

部門/類別： 財務行政	頁次 第 1 頁 · 共 25 頁	政策編號 FIN 03.0012
標題： 財務援助	審查日期： 2021 年 9 月 1 日	生效日期： 2025 年 2 月 6 日
		下次審查日期： 2026 年 9 月 1 日

適用範圍：適用於下列實體及其子公司和附屬機構

<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Lake Forest Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group - Academic Medical Center (AMC)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Central DuPage Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group - Northwestern Health Network (NHN)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Delnor Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Regional Medical Group - Northwestern Health Network (NHN)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Valley West Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Palos Community Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Rehabilitation	<input type="checkbox"/> NM – System Functions / NMHC Employees
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Huntley Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – McHenry Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – Woodstock Hospital	
門診手術中心（獨立設施） <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center River North <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Sycamore <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Warrenville <input type="checkbox"/> NM – Palos Health Surgery Center, LLC	<input type="checkbox"/> NM – 其他**請參閱下方「適用範圍/人員/受影響地區」條款**

I. 目的：

制定 Northwestern Memorial HealthCare 向財務資源匱乏者提供財務援助的政策。

II. 政策聲明：

A. Northwestern Memorial HealthCare 及其附屬機構（本政策中統稱為「NMHC」）致力於滿足 NMHC 社區成員的醫療照護需求，這些成員在 NMHC 附屬機構接受醫療必要照護時無法支付其費用，包括但不限於未投保、保險不足、不符合政府計畫資格或因其他原因無法支付費用的人士。財務援助的分配和優先順序將考量社區的多元需求、

NMHC 作為學術醫療中心的使命、其資源分配的財務協議以及適用法律和法規。儘管有上述規定，NMHC 將無差別地為個人提供緊急醫療狀況照護，無論其是否符合本政策的財務援助資格。

B. 財務援助可透過多個計畫（統稱為「財務援助計畫」或「計畫」）提供，包括以下各項：

1. [投保患者免費和折扣照護](#)（載於附錄 B）
2. [未投保患者免費和折扣照護計畫](#)（載於附錄 C）
3. [推定資格](#)（載於附錄 D）
4. 由收入週期副總裁核准的未來計畫，應納入附錄。

III. 適用範圍/人員/受影響地區：

本政策適用於附錄 A-2所列實體中，參與資源分配和優先順序安排，以滿足社區需求的 NMHC 各級管理層和員工。本政策不適用於在 NMHC 醫院附屬機構任職但未受僱於或未與 NMHC 醫師附屬機構簽訂合約的醫師。本政策適用於各附屬機構，並將其視為獨立實體。除非本政策另有規定，否則各附屬機構應分別遵守本政策的要求。各附屬機構提供緊急或其他醫療必要照護之醫療照護提供者名單及其是否適用本政策，應由財務諮詢部另行保存，並以引用方式納入本政策附錄 G。

IV. 定義：

本政策未另行定義之專有名詞，其定義請參閱[附錄 A](#)。

V. 職責：

- A. NMHC 的財務諮詢部負責協助申請人在治療前或治療期間申請財務援助。
- B. NMHC 內負責帳單查詢、客服及自費後續追蹤之單位，應於提供服務後協助申請人。
- C. 收入週期部門（包括上述第 IV.A. 和 IV.B. 條所列部門與相關單位）負責核准財務援助申請及取得所有證明文件。
- D. 收入週期部門負責建立向患者所收取費用的計算基礎，並應要求解釋該計算方法。

VI. 通知：

為讓患者、擔保人、其家屬和更廣泛的社區了解 NMHC 財務援助計畫，NMHC 醫院附屬機構應採取措施通知其設施訪客此政策並廣泛宣傳此政策。具體通知措施應符合適用法律，並應詳載於[附錄 E](#)。

VII. 資格判定：

- A. 資格判定時間：應盡早判定申請人獲得財務援助的資格。在患者尋求非緊急服務的情況下，應盡可能在安排和/或提供服務之前做出判定。
- B. 申請要求：除非已事先判定資格，或本政策另有規定，否則患者或擔保人必須完成財務援助申請並提供證明文件。這些文件依法提供申請人財務狀況相關資訊（包括適用的申請人家庭資訊），以及其他判定財務援助資格所需的資訊。提交申請的時間範圍和其他申請相關時間範圍應符合適用法律，並詳載於[附錄 F](#)。申請須採用由 NMHC 提供的表格，且須符合《伊利諾伊州醫院未投保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) 和其他適用法律規定。除非本政策或附錄另有規定，否則僅受理過去 12 個月內曾與 NMHC 建立關係之個人，或已約診或即將住院之個人提出的申請。患者應填寫一 (1) 份經所有 NMHC 附屬機構認可的申請。

C. 核准期限：

1. 一旦獲得核准，NMHC 應提供財務援助，直至申請人可取得替代付款來源為止。
申請人應在適用情況下配合申請及取得替代付款來源。因此，資格判定應持續有效，直至申請人可於下個註冊期開始時獲得保險為止。儘管有上述規定，以下限制仍適用：
 - a. 緊急服務財務援助可能僅限於緊急服務及任何相關的穩定照護；
 - b. NMHC 醫院附屬機構服務之財務援助可能依事件核准，且該核准可能受第 IX 條規定的其他計畫要求和篩檢程序規範；
 - c. 資格判定不得超過 12 個月。
2. 申請人應立即告知 NMHC 其財務狀況變動，這可能會影響其在先前核准期間的資格。若申請人未於財務狀況發生變動後 30 日內通知 NMHC，可能會影響其繼續獲得免費或折扣照護，或未來獲得財務援助的資格。
3. NMHC 財務援助政策委員會 (Financial Assistance Policy Committee) 應決定基於替代資格認定方法（見下文第 VII.D 條）的資格判定有效期限；然而，該期限不得超過十二 (12) 個月。
4. 若患者資格在治療過程終止，且治療提供者確認照護轉換對患者有害，則根據本政策第 XV 條，患者和/或治療提供者可請求以例外情況處理，該例外情況應由免費照護委員會 (Free Care Committee) 進行評估，但須經 NMHC 醫學總監或其指定人員以及收入週期副總裁核准。

D. 替代資格認定方法：NMHC（或其代理人）可自行決定透過填寫申請表以外的方式評估患者或擔保人的財務援助資格。在這種情況下，資格判定可能包括使用信用報告機構提供的資訊、公共紀錄或其他客觀且合理準確的方式來評估患者或擔保人的計畫資格。

E. 隱瞞資訊：如於審查過程的任何時候發現申請人蓄意隱瞞相關資訊、提供虛假或不準確資訊，並經信用機構或其他可用來源所取得之資訊加以證明，且申請人無法以令 NMHC 滿意的方式消除資訊不符之處，則申請人的財務援助資格可能會遭到取消，並恢復正常催收作業直至此類不符之處解決為止。儘管有上述規定，NMHC 不得基於其有理由認為不可靠或不正確的資訊，或申請人在壓力下或透過強制手段提供的資訊（包括延遲或拒絕對緊急醫療狀況個案提供照護，直至取得所需資訊），拒絕其財務援助申請。

VIII. 合格服務：

- A. NMHC 醫院附屬機構應僅對申請人符合臨床計畫標準且在財務上負責之醫療必要服務提供財務援助。
- B. 移植和移植相關服務的財務援助根據獨立程序確定，且可納入本政策附錄。
- C. 本政策的任何內容均不要求 NMHC 向患者提供非常規服務。

IX. 其他計畫要求和篩檢程序：

- A. 某些程序的財務援助可能受到其他計畫要求和/或篩檢程序規範。應向患者和醫師傳達其他篩檢要求。此類要求和篩檢程序可能包括以下內容（僅作為範例但不限於此）：
1. 重新審查患者目前財務狀況，以確保其繼續符合財務援助資格，包括保險給付可用性；
 2. 就患者所欠未付金額達成付款安排，或以其他方式建立付款計畫；或
 3. 評估所選程序，確保已用盡其他治療方法，或者若為先前已嘗試過的方法，則評估成功可能性，和/或確保安排後續照護資源；或
 4. 從適當層級或類別的醫療照護提供者取得服務。

X. 第三方經費來源耗盡：

- A. 財務援助僅適用於所有第三方補助/資源合理耗盡後的自付餘額，包含但不限於保險承保單位（例如健康、房屋、汽車責任、職業災害補償或僱主自提健康償付帳戶）、政府計畫（例如 Medicare、Medicaid 或其他聯邦、州或地區計畫），或訴訟、和解程序，和/或私人募款活動（統稱「第三方資金來源」）。接受財務援助且需要醫療必要照護（緊急服務除外）的患者必須在可能情況下接受 Medicaid、Health Insurance Exchange 或其他可用付款計畫的資格篩檢，且如符合資格，須於安排程序和/或提供服務前配合完成登記投保。未能或拒絕投保可用 Medicaid、Health Insurance Exchange 或其他可用付款計畫的合格患者可能不符合財務援助資格。應至少向患者提供一(1)份書面通知，說明申請 Medicaid、Health Insurance Exchange 或其他可用付款計畫的必要性，以及未申請可能危及其財務援助資格。任何協助申請人投保 Medicaid、Health Insurance Exchange 或其他可用付款計畫之措施，均應留下紀錄。
- B. 若尋求緊急服務以外照護的患者由 HMO 或 PPO 承保，且 NMHC 並非網絡內提供者，則應指示患者向其特約提供者尋求照護，且該患者不符合財務援助資格。財務援助不適用於網絡外費用。

XI. 收費限制：

折扣可能因財務援助計畫而異。折扣計算方式詳載於本政策各個附錄。然而，在所有財務援助計畫中，NMHC 醫院附屬機構針對符合財務援助計畫資格的個人（且其家庭年收入低於或等於適用聯邦貧困水平 (Federal Poverty Level) 600%者）所收取的緊急醫療狀況照護或其他醫療必要照護之費用，不得超過一般向該照護享有保險給付的個人所收取之金額（「一般收費折扣金額」）。

XII. 緊急醫療照護：

- A. 根據 NMHC 遵守《緊急醫療和勞動法》(Emergency Medical Treatment and Labor Act) 的政策，無論患者能否支付照護費用或是否符合財務援助資格，NMHC 醫院附屬機構均應無差別地向其提供緊急醫療狀況照護。

- B. NMHC 醫院附屬機構不得採取任何行動阻止個人尋求緊急醫療狀況照護，包括但不限於：
1. 要求急診部患者在就緊急醫療狀況接受醫療篩檢或治療之前先付款；或
 2. 允許在急診部或 NMHC 醫院附屬機構的其他單位進行債務催收活動，此類活動可能會妨礙在無差別情況下提供緊急醫療狀況照護。

XIII. 退款：

財務援助的申請應適用於所有未結餘額。應由 NMHC 的免費照護委員會 (Free Care Committee) 審查並根據法律規定退款。

XIV. 附屬機構判定結果之協調：

NMHC 附屬機構應協調合作，共同判定申請資格。

XV. 例外情況和上訴：

NMHC 醫師和/或臨床醫師可代表患者申請財務援助；然而，患者必須提供必要資訊和文件來支援申請。若醫師或患者不同意資格或計畫判定結果，或者若醫師或患者欲提出本政策的例外情況申請，則應向免費照護委員會 (Free Care Committee) 提出上訴或例外情況申請以進行評估，但需獲得收入週期副總裁核准。此判定應為最終性的且具約束力，除非患者或醫師提供重要新資訊或其他資訊，以證明患者符合援助資格（例如，收入變動、失業和其他會實質變更先前審查結果的情況）。

XVI. 關於未付款項的行動：

NMHC 《信用和收款政策》說明對於已到期未付款項可能採取的行動。一般大眾可聯絡財務諮詢部，索取 NMHC 《信用和收款政策》免費副本。

XVII. 現行計畫適用性：

在本政策生效日期前授予患者的財務援助不得減少，但僅在該授予文件註明期間內有效。此類財務援助到期後，應適用本政策。

XVIII. 政策更新時間表：

本政策每五 (5) 年或視需要更頻繁進行審查或更新。

XIX. 報告：

NMHC 應向相關政府機構報告有關財務援助計畫的所有必要資訊。

XX. 監督與非重大更新：

- A. 財務援助政策委員會 (Financial Assistance Policy Committee) 應負責持續監督本政策之執行。其應據此審查各項做法，包含以下事項：
1. 是否採取控制措施以評估患者資格；
 2. 對於符合資格和/或獲得財務援助狀態的患者，是否追蹤和維護其相關資訊；
 3. 是否已向社區及其患者傳達財務援助的存在；

4. 是否已制定規定，以免阻礙社區成員就緊急醫療狀況尋求照護；以及
 5. 對於接受財務援助的患者是否採取適當催收行動。
- B. 收入週期副總裁可能就本政策進行非重大更新（例如，反映最新聯邦貧困指引（Federal Poverty Guidelines）、地址變更等）。

XXI. 參考資料：

- A. 《伊利諾伊州醫院未投保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) [210 ILCS 89/]
- B. 《伊利諾伊州患者公平收費法》(Illinois Fair Patient Billing Act) [210 ILCS 88/]
- C. 《國內稅收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)條
- D. 《社會安全法》(Social Security Act) [42 U.S.C.1395dd]

XXII. 附錄：

- A. 附錄 A：定義
 1. 附錄 A-1：聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guidelines)
 2. 附錄 A-2：NMHC 附屬機構
- B. 附錄 B：投保患者免費和折扣照護
- C. 附錄 C：未投保患者免費和折扣照護
- D. 附錄 D：推定資格
- E. 附錄 E：一般通知 – NMHC 醫院附屬機構
- F. 附錄 F：適用時間範圍和個別患者通知要求 – NMHC 醫院附屬機構
- G. 附錄 G：醫療照護提供者名單
- H. 附錄 H：實驗室檢驗財務援助

XXIII. 核准：

負責人：

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

審查人：

財務委員會 (Finance Committee) 成員
稅務與法規審查委員會 (Tax & Regulatory Review Committee) 成員
財務援助政策委員會 (Financial Assistance Policy Committee) 成員
財務部副總裁
行政部資深副總裁
企業法遵與誠信辦公室 (Corporate Compliance & Integrity) 法務長辦公室 (Office of General Counsel)

委員會：

無

核准人：

John Orsini
執行副總暨財務長
Northwestern Memorial HealthCare
電子核准：2021年8月20日

XXIV. 審查紀錄：

制定日期：2011年5月1日（地區性 NMH 政策停用）

審查/修訂日期：2014年12月29日（政策生效日期為2016年2月1日，取代 NMHC 03.0012 v1.0 – 2011年6月1日 - 免費和折扣照護）· 2016年8月17日（政策生效日期為2016年9月1日 - 更新範圍為包括 NM-CDH、NM-Delnor 和 NM-RMG，其他內容無更新）· 2018年9月1日（更新範圍矩陣 - 自2018年9月1日起適用於 Marianjoy Rehabilitation 及 Marianjoy Medical Group）· 2020年8月11日（NMHC 稅務與法規審查委員會 (Tax and Regulatory Review Committee) 核准將 NW 地區醫院 (Huntley、McHenry 和 Woodstock) 紳入 NMHC 財務援助政策，自2020年9月1日起生效）· 2021年9月1日 · 2023年7月17日

附錄 A：定義

附屬機構：由 NMHC 控制、控制 NMHC 或與 NMHC 共同控制的實體。本政策適用的 NMHC 附屬機構列於[附錄 A-2](#)。就本政策而言，「附屬機構」一詞不包括法令或以其他方式限制採行本政策之 NMHC 附屬機構。

一般收費金額/一般收費折扣金額：該折扣旨在確保 NMHC 醫院附屬機構於門診就診或住院期間，對符合本政策援助資格之個人所收取的緊急醫療狀況照護或其他醫療必要照護費用，不得超過其一般向對此照護享有 Medicare 或商業保險個人所收取之金額（「一般收費金額」）。一般收費折扣金額應根據回顧法依法計算。每家 NMHC 醫院附屬機構應自行計算其一般收費折扣金額。如需每家 NMHC 醫院附屬機構所使用方法的書面說明，請聯絡 NMHC 財務諮詢部。醫師附屬機構應採用適用於 NMH 的一般收費折扣金額。

申請人：申請人是指提交財務援助申請者，包括患者和/或患者擔保人。

申請：財務援助申請。

申請期間：NMHC 醫院附屬機構必須在此期間內，受理並處理個人所提交之申請，以盡合理努力確認該個人是否符合財務援助資格。對於 NMHC 醫院附屬機構向個人提供的任何照護，該申請期間自向該個人提供照護之日起算，至 NMHC 醫院附屬機構向該個人就所提供之照護提出（即以郵件、電子方式寄送或親自送達）第一份出院帳單明細後第 240 日為止。

帳單費用：服務費用係以服務時生效之 NMHC 附屬機構收費總表為基礎，且為附屬機構在適用任何合約規定之補貼、折扣或扣抵前，一貫且統一向患者收取之費用。

照護成本折扣：此折扣金額，係以每家 NMHC 附屬醫院之 Medicare 成本報告中所列的總成本對收費比率，乘以符合財務援助資格帳戶的收費金額後計算所得。儘管有前述規定，NMHC 為便於管理，可自行訂定對患者最有利的單一照護成本折扣。照護成本折扣之金額，應等於或高於一般收費折扣金額。

折扣照護：指以低於原帳單費用提供之醫療照護，但不包括免費照護。折扣包括照護成本折扣和一般收費折扣金額。

緊急醫療狀況：緊急醫療狀況之定義應依《社會安全法》(Social Security Act) 第 1867 條 (42 U.S.C.1395dd) 之規定為準。

緊急服務：緊急服務包括針對緊急醫療狀況於急診部所接受之醫療服務、屬於「不得拒絕之服務」的項目，或由收入週期副總裁確定並不時列於本政策附錄的其他服務。

特別催收行動 (Extraordinary Collection Action, ECA)：指 NMHC 醫院附屬機構為獲得本財務援助計畫涵蓋之照護費用而可能對個人採取的行動。該等 ECA 詳載於 NMHC 《財務政策：信用和收款》，舉例而言，可能包括要求支付先前提供之照護的費用，和/或對患者財產設定留置權。

家庭人數：申請人最近一次納稅申報表「申報狀態」下列出的人數。若無可用納稅申報表，家庭人數應以與申請人共同居住於同一戶之人數計算。若另一個人聲稱申請人為其納稅申報表的受扶養人，則家庭人數可包括該列報人之家庭成員。

聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline)：指美國衛生及公共服務部依據 42 USC 9902(2)之授權，定期於《聯邦公報》(Federal Register) 公佈更新之聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guidelines)。該指引附於附錄 A-1，並應於《聯邦公報》(Federal Register) 與美國衛生及公共服務部網站發佈新版本聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guidelines) 後三十 (30) 日內進行年度調整。

財務援助：指依各項計畫（統稱為「財務援助計畫」或「計畫」），提供給符合 NMHC 財務援助標準且無法支付全部或部分醫療照護服務費用之患者的免費照護或折扣照護金額。財務援助不包括以下項目：因患者未付款而列為收入後沖銷之呆帳或無法收回之費用；Medicaid 或其他經濟需求審查政府計畫或 Medicare 項下，照護成本與這些計畫所產生之收入之差額；或與任何第三方付款人間之合約調整。

免費照護委員會 (Free Care Committee)：該委員會負責處理有關本政策適用於特定患者問題之相關事宜。免費照護委員會 (Free Care Committee) 應審查對本政策提出之上訴和例外情況。

免費照護：指等同於帳單費用百分之百 (100%) 的折扣。

財務援助政策委員會 (Financial Assistance Policy Committee)：由 NMHC 附屬機構及 NMHC 代表組成之委員會，負責就本政策提出建議，並確保附屬機構於執行本政策時之作業一致性。財務援助委員會 (Financial Assistance Committee) 應包括來自營運部門、法務長辦公室 (Office of General Counsel)、內部稽核部門 (Internal Audit Department)、企業法遵與誠信辦公室 (Office of General Counsel) 及對外事務部門 (External Affairs) 之代表。財務援助委員會 (Financial Assistance Committee) 應向稅務與法規委員會 (Tax and Regulatory Committee) 報告其活動。

擔保人：指對患者所接受服務負有財務責任之個人。

家庭收入：係指依美國人口普查局之定義，歸屬於申請人家庭之收入。家庭收入包括所有稅前收入、失業補償、勞工補償、社會安全福利金、補充社會安全收入、公共援助金、退伍軍人津貼、遺屬撫卹金、退休金或退休收入、利息、股息、租金、權利金、遺產或信託所得、教育補助、贍養費、來自家庭外之援助及其他雜項收入。非現金福利（例如 SNAP 和住房補貼）不視為家庭收入。更具體而言，家庭收入等同於申請人最近一次納稅申報表所列之調整後總收入，並應作以下調整：減除子女扶養費支付金額；加計免稅利息、非課稅退休金與年金給付、IRA 提領、社會安全福利金，以及其他未列入調整後總收入但可供申請人使用之收入。然而，若申請人表示其最近一次納稅申報表所列調整後總收入不準確（例如：申請人已失業或薪資有所變動），則家庭收入應依其他可得文件（如薪資單、失業補助證明等）計算，並再次進行前述調整，即減除子女扶養費，並加計免稅利息、非課稅退休金與年金給付、IRA 提領、社會安全福利金及其他可供申請人使用之收入。家庭收入包括所有家庭成員之收入。

伊利諾伊州居民：伊利諾伊州居民是指居住在伊利諾伊州且有意無限期居住在伊利諾伊州的患者。若僅為接受醫療照護福利而遷入伊利諾伊州，則不符合《伊利諾伊州醫院未投保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act，「HUPDA」) 之居住資格。HUPDA 要求未投保患者須為伊利諾伊州居民，但不要求其在美國具合法居留身分。患者可能須依 HUPDA 規定提供證明以確認伊利諾伊州居住資格。若僅為接受醫療照護福利而遷入伊利諾伊州，則不符合本定義之居住資格。

投保患者：指受任何健康保險政策保障之患者，或為公立或私立健康保險、健康福利或其他健康給付計畫（包括高自付額健康保險計畫、勞工補償、意外責任保險或其他第三方責任保險）之受益人。

醫療必要：指根據聯邦《社會安全法》(Social Security Act) 第 XVIII 篇規定，適用於具有與患者相同臨床表現之受益人的住院或門診醫療照護服務，包括藥品或醫療用品。「醫療必要」服務不包括以下任一項：(1) 非醫療服務，例如社會和職業服務；或者 (2) 選擇性整形手術，但不包括為矯正因受傷、疾病或先天缺陷或畸形所造成之毀損的整形手術。

不得拒絕：指符合 NMHC 不得拒絕標準之服務，該標準可不時修訂。

NMHC 醫院附屬機構：指持有醫院執照之 NMHC 附屬機構。本政策適用之 NMHC 醫院附屬機構列於附錄 A-2。

NMHC 醫師附屬機構：指於門診醫師診療環境提供臨床照護之 NMHC 附屬機構。本政策適用之 NMHC 醫師附屬機構列於附錄 A-2。

非居民：非居民是指非伊利諾伊州居民之患者。

患者：指接受服務之個人。

淺白語言摘要：指一份清晰、簡潔且易於理解之書面聲明，用以告知個人 NMHC 醫院附屬機構提供財務援助，並載明以下資訊：(i) 本政策之資格要求與援助內容簡要說明；(ii) 申請本政策援助之簡要步驟說明；(iii) 本政策及財務援助申請表可取得之網站網址 (URL) 及實體地點（含房間號碼）；(iv) 以郵寄方式免費索取本財務援助政策及申請表之說明；(v) 可協助個人辦理申請程序之辦公室或部門聯絡資訊（含電話號碼及實體位置，如適用）；(vi) 翻譯版本之可用性；以及 (vii) 說明所有符合財務援助資格之患者，其收費不會超過一般收費金額。

自費合併定價服務：指以單一價格提供多項服務，該單一價格經折扣後低於各項服務個別價格之總和。

未投保患者：指未受任何健康保險政策保障之患者，或非屬公立或私立健康保險、健康福利或其他健康給付計畫之受益人，包括高自付額健康保險計畫、勞工補償、意外責任保險或其他第三方責任保險。

附錄 A：

定義

Andrew Scianimanico

副總裁暨收入週期長

生效日期：2021 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日

審查/修訂日期：2017 年 12 月 29 日、2021 年 9 月 1 日

附錄 A-1：聯邦貧困指引 (FEDERAL POVERTY GUIDELINES)

2025 年聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guidelines)

家庭人數	聯邦貧困水平 (Federal Poverty Level, FPL)	至 138% FPL	至 250% FPL	至 400% FPL	至 600% FPL
1	\$15,650	\$21,597	\$39,125	\$62,600	\$93,900
2	\$21,150	\$29,187	\$52,875	\$84,600	\$126,900
3	\$26,650	\$36,777	\$66,625	\$106,600	\$159,900
4	\$32,150	\$44,367	\$80,375	\$128,600	\$192,900
5	\$37,650	\$51,957	\$94,125	\$150,600	\$225,900
6	\$43,150	\$59,547	\$107,875	\$172,600	\$258,900
7	\$48,650	\$67,137	\$121,625	\$194,600	\$291,900
8	\$54,150	\$74,727	\$135,375	\$216,600	\$324,900
+1	\$5,500	\$7,590	\$13,750	\$22,000	\$33,000

參考資料：

42 USC 9902(2)

附錄 A-1：

聯邦貧困指引

(Federal Poverty Guidelines)

負責人：

Andrew Scianimanico

職稱：

副總裁暨收入週期長

生效日期：2025 年 2 月 6 日

核准

Marilyn Papson

患者帳務計畫經理

SBO 自費業務

核准日期：2025 年 1 月 29 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日

審查/修訂日期：2017 年 4 月 24 日、2018 年 2 月、2019 年 1 月 23 日、2020 年 1 月 28 日、2021 年 2 月 9 日、2021 年 9 月 1 日、
2023 年 7 月 7 日、2024 年 1 月 17 日、2025 年 2 月 6 日

附錄 A-2：NMHC 附屬機構

A. 醫院附屬機構

1. Northwestern Memorial Hospital
2. Northwestern Medicine Lake Forest Hospital
3. Northwestern Medicine Central DuPage Hospital
4. Northwestern Medicine Delnor Hospital
5. Kishwaukee Hospital
6. Valley West Hospital
7. Northwestern Medicine - Ben Gordon Center
8. Marianjoy Rehabilitation
9. NM Huntley, NM McHenry and NM Woodstock Hospitals
10. Palos Community Hospital

B. 醫師附屬機構

1. Northwestern Medical Group
2. Northwestern Medicine Regional Medical Group
3. Kishwaukee Physician Group
4. Marianjoy Medical Group

附錄 A-2：
NMHC 附屬機構

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2022年10月1日

審查紀錄：

制定日期：2015年3月3日

審查/修訂日期：2016年7月12日、2017年12月29日、2018年9月1日、2019年1月29日、2020年9月25日、2021年9月1日、
2023年7月7日

附錄 B：投保患者免費和折扣照護

I. 免費和折扣照護

NMHC 根據本附錄 B 向投保患者提供免費照護和折扣照護。

II. 服務

- A. 除本附錄下述第 II.B 條另有規定外，對投保患者之免費照護和折扣照護應適用於所有醫療必要服務。
- B. 投保患者之免費照護和折扣照護不適用於下列服務：
 1. 非醫療必要服務；
 2. 網絡外服務；
 3. 專科藥局服務；除非是在 NMH 接受 C 型肝炎陽性捐贈器官之 C 型肝炎陰性移植受者身上使用的 C 型肝炎抗病毒藥物，且已盡一切合理努力及時取得保險或其他補償後，此類藥物可依本政策列入考量。此類藥物之提供須經 Northwestern Specialty Pharmacy 協調。
 4. 對 NMHC 醫師附屬機構而言，包括：生育治療（不含特定生育保存費用）；視力矯正手術（包括但不限於 LASIK）；以及非 NMHC 附屬實驗室提供之檢驗服務、耐用醫療器材、眼鏡、隱形眼鏡及助聽器；
 5. 患者共同保險或自付額（除非申請人另符合免費照護資格）；
 6. 共付額；
 7. 自費合併定價服務；以及
- C. 出院時提供之非處方集藥物作為過渡用途時，應適用照護成本折扣。

III. 居住資格

- A. 居住於伊利諾伊州且接受醫療必要服務之投保患者，符合獲得免費照護和折扣照護的資格。儘管有上述規定，接受緊急服務的投保申請人不受居住資格限制。
- B. 除了獲得緊急服務之投保患者外，投保患者若非居民（包括但不限於州外轉入）且接受醫療必要服務，則不符合免費照護資格。

IV. 免費和折扣照護計算

NMHC 透過以下兩種方式為符合資格的投保患者提供免費照護和折扣照護：「已投保滑動費率援助」和「已投保災難性援助」。若申請人同時符合兩種方式，NMHC 將採用對申請人最有利的方式。儘管申請人符合任一方式的資格，但若有理由相信其擁有的資產金額可能超過當時適用於其家庭人數之聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 的 600%，且這些資產可用於支付醫療服務費用，則 NMHC 可能要求申請人提供該等資產相關資訊，且免費照護委員會 (Free Care Committee) 可能會在決定是否延長免費照護或折扣照護及延長程度時，考慮這些資產。

A. 已投保滑動費率援助

已投保滑動費率援助申請計算方式如下：

1. 免費照護：伊利諾伊州投保居民家庭收入等於或低於當時聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 適用於該申請人家庭人數收入標準的 250%者，應符合資格獲得 100%折扣。折扣應適用於共同保險和自付額，以及保險未涵蓋的醫療必要服務。
2. 折扣照護：對於保險未涵蓋的醫療必要服務，伊利諾伊州投保居民家庭收入高於當時聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 適用於該申請人家庭人數收入標準的 250%，但低於或等於 600%者，應符合資格獲得與一般收費折扣金額相同或更高的折扣。

B. 已投保災難性援助

1. 對於符合免費照護或折扣照護資格的投保患者，其家庭收入高於當時聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 適用於該申請人家庭人數收入標準的 250%，且至多達 600%者，在任何十二個月期間，總付款不得超過申請人家庭收入的 25%。
2. NMHC 在計算災難性援助時，應將申請人對 NMHC 醫院附屬機構及 NMHC 醫師附屬機構之總應付款納入計算。若包括，調整後的總付款應分別根據 NMHC 醫院附屬機構和 NMHC 醫師附屬機構之間的未償還金額，按比例分配至各附屬機構。

附錄 B：
免費和折扣照護

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2023 年 7 月 18 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日

審查/修訂日期：2016 年 8 月 17 日、2017 年 12 月 29 日、2019 年 7 月 18 日、2021 年 9 月 1 日、2023 年 7 月 7 日

附錄 C：未投保患者免費和折扣照護

I. 未投保免費和折扣照護

NMHC 根據本附錄 C 向未投保患者提供免費照護和折扣照護。

II. 服務

- A. 除本附錄下述第 II.B. 條另有規定外，對未投保患者之免費照護和折扣照護應適用於所有醫療必要服務。
- B. 未投保患者之免費照護和折扣照護不適用於下列服務：
 1. NMH 專科藥局服務；
 2. 對 NMHC 醫師附屬機構而言，包括：生育治療（不含特定生育保存費用）；視力矯正手術（包括但不限於 LASIK）；以及非 NMHC 附屬實驗室提供之檢驗服務、耐用醫療器材與用品、眼鏡、隱形眼鏡及助聽器；

III. 居住資格

若未投保患者為伊利諾伊州居民，則應提供免費照護和折扣照護。非居民的未投保患者不符合獲得免費照護或折扣照護的資格。儘管有上述規定，接受緊急服務的未投保申請人不受居住資格限制。

IV. 免費和折扣照護計算

NMHC 應根據《伊利諾伊州醫院未投保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act)，向未投保患者提供免費照護和折扣照護。NMHC 透過以下兩種方式為未投保合格申請人提供免費照護和折扣照護：「未投保滑動費率援助」和「未投保災難性援助」。若申請人同時符合兩種方式，NMHC 將採用對申請人最有利的方式。儘管申請人符合任一方式的資格，但若有理由相信其擁有的資產可能超過當時適用於其家庭人數之聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 的 600%，且這些資產可用於支付醫療服務費用，則 NMHC 可能要求申請人提供該等資產相關資訊，且免費照護委員會 (Free Care Committee) 可能會在決定是否延長免費照護或折扣照護及延長程度時，考慮這些資產。

A. 未投保滑動費率

1. 免費照護：申請人家庭收入等於或低於當時聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 適用於該申請人家庭人數收入標準的 250%者，應符合資格獲得免費照護。
2. 照護成本折扣：申請人家庭收入高於當時聯邦貧困指引 (Federal Poverty Guideline) 適用於該申請人家庭人數收入標準的 250%，且至多達 600%者，應符合資格獲得照護成本折扣。

B. 未投保災難性援助

1. 對於根據上述第 IV.A.2 條符合資格獲得援助的申請人，在任何十二個月期間，總付款不得超過患者家庭收入的 20%。

2. NMHC 在計算災難性援助時，應將患者對 NMHC 醫院附屬機構及 NMHC 醫師附屬機構之總應付欠款金額納入計算。若包括，調整後的總付款應分別根據 NMHC 醫院附屬機構和 NMHC 醫師附屬機構之間的未償還金額，按比例分配至各附屬機構。

V. 參考資料

- A. 《伊利諾伊州患者公平收費法》(Illinois Fair Patient Billing Act) [210 ILCS 88/]
- B. 《伊利諾伊州醫院未投保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) [210 ILCS 89/]

附錄 C：
未投保患者折扣

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2023年7月18日

審查紀錄：

制定日期：2015年3月3日

審查/修訂日期：2016年8月17日、2017年12月29日、2019年8月1日、2021年9月1日

附錄 D：推定資格

I. 推定資格

符合以下第 III 及 IV 條規定與標準之未投保患者，依本附錄 D規定，可被推定為符合免費照護資格。推定為符合資格的患者不需填寫財務援助申請表；然而，患者必須證明其符合以下第 III 和 IV 條的規定和標準。

II. 定義

以下定義依《伊利諾伊州患者公平收費法》(Illinois Fair Patient Billing Act) 之規定，適用於本附錄 D：

- A. 「患者」係指接受 NMHC 所提供服務之個人，或任何為 NMHC 所提供服務付款擔任擔保人之個人。
- B. 「推定資格」係指援引證明患者具財務需求的推定資格標準，藉此判定其符合財務援助資格。
- C. 「推定資格標準」係指被確定為能證明財務需求的類別。
- D. 「推定資格政策」係指載明推定資格標準的書面文件，NMHC 依據此標準判定患者的財務需求，並據以直接核定其可獲取財務援助，而無須進一步審查。本附錄 D構成 NMHC 推定資格政策。

III. 居住資格

推定資格適用於所有伊利諾伊州居民。非居民不得取得或適用推定資格。

IV. 標準

根據 NMHC 的財務援助計畫，以下推定資格標準確立了 NMHC 推定資格政策的指引。經證實符合下列一項或多項條件的未投保患者，應視為符合免費照護資格，且無須另行提供財務援助相關證明文件：

- A. 無家可歸
- B. 已故且無遺產
- C. 精神上無行為能力且無人可代其行事
- D. 符合 Medicaid 資格，但不適用於就診當日或非涵蓋項目
- E. 登記參加下列低收入個人援助計畫，並符合當時聯邦貧困收入指引 (Federal Poverty Income guidelines) 所訂 250% 標準或以下者：
 - 1. 婦女、嬰兒和兒童特別營養補充計畫 (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
 - 2. 補充營養援助計畫 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 - 3. 伊利諾伊州免費午餐和早餐計畫 (Illinois Free Lunch and Breakfast Program)
 - 4. 低收入家庭能源援助計畫 (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

標題：財務援助 附錄 D：推定資格	頁次 第18頁，共25頁	政策編號 FIN 03.0012D
----------------------	-----------------	-------------------

5. 登記加入提供醫療照護取得管道的組織性社區計畫，且該計畫以有限低收入財務狀況作為會員資格評估及證明之標準
 6. 獲得醫療服務補助金
- F. 為確保 NMHC 能在患者接受服務後、帳單開立前盡快將財務援助應用於患者的帳單，患者應於可行時盡早通知 NMHC 其推定資格並提供相關證明文件，最好於財務援助申請流程中完成。若 NMHC 可在無須患者通知的情況下取得此類資格資訊，則應使用此類資訊來應用推定資格。若患者於帳單開立後通知並提供證明文件，則 NMHC 亦會就其 NMHC 服務應用推定資格。

V. 參考資料

《患者公平收費法》(Fair Patient Billing Act) [210 ILCS 88/27]

附錄 D：
推定資格

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2021 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2013 年 12 月

審查/修訂日期：2014 年 12 月 (先前版本 NMHC 03.0012 v 1.0 附錄 A – 2011 年 6 月 1 日)、2016 年 8 月、2017 年 12 月 29 日、
2021 年 9 月 1 日

附錄 E：一般通知 – NMHC 醫院附屬機構

I. NMHC 醫院附屬機構具體通知措施

為了讓患者、擔保人、其家屬以及更廣泛的社區了解 NMHC 財務援助計畫，NMHC 醫院附屬機構應採取措施，在 NMHC 所服務的社區內廣泛宣傳本財務援助政策、財務援助申請表、財務援助申請流程說明，以及本財務援助政策的「淺白語言摘要」(在本附錄 E 統稱為「材料」)。具體通知措施應包括：

- A. 在 NMHC 醫院附屬網站和 NMHC 網站上廣泛提供材料，具體如下：
 1. 完整且最新版本材料應張貼於網站明顯位置。
 2. 任何能夠存取網際網路的個人均可存取、下載、檢視和列印紙本材料，而無需特殊電腦硬體或軟體 (公眾無需支付任何費用即可容易使用的軟體除外)，且無需向 NMHC 或任何 NMHC 醫院附屬機構支付費用，也無需建立帳戶或以其他方式需要提供個人身份資訊。
 3. NMHC 和 NMHC 醫院附屬機構應向任何詢問如何線上存取材料的個人，提供發佈該材料之網頁的直接網址 (URL)。
- B. 應要求免費提供紙本材料，並於郵寄及各公共場所 (包括 NMHC 醫院附屬機構的入院或登記區及急診部) 免費提供。
- C. 應在每家 NMHC 醫院附屬機構的入院、登記區及急診部張貼如下明顯告示：「根據本院為合格患者設定的條款和條件，您可能符合申請財務援助的資格。如需更多資訊，請聯絡[插入醫院財務援助代表之聯絡資訊]。」該標示應使用英文，並以其他語言呈現，前提是該其他語言是 NMHC 醫院設施所服務之社區或 NMHC 醫院附屬機構可能影響或接觸到的人口中，主要語言使用者達 1000 人或該社區人口的百分之五 (以較少者為準)。
- D. 向每家 NMHC 醫院附屬機構服務的社區成員通知並告知本政策相關資訊，以及如何或在哪裡獲取有關政策和申請流程的更多資訊以及材料副本。通知方式應合理規劃，以便觸及最可能需要財務援助的社區成員。「合理規劃」應考慮 NMHC 醫院附屬機構服務的社區居民所使用的主要語言，以及社區和 NMHC 醫院附屬機構的其他屬性。
- E. 向接受 NMHC 醫院附屬機構照護的患者通知並告知本政策相關資訊，以及如何或在哪裡獲取有關政策和申請流程的更多資訊以及材料副本。具體而言，每家 NMHC 醫院附屬機構均應：
 1. 於就診或出院程序中，提供本政策淺白語言摘要的紙本副本；
 2. 於帳單明細的明顯位置提供書面聲明，通知並告知收件人本政策下財務援助的可用性，並提供 NMHC 醫院附屬機構辦公室或可提供本政策及申請程序相關資訊之部門的電話號碼，以及可取得本政策副本、申請表與淺白語言摘要的直接網址 (URL)；以及

3. 在 NMHC 醫院附屬機構的公共場所（至少包括急診部和入院區域）設定明顯公共展示（或採用其他合理規劃方式以吸引患者注意），向患者通知並告知本政策。
- F. 材料應使用英文，並應翻譯成其他語言，前提是該其他語言是 NMHC 醫院設施所服務之社區或 NMHC 醫院附屬機構可能影響或接觸到的人口中，主要語言使用者達 1000 人或該社區人口的百分之五（以較少者為準）。
- G. 除每個附屬機構本身外，各附屬機構提供緊急或其他醫療必要照護之醫療照護提供者名單及其是否適用本政策，應由財務諮詢部保存，並以引用方式納入本政策。

II. 參考資料

- A. 《國內稅收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)條
- B. 《患者公平收費法》(Fair Patient Billing Act) [210 ILCS 88/27]

附錄 E：

通知

Andrew Scianimanico

副總裁暨收入週期長

生效日期：2021 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日

審查日期：2021 年 9 月 1 日

附錄 F：適用時間範圍和個別患者通知要求 – NMHC 醫院附屬機構

I. 帳單收費期間

根據《伊利諾伊州患者公平收費法》(Illinois Fair Patient Billing Act)，應在患者出院或接受門診照護後六十 (60) 日內 (以較長者為準) 指示其申請財務援助，且在該六十 (60) 日結束之前，NMHC 不得向未投保患者寄送帳單。儘管 NMHC 可於六十 (60) 日後向患者開立帳單，但其仍應處理在申請期間內任何時間收到的申請表。

II. 採取特別催收行動 (EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS) 前的資格判定義務

A. 通知義務

在採取任何特別催收行動 (Extraordinary Collection Action, ECA) 之前，NMHC 醫院附屬機構應採取本附錄 F 規定之措施，盡合理努力判定個人是否符合財務援助資格。具體而言，對於 NMHC 醫院附屬機構向個人提供的任何照護，NMHC 醫院附屬機構應採取以下措施：

1. 在啟動任何 ECA 以收取照護費用之前，應依本附錄 F 之規定，向個人通知財務援助計畫相關資訊，並應於 NMHC 醫院附屬機構就相關照護開立第一份出院帳單明細之日起至少 120 日內，暫不啟動任何 ECA (除本附錄 F 第 II.C 條所述 ECA 例外情況以外)。請注意：若綜合多項照護療程，則 120 日期間應自就該綜合療程中所含最近一次照護療程開立的第一份出院帳單明細之日起算；
2. 對於在申請期間提交不完整申請表的個人，應通知該個人如何完成申請表，並按照本附錄 F 第 II.D 條所述，給予該個人合理機會以完成申請表；以及
3. 對於在申請期間提交完整申請表的個人，應依本附錄 F 第 II.E 條規定，判定該個人是否符合財務援助資格。

B. 一般通知

NMHC 醫院附屬機構應於首次啟動一項或多項 ECA 以取得照護費用之前至少 30 日採取以下措施，以一般通知方式告知患者和/或擔保人財務援助計畫相關資訊：

1. 向個人提供書面通知，載明符合資格的個人可獲得財務援助，說明 NMHC 醫院附屬機構 (或其他授權方) 擬啟動之 ECA 以取得照護費用，並明確列出可開始執行該 ECA 之日期，但此日期不得早於書面通知發出後 30 日；
2. 向個人提供財務援助計畫的淺白語言摘要，並提供上述書面通知；

3. 盡合理努力口頭告知個人有關財務援助計畫的資訊，及其可如何獲得申請程序協助。

C. 因未支付先前照護費用而延遲或拒絕照護

若 ECA 涉及因未支付先前照護費用而延遲或拒絕照護，NMHC 醫院附屬機構可在啟動 ECA 前不到 30 日通知個人財務援助計畫相關資訊，前提是 NMHC 醫院附屬機構執行以下事項：

1. 除須符合本 *附錄 F* 第 II.B 條之要求外，NMHC 醫院附屬機構得向個人提供申請表及書面通知而非第 II.B 條所述之通知，此通知須說明財務援助適用於符合資格之個人，並載明 NMHC 醫院附屬機構不再受理或處理個人就先前提供之有爭議照護所提交（或補齊，如適用）之申請的截止日期（如有）。此截止日期不得早於提供書面通知後 30 日，或提供先前所提供照護的第一份出院帳單明細後 240 日，以較晚者為準。
2. 若個人在上述截止日期或之前，針對先前提供的照護提交申請（或者如 NMHC 醫院附屬機構未向個人提供任何此類截止日期，則可隨時提交申請），該申請應以急件方式處理。

D. 不完整申請表

若個人在申請期間提交了不完整申請表，NMHC 醫院附屬機構應：

1. 暫停任何 ECA；
2. 向個人提供書面通知，說明完成申請表所需的其他材料。此書面通知應包括財務援助計畫的淺白語言摘要，以及可提供財務援助計畫相關資訊的 NMHC 醫院附屬機構辦公室或部門之電話號碼和實體位置，以及可提供申請程序協助的辦公室或部門。個人應於申請期間結束日，或收到通知後三十 (30) 日內（以較晚者為準）補齊材料；特殊情況除外。

E. 完整申請表

若個人在申請期間提交了完整申請表，NMHC 醫院附屬機構應：

1. 暫停針對該個人的任何 ECA；
2. 就該個人是否符合財務援助資格作出判定並記錄在案；

標題：財務援助 附錄 F：適用時間範圍	頁次 第23頁，共25頁	政策編號 FIN 03.0012F
------------------------	-----------------	-------------------

3. 以書面形式通知該個人資格判定結果，包括該個人符合資格獲得的財務援助以及判定基礎（如適用）；以及
 4. 若該個人符合財務援助資格，NMHC 醫院附屬機構應：
 - a. 向該個人（經判定符合資格獲得免費照護以外的財務援助）提供帳單明細，內容應指出其作為符合財務援助資格的個人應支付的金額、該金額如何判定，或說明個人如何取得相關照護一般收費金額相關資訊；
 - b. 退還該個人先前為該申請中所列之照護所支付、且超過其經認定為符合財務援助資格之個人所應支付金額的部分（但金額未達\$5.00，或未達國內稅收公告 (Internal Revenue Bulletin) 所發佈之通知或其他指引所訂之其他金額者除外）；以及
 - c. 撤銷任何 ECA（出售債務除外）。
- F. NMHC 醫院附屬機構應記錄本附錄 F規定的所有通知要求。
- G. 本附錄之執行應符合 26 C.F.R.1.501(r)-6。若本附錄 F與 26 C.F.R.1.501(r)-6 不一致，或若 26 C.F.R.1.501(r)-6 對本附錄 F之執行提供更詳細規範，則以 26 C.F.R.501(r)-6 之規定為準。

III. 參考資料

- A. 《國內稅收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)條
- B. 《患者公平收費法》(Fair Patient Billing Act) [210 ILCS 88/27]

附錄 F：
適用時間範圍

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2021 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日
審查日期：2021 年 9 月 1 日

標題：財務援助 附錄 G：醫療照護提供者名單	頁次 第24頁，共25頁	政策 FIN 03.0012G
---------------------------	-----------------	-----------------

附錄 G：醫療照護提供者名單

I. 醫療照護提供者名單（無論是否受本政策約束）

- A. 財務諮詢部應代表每家 NMHC 醫院附屬機構維護一份提供緊急或其他醫療必要照護的任何醫療照護提供者名單（除 NMHC 醫院附屬機構本身之外），並說明其是否受本政策規範。
- B. 該名單應置於 NMHC 醫院附屬機構網站並可供索取。亦可向財務諮詢部免費索取此名單紙本副本。
- C. 名單應至少每季更新一次。

II. 參考資料

- A. 《國內稅收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)條
- B. 《國內稅收通告》(Internal Revenue Notice) 2015-46

附錄 G：
醫療照護提供者名單

Andrew Scianimanico
副總裁暨收入週期長

生效日期：2021 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2015 年 3 月 3 日

審查/修訂日期：2016 年 08 月 17 日、2021 年 9 月 1 日

標題：財務援助 附錄 H：實驗室檢驗財務援助	頁次 第25頁，共25頁	政策編號 FIN 03.0012H
---------------------------	-----------------	-------------------

附錄 H：實驗室檢驗財務援助

I. 患者實驗室檢驗財務援助說明

- A. NMHC 致力於透過 NMH 旗下的 NM Lab 和 Central DuPage Hospital 旗下的 HealthLab 提供實驗室檢驗服務。實驗室檢驗財務援助僅適用於因 NM Lab 與 HealthLab 所提供之檢驗服務而產生的患者應付餘額。這些服務的檢體來源，須為醫師診所採集並送交 NM Lab 與 HealthLab，或經由 NM Lab 與 HealthLab 採檢中心採集所得者。
- B. NMHC 將就患者於 NM Lab 與 HealthLab 之應付餘額進行財務援助評估。
- C. 實驗室檢驗財務援助不適用於政府計畫受益人（包括 Medicare Advantage 和 Medicaid 管理式照護計畫）。
- D. 實驗室檢驗財務援助由 NMHC 患者帳務服務透過其自動化患者費用明細處理流程管理，並將自動應用於符合資格的患者餘額。

II. 服務

- A. 透過 NM Lab 和 HealthLab 提供醫院與專業醫療必要實驗室檢驗。
- B. 財務援助不適用於客戶收費服務，即 NM Lab 或 HealthLab 可執行實驗室服務，並直接就這些服務向醫師診所（客戶）收費，而非向保險承保單位和患者收費。「客戶收費服務」的患者費用由客戶收取，而非由 NM Lab 或 HealthLab 收取。

III. 居住資格

實驗室檢驗財務援助不要求相關居住資格。

IV. 實驗室檢驗財務援助計算方式

- A. 對於收入低於 600% FPL 之患者，NMHC 對其七十五美元 (\$75) 以上之餘額將提供百分之九十 (90%) 折扣；對於收入低於 250% FPL 之患者，則對其所有未清餘額提供百分之百 (100%) 折扣。
- B. 其他折扣可於實驗室檢驗財務援助之後應用。

附錄 H：

實驗室檢驗財務援助

Andrew Scianimanico

副總裁暨收入週期長

生效日期：2022 年 9 月 1 日

審查紀錄：

制定日期：2017 年 6 月 3 日

審查/修訂日期：2021 年 9 月 1 日、2022 年 9 月 1 日