保险福利。在进行最终资格决定时，应评估所有可用的财务资源。这包括对患者负有法律责任的其他个人和实体的资源。这些相关方在本政策中称为“担保人”。持有有效旅行签证的患者可能会被要求提供有关居住地和可用财务资源的额外信息，以确定资格。

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	4 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日


- b. 除非本政策另有规定，否则患者需要完成 Johns Hopkins 医疗集团财务援助申请。患者还应提供医疗援助决定通知（如果适用）、其他已申报费用的合理证明、支持文件，且如果失业，还应提供合理的失业证明，例如失业保险办公室的声明或当前经济支持来源的声明。
- c. 患者/担保人应按月和按年确定患者/担保人的所有收入来源（考虑季节性就业和暂时性收入增加和/或减少）。此外，必须提交营业收入和支出的当前信息。如果没有当前收入和支出，必须提交上一年的纳税申报表 1040 和附件 C。收入来源示例：
- i. 工资收入
  - ii. 退休/养老福利
  - iii. 自雇收入或福利
  - iv. 赡养费
  - v. 子女抚养费
  - vi. 军人家属拨款
  - vii. 公共援助
  - viii. 养老金
  - ix. 社会保障
  - x. 罢工津贴
  - xi. 失业赔偿
  - xii. 工伤赔偿
  - xiii. 退伍军人福利
  - xiv. 其他来源，如收入及股息、利息或物业租金收入。
- d. 可能通过合格健康计划符合保险承保资格或可能符合医疗援助资格的申请人将需要申请合格健康计划或医疗援助并充分配合，除非财务代表可以轻易确定患者不符合资格要求。在患者的医疗援助申请待处理期间，患者将被暂时视为享有医疗援助，无需填写马里兰州统一财务援助申请表。如果患者的医疗援助申请被拒，将要求患者填写马里兰州统一财务援助申请表。
- e. JHM 将使用基于家庭收入的资格决定和最新的联邦贫困指南决定患者是否有资格获得财务援助。
- i. 如果患者的最高家庭（丈夫和妻子、同性已婚夫妇）收入（由 Medicaid 条例定义）水平不超过每个水平的收入标准（与联邦贫困指南相关），并且他们没有可用于支付 JHM 账单的 \$10,000 以上的流动资产，则患者将符合财务援助资格。
  - ii. 联邦贫困指南 (FPL) 由美国卫生与公众服务部每年更新一次。
  - iii. 如果患者的家庭收入等于或低于下列金额，将以免费护理（100% 调整）或减价护理（35%-75%）调整的形式向其 JHM 账户（初始费用或剩余余额）发放财务援助。调整如下：
    - 家庭收入不超过 FPL 的 200%，100% 调整
    - 家庭收入在 FPL 的 201% 至 250% 之间，75% 调整
    - 家庭收入在 FPL 的 251% 至 300% 之间，50% 调整

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	5 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

- 家庭收入在 FPL 的 301% 至 400% 之间，35% 调整

- f. 已符合在本政策中规定的一个提供者处获得财务援助资格的患者无需重新申请，并被视为符合资格。
- g. 须以书面形式告知患者/担保人财务援助资格最终决定，并提供简短的说明，还应告知患者/担保人其有权就任何有关财务援助的最终资格决定提出上诉。马里兰州总检察长办公室的健康教育和宣传科可协助患者/担保人或患者的授权代表提出上诉并进行调解。书面决定信须载有健康教育宣传科的地址、电话号码、传真号码、电子邮件地址、邮寄地址及网站。
- i. **Health Education and Advocacy Unit 200 St. Paul Street**  
**Baltimore, MD 21202**  
 电话号码: (410) 528-1840, 免费电话: 1-877-261-8807  
 传真号码: (410) 576-6571  
<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>
- h. 获得的所有患者和家属信息均会保密。应以书面和口头通信的形式向患者保证对患者信息保密。
- i. 在患者获得批准后，财务援助承保将在做出决定的当月和接下来的六 (6) 个月日历月内有效。
- j. 在患者获得批准后，如果在使用财务援助津贴后仍有任何结欠，患者将收到付款计划。通过本政策制定的任何付款计划通常不会超过两年。在特殊情况下，经指定管理人批准，付款计划可以延长。
- k. 在拨款或其他外部管理机构（如精神科）下运作项目的部门可以继续使用政府资助的申请程序和相关的收入标准来决定特定服务资格。
- l. 表明自己失业且没有保险承保的患者需要提交财务援助申请，除非其符合推定财务援助资格标准。如果患者符合《统一综合预算调节法》(COBRA) 保险资格，财务顾问应审查患者支付 COBRA 保费的经济能力，并向财务援助评估委员会提出建议。鼓励有财务能力购买健康保险的人购买健康保险，以此作为确保获得医疗保健服务和实现个人整体健康的一种手段。
- m. 接受合格健康计划承保并要求帮助支付具医疗必要性护理引起的自掏腰包费用（共付额和免赔额）的患者需要提交财务援助申请。
- n. 如果患者账户已被分配给催收机构，而患者或担保人申请财务援助或似乎有资格获得财务援助，则催收机构应通知收入周期管理，并向患者/担保人转发一份财务援助申请，以及将完成的申请返回给收入周期管理进行审查和裁定的指示，将账户冻结 45 天，等待进一步指示。
- o. 向注册为自愿自付（选择不接受保险承保或保险计费）的患者提供的服务不符合财务援助的资格。
- p. 收入周期管理副总裁或其指定人员可根据个人情况做出例外处理。


#### E. 推定财务援助资格

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	6 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日


1. 根据个人生活情况，会推定某些患者符合财务援助折扣资格。下列经收入调查的社会服务计划的受益人/受助人，在完成财务援助申请并有 30 天（如要求，可额外延长 30 天）内登记证明，即被视为符合免费护理资格：
  - a. 有孩子参加免费或减价餐计划的家庭
  - b. 补充营养援助计划 (SNAP)
  - c. 低收入家庭能源援助计划
  - d. 妇女、婴儿和儿童 (WIC)
  - e. 卫生和精神卫生部 (DHMH) 和卫生服务成本审查委员会 (HSCRC) 认为符合免费护理政策资格且符合 HSCRC 法规 COMAR 10.37.10.26 的其他经收入调查的社会服务计划
2. 在下列情况下，无须填写财务援助申请即可授予财务援助推定资格，但须提供所述情况的证明：
  - a. 患者有有效医疗援助药房承保
  - b. QMB 承保/SLMB 承保
  - c. 马里兰州公共卫生系统紧急请愿患者
  - d. 患者去世时没有备案财产
  - e. 患者被认为无家可归
  - f. 患者出示联邦合格医疗中心或市或县卫生部门的变动费用区间或财务援助批准
  - g. 医疗援助和 Medicaid 管理式护理患者在急诊室获得了超出这些计划承保范围的服务
  - h. 母亲带孩子到卫生局进行不受医疗援助承保的非紧急门诊看诊
  - i. Chase Brexton 健康中心的有效登记者
  - j. Healthy Howard 计划的有效登记者
  - k. 从与 SH 合作为低收入无保险患者提供住院和门诊护理的当地计划（Catholic Charities、Mobile Med, Inc.、Montgomery County Cancer Crusade、Montgomery Cares、Primary Care Coalition、Project Access 和 Proyecto Salud）转介到 SH 的患者，。
3. 仅针对当前服务和过去账目授予财务援助推定资格——它的适用范围不扩及未来服务。
4. JHM 将使用基于家庭收入的资格决定和最新的联邦贫困指南决定患者是否有资格获得财务援助。
  - a. 联邦贫困指南 (FPL) 由美国卫生与公众服务部每年更新一次。
  - b. 如果患者的家庭收入等于或低于下列金额，将以免费护理（100% 调整）或成本降低护理（35%-75%）调整的形式向其 JHM 账户发放财务援助。调整如下：
    - i. 家庭收入不超过 FPL 的 200%，100% 调整
    - ii. 家庭收入在 FPL 的 201% 至 250% 之间，75% 调整
    - iii. 家庭收入在 FPL 的 251% 至 300% 之间，50% 调整
    - iv. 家庭收入在 FPL 的 301% 至 400% 之间，35% 调整

#### F. 医疗财务困难援助

1. 对于有资格获得财务援助但被认为发生了医疗财务困难的患者，可能会考虑提供医疗财务困难援助。JHM 将向家庭收入高于 FPL 400% 但低于联邦贫困线 500% 的患者提供减价的具医疗必要性护理。

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	7 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

2. 医疗财务困难是指一个家庭在 12 个月期间内因具医疗必要性护理产生了超过家庭收入 25% 的医疗债务。医疗债务的定义是 Johns Hopkins 医院针对具医疗必要性护理以及 Johns Hopkins 提供者提供的护理收取的医疗费用中的自掏腰包费用，上述自掏腰包费用不包括共付额、共同保险和免赔额，除非患者低于联邦贫困指南的 200%。家庭收入达到 FPL 的 500% 且有财务困难的患者将获得 25% 的调整。
  3. 在授予医疗财务困难援助时考虑的因素：
    - a. 在提出财务困难援助申请之日之前的十二 (12) 个月内在 Hopkins 治疗机构（提出申请的地方）产生的医疗债务
    - b. 流动资产（剩余 \$10,000）
    - c. 在提出财务困难援助申请之日之前的十二 (12) 个日历月内的家庭收入
    - d. 支持文件。
  4. 在患者获得医疗困难财务援助批准后，医疗困难财务援助承保将从第一次合格服务当月以及接下来的十二 (12) 个日历月内生效。它应当包括在同家庭中居住的患者的直系亲属。患者及其直系亲属自首次获得减价的具医疗必要性护理之日起的十二 (12) 个日历月内，在根据本政策在 Johns Hopkins 寻求后续护理时，仍有资格获得减价的具医疗必要性护理。承保不适用于选择性入院或选择性或整容手术。但是，患者或居住在同家庭的直系亲属必须在登记或入院时通知医院其符合减价的具医疗必要性护理的资格。
  5. 如果患者因医疗财务困难而获批一定比例的津贴，建议患者在医疗财务困难援助期开始时诚信付款。如果没有保险且收入水平在医疗财务困难收入指南范围内的患者提出申请，JHHS 应向患者提供付款计划。
  6. 通过本政策制定的任何付款计划通常不会超过两年。在特殊情况下，经指定管理人批准，付款计划可以延长。
  7. 对于根据财务援助标准以及医疗财务困难援助指南符合减价护理资格的患者，JHM 将采用对患者最有利的收费折扣。
- G. 财务援助政策、患者教育、通信及外展通知
1. 关于医院财务援助政策的个人通知应在入院前或入院时提供给每个在医院寻求服务的人。JHM 应与患者或患者家属解决他们可能存在的任何财务问题。
  2. Johns Hopkins 应每年在其所服务的司法管辖区广为发行的报纸上，以其服务区人口可理解的形式发布政策相关通知，以此传播有关其财务援助政策的信息。
  3. 应在每个机构的患者登记点、住院/营业处、计费处和急诊科张贴《患者财务援助可及性通知》。通知将在每家医院的网站上公布，在口头通信中提及，并随患者账单发送给患者。财务援助政策的副本将在每个机构的网站上公布，并将应要求向所有人提供。
  4. 在社区外展工作、产前服务、住院前或住院期间，还将向根据本政策在医院寻求服务的产科患者提供关于本政策下财务援助可及性的个人通知。

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	8 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

5. 在患者接受预定的医院医疗服务之前、出院之前，将向患者提供一份患者计费 and 财务援助信息表以及医院账单，该等资料可应要求向所有患者提供。
6. 该政策的简明语言摘要发布在 JHM 网站上，所有患者都可以访问查看。

#### H. 延迟资格发现


1. 如果 Johns Hopkins 发现患者在特定服务日期（使用适用于该服务日期的资格标准）符合免费护理资格，并且该特定日期在两 (2) 年发现期内，从患者/担保人那里收到的超过二十五美元 (\$25) 的金额应退还给患者。
2. 如果医院文件证明患者或担保人不配合提供确定免费护理资格所需的信息，则本政策规定的两 (2) 年期限可缩短至自首次要求提供信息之日起的三十 (30) 天。
3. 如果患者参加了一项经收入调查的政府医疗保健计划，且该计划要求患者支付医院服务自掏腰包费用，则患者或担保人将不会得到任何可能导致患者丧失医疗保险财务资格的退款。

## IV. 定义


就本政策而言，以下术语的定义如下：

医疗债务	医疗债务的定义是由 Johns Hopkins 医院或本政策涵盖的 Johns Hopkins 提供者针对具医疗必要性护理产生的医疗费用收取的自掏腰包费用。自掏腰包费用不包括共付额、共同保险和免赔额。医疗债务不包括选择登记为自愿自付（选择不接受保险承保或保险计费）且没有申请财务援助的患者的医院账单或医生账单。
流动资产	现金、证券、本票、股票、债券、美国储蓄债券、支票账户、储蓄账户、共同基金、定期存单、具有现金退保价值的人寿保险单、应收账款、养老金福利或其他可立即兑换为现金的财产。患者主要住所中价值 \$150,000 资产净值的安全港不应被视为可兑换为现金的资产。用于患者或任何患者家属运输需要的机动车辆不应被视为可兑换为现金的资产。任何其他不动产的资产净值应当清算。流动资产不包括美国国税局作为退休账户给予税收优惠待遇的退休资产，包括但不限于符合《国内税收法》规定的递延补偿计划或不合格的递延补偿计划。根据《社会保障法》确定医疗援助计划下的财务资格时排除的任何资源不应被视为可兑换为现金的资产。马里兰州 529 计划中的预付高等教育经费不应被视为可兑换为现金的资产。不包括在流动资产确定范围内的货币资产应根据消费者物价指数每年进行通货膨胀调整。
选择性入院	为治疗不被认为是紧急医疗状况的医疗状况而发生的医院住院。
直系亲属	如果患者是未成年人，直系亲属的定义是居住在同一家庭中的母亲、父亲、未婚未成年兄弟姐妹（亲生或收养）。如果患者是成年人，直系亲属的定义是配偶或居住在同一家庭中的亲生或收养的未婚未成年子女。



	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	9 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

紧急医疗状况	<p>一种医疗状况，表现为足够严重的急性症状，其中可能包括剧烈疼痛，或其他急性症状，如果不立即就医，可以合理地预期会导致以下任何一种情况：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 严重危害患者健康；</li> <li>2. 任何身体机能严重受损；</li> <li>3. 任何身体器官或部位严重功能障碍。</li> <li>4. 关于孕妇： <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 在分娩前没有足够的时间安全地转院到另一家医院。</li> <li>b. 转移可能对患者或胎儿的健康和安全构成威胁。</li> <li>c. 有证据表明出现子宫收缩或胎膜破裂以及现象持续。</li> </ol> </li> </ol>
紧急服务和护理	由医生或在适用法律允许的范围内由其他适当人员在医生的监督下进行的医疗筛查、检查和评估，目的是确定是否存在紧急医疗状况，如果存在，在医院的服务能力范围内由医生进行的为缓解或消除紧急医疗状况所必需的护理、治疗或手术。
具医疗必要性护理	治疗紧急医疗状况所必需的医疗治疗。就本政策而言，具医疗必要性护理不包括选择性或整容手术。
具医疗必要性入院	为治疗紧急医疗状况而发生的医院住院。
家庭收入	患者和/或责任方所有家庭成员的工资、薪金、收入、小费、利息、股息、公司分配、租金收入、退休/养老金收入、社会保障福利和美国国税局定义的其他收入。在确定患者的家庭收入时，应使用家庭住户人数。
家庭住户人数	<p>住户人数由患者和至少以下人员组成：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 配偶，无论患者和配偶是否打算提交联邦或州联合纳税申报表；</li> <li>2. 亲生子女、收养子女或继子女；以及</li> <li>3. 患者在联邦或州纳税申报表中为其申请个人免税的任何人。</li> </ol> <p>如果患者为儿童，其住户人数应由下列人员组成：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 亲生父母、养父母、继父母或监护人；</li> <li>2. 亲生兄弟姐妹、收养兄弟姐妹或继兄弟姐妹；以及</li> <li>3. 患者的父母或监护人在联邦或州纳税申报表中为其申请个人免税的任何人。</li> </ol>
支持文件	工资单； W-2； 1099； 工伤赔偿； 社会保障或残疾证明； 银行或中介对账单； 纳税申报表； 人寿保险单； 房地产评估和征信局报告； 支持医疗债务的福利说明。
合格健康计划	根据《平价医疗法案》，从 2014 年开始，一项由健康保险市场认证的保险计划，提供基本健康福利，遵循既定的费用分摊限制（如免赔额、共付额和自掏腰包费用上限金额），并满足其他要求。合格健康计划将获得每个销售市场的认证。

	<b>Johns Hopkins 医疗集团</b> <b>财务援助政策手册总则</b>	政策编号	PFS035
		生效日期	2022 年 8 月 8 日
	<u>主题</u> <b>财务援助</b>	页码	10 / 10
		取代	2021 年 10 月 1 日

## V. 参考文献

### JHHS 财务政策和程序手册

- 政策编号 PFS120 - 签名机关：患者财务服务部
- 政策编号 PFS034 - 分期付款
- 政策编号 PFS046 - 自付收费

慈善医疗和坏账，AICPA 医疗保健审计指南

《马里兰州法典条例》(COMAR) 10.37.10.26 及后续条款；

《马里兰州法典卫生总则》19-214 及后续条款

《联邦公报》上的联邦贫困指南（每年更新）

## VI. 赞助者

- 收入周期管理副总裁 (JHHS)
- PFS 运营部总监 (JHHS)

## VII. 审查周期

两 (2) 年

## VIII. 批准

修订历史：

- 2021 年 3 月 19 日 - 新增了健康宣传科联系信息，
- 2023 年 5 月 15 日 - 更新了标题和健康教育和宣传科的链接。删除了“马里兰州保险管理办公室”的语言文字。

电子签名	日期
------	----

## 附录 A：特定于 DC 条例的 SIBLEY 纪念医院（仅限） 财务援助条款

### 附录 A

#### 特定于 DC 条例的 SIBLEY 纪念医院（仅限）

#### 财务援助条款

##### 目的：

本附录的目的是说明适用于 Sibley 纪念医院的附加条款，以符合《哥伦比亚特区市政条例》第 44 章第 22 篇中所述的哥伦比亚特区无偿护理要求。对于那些不符合无偿护理资格标准的患者，Sibley 纪念医院 (SMH) 将根据政策 PFS035，通过对总收费进行滑动比例调整来提供财务援助。

##### 政策：

SMH 将按照《哥伦比亚特区市政条例》第 44 章第 4404 节第 22 篇“提供无偿护理”的要求，做出真诚的努力，以年度合规水平提供无偿服务。

在任何情况下，SMH 都不会以无法支付服务费用为由拒绝向任何人提供紧急服务。SMH 可以让接受紧急服务的人出院，或者可以将此人转移到另一家机构，前提是根据适当医务人员的合理判断，此类行动在临床上合适，并且符合患者和医院的最佳利益。

SMH 将根据《哥伦比亚特区市政条例》第 44 章第 4400.2 节第 22 篇“提供无偿护理”的规定向符合条件的人员提供无偿护理。提供的无偿护理应基于这些规则或 Sibley 与哥伦比亚特区政府之间的合同义务，以提供较高美元价值的标准为准

无偿护理在管理需求证明的法律中有所定义（定义部分中的 DC 法典 44-401）。法律将无偿护理定义为医疗保健机构不收取向患者提供医疗保健服务的费用。“无偿护理”一词包括坏账和慈善医疗，但不包括合同津贴。

坏账是指基于向任何患者提供的医生和医院医疗服务而产生的应收账款，预期会为其付款，但经过合理的收款努力后被认为无法收回；且不属于任何联邦、州或地方政府单位的义务。坏账一词不包括慈善医疗。

慈善医疗是指向无能力支付服务费用的人，特别是低收入、无保险和保额不足的人提供的医生和医院医疗服务，但不包括被确定为由坏账引起或被归类为坏账的服务。

##### 无偿护理资格标准

如果一个人没有能力支付医疗服务费用并满足下列要求，则其符合无偿护理资格：

1. 不在第三方保险公司或政府计划的承保范围内，或接受不在承保范围内的服务；

2. 个人或家庭年收入不超过联邦贫困线 (FPL) 的 200%；以及
3. 申请服务。

无偿护理的财务资格应通过以下方法之一计算：

1. 将申请无偿护理之前三 (3) 个月的个人或家庭收入（如适用）乘四 (4)；或
2. 使用申请无偿护理之前十二 (12) 个月的个人或家庭的实际收入（如适用）。

### 一般收费金额

向拥有“AGB”保险的个人收取的一般收费金额将使用“回溯法”计算，这定义为 Medicare 和所有私营健康保险公司作为索赔的主要付款人向医院全额支付的所有紧急和其他具医疗必要性护理索赔，在每种情况下都考虑到以共同保险或免赔额形式支付给医院的账户金额。SMH 至少每年会通过审查前 12 个月期间全额支付的所有索赔来计算 AGB 百分比。一旦确定，将在不迟于 12 个月期限结束后的 45 天实施 AGB 百分比。

符合财务援助资格之人预计为紧急或其他具医疗必要性护理支付的费用不会超过向拥有承保此类护理的保险之人收取的一般收费金额。

### 无偿护理年度要求

就本政策和附录而言，SMH 提供的无偿护理服务应按以下方式计算：年度合规水平：

1. 将不少于 SMH 年度运营费用百分之三 (3%) 的金额减去其根据《社会保障法案》(Medicaid 和 Medicare) 第 XVIII 和 XIX 篇获得的报销金额，不考虑合同津贴。此外，SMH 应遵守先前 CON 中根据该法案规定的任何无偿护理义务。
2. 如果在任何财政年度，SMH 未能履行其年度无偿护理义务，则应根据州卫生和规划发展局（以下简称 SHPDA）批准的合规计划，在不迟于出现不足的年度后三 (3) 年内，努力提供数量足以弥补随后一年或数年不足的无偿护理。
3. 如果 SMH 在一个财政年度内提供的无偿护理金额超过了其年度合规水平，SMH 可以要求总监将多余金额作为对现有不足或任何后续财政年度的年度合规水平的抵免。要获得抵免资格，必须根据本章的要求提供超过年度合规水平的超额美元价值。

### 无偿护理资格的书面决定

1. SMH 将针对每个无偿护理申请向护理申请人提供无偿护理资格决定的书面通知。通知应在申请无偿护理时提供给本人，或通过普通邮件发送至所提供服务的申请人的地址。如果该人无法当场接受通知，并且没有提供地址，SMH 可以在其机构的显眼位置张贴通知，表明该人可在 Sibley 的行政办公室查询资格状态。
  1. 高级副总裁/首席财务官负责执行本政策。他/她应制定符合规定要求的分配计划并监督实施。高级副总裁/首席财务官将在每个财政年度结束后的 120 天内编制一份报告提供给 SHPDA。支持 Sibley 决定的文件应向公众公开并报告给 SHPDA。该等文件应由高级副总裁/首席财务官保存，保存期限为自特定财政年度最后录入之日起五 (5) 年。应定期向董事会主席和财务主管通报 Sibley 的政策遵守情况。

2. 如果在提供服务之前提交申请，SMH 应在完成门诊服务申请后五 (5) 个工作日内或住院服务出院前决定无偿护理资格。如果申请是在 SMH 提供门诊服务后或住院患者出院后提交，则 SMH 应在下一个计费周期完成之前做出资格决定。通常，决定通知将在社区援助委员会的下次计划会议后的 5 天内发出。SMH 可以发布条件性资格决定。该等决定应说明申请无偿护理之人必须满足哪些条件方能符合资格。
3. 每一份无偿护理资格书面决定均应及时送达申请人。每一份无偿护理资格书面决定均应包括以下声明：
  1. SMH 将提供、有条件地提供，或将不会提供无偿护理；
  2. 无偿护理将不收费；
  3. 患者申请护理的日期；
  4. 做出决定的日期；
  5. 个人或家庭的年收入（如适用），以及申请无偿护理之人的家庭人数；
  6. 已提供或将提供服务的日期；以及
  7. 拒绝的理由（如适用）。

### 无偿护理义务通知发布：

在财政年度开始之前，SMH 将在哥伦比亚特区广为发行的报纸上发布其无偿护理义务可及性的通知。Sibley 还将向 SHPDA 提交该等通知的副本。高级副总裁/首席财务官负责发布和提交此类通知。通知应包括：

1. SMH 打算在财政年度内提供的无偿护理的美元价值，或 SMH 将向所有无法支付治疗费用但申请无偿护理之人提供无偿护理的声明；
2. SMH 打算提供的无偿护理金额与 Sibley 的年度合规水平（如果有的话）之间的差异的说明；以及
3. 表明 SMH 是否已履行了之前报告期间所有未履行无偿护理义务的声明，或表明其将在特定期限履行任何未履行义务的声明。

### 无偿护理可及性通知发布：

宣布无偿护理可及性的通知也应张贴在患者挂号处、入院部、营业办公室和急诊室的显著位置。SMH 应张贴下列通知：

1. “根据哥伦比亚特区法律，本医疗保健提供者必须向社区所有人提供其服务。本医疗保健提供者不得因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、个人外表、性取向、家庭责任、入学录取、政治派别、身体残疾、收入来源、或居住地或营业地点，或者因人员受 Medicare 或 Medicaid 等计划承保而进行歧视。”
2. “还要求本医疗保健提供者免费或以减价的形式向无力支付费用之人提供合理数量的服务。请咨询工作人员您是否符合免费或减价服务的资格。如果您认为自己在没有充分理由的情况下被拒绝提供免费或减价服务或治疗考虑，请联系本医疗保健提供者的入院或营业办公室，并通过全市呼叫中心致电州卫生规划和发展局，电话号码为 202-727-1000。”

3. “如果您想提出投诉，可以向州卫生规划和发展局索取表格。”

本通知还应包括 Sibley 无偿护理资格标准的摘要。根据人口普查局公布的最新数据，此类通知应以英语和西班牙语以及任何其他占哥伦比亚特区百分之十 (10%) 或更多人口的家庭常用语言发布。Sibley 应将张贴通知的内容传达给其有理由认为无法阅读通知的任何人。

### **无偿护理可及性书面通知：**

在 SMH 提供无偿护理的财政年度的任何期间，SMH 应向代表自己或他人向医院寻求服务的每个人提供服务可及性书面通知。SMH 将在提供服务之前提供此书面通知，除非服务的紧急性质不允许事先通知。在紧急情况下，SMH 应在可行范围内尽快向患者或其近亲提供书面通知。该等通知应不迟于提供第一份服务账单时发出。该个人书面通知应提供以下信息：

1. “根据哥伦比亚特区法律，本医疗保健提供者必须向社区所有人提供其服务。本医疗保健提供者不得因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、个人外表、性取向、家庭责任、入学录取、政治派别、身体残疾、收入来源、或居住地或营业地点，或者因为人员受 Medicare 或 Medicaid 等计划承保而进行歧视。”
2. “还要求本医疗保健提供者免费或以减价的形式向无力支付费用之人提供合理数量的服务。请咨询工作人员您是否符合免费或减价服务的资格。如果您认为自己在没有充分理由的情况下被拒绝提供免费或减价服务或治疗考虑，请联系本医疗保健提供者的入院或营业办公室，并通过全市呼叫中心致电州卫生规划和发展局，电话号码为 202-727-1000。”
3. “如果您想提出投诉，可以向州卫生规划和发展局索取表格。”

本通知还应包括 Sibley 无偿护理资格标准的摘要，任何寻求无偿护理之人可以申请无偿护理的办公室地点，并声明 Sibley 应就此人是否能获得无偿护理做出书面决定、做出决定的截止日期或期限。

### **SMH 的社区的定义：**

SMH “向社区中的所有人”提供其服务，包括哥伦比亚特区法定无偿护理要求所要求的服务。社区适用范围扩及在医院服务区生活或工作

或在服务区内探访时需要紧急服务的人员。社区援助计划明确排除那些明显居住在医院服务区之外且申请选择性服务的人员。医院的服务区包括哥伦比亚特区以及马里兰州和弗吉尼亚州的大部分地区，向西弗吉尼亚州、特拉华州和宾夕法尼亚州的居民提供有限的服务。医院可能会要求申请人提供证明符合医院社区定义的文件。

### **参考文献：**

财务援助政策手册，总则，财务援助，

PFS035 生效日期：2022 年 8 月 8 日 第 5 页，共 5 页

附录 A：特定于 DC 条例的 SIBLEY 纪念医院（仅限）财务援助条款

《哥伦比亚特区市政条例》第 22 篇第 4404、4405 和 4406 款

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Johns Hopkins 医疗集团  
财务援助申请**

请填写所附表格，并连同下列文件一并交回。

**包括表格:**

财务援助申请（附件）

**包括文件:**

1. 上一年纳税申报表的复印件。（如已婚且分别报税，请提供两份申报表的复印件）。
2. 最近三 (3) 份工资单的复印件，雇主的信件或失业证明。
1. 社会保障证明的复印件（如适用）
2. 医疗援助或社会保障部门决定信的复印件。
3. 申请中记录的每月生活费用的证明，如电话费账单、BG&E 账单或租金/抵押付款的复印件。
4. 未付医疗费用的复印件。
5. 所有医疗保险卡的复印件。
6. 居住证明，如身份证、驾照、出生证明或合法永久居留身份（绿卡）。

**请将资料邮寄至:**

**3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100  
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON  
BALTIMORE, MD 21211**



FINANCE



财务援助申请

关于您的信息

姓名: \_\_\_\_\_
名字 中间名 姓氏

社会保障号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 婚姻状况: 单身 已婚 离异

美国公民 是 否 永久居民: 是 否

家庭地址: \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
城市 州 邮编 国家

雇主姓名: \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_
工作地址: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
城市 州 邮编

家庭成员:

Table with columns for Name, Age, and Relationship. The first row is pre-filled with '本人' (Self).

您是否申请了医疗援助 是 否
如为是, 您申请的日期是哪一天? \_\_\_\_\_
如为是, 决定是什么? \_\_\_\_\_

您是否接受任何形式的州或县援助? 是 否

I. 家庭收入

列出您每月从各种渠道获得的收入。可能要求您提供收入、资产和开支证明。如果您没有收入, 请提供为您提供食宿之人出具的信函。

	每月金额
就业	_____
退休/养老金福利	_____
社会保障福利	_____
公共援助福利	_____
残疾福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
出租物业收入	_____
罢工福利	_____
军人福利	_____
农场或自雇	_____
其他收入来源	_____
	总计 _____

<b>II. 流动资产</b>	当前余额
支票账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、存款单或货币市场	_____
其他账户	_____
	总计 _____

**III. 其他资产**

如果您拥有以下任何一项，请列出类型和估计价值。

住宅	贷款余额 _____	估计价值 _____
汽车	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____

其他财产	估计价值 _____
	总计 _____

**IV. 每月开支**

租金或按揭贷款	金额 _____
水电煤气费	_____
汽车贷款	_____
信用卡	_____
汽车保险	_____
健康保险	_____
其他医疗开支	_____
其他开支	_____

您是否还有其他未付医药费?                      是                      否

因何服务产生? \_\_\_\_\_

您是否有安排的付款计划? 每月付款是多少? \_\_\_\_\_

**关于医疗财务困难援助资格:**  
 申请日期前十二 (12) 个日历月的家庭收入: \_\_\_\_\_

在本申请日期前的十二 (12) 个日历月在 Johns Hopkins 发生的医疗债务 (不包括共同保险、共付额或免赔额):

服务日期	所欠金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**关于推定财务援助资格：**

1. 患者年龄是什么？ \_\_\_\_\_
2. 患者是否怀孕？ 是或否
3. 患者家中是否有 21 岁以下的子女？ 是或否
4. 患者是否失明或可能因有酬工作而丧失能力 12 个月或更长时间？ 是或否
5. 患者目前是否接受 SSI 或 SSDI 福利？ 是或否

6. 患者（以及已婚配偶）的银行账户总额或可兑换为现金的资产是否不超过以下金额？ 是或否

**家庭人数：**

一个人： \$2,500.00

两个人： \$3,000.00

每增加一名家庭成员，增加 \$100.00

（例如：对于一个四口之家来说，如果您的总流动资产少于 \$3,200.00，您应回答“是”。）

7. 患者是否为马里兰州居民？ 是或否  
如果患者不是马里兰州居民，其住在哪个州？ \_\_\_\_\_

8. 患者是否无家可归？ 是或否

9. 患者是否参加 WIC？ 是或否

10. 家庭是否有孩子参加免费或减价午餐计划？ 是或否

11. 家庭是否参加低收入能源援助计划？ 是或否

12. 患者是否领取 SNAP/食品券？ 是或否

13. 患者是否注册 Healthy Howard、Chase Brexton？ 是或否

14. 患者是否被 Catholic Charities、Mobile Med、Montg Co Cancer Crusade、Primary Care Coalition、Montgomery Cares、Project Access 或 Proyecto Salud 转介到 SH？ 是或否

15. 患者目前是否有：  
仅医疗援助药房 是或否  
QMB/SMLB 是或否

16. 患者是否有工作？ 是或否  
如没有，失业日期是哪一天。 \_\_\_\_\_

是否符合 COBRA 健康保险承保的资格？ 是或否

所有提交的文件都成为本申请的一部分。

如果您申请获得额外附加财务援助，JHM 可能会要求您提供额外的信息，以便做出补充决定。签署此表格即表明，您证明所提供信息属实，并同意在提供的信息发生变化后十天内通知 JHM。据我所知所信，申请表上所提供的所有信息均真实准确。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
与患者的关系

## 附录 C：JOHNS HOPKINS 奥尔儿童医院 财务援助条款

### I. 目的

本附录的目的是陈述适用于 Johns Hopkins 奥尔儿童医院、儿科医师服务有限公司和西海岸新生儿科有限公司的附加条款。

### II. 范围

本政策进一步适用于在附录 B 中列出的参与组织的许可下运营的所有地点。所有实体进一步被称为“提供者医疗保健系统”，并包括所有医院机构和区域门诊中心。除医院本身外，在医院提供紧急或其他具医疗必要性护理的所有提供者的列表（指定本政策涵盖和不涵盖哪些提供者）每季度会在我们的以下网站上进行更新：  
<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance/Financial-Assistance-Provider-Listing>

### III. 政策声明

1. a. 提供财务援助的承诺：提供者医疗保健系统致力于根据个人财务状况，为有医疗保健需求但却没有保险、保额不足、不符合政府计划资格或因其他原因无法支付具医疗必要性护理费用的患者提供财务援助。提供者医疗保健系统财务顾问、指定的营业办公室代表或有权提供财务援助的委员会将审查每个个案，并根据本政策确定可能提供的财务援助。
- b. 提供紧急医疗护理的承诺：提供者医疗保健系统不加歧视地为个人提供紧急医疗状况护理，无论其是否有资格根据本政策获得援助。提供者医疗保健系统不会采取阻止个人寻求紧急医疗护理的行动，例如要求急诊科患者在接受紧急医疗状况治疗之前付款，或允许干扰不加歧视提供紧急医疗护理的债务催收活动。根据提供者医疗保健系统 EMTALA 政策，以非歧视的方式向所有提供者医疗保健系统患者提供紧急医疗服务，包括根据 EMTALA 进行的紧急转移。

### IV. 程序

#### 1. A. **财务援助资格：**

1. Johns Hopkins 奥尔儿童医院的下列医疗保健服务不符合财务援助资格：
  - a. 非必要、非具医疗必要性或选择性服务，如整容手术、牙科美容、单人病房和便利物品；
    - a. 当出现关于某项服务属于“选择性”或“具医疗必要性”的问题时，应咨询提供者医疗保健系统指定的入院医生和/或医生顾问。
  - b. 为登记为选择性自付患者的患者提供的服务；

- c. 某些由各临床科指定的不会对其提供财务援助的选择性服务。
- d. Medicare、Medicaid 或其他第三方付款人可承保的非紧急服务，前提是这些服务可以由网络内机构或提供者根据患者保险的要求提供。

**B. Johns Hopkins 奥尔儿童医院提供的财务援助**

- 1. 将根据参考做出决定时有效的联邦贫困线 (FPL) 确定的财务需求向患者提供符合本政策条件的服务。患者的家庭没有价值超过 \$10,000 的流动资产，并且处于：
  - a. FPL 的 200% 或以下，有资格以 100% 总费用折扣享受护理。
  - b. FPL 的 201% 至 300%，有资格以 85% 总费用折扣享受护理。
  - c. FPL 的 301% 至 400%，有资格以 70% 总费用折扣享受护理。

**C. Johns Hopkins 奥尔儿童医院的一般收费金额**

- 1. 在提供者医疗保健系统确定患者符合财务援助资格后，向患者收取的费用不得超过对根据联邦法律要求向具有保险承保的个人提供的紧急或其他具医疗必要性护理收取的一般收费金额 (AGB)。
- 2. 使用提供者医疗保健系统的“回溯法”决定 AGB。
- 3. AGB 计算方法如下：
  - a. AGB 计算通过审查在指定的十二个月期限内由 Medicare 按服务收费计划和所有私人健康保险公司就紧急和具医疗必要性护理全额支付给提供者医疗保健系统的所有过去索赔进行，包括共同保险、共付额和免赔额。
  - b. 通过将护理的总费用乘以一个或多个 AGB 百分比来确定向符合财务援助资格的个人提供的紧急和具医疗必要性护理的 AGB。
  - c. 每年计算每个提供者医疗保健系统实体的 AGB 百分比，方法是将 Medicare 按服务收费计划和私人保险公司支付的某些索赔的总和除以这些索赔的相关总费用。
- 4. AGB 百分比在医院机构用于计算 AGB 百分比的 12 个月日历年期限结束后的第 120 天前应用。
- 5. 提供者医疗保健系统不会向根据本政策有资格获得财务援助的个人收取或期望其支付总费用。

**D. 财务援助拒绝请求权：**

- 1. 如果财务援助申请被拒，患者有权要求重新考虑申请。财务顾问或指定人员会将要求重新考虑的任何申请转交给财务援助评估委员会进行最终评估和决定。

**E. Johns Hopkins 奥尔儿童医院社区内患者的财务援助计划通信：**

- 1. 提供者医疗保健系统应通过各种方式传播有关提供者医疗保健系统提供的财务援助的通知（其中应包括联系电话和网站地址），其中可能包括但不限于在患者账单中发布通知以及在急诊室、入院条件表、护理中心、入院和登记部、医院营业厅张贴通知，提供者医疗保健系统可根据情况进行选择。将在患者入院或出院时提供提供者医疗保健系统的财务援助政策摘要，并可应所有患者要求提供。提供者医疗保健系统还应在机构网站、患者访问点提供的小册子以及提供者医疗保健系统可能选择的医院/提供者服务的社区内的其他地方发布并广泛宣传此财务援助护理政策的摘要。此类通知和摘要信息应以提供者医疗保健系统所服务人群使用的主要语言提供。
- 2. 提供者医疗保健系统应通过各种方式（应包括但不限于在机构网站上发布并包含在本政策中）发布所有提供者医疗保健系统提供者的紧急和具医疗必要性护理通知，其中应包括财务援助政策是否适用于提供的合格服务的决定。

**F. 与催收政策的关系：**

1. 关于提供者医疗保健系统在不付款情况下可能采取行动的信息，请参见单独的自付催收政策 (PFS046)。公众可以从提供者医疗保健系统免费获得此单独政策的副本
2. 自费催收政策 (PFS046) 规定了内部和外部催收机构的政策和程序（包括医院在不付款的情况下可能采取的行动，包括催收行动）。该政策考虑患者获得财务援助资格的可能性、患者申请政府计划或从提供者医疗保健系统获得财务援助的诚意努力，以及患者为遵守他或她与提供者医疗保健系统的付款协议所付出的诚意努力。对于有资格获得财务援助且真诚合作解决其医疗账单问题的患者，提供者医疗保健系统可提供延期付款计划，该计划可能会由外部催收机构管理和监督。

## V. 提供者医疗保健系统信息

网站：

[www.hopkinsallchildrens.org/](http://www.hopkinsallchildrens.org/)

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance>

## VI. 支持信息

相关文件：

- RC008 号政策 - 医院服务费用申请
- RC007 号政策 - 患者护理报销
- FIN008 号政策 - 紧急医疗护理
- PTCRE014 号政策 - 《紧急医疗及劳工法案》(EMTALA) 及患者评估治疗或转院到其他医院
- SUPSR014 号政策 - 标牌、传单、横幅和艺术品 (SUPSR014) 所有权：
  
- Johns Hopkins 奥尔儿童医院财务部  
主题专家头衔/职位（如适用）：
  
- JHACH 首席财务官
- JHACH 收入周期高级总监