

NEWYORK – PRESBYTERIAN HOSPITAL

慈善医疗服务政策概述

New YorkPresbyterian Hospital (NYPH) 针对在我们医院接受健康医疗服务并且需要经济援助的患者制定提供援助的长期政策，并且不会因为此等患者的年龄、性别、种族、民族血统、社会经济地位、移民身份、性取向或宗教信仰不同而区别对待。

如果您欠有 NEW YORK – PRESBYTERIAN HOSPITAL (下文称 HOSPITAL) 的债务，并且认为您无力支付，那么 NYPH 制定有向合格患者提供援助的慈善医疗政策。

我怎么知道我是否有资格享有慈善医疗服务/经济援助？

- 纽约州的居民可能具备享有医学上认为必需的急救慈善医疗服务的资格。Hospital 主要服务区域的居民可能具备享有医学上认为必需的急救慈善医疗服务的资格。
- 对于 NewYork-Presbyterian/Columbia (包括 Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian)、NewYork-Presbyterian/Weill Cornell、NewYork-Presbyterian/Lower Manhattan 和 NewYork-Presbyterian/Allen 而言，主要服务区域包括纽约市的五个区 (县)。
- 对于 NewYork-Presbyterian/Westchester 而言，主要服务区域包含下列县：威彻斯特、布朗克斯、奥兰治、普特南和罗克兰。
- 满足上述标准并且收入低于下文所述金额的患者有资格享有慈善医疗服务/经济援助。如慈善医疗政策中所述，申请人可能会被问到净资产问题。

家庭或住户人口数	收入 (生效日期: 2016 年 1 月 25 日)
1	\$47,520
2	\$64,080
3	\$80,640
4	\$97,200
每增加一个人，增加：	\$16,640

- 通常在完成慈善医疗服务申请后即确定慈善医疗服务资格。
- 本政策不适用于任何医师或其他医疗服务人员的收费；所有医师和其他医疗服务人员单独收取服务费用。

我能够获得什么样的援助？

- Hospital 将会限制针对符合慈善医疗服务项目的患者的收费，限制的金额是不超过针对持有保险的个人接受的急救治疗服务或其他医学上认为必要的医疗服务开具的一般金额 (AGB)。对于所有其他医疗服务，向合格个人收取的费用不得超过 Hospital 的总收费。Hospital 使用前推法并根据现行纽约州服务费 Medicaid 费率确定的费率来计算 AGB。
- 向合格患者提供分期付款计划。
- 您提交申请后，可以忽略任何账单，直到我们就您的申请做出决定。

我该如何申请或得到我的问题的答案？

- 关于慈善医疗服务政策、概述和申请，可以从我们的 Admitting Offices (住院处) 获取，或者登录我们的网站 www.nyp.org，点击“Charity Care” (慈善医疗服务) 按钮，获取其英语或其他语言版本。
- 关于慈善医疗服务资格和申请流程的信息，可以从我们的住院处获取或拨打我们的免费电话 **(866) 252-0101** 获取

NEWYORK - PRESBYTERIAN HOSPITAL [纽约长老会医院]

Patient Financial Services [患者财务服务处]

3 Expressway Plaza, Suite 200

Roslyn Heights, NY 11577-2050

尊敬的患者：

请查看随附的慈善医疗申请表。在收费和托收账单过程中的任何时候，您都可以申请慈善医疗。请填写此申请表和所有支持文件并将其发回上述地址。

如果您的申请资料不完整，我们将无法受理。

如果您需要进一步的帮助或对本套资料有任何疑问，可拨打下列电话联系慈善医疗部门
(516) 686-4354 or (516) 686-4308。

为帮助我们更好地处理您的慈善医疗申请，你可以选择在申请中包含下列资料：

- 工资单
- 雇主证明信（如果适用）
- 1040 表格
- 任何能证明您收入的其它信息

如果您年龄在二十一 (21) 岁以下，并且/或者您是父母/监护人的受抚养者，则您的父母或监护人需要填写名为**慈善医疗申请表**的资格申请表，并提供必要的支持文件。

您必须提供可以联系到您的电话号以及包括公寓名称和号码的完整地址。

在决定您或您的孩子是否有资格享受慈善医疗时，如您能提供描述您情况的说明和任何上述适用的文件或支持材料，都将有助您的申请。

如果您是学生，请提供证明您学生身份的文件。

患者须知

如果您提交了填写完整的申请表格以及根据医院慈善医疗政策确定您是否有资格所需的文件和信息，在我们对您的申请作出决定前，您可以不必处理任何医院的账单。

请将申请表和支持文件发送传真至：(516) 801-8504

或者邮寄至：

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

3 Expressway Plaza, Suite 200

Roslyn Heights, NY 11577

Att.: Jerome Fields

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL [纽约长老会医院]
慈善医疗申请表

患者姓名 _____ 出生日期 _____
 姓 名 中间名缩写

地址 _____ 街道、公寓号 # 城市 州 邮编

电话号码 (_____) _____ 职业 _____ 雇主 _____

雇主地址 _____ 雇主电话号码 _____

收入 - 请列出 您本人、配偶和和全部家庭成员 的收入:

收入种类	过去 3 个月总和	过去 12 个月总和
工资		
收入		
政府援助		
社会保险		
失业保险/工伤保险补偿		
赡养费		
子女抚养费		
养老金		
分红收入		
资源 (银行账户、投资、贷款等)		
总计		

医院要求您提交相关文件以证实您所列的收入。证明文件可包括工资单、雇主证明信、1040 表等。

家庭规模 - 与您同住的家庭成员:

姓名	年龄	关系

注意: 如果此页空格不够请另附一张纸。

在收费和托收账单期间的任何时候都可以提交本申请。

一旦您提交了完整的申请表和相关支持文件, 在医院对您的申请出书面决定前, 您可以不必处理任何账单。

提交此慈善医疗申请表, 请阅读下列声明并在指定位置签字。

本人要求纽约长老会医院对于本人是否享有慈善医疗资格做出书面定。我了解医院有权核实我所提交的有关本人年收入及家庭规模的信息。如果信息被认定为假信息, 将会导致慈善医疗申请被拒, 并将有责任支付医疗服务费用。我确认上述信息是我所能提供的最准确、真实的信息。我允许纽约长老会医院核实有关此申请的相关信息。

日期 _____ 申请人签名 _____ 账户号 _____

请提交至:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services
 3 Expressway Plaza, Suite 200
 Roslyn Heights, NY 11577
 Att: Jerome Fields
 或者发传真至: (516) 801-8504

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号: C106

第 1 页, 共 5 页

标题: 慈善医疗服务政策

政策与宗旨:

New York State Public Health Law (《纽约州公共卫生法》) (第 2807-k-9-a 节) 和 Internal Revenue Code (《美国国家税务局法规》) (第 501(r) 节) 要求医院为根据其财务状况鉴定为无法全额或部分支付医疗费用的患者免费或以折扣价格提供急救服务或其他医学上认为必需的医疗服务。

NewYork-Presbyterian Hospital (下文称 Hospital) 意识到其有责任向没有投保或保额不足并且已经在 Hospital 接受急救服务或其他医学上认为必需的医疗服务的患者提供慈善医疗服务 (下文称慈善医疗服务)。Hospital 致力于对个人患者的需求进行综合评估, 同时向任何年龄、性别、种族、民族血统、社会经济地位、移民身份、性取向或宗教信仰的患者提供必要的慈善医疗服务。

适用范围:

1. 本政策适用于向依据本政策有资格享有 Hospital 或其员工援助的个人提供的急救服务或其他医学上认为必要的住院和/或门诊服务。(当前包括的医院见附件 D)。
2. 本政策适用于向纽约州居民 (包括符合紧急医疗护理和劳动法 (EMTALA) 的转诊患者) 提供的急救服务以及向 Hospital 主要服务区域内的任何合格居民提供的非紧急、医学上认为必要的服务。(见附件 A)。医疗服务定义为纽约州 Medicaid 计划包括的服务。
3. 除包括合格的未投保患者外, 本政策还包括有资格并且面临特别医疗费用 (包括共同付费、免赔额或共同保险额) 和/或已经用尽医疗保险金 (包括但不限于医疗储蓄款) 的个人。
4. 本政策不适用于任何其他医疗服务人员 (如单独收取服务费的医师或其他医疗服务人员) 提供的任何服务。患者事先应该预料到会收到医师或其他医疗服务人员开具的单独账单; 此等医师或其他医疗服务人员开具的账单不在本政策的适用范围之内。
5. 患者提交填写完整的申请表并随附要求的文档之后, Hospital 即会考虑提供慈善医疗服务。在本政策所述的某些限制性环境下, 可能会根据信用或专业报告机构的推算收入评分决定是否向患者提供慈善医疗服务。
6. 首先, 评定患者是否符合 Medicaid 计划或其他保险计划的资格, 若评定结果合理或合适, 即会向其提供慈善医疗服务。
7. 经 Hospital 指定工作人员的批准后, 可以制定本政策的例外情况。由 Hospital Utilization Review Department (医院效用评估部门) 依据适用的 Hospital 政策和流程解决关于医疗必要性的争议。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号: C106

第 2 页, 共 5 页

程序:

A. 申请: 定时/定位/文件

1. Hospital 的住院处和 Emergency Department (急诊科) 应在接收和登记患者、患者出院时和/或通过邮件以 Hospital 的主要语言应要求向患者免费提供书面材料, 包括申请、政策全文以及以普通语言编写的概述 (概述)。此外, 还应在 Hospital 的网站 (www.NYP.org) 上公布上述材料。同时, 还需要向患者作出关于本政策的通知, 方法是: 在 Hospital 的 Emergency Rooms (急诊室) 和住院处醒目位置张贴语言得体的信息, 并且向患者发送关于账单和结算单的信息, 说明合格患者可能会获得经济援助以及获得更多信息的方式。
2. 通过向患者发出通知, 应在申请材料中说明患者是否提交了完整的申请 (包含用以确定其是否符合本政策资格要求的信息或文件), 并且说明在 Hospital 对申请做出决定之前, 患者不必支付 Hospital 的任何账单。
3. 患者可以在开具账单和收费过程中的任何时间索要申请表并提交完整申请表申请援助。应在申请人提交完整申请表后尽快向其提供关于此申请的书面决定, 但在任何情况下, 都应在 Hospital 收到此申请后的三十 (30) 天内做出决定。若需要申请人的其他信息来确定其是否符合资格, Hospital 应在上文所述的三十 (30) 天内索要此类信息。关于如何对否决书或其他不利决定提出上诉的书面指示和 New York State Department of Health (纽约州卫生署) 的联系信息, 应当包含在关于申请的不利决定或否决书中。
4. 申请人必须提供支持其申请的信息/文件, 包括但不限于关于其申请表上输入信息的文件。此外, 文件示例可能还包括工资存根、雇主证明信 (若适用), 以及证实收入的 Internal Revenue Service (美国国税局) 表格 1040。
5. 申请人可能会被询问到净资产问题¹ (如动产和不动产价值、保险单、银行存款、其他投资账项)。
6. Hospital 可能会就某些患者向第三方 (如信贷机构) 进行咨询并向后者获取相关报告, 以确定在下列限制条件下这些患者是否仍然符合慈善医疗服务的假定资格:
 - a. 患者已出院,
 - b. 患者的保险范围不足, 或者保险金已经用完,
 - c. 患者账户上有超过 \$300.00 的未清余额,
 - d. 患者至少收到了一张账单, 并且该账单的支付期已经结束, 以及
 - e. 患者没有申请慈善医疗服务或者没有填写申请表,
 - f. 患者已通过账单中的陈述被告知, Hospital 可以在没有获得任何信用报告之前, 获得一份信用报告,

¹净资产不包括主要居所、延税或类似的退休储蓄、教育储蓄, 以及患者或直系亲属使用的车辆 (下文称排除资产)。根据适用州法和纽约州卫生署指导原则, 可能会根据具体情况考虑重要资产 (除了排除资产外)。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号: C106

第 3 页, 共 5 页

- g. 信用报告不得用于拒绝慈善医疗服务申请。

Hospital 不会向此类第三方报告患者的账务状况。

7. Hospital 门诊患者在首次登记后会进行评估。填写 Hospital 门诊患者申请和做出相关决定是登记流程的一部分, 除非还需要其他信息。
8. Hospital 不会因为合格个人没有支付先前与本政策包括服务有关的一张或多张账单而延迟或拒绝提供急救服务或其他医学上认为必要的医疗服务 (或者在提供服务之前要求先付款)。

B. 上诉程序

1. 若患者对关于其慈善医疗服务申请的决定不满意, 可以在收到决定的二十 (20) 天内, 向 **Director of Patient Accounts** (患者账户部门主任, 下文称主任) 或其指定人员提交原因及任何支持文件, 对此决定提出上诉。
2. 主主任应在十五 (15) 个工作日内审查此上诉, 并以书面形式对患者进行回应。
3. 若患者对主任的决定仍不满意, 可以书面形式将主任的决定 (包括相关原因) 和任何支持文件移交给 **Vice President of Patient Financial Services** (患者财务服务副院长, 下文称副院长) 或 Hospital 其他指定人员审理。
4. 副院长应在收到上诉后的十五 (15) 天内做出书面决定。副院长的决定为最终决定。
5. 在任何上诉未定期间不得进行任何收费活动。

C. 支付流程

1. 按照本政策的要求, 根据当前年度的适用费用变动标准, 即“费用变动标准-住院/门诊”、“行为健康门诊费用变动标准”和“诊断费用变动标准” (本政策的附件 C-1、附件 C-2 和附件 C-3), Hospital 将向未投保申请人或已用完特定服务医疗保险金 (包括但不限于医疗储蓄款) 的申请人 (包括申请人及其家属) 免费或以折扣价格提供医疗服务, 但是此类申请人的收入必须在每年公布的 **Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income** (非农收入联邦贫困指标) 规定的联邦贫困线 400% 以下 (在确定患者是否符合资格时, 使用的是收到完整申请时的现行收入指标, 而不是提供服务时的收入指标)。
 - a. 根据具体情况, 如果患者拥有排除资产 (见上文脚注 1) 以外的重要资产, 则可能会考虑患者的净资产。
 - b. 在考虑年收入在联邦贫困线 150% 或以下的患者的资产时, 只考虑排除资产以外的资产是否超过了州卫生署每年规定的当前年度的资产水平。有关当前年度的资产水平, 请参见附件 B (本政策附件)。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号: C106

第 4 页, 共 5 页

2. Hospital 将限制向有资格享受慈善医疗服务计划的个人收取的费用, 限制的金额相当于针对持有保险的个人开具的有关急救服务或其他医学上认为必要的医疗服务的一般金额 (AGB)。Hospital 使用前推法并根据纽约州卫生署制定的现行纽约州服务费 Medicaid 费率确定的费率来计算 AGB。在决定申请者是否享有慈善医疗服务的资格后, 向合格个人收取的费用不得超过急救服务或医学上认为必要的医疗服务的一般金额 (AGB)。为了确定向享有慈善医疗服务资格的个人收取的金额, Hospital 将会根据此类人员的家庭人口数和收入, 按照附件 C-1、附件 C-2 和附件 C-3, 使用 AGB 的变动标准折扣方法。例如, 如果确定一位患者享有慈善医疗服务资格, 并且该名患者的家庭成员为 3 名, 收入为 \$35,000, 那么根据附件 C-1 进行计算, 向该名患者收取的费用为适用于此类患者住院治疗的现行 Medicaid 费率的 55% (AGB)。
3. **分期付款计划。**若患者无法一次性付清尾款, Hospital 将会尝试与患者协商分期付款计划。在与患者协商分期付款计划的过程中, Hospital 可能会考虑已经到期的尾款, 并且还会考虑患者的支付能力。
 - a. 分期付款计划允许患者在六 (6) 个月内付清到期尾款。
 - b. 若经 Hospital 认定, 患者的经济状况允许延长付款期限, 可以将付款期限延长到六 (6) 个月以上。
 - c. 每月支付的金额不得超过患者每月总收入的百分之十 (10%); 当根据适用范围、程序和上文的 C.1. 考虑患者的资产时, 除每月的付款限额外, 还可能会考虑患者排除资产以外的资产。
 - d. 若患者连续两次未能支付到期款项并且在到期后的三十 (30) 天内仍未能支付, 则所有尾款都将到期。
 - e. 若向患者收取利息, 则未付尾款的利率不得超过 US Department of Treasury (美国财政部) 发布的九十天保证金的利率加百分之零点五 (0.5%)。任何分期付款计划均不包含提高未付款项之利率的提前支付条款或类似条款。
4. **押金。**寻求医学上认为必要的医疗服务并且申请慈善医疗服务的患者不需要缴纳押金。患者在申请慈善医疗服务之前缴纳的任何押金将作为慈善医疗服务费用的一部分。如果确定此类患者享有免费医疗服务的资格, 那么所有押金都将退还。如果确定患者享有折扣价格资格, 那么超过患者应向 Hospital 支付的押金余额部分将退还给患者。
5. 依据适用纽约州法律, Hospital 会将因提供慈善医疗服务而收取的费用计入其财务会计系统。
6. 应制定和实施衡量 Hospital 是否遵守本政策的机制。

D. 教育/公众意识

1. Hospital 员工将会接受关于慈善医疗服务适用性以及如何指导患者获取关于申请流程的更多信息的培训。特别是, Hospital 将会向所有与患者进行互动或负责开具账单和收费的 Hospital 员工提供关于本政策的培训。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点：所有中心

医院政策和程序手册

编号：C106

第 5 页，共 5 页

2. 应依据程序 A.1 向患者发送关于本政策的通知。
3. 有关需要向患者提供的概述（包括用于确定患者是否享有援助资格的具体收入水平信息）、关于 Hospital 主要服务区域和如何申请援助的说明，以及本政策和申请表格，应公布在 Hospital 网站 (www.nyp.org) 上。
4. Hospital 将会向公众、当地社区卫生和人类服务机构以及其他助人脱困的地方组织传达慈善医疗服务的适用性。适于向当地非营利机构和公共机构进行通知的措施：
 - a. 向在各个医院附近的当地社区顾问委员会和领导委员会、选择的某些学校和宗教组织的领导提供本政策、总结和申请表；
 - b. 与当地社区委员会、宗教组织、人类服务组织以及当选官员及其下属会面，向他们介绍本政策；
 - c. 通过 Hospital 在其服务区域内开展的街头展和其他社区活动提供本政策、总结和申请表的复印件。

E. 催收规范和程序

1. Hospital 实施了催收规范和程序，以便患者享受 NewYork-Presbyterian Hospital 的高质量医疗服务，同时最大程度地减少 Hospital 的呆账。制定这些规范和程序的目的，是帮助代表 Hospital 追债的催收机构和律师依据 Hospital 的核心使命、价值观和原则（包括但不限于 Hospital 的慈善医疗服务政策）开展追债工作。
2. 根据 New York State Public Health Law (《纽约州公共卫生法》) (第 2807-k-9-a 节) 和 Internal Revenue Code (《美国国家税务局法规》) 规定 (第 501(r) 节) 的要求，Hospital 的催收规范和程序通过单独的催收政策列出。关于催收政策，可以从 Hospital 的住院处获取，或者登录 Hospital 网站 www.nyp.org，点击“Charity Care”（慈善医疗服务）按钮，获取其英语或其他语言版本。

主管部门：患者财务服务部门

政策生效日期：

第一版：2004 年 4 月

修订版：2005 年

审核和修订时间：2006 年、2007 年、2010 年、**2014 年 6 月**

附件修订时间：2008 年 2 月 21 日；2010 年 3 月；2011 年 4 月；2012 年 3 月；2012 年 6 月；2014 年 6 月

修订版：2015 年 10 月 20 日

批准单位：Board of Trustees (受托委员会)

附件 A

主要服务区域

对于 NewYork-Presbyterian/Columbia（包括 NYP/Morgan Stanley Children's）、NewYork-Presbyterian/Weill Cornell、NewYork-Presbyterian/Allen 和 NewYork-Presbyterian/Lower Manhattan 而言，主要服务区域包括纽约市的五个区（县）。

对于 NewYork-Presbyterian/Westchester 而言，主要服务区域包含下列县：威彻斯特、布朗克斯、奥兰治、普特南和罗克兰。

日期：2014 年 6 月

附件 B

2016 年

家庭人口数	资产水平
一	\$9,700
二	\$14,300
三	\$16,445
四	\$18,590
五	\$20,735
六	\$22,880
七	\$25,025
八	\$27,170
九	\$29,315
十	\$31,460
每增加一个人	\$2,145

附件 C-1：费用变动标准 - 住院/门诊
 基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

		儿科教育: \$0 成人教育: \$15 住院/救护外科/MRI: \$150 所有其他非临床服务: 费率的 5%		适用费率的 10%		适用费率的 20%		适用费率的 55%		适用费率的 90%		适用费率的 100%		无折扣*	
		联邦贫困指标 %		100%		101% - 125%		126% - 150%		151% - 200%		201% - 250%		251% - 400%	
患者支付		< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>
1	\$11,880	\$11,880	\$14,850	\$14,850	\$17,820	\$17,820	\$23,760	\$23,760	\$29,700	\$29,700	\$47,520	\$47,520	\$47,520	\$47,520	\$47,520
2	16,020	16,020	20,025	20,025	24,030	24,030	32,040	32,040	40,050	40,050	64,080	64,080	64,080	64,080	64,080
3	20,160	20,160	25,200	25,200	30,240	30,240	40,320	40,320	50,400	50,400	80,640	80,640	80,640	80,640	80,640
4	24,300	24,300	30,375	30,375	36,450	36,450	48,600	48,600	60,750	60,750	97,200	97,200	97,200	97,200	97,200
5	28,440	28,440	35,550	35,550	42,660	42,660	56,880	56,880	71,100	71,100	113,760	113,760	113,760	113,760	113,760
6	32,580	32,580	40,725	40,725	48,870	48,870	65,160	65,160	81,450	81,450	130,320	130,320	130,320	130,320	130,320
7	36,730	36,730	45,913	45,913	55,095	55,095	73,460	73,460	91,825	91,825	146,920	146,920	146,920	146,920	146,920
8	40,890	40,890	51,113	51,113	61,335	61,335	81,780	81,780	102,225	102,225	163,560	163,560	163,560	163,560	163,560
每增加一个人，增加:	4,160														

Source: Federal Register/Vol. 81, No. 15/Monday, January 25, 2016/Notices

***非临床门诊看诊和牙科门诊看诊**：根据 NYP 商业付款人最高额费率的折扣来计算减少额。

***住院患者**：根据较低收费或 MEDICAID DRG 计算减少额

慈善医疗服务 C106

附件 C-2 : 行为健康门诊费用变动标准

基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

类别	A	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
看诊费用	儿科临床门诊 : 0 成人临床门诊 : \$10	\$13		\$20		\$27		\$35		\$50		\$75		\$100		\$120		\$135	
联邦贫困指标 %	100%	101%	125%	125%	150%	150%	200%	200%	250%	250%	300%	300%	325%	325%	350%	350%	375%	375%	400%
家庭人口数/收入	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =
1	\$11,880	\$11,880	\$14,850	\$14,850	\$17,820	\$17,820	\$23,760	\$23,760	\$29,700	\$29,700	\$35,640	\$35,640	\$38,610	\$38,610	\$41,580	\$41,580	\$44,550	\$44,550	\$47,520
2	16,020	16,020	20,025	20,025	24,030	24,030	32,040	32,040	40,050	40,050	48,060	48,060	52,065	52,065	56,070	56,070	60,075	60,075	64,080
3	20,160	20,160	25,200	25,200	30,240	30,240	40,320	40,320	50,400	50,400	60,480	60,480	65,520	65,520	70,560	70,560	75,600	75,600	80,640
4	24,300	24,300	30,375	30,375	36,450	36,450	48,600	48,600	60,750	60,750	72,900	72,900	78,975	78,975	85,050	85,050	91,125	91,125	97,200
5	28,440	28,440	35,550	35,550	42,660	42,660	56,880	56,880	71,100	71,100	85,320	85,320	92,430	92,430	99,540	99,540	106,650	106,650	113,760
6	32,580	32,580	40,725	40,725	48,870	48,870	65,160	65,160	81,450	81,450	97,740	97,740	105,885	105,885	114,030	114,030	122,175	122,175	130,320
7	36,730	36,730	45,913	45,913	55,095	55,095	73,460	73,460	91,825	91,825	110,190	110,190	119,373	119,373	128,555	128,555	137,738	137,738	146,920
8	40,890	40,890	51,113	51,113	61,335	61,335	81,780	81,780	102,225	102,225	122,670	122,670	132,893	132,893	143,115	143,115	153,338	153,338	163,560
每增加一个人, 增加																			
	4,160																		

Source: Federal Register/Vol. 81, No. 15/Monday, January 25, 2016/Notices

慈善医疗服务 C106

附件 C-3 : 诊断费用变动标准
基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

类别	A	B		C		D		E		F		W
看诊费用	儿科/产前临床门诊 : 0 成人临床门诊 : \$10	\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		无折扣
联邦贫困指标 %	100%	101% - 125%		126% - 150%		151% - 200%		201% - 250%		251% - 400%		> 400%
家庭人口数 - 收入	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>
1	\$11,880	\$11,880	\$14,850	\$14,850	\$17,820	\$17,820	\$23,760	\$23,760	\$29,700	\$29,700	\$47,520	\$47,520
2	16,020	16,020	20,025	20,025	24,030	24,030	32,040	32,040	40,050	40,050	64,080	64,080
3	20,160	20,160	25,200	25,200	30,240	30,240	40,320	40,320	50,400	50,400	80,640	80,640
4	24,300	24,300	30,375	30,375	36,450	36,450	48,600	48,600	60,750	60,750	97,200	97,200
5	28,440	28,440	35,550	35,550	42,660	42,660	56,880	56,880	71,100	71,100	113,760	113,760
6	32,580	32,580	40,725	40,725	48,870	48,870	65,160	65,160	81,450	81,450	130,320	130,320
7	36,730	36,730	45,913	45,913	55,095	55,095	73,460	73,460	91,825	91,825	146,920	146,920
8	40,890	40,890	51,113	51,113	61,335	61,335	81,780	81,780	102,225	102,225	163,560	163,560
每增加一个人, 增加:	4,160											

Source: Federal Register/Vol. 81, No. 15/Monday, January 25, 2016/Notices

慈善医疗服务 C106

附件 D

New York-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Morgan Stanley Children's Hospital

New York-Presbyterian Hospital/The Allen Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Lower Manhattan Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Westchester Division

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号:

第 1 页, 共 5 页

标题: 催收政策

政策与宗旨:

制定本催收政策 (政策) 的宗旨是便于患者享受 NewYork-Presbyterian Hospital (Hospital) 的高质量医疗服务, 同时最大程度减少地 Hospital 的呆账。

本政策对 Hospital 以及根据 Hospital 的核心使命、价值观和原则 (包括但不限于 Hospital 的慈善医疗服务政策 (下文称慈善医疗服务政策) 开展追债工作的机构和律师提出了要求。

适用范围:

本政策适用于 Hospital 以及任何协助 Hospital 追讨患者未清债务的机构、律师或律师事务所。

程序:

A. 总体方针

1. Hospital、催收机构 (机构) 以及律师和律师事务所 (外聘律师) 应遵守约束追债活动的所有适用联邦法和州法, 以及认证机构的要求, 包括但不限于 Fair Debt Collection Practices Act (《公正债务催收法案》, FDCPA)、Fair Credit Billing Act (《公平信用结账法》)、Consumer Credit Protection Acts (《消费者信用保护法》)、Public Health Law (《公共卫生法》) 第 2807-k-9-a 节、Internal Revenue Service Code (《美国国家税务局法规》) 第 501(r) 节、New York Civil Practice Law and Rules (《纽约民事诉讼程序法》) 第 52 条、和 Health Insurance Portability and Accountability Act (《健康保险携带和责任法案》, HIPAA) Hospital、机构和外聘律师还应遵守 Hospital 的慈善医疗服务政策。如果 Hospital 的催收政策与慈善医疗服务政策之间存在抵触, 以慈善医疗服务政策为准。
2. Hospital 应与其委托追讨患者医疗服务债务的任何第三方 (包括机构或外聘律师) 订立具有法律约束力的书面协议, 设计此等协议的目的是防止前述第三方在采取合理措施, 确定患者是否有资格享受慈善医疗服务之前采取收取医疗服务费用的特别催收行动 (ECA)。

B. Hospital 和授权实体可以使用的催收规范:

1. 根据 Internal Revenue Code (《美国国家税务局法规》) 第 501(r) 节的定义, 特别催收行动 (ECA) 指医院对患者采取的、与收取医院经济援助政策包括的医疗服务费用相关的行动。根据本催收政策的要求, Hospital 只可以参与下列特别催收行动 (ECA):
 - a. 提起民事诉讼,
 - b. 对财产/物业设置留置权

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号:

第 2 页, 共 5 页

- c. 扣押或冻结银行存款或任何其他个人财产
 - d. 扣押工资
 - e. 发出传票。
2. 如果没有采取合理措施, 确定患者是否有资格享受慈善医疗服务, Hospital、机构和外聘律师不得针对已经接受或者已经被要求承担与患者的 Hospital 医疗服务账单相关的财务责任的任何患者或任何其他个人采取特别催收行动 (ECA)。
 3. Hospital、机构或外聘律师可根据第三方信息或先前的慈善医疗服务资格鉴定推测患者是否具备资格。就向患者提供的任何医疗服务而言, 为采取适当的措施确定患者是否有资格享受慈善医疗服务, Hospital、机构或外聘律师可根据患者以外的其他人提供的信息或先前的慈善医疗服务资格鉴定来确定患者是否具备资格。此外, 如果假定患者有资格享受依据慈善服务政策提供的最高援助以下的援助, 那么 Hospital 应:
 - a. 向患者告知假设性慈善医疗服务资格鉴定的依据以及申请更高依据慈善服务政策提供的援助的方式;
 - b. 在采取特别催收行动 (ECA) 收取患者欠下的医疗服务折扣金额之前, 给患者提供一段合理的时间, 供其申请更高的援助;
 - c. 如果患者在申请期间提交完整的慈善医疗服务申请, 寻求根据本慈善医疗服务政策提供的更高援助, 那么 Hospital、机构或外聘律师应确定患者是否有资格享受更大折扣并且是否在其他方面满足与完整申请相关的适用要求。
 4. 在采取任何特别催收行动 (ECA) 之前, Hospital 应在通知期间 (即在 Hospital 向患者开具出院后账单之日起的 120 天内) 采取恰当的措施, 向患者告知与慈善医疗服务政策相关的信息。如果在采取合理的措施之后, 患者仍然未能提交慈善医疗服务申请, 那么 Hospital、机构或外聘律师可采取本政策特别允许的特别催收行动 (ECA) (见程序 A1), 但前提是 Hospital 应在采取本政策允许的特别催收行动 (ECA) 之前至少 30 天内采取下列措施:
 - a. 向患者提供书面通知, 说明具备资格的患者可享受的慈善医疗服务, 并确定 Hospital 或其他授权方拟采取的收取医疗服务费的特别催收行动 (ECA) 以及采取此等特别催收行动 (ECA) 的最后时间。最后时间不得早于提供书面通知之日起的 30 天;
 - b. 随上述第 B4a 节提供的通知一起提供慈善医疗服务概述 (概述) 的复印件;
 - c. 在最初开具账单之后的患者与 Hospital 之间的电话交流期间, 采取合理措施, 向患者告知与慈善医疗服务政策相关的信息和根据慈善医疗服务申请流程获取援助的方式;
 - d. 如果患者已经提交不完整的慈善医疗服务申请, 那么则向患者发出书面通知, 说明完成慈善医疗服务申请必须提供的信息和/或文件 (包括联系人信息) ;
 - e. 一旦患者根据慈善医疗服务政策提交了完整的慈善医疗服务申请, 应当决定其是否有资格享受慈善医疗服务, 并用文件记录此等决定。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号:

第 3 页, 共 5 页

-
5. 在采取任何特别催收行动 (ECA) 之前, Hospital、机构或外聘律师将会评估患者是否有资格享受政府计划, 包括保险计划 (如 Medicare 和 Medicaid) 、其他费用来源和慈善医疗服务。
 6. Hospital、机构和外聘律师应在开具账单和催收的过程中随时接受慈善医疗服务申请。如果患者在启动特别催收行动 (ECA) 的过程中或之后提交不完整的申请, 那么 Hospital、机构和外聘律师应当暂停执行此等特别催收行动 (ECA), 直到确定此类患者是否有资格享受慈善医疗服务以及是否在其他方面符合本政策和慈善医疗服务政策的要求。
 7. 如果患者在申请期间 (即开具账单和催收周期内的任何时间) 提交完整的慈善医疗服务申请, 那么 Hospital、机构和外聘律师应采取合理的措施, 确定患者是否有资格享受慈善医疗服务并采取下列行动:
 - a. 根据本催收政策暂停任何收取医疗服务费用的特别催收行动 (ECA);
 - b. 做出患者是否有资格享受慈善医疗服务的决定, 并以书面形式告知此等合格鉴定(包括患者有资享受的适用援助) 和 Hospital 做出决定的依据;
 - c. 若 Hospital、机构或外聘律师决定患者有资格享受慈善医疗服务而不是免费医疗服务, 那么 Hospital 应:
 - (i) 向患者提供收费声明, 说明患者应为医疗服务支付的金额和确定此等金额的方式, 并说明或描述患者如何获取关于针对医疗服务开具的一般金额 (AGB) 的信息;
 - (ii) 如果患者已经支付医疗服务费用(无论是向 Hospital 支付的, 还是向 Hospital 委托收取患者医疗服务债务的任何一方支付的), 并且支付的金额超过其应承担金额 \$5.00 (或者通知或适用 Internal Revenue Bulletins (美国国家税务局公告) 中公布的其他指南中规定的其他金额) 以上, 应向患者退还超额部分;
 - (iii) 采取所有合理可行的措施, 撤销向患者采取的收取医疗服务费用的任何特别催收行动 (ECA)。此等措施通常包括但不限于: (a) 取消对患者的任何判决; (b) 解除留置权或财产扣留 (不包含因为 Hospital 为患者的人身伤害提供医疗服务而导致拖欠患者 (或其代表) 的判决、处理或妥协收益, 依据州法, Hospital 有权保留此等收益) ; (c) 将已经汇报给消费者信用报告机构或征信社的任何不利信息从患者信用报告中清除。
 8. 若患者 (依据适用的 Hospital 争议解决程序) 对任何未清余额的金额和有效性存在争议, 那么机构和外聘律师应暂停所有与患者欠款相关的催收活动。在催收活动恢复之前, 患者欠款保持冻结状态。机构或外聘律师不得对已经收到其破产通知的患者执行催收活动。
 9. 在收到 Hospital 的书面授权之前, 机构或外聘律师不可提起任何种类的法律诉讼, 包括发出传票。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号:

第 4 页, 共 5 页

C. 禁止的催收规范。Hospital、催收机构和外聘律师:

1. 不得强迫患者出售或取消主要居所的回赎权来偿还未偿债务。
2. 在对向 Hospital 提交的完整慈善医疗服务申请 (包括任何支持文件) 做出决定之前, 不得向催收机构发送账单。
3. 如果患者已经针对服务提交完整 Medicaid 申请, 那么不允许在提供可用 Medicaid 款项进行支付的服务的过程中向有资格享受 Medicaid 的患者进行催收。
4. 不得将患者债务出售给第三方。
5. 不得向信贷机构报告不利信息。但是, 根据慈善医疗服务政策, 可以就慈善医疗服务的资格推断向信贷机构进行查询。

D. 判决后的行为。外聘律师:

1. 将根据具体情况对判决进行评估。不允许也不得执行“盲目”电子扫描。
2. 不得导致患者被捕或者导致患者收到逮捕令。
3. 未经 Hospital 事先批准, 不得在五年后要求判决。
4. 未经 Hospital 事先批准, 不得在判决之日起的五年后对患者执行判决。
5. 未经 Hospital 事先批准, 不得更新对患者的判决。
6. 未经 Hospital 事先批准, 不得将患者欠账转让给另一家催收机构或法律事务所。在用尽所有必要措施来确定债务的偿还或支付并且收到 Hospital 的书面批准之后, 机构可将相应的欠账提交给外聘律师, 以提起可能的法律诉讼。要提交给外聘律师, 任何患者的相关欠账总和至少必须价值 \$800 或者 Hospital 不定期书面设定的其他更高金额。提交欠账的时间通常在机构收到欠账的六个月之后。
7. 根据适用法的要求、本催收政策和 Hospital 的慈善医疗服务政策, 可以向下列各方发出知情传票或限制通知:
 - a. 银行;
 - b. 工作地点;
 - c. 信用卡公司; 和/或
 - d. 按揭公司
8. 根据本催收政策和慈善医疗服务政策的要求, 可以对患者的银行存款 (不含延税或类似的退休储蓄) 执行财产扣押。如果患者联系外聘律师, 申诉扣押财产后的财务困难并提供合理的证明, 那么外聘律师应终止扣押程序, 解除 Hospital 的留置权。

NewYork-Presbyterian Hospital

地点: 所有中心

医院政策和程序手册

编号:

第 5 页, 共 5 页

-
9. 根据本催收政策和慈善医疗服务政策的要求, 依据纽约州法的规定, 可以按照患者工资的百分之十 (10%) 扣留患者的收入。外聘律师无权扣留患者配偶的收入。

主管部门: 患者财务服务部门

政策生效日期:

第一版: 2015 年 10 月

批准单位: 受托委员会