

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020年1月1日

1. 適用範圍	3
2. 治理事宜	3
3. 原則聲明	3
4. 分類及醫療照護可及性	4
A. 一般原則	4
B. 緊急及急症醫療服務	4
C. 非緊急、非急症服務	4
D. 患者可接受服務的地點	5
5. 取得及確認患者資訊	5
A. 緊急及急症醫療服務	5
B. 非緊急、非急症服務	6
6. 財務結算	6
A. 一般原則	6
B. 準備預估金額	6
C. 投保患者	6
D. 未投保患者（自費）	7
E. 低收入患者（麻薩諸塞州居民）	7
F. 特殊情況 – 掛號及患者財務責任	9
7. 財務諮詢服務	10
A. 一般情況	10
B. 溝通財務諮詢服務的可用性	10
C. 州立計畫的居住要求	11
D. 申請州立計畫	11
E. 承保範圍之核准	11
F. 結果申訴	12
8. 折扣、調整及慈善照護	12
A. 一般情況	12
B. 其他折扣、調整及慈善照護	13
9. 患者帳務及催收	13
A. 概述	13
B. 患者費用報表、信函及電話	13



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020年1月1日

C.	額外費用通知.....	15
D.	付款安排.....	15
E.	特殊情況 - 帳單.....	16
10.	壞帳處置.....	17
A.	信貸報告.....	17
B.	訴訟.....	17
C.	財產留置權.....	17
D.	催收機構.....	17
11.	信貸餘額及退款.....	18
12.	嚴重異常事件 (SRE).....	18
13.	患者權利及責任.....	18
A.	患者責任.....	18
B.	無歧視政策.....	19
14.	報告、稽核及遵循法規.....	19
	其他適用的 PARTNERS HEALTHCARE 政策：.....	19
	參考：.....	19



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

1. 適用範圍

本信貸及催收政策旨在涵蓋 Partners HealthCare System, Inc. (以下簡稱「Partners」或「PHS」) 中的所有醫院實體，以及隸屬於下方所列醫院執照中的任何實體，包括：Massachusetts General Hospital (MGH)、Brigham and Women's Hospital (BWH)、Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)、Cooley Dickinson Hospital (CDH)、Newton-Wellesley Hospital (NWH)、Martha's Vineyard Hospital (MVH)、McLean Hospital (MH)、Nantucket Cottage Hospital (NCH)、North Shore Medical Center (NSMC)、Wentworth Douglas Hospital (WDH)、Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)、Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC) 及 Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)、Massachusetts Eye and Ear (MEE)，本政策皆稱為「醫院」。所有其他 Partners 實體通常都遵守此政策。本政策適用於直接由醫院實體聘僱的所有醫師。依據 101 CMR 613.08(d)，完整的提供者附屬機構清單將可於 2017 年 10 月 1 日供審閱。

2. 治理事宜

此政策係諮詢各實體之代表加以制定，旨在符合各實體之需求。然而，對於某些區域，其當地條件可能形成針對特定實體制定條款的需求。實體特定條款應獲得 (1) PHS 財務副總裁或 (2) PHS 營收週期部門營運副總裁之事先核准。對健康安全網 (Health Safety Net) 提交信貸及催收政策，應由 PHS 患者帳務解決方案部門加以協調，並附上任何必要佐證文件或證據。

3. 原則聲明

Partners 實體為免稅實體，其基本使命是為所有需要醫療照護的患者提供服務。

不應依據患者是否具支付能力，而拒絕服務需要在醫院中接受急症或緊急醫療服務（如第 4B 節之定義）之患者。然而，為了讓 Partners 醫院（包含急性後期及行為健康醫院）繼續提供優質服務和支援社區需求，各實體有責任要求患者即時支付所供服務的款項。

這些政策目的是協助醫院遵循新罕布什爾州及麻薩諸塞州適用的州法規，包括遵循 MGL c.58 和麻薩諸塞州衛生及公共服務部執行辦公室 (MA Executive Office of Health and Human Services) 特別頒佈之相關法規 101 CMR 614 及 101 CMR 613（檢康安全網）中的信貸及催收政策標準，下文稱為「州立法規」。此外，此政策處理聯邦醫療保險及美國貧困者醫療補助保險服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services) 之《聯邦醫療保險提供者報銷手冊》(Medicare Provider Reimbursement Manual)（第 1 部分第 3 章）、《聯邦醫療保險壞帳規範》(Medicare Bad Debt Requirements 42 CFR 413.89 42 CFR 413.89) 及內地稅法 (Internal Revenue Code) 第 501 (r) 條，一如聯邦患者保護與平價醫療法案 (Federal Patient Protection and Affordable Care Act) (Pub.L. No. 111-148) 第 9007 (a) 條所要求。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

4. 分類及醫療照護可及性

A. 一般原則

對於需要未經排程之治療的所有患者，應依據本節的分類加以評估。醫院不應根據對患者、患者之保險給付範圍或付款能力之辨別而拒絕或延遲提供急症或緊急醫療服務。然而，若醫院無法確認醫療服務之付款方式，則依據向醫院臨床職員諮詢該個案之結果，而得延遲或延期提供非緊急或非急症醫療保健服務。

依據當地實務標準、國家及州立臨床照護標準，以及醫院醫療職員之政策及程序，每位患者臨床症狀與治療急迫性之間的關聯將由醫療專業人員判定。此外，所有醫院均會執行醫療檢查來判定是否為緊急醫療情況，以遵循聯邦《醫療急救及積極救助法案》(EMTALA) 之要求。請注意，患者醫療情況的分類僅供臨床管理之用，此分類旨在規範醫師依據患者臨床症狀應採取的看診順序。這些分類並不會反映最終診斷中對患者醫療情況的醫療評估。

急症醫療之判定取決於下列定義：

B. 緊急及急症醫療服務

無論患者的身份、保險給付範圍或付款能力為何，醫院均會提供緊急及急症醫療服務。

緊急醫療服務包含：

在發生（生理或心理）病況之後提供的必要醫療服務，這種病況會呈現為足夠嚴重之症狀（含嚴重疼痛），審慎的非醫療專業人士（擁有一般健康及醫學知識者）會合理預期，若不立即進行醫療處置，將導致該人或其他人之健康陷於嚴重危險、嚴重損害身體功能，或導致任何身體器官或部位嚴重受損，或是在懷孕婦女之情況下，有如同《社會安全法案》(Social Security Act) 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B) 第 1867(e) (1) (B) 條的進一步定義所述情況。對於緊急醫療情況提供的醫療檢查及治療，或根據《醫療急救及積極救助法案》(EMTALA) (42 USC 1395(dd) 對「緊急照護」之定義，以符合定義之程度所提供的其他類似服務。

緊急服務也包括：

- 由具有執照之醫療專業人員判定為緊急情況的服務；
- 與門診緊急照護相關聯的住院醫療照護；以及
- 因為其他急性照護醫院未能提供住院照護，而從其他醫院轉至 PHS 醫院的住院患者。

急症服務包含：

在突然發生（生理或心理）病況之後提供的具醫療必要性服務，會呈現為足夠嚴重之症狀（包含嚴重疼痛），審慎的非醫療專業人士會合理預期，在 24 小時內若不立即進行醫療處置，將導致該人之健康陷於嚴重危險、嚴重損害身體功能，或導致任何身體器官或部位嚴重受損。急症服務係針對未危及生命且對個人健康不具有高度的嚴重損害風險之情況而提供。

C. 非緊急、非急症服務

一般而言，會將非緊急、非急症服務細部分類為：

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

「選擇性服務」：不符合上述緊急或急症定義之具醫療必要性的服務。患者通常（但不一定）會先預約掛號這些服務。

「其他服務」：審查個案之臨床醫師認為不具醫療必要性的服務。

「急性後期照護」：在醫院提供，且分類為急性後期照護（包含復健服務）之具醫療必要性的服務。

「行為健康服務」：在許多著重於患者精神及心理健康之情況中提供的具醫療必要性服務。

若醫院未能確定患者將支付服務費用，則得拒絕為患者提供非緊急、非急症服務。經判定為不具醫療必要性之服務，醫院得無限期延期，直到患者可安排適當付款方式為止。這類服務包括但不限於：整型手術、社會、教育及職業服務；遠距健康照護及電子看診服務；與性別重建手術相關之治療，以及手術前荷爾蒙治療；在 **McLean Hospital** 所有專業住宿設施中提供的服務，均不得保險公司提出索賠。

D. 患者可接受服務的地點

當患者到醫院急診室或指定的急症照護區域時，所有患者都能尋求緊急層級的服務及急症照護服務。然而，發生緊急及急症情況的患者也可以前往許多其他地點，包含但不限於婦兒科、輔助部門、醫院診所及其他區域。醫院也在其主要設施、附屬社區健康中心、診所和其他門診地點提供其他選擇性醫療服務。

5. 取得及確認患者資訊

醫院將竭盡努力正確識別所有患者，並對每位尋求照護之患者取得、記錄及確認其完整人口統計資料及財務資訊。要取得的資訊將包含人口統計資訊（例如，患者名稱、地址、電話號碼、社會安全碼（若適用）、性別、出生日期及適用的患者識別資訊），以及足以確保服務款項的健康保險資訊（包含名稱及地址、訂閱者資訊及福利資訊，例如定額手續費、自付額及共同承擔額）。醫院取得完整資訊的需求一律隨患者的情況調整，患者的立即健康照護需求居最優先地位。

患者有義務及時提供完整的保險和人口統計資訊，以及瞭解其保單所承保之服務。

A. 緊急及急症醫療服務

醫院將依據 **EMTALA** 的需求，登記及收治緊急和急症患者。一般而言，醫院應盡快收集患者人口統計資訊及保險資訊，然而若收集此資訊會延遲醫療檢查或是對患者臨床情況造成不利影響，則應延後收集資訊。若患者在接受醫療服務與進行同意時，無法提供保險或人口統計資訊，則醫院應盡一切努力訪談陪同患者之親友，或患者指定的親友。倘若可行，針對患者提供之保險資訊，醫院應透過支付方網站或電子資料交換機制 (**EDI**) 向支付方確認。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

B. 非緊急、非急症服務

醫院應在提供醫療服務之前，先行登記及收治非緊急/非急症患者。醫院也應視需要審閱及更新回診或現行患者之人口統計資訊、財務及保險資訊，包含透過 EDI 或其他可用方式確認其保險狀態（若適用）。

6. 財務結算

A. 一般原則

在患者接受照護期間，醫院會竭盡努力盡快判定患者之財務責任。在可行範圍內，醫院將在提供任何醫療服務之前，先行收取定額手續費、自付額、共同承擔額或必要的預付款。患者若是管理式照護健康計畫或具有特定可及性要求之保險計畫的成員，則有責任瞭解及遵循所有保險計畫要求，包含轉診、授權或其他「醫療網路」限制。可能的話，醫院會向保險業者要求任何必要的事先核准、授權或付款擔保。在某些情況下（包含緊急及急症醫療服務之提供），得在服務提供之後進行這些轉診及授權。對於因醫療服務而產生應付餘額的所有患者，醫院將對其告知財務諮詢服務，協助他們履行對醫院的財務責任。在醫院可取得相關資訊的範圍內，在提供服務之前，醫院將盡一切努力向所有患者告知任何重大財務責任。在進行決定患者財務責任的活動之前，醫院將按照 EMTALA 完成醫療檢查。

B. 準備預估金額

醫院將在申請日起 2 個工作日內提供所有預估金額。預估通常使用帳單系統模組的最新可用資訊生成。負責提供預估金額的特定部門會依地點而異，但一般會與下列部分或全部部門相關：患者服務部門、財務諮詢部門、患者帳務部門及患者帳務解決方案部門。

醫院將最終預估金額連同付款選項一併提供給患者。

C. 投保患者

醫院將竭盡努力確認患者的保險狀態，協助患者遵循其健康保險計畫的要求。此確認會依據上述第 5 節所述原則進行。可能的話，此確認將包含判定患者預期的財務責任，包含適用的共保額、自付額和定額手續費。在可行範圍內且臨床上適合的情況下，醫院將在提供醫療服務之前或當時，要求患者給付任何預先決定的金額（定額手續費、固定自付額）。部分情況下，在患者進行登記時，可能無法根據其保險計畫及承保類型確切判定患者對於醫療服務的財務責任。在該情況下，醫院得基於對患者預計承擔之財務責任的最佳預估金額，要求相當預付款之。醫院得將無法提供付款的患者轉介至財務諮詢部門。

- 1) 合約式保險計畫。醫院與許多保險計畫簽訂合約。該情況下，醫院會向保險計畫收取所有承保服務的款項。醫院提供服務之前，會要求患者支付所有定額手續費、自付額及共同承擔額。對於經保險業者判定為不予承保或拒絕承保之特定醫療服務，醫院會依據相關保險合約，直接向患者收取醫療服務款項。可能的話，在保險業者拒絕給付或是作出其他不利判斷之情況，醫院會協助患者提出申訴，惟保險計畫通常要求患者提出這些申訴。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- 2) **非合約式保險計畫**。若醫院未與保險業者簽訂合約，醫院將會向患者之保險公司收費。即使醫院會向患者的保險計畫收費，但最終財務責任仍應由患者或保證人承擔；若保險業者未能及時回應醫院的帳單，醫院則會直接向患者收取服務費用 - 但豁免於催收動作（第 9.B.3 節）之患者除外。適用任何保險給付之後的餘額會向患者收取。可能的話，在保險業者拒絕給付或是作出其他不利判斷，且保險計畫要求患者提出申訴之情況，醫院會協助患者提出申訴。

D. 未投保患者（自費）

對於並非 EMTALA 要求履行的服務，在醫院提供服務之前，醫院對於沒有健康保險且之前未經判定核准財務補助，或低收入患者（如以下第 6(E) 節詳述），會要求先行提供預付款。預付款將相當於欲提供之服務的預估費用的 100%，扣除折扣優惠（請參閱第 8 節）。在這些情況下，若無法取得精確的費用預估金額，醫院得收取預先決定的預付款金額，或是取得付款保證金。如果患者未提供預付款或表示無法支付預付款，則得將患者轉介至財務諮詢部門。醫院會向所有患者提供其可運用之醫院折扣計畫資訊。醫院會向未投保之居民提供財務諮詢，以判定其是否符合任何可運用之州立計畫或其他政府補助計畫，並協助患者申請這些計畫。州立計畫包含但不限於：MassHealth、ConnectorCare、Children's Medical Security Plan、健康安全網 (Health Safety Net) 及可能在日後透過健康聯絡者 (Health Connector) 提供的任何其他計畫。財務顧問通常也會協助患者申請透過 Health Connector（健康聯絡者）提供的未補助保險計畫。如果沒有提供服務的立即需求，則在患者有能力支付、進行適當財務安排、取得保險或加入涵蓋該服務之財務補助計畫之前，住院或門診服務可能會遭到延期或取消。

E. 低收入患者（麻薩諸塞州居民）

- 1) **定義及資格**：低收入患者之定義是符合 MA 101 CMR 613.04(1) 之要件者。一般而言，這會包含居住於麻薩諸塞州，已向健康與公眾服務執行辦公處 (EOHHS) 申請相關福利，且其麻薩諸塞州再調整後總收入 (MA MAGI) 經證實小於或等於聯邦貧窮線指標 (FPG) 之 300% 的患者。使用麻薩諸塞州聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 的聯邦醫療保險管理資訊系統 (MMIS 系統)、TriZetto 或其他醫院掛號系統進行掛號時，會確認患者對於任何計畫 (MassHealth、健康安全網 (Health Safety Net) 及郡醫療服務計劃 (CMSP) 低於 300% 的情況) 之申請與合格狀態，而且會在記錄中註明患者狀態的任何變更 (若適用)。麻薩諸塞州急性照護醫院的服務需要本節針對低收入患者的限制概述，並且通常排除附屬診所、新罕布什爾州的醫院、McLean Hospital 及 Spaulding Rehabilitation Network 的服務。這些實體的服務折扣已包括未投保患者折扣及財務補助政策。
- 2) **服務限制**：在可能範圍下，會向經認定為低收入之患者提供符合 HSN 或 MassHealth 給付準則之服務，包含依據州立法規及適用藥物名冊的「合格服務」限制。對於尋求接受「不符資格」醫療服務之患者，醫院會以書面方式對其通知該服務之最高費用，且患者必須簽署確認函，表示患者在接受醫療服務之前瞭解並接受財務責任。判定患者是否為「低收入」之計畫清單位於 9 B (3) – 豁免於催收動作之患者。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- 3) **HSN 醫療困難**：屬於任何收入層級之麻薩諸塞州居民，若其可減免之醫療費用超過家庭收入，且其無力支付合格服務費用，則符合 HSN 醫療困難之資格。此追溯型計畫係依法進行，其範圍有限，經一次性判定實施，而且不是福利給付類型 (101 CMR 613.05)。此計畫僅於患者已接受醫療服務，且產生財務責任後，方能申請。
- (a) 費用資格：可減免醫療費用之類型及金額，會在 101 CMR 613.05 中指定。於申請日期前日期長達 12 個月之醫療服務已付和未付帳單，得在 12 個月期間連同 (限) 2 份申請表一併提交。
 - (b) 申請程序：醫院會協助患者收集所有適用資訊，而且會將醫療困難申請表提交至 HSN 以供審查及核准。患者有責任收集及提交所有用於申請醫療費用補助資格的文件。醫院必須在收到患者提交之所有文件及確認之 5 天內，將申請表提交至 HSN。
 - (c) 判定：HSN 會判定患者是否符合計畫資格並通知醫院，而且會判定患者應支付哪些帳單，以及哪些帳單可提交至 HSN。醫療困難的裁決僅限於隨附於申請表之帳單。沒有合格期間，且帳單僅能用於佐證申請表一次。
 - (d) 豁免於催收：對於 HSN 裁決符合醫療困難之涵蓋範圍所有餘額，所有催收動作均會停止。這包含已指派給外部機構或代表醫院之催收機構的餘額。若醫院未能在收到患者之所有確認後 5 天內提交申請表，則可能符合醫療困難規定之所有餘額均可豁免於催收動作。
- 4) 低收入患者財務責任
- (a) 低收入患者的財務責任僅限於定額手續費 (來自 Medicare 以外之支付方)、HSN 或 CommonHealth 抵降保費方案 (Spend Down) 判定的自付額，且在後者情況中，需患者同意收到 CommonHealth Spend Down 之帳單。
 - (b) 藥局定額手續費：年滿 18 歲的低收入患者需負責支付藥局服務的定額手續費。依據一般政策，醫院會在提供服務時要求給付定額手續費。醫院會將未付的定額手續費視為患者責任，並依據典型自費額催收程序加以催收。藥局定額手續費之年度上限為 250 美元。
 - (c) 部分 HSN 計畫或醫療困難計畫下，低收入患者的預付款：只要這項預付款是所有非緊急或非急症且具醫療必要性服務之未結餘額的主要支付方式，醫院就會向這些患者要求預付款。醫院將審查患者年度家庭自付額的目前狀態，且會向患者催收最高達患者年度自付額之 20% 的，或是最高 500 美元的醫療困難預付款計畫參與額度。
 - (d) 付款計畫：依據第 9 D 4) 節之條款，為清償所有未結餘額，醫院會向低收入患者通知可運用之付款計畫。
 - (e) 不符資格之醫療服務：若患者已提前得知這些服務之最高費用，並簽署確認函表示瞭解這些服務不屬於 HSN 或任何其他麻薩諸塞州補助計畫之涵蓋範圍，則低收入患者將必須提前支付任何不符資格之服務，包括但不限於 Infertility Services、TeleHealth、eHealth、Cosmetic Services 或不具醫療必要性的足部醫療服務。依據 4 A 所規範的準則，在患者付款之前，服務將予以延期。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- 5) 低收入患者的財務責任：行為健康與康復醫院，未投保的患者與財務補助政策涵蓋這些服務的財務責任
- 6) 待決狀態判定：對於醫院協助申請州立或其他政府補助計畫之患者，通常最多 30 天的待決期間內保留其帳單。經過 30 天之後，醫院便會將之視為「自費」處理，直到進行判定為止。若患者已填妥申請表且預期可獲核准，可由財務顧問在待決期間免除其預付款要求。

F. 特殊情況 – 掛號及患者財務責任

部分情況下，可能需要其他資訊或程序以支援患者的索賠處理。

- 1) 職業災害補償：醫院必須在掛號擔保人記錄中適當標示與工安意外相關的醫療服務。其他必要資訊包含發生意外的日期及時間、雇主名稱及電話名稱，以及雇主的職業災害補償業者及電話號碼。（若要在提交至 HSN 之前將索賠提交至職業災害補償業者，請參閱第 10.F.4 節。）
- 2) 汽車意外 (MVA) 及第三方責任：醫院應在掛號記錄中適當標示與汽車意外或其他第三方相關的醫療服務。醫院應竭盡心力以收集必須提交 MVA 索賠需要的其他資訊，包含發生意外的日期和時間、第三方責任個案的位置，以及任何已知的汽車保險業者，但在新罕布什爾州醫院可能不會向 MVA 業者提出索賠。也應在掛號系統中註明與索賠相關聯之任何律師的姓名（若有）。（若要在提交 HSN 之前向麻薩諸塞州的 MVA 責任業者提出索賠，請參閱第 10.F.3 節。）在 NH 的索賠將隨患者的醫療保險一起提出，或根據患者的指示直接向患者開具帳單。向患者開具 MVA 的服務帳單無折扣。
- 3) 暴力犯罪受害者（麻薩諸塞州）：醫院應在掛號記錄中適當標示與暴力犯罪受害者相關的醫療服務，並且註明事件發生的時間和地點。部分情況下，檢察總長辦公室提供的有限資金可抵銷醫療保險或健康安全網 (Health Safety Net) 未承保的醫療費用。若記錄中註明此類事件，醫院應將患者轉介至財務諮詢部門以完成適當文件，從而獲得暴力犯罪受害者基金的補償。
- 4) 根據《2010 年經濟和臨床健康之健康資訊科技法》(HITECH) 賦予患者之權利，患者得以在接受服務時要求，針對特定醫療項目或服務，醫院不得基於保險給付目的將其 PHI（患者健康資訊）傳送至其健康保險。本政策預計患者在接受服務或收到費用報表時全額支付未清餘額。HITECH 僅可讓患者不對保險公司請求給付。該法案並不否認患者支付帳目的財務責任。患者應依據程序註明帳目，以免於遭到不當揭露。
- 5) HSN 保密申請：患者得在兩個情形下提交保密申請。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020年1月1日

- (a) 未成年人：得針對家庭計畫服務以及與性傳染疾病相關聯的服務，為未成年人提交保密申請。得依據未成年人的收入處理這些申請，而且與家庭收入無關。醫院應將這些患者轉介至財務諮詢部門。
- (b) 受暴或受虐的個人：這些個人也可以依據其個人收入而申請 HSN 承保。這些患者也可能獲得 HSN 承保之所有範圍的服務。醫院應將這些患者轉介至財務諮詢部門。
- 6) 未載入記錄的人員。患者可能擔心申請低收入患者狀態對移民的相關影響。醫院應鼓勵財力有限的患者申請州立或其他政府補助計畫。如果患者持續表達擔憂之意，則可將患者轉介至外部機構以進行諮詢。對於拒絕申請補助之患者，醫院會持續將其視為自費患者。醫院應持續提供急症及緊急醫療服務（包含因應患者健康之立即威脅所需最多兩週的藥物量）。在患者有能力支付、進行適當財務安排、取得保險或加入涵蓋該服務之財務補助計畫之前，醫院得將非急症、非緊急醫療服務延期或取消。
- 7) 研究：掛號時，應註明並標示與研究相關之服務，以確保這些服務費用會提交給指定的研究基金。
- 8) 器官捐贈者：醫院會在提供醫療服務時識別器官捐贈者，並確保向適當的保險或其他資金來源申請這些服務的索賠。
- 9) 國際患者：除了下列針對受保人及未投保患者所述程序以外，醫院會盡一切合理努力以蒐集外國居民的當地及永久地址資訊，以及採取所有必要的適當額外動作，以確保所有未投保之醫療服務獲得預先付款。

7. 財務諮詢服務

A. 一般情況

醫院會致力識別未投保或不當投保之患者，以便提供諮詢及協助。醫院會向這些患者及其家人提供財務諮詢，包含篩選其是否符合其他承保來源，例如州立計畫及其他政府計畫（包含在可能範圍下，位於麻薩諸塞州或新罕布什爾州以外的州聯邦醫療保險 (Medicaid) 計畫），以及提供關於支付醫院帳單之所有可接受方式的資訊。醫院會鼓勵可能符合州立計畫或其他政府計畫資格的患者申請保險給付，且醫院應協助患者申請給付。針對患者主要保險計畫未承保的共同承擔額或自付額，麻薩諸塞州居民也可以申請 HSN 並獲得給付。

B. 溝通財務諮詢服務的可用性

醫院會張貼財務補助計畫之通知（標誌）並說明可於下列地點取得協助：

- 1. 門診、臨床、急診室及社區健康中心辦理住院及/或掛號處區域
- 2. 財務諮詢等候區域
- 3. 對患者開放的集中住院/掛號區域
- 4. 對患者開放的商務中心等候區域

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

若某一語言為醫院服務區域的 10% 居民以上人數使用的主要語言，應將標誌翻譯為其他語言。張貼的標誌一般為英文及西班牙文版本。造訪這些區域的患者應能清楚看見並看懂所張貼標誌的內容。標誌也包含指示內容，告知有其他語言需求之患者如何使用翻譯服務。

在患者首次於 Partners HealthCare 掛號時，便會提供標準通知書給患者。這些通知書也會在所有醫院及健康中心供大眾取用，而且會定期提供給預計有自費責任的現行患者。醫院也會視需要，將本政策及 PHS 未投保患者折扣與財務補助政策的完整副本提供給患者。這兩個政策也會張貼於網站（網址為：www.partners.org/patientbilling），同時包含已識別地點中所有醫院實體之首頁的連結。

C. 州立計畫的居住要求

大多數州立計畫的申請資格一般僅限於可適用州之患者。一般而言，僅為接受醫療保健福利而短暫搬遷的患者，並不符合居住要求。醫院會與未符合州計畫資格之收入有限的患者合作，以找出其他替代方案並告知其責任。

D. 申請州立計畫

醫院會協助患者填寫州立計畫申請表，並確保患者提交適用州立計畫要求的必要文件。個人會透過單一共用申請表來申請給付，並會透過州註冊系統 (hCentive) 提交申請表。經由此程序，個人可透過線上網站（集中位於州 Health Connector 網站）、書面申請表，或透過電話向 MassHealth 或 Health Connector 的客戶服務代表提出申請。必要文件可能包含但不限於下列證明：(1) 家庭年度收入（工資單、社會安全付款記錄，以及雇主信函、報稅單或銀行對帳單），(2) 公民身份及身份識別，(3) 非公民的移民身份（若適用），以及 (4) 年滿 65 歲以上之個人的資產。州政府會通知患者須提交以供最終確認的任何文件。患者可按適用的計畫準則獲得暫時性給付。

- 1) 提交州立計畫的申請表。州立計畫的所有申請表（包含書面及線上申請表）都必須由患者或其法律代表簽署。應只在處理申請表之後且州政府要求文件時，才提交確認。在申請程序期間，應告知患者，HSN 可能會向患者雇主報告患者運用 HSN 的詳細資料。此項揭露行為是州立計畫申請程序的一部分。
- 2) 判定是否符合資格。所有州立計畫申請都會由聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 審核及處理，其會根據聯邦貧窮指標及上述必要文件，以判定患者是否符合所有州立計畫。
- 3) 完成 Medical 困難申請。指定的特殊情況申請將由醫院完成，而且會透過 INET 系統提交給 HSN 以進行資格判定。
- 4) 患者責任之通知。財務顧問會盡一切合理努力向任何 HSN 患者告知其責任（如 13 A 所述），包含報告所獲得的收益、接受第三方賠償後需將款項償還給 HSN 之要求。

E. 承保範圍之核准

醫院對於麻薩諸塞州聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 或 NH Medicaid 計畫判定之計畫資格無可置喙，但得應患者要求而主導申訴或尋找與承保決策相關資訊之事宜。州辦公室

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

將核發所有合格通知書將由州辦公室核發。患者應負責將州政府制定之所有承保決策告知醫院，以確保所有醫院帳單裁決得以準確且及時。

F. 結果申訴

患者可以要求從適用的州計畫重新審查有關其狀況的判決。必須將審查要求連同佐證文件一併傳送至 聯邦醫療保險辦公室。向醫院索取其他資訊之要求將於 30 天內完成。

8. 折扣、調整及慈善照護

A. 一般情況

若經醫院財務長、PHS 營收週期部門營運副總裁、PHS 患者帳務解決方案部門總監或是其個別指定人選授權，且患者符合 PHS 未投保患者折扣及 PHS 財務補助政策或經個案認定，醫院就能將折扣或其他調整擴張適用於患者。折扣應經明確定義與記錄，且符合良好的商業作法、現有的州立及聯邦法令，而且應遵循州或聯邦主管機關不時核發的指導方針。

醫院不得根據患者或其家人與任何醫院員工或治理機構成員之間的關係而提供折扣。

醫院不得基於對臨床醫師或其家人提供「專業禮遇」而擴張適用折扣。

醫院不得透過向患者提供折扣引誘患者接受服務，或是以任何方式產生聯邦醫療保健計畫之商業應付款項，亦不可兌換為現金以換取醫院或任何其他 Partners 實體（這包含禮品店、自助餐廳等地的可享折扣）提供的項目或服務。

一般而言，並不會對定額手續費、共同承擔額或自付額進行免除或給予折扣。

免除定額手續費、共同承擔額或自付額，或給予折扣之原因：

- 經證明的財務困難，一般以適用的患者收入及資產資訊為基礎
- 發生嚴重的應申報事件或其他臨床問題，導致看診服務或住院服務完全取消。這時也會退還事件（例如報到登記時）前收取的任何定額手續費及自付額。（如需其他詳細資料，請參閱《Partners 品質及安全事件之未付款政策》(Partners Non-Payment Policy for Quality and Safety Events)。）
- 在極少見的情況下，醫院財務長、PHS 營收週期部門營運副總裁、PHS 患者帳務解決方案總監或是其個別指定者可以授權例外情況。

擴張適用其他類型折扣的原因包含：

- 鼓勵立即付款，
- 應對具財務困難的獨特個案，
- 盡量降低催收的管理成本，
- 在提供服務之前協商的特殊個案費用，以及

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- 與患者維護良好關係所需之折扣，包括但不限於服務之未預期延遲或其他照護品質不佳的事件。

B. 其他折扣、調整及慈善照護

醫院會針對未投保患者折扣及財務補助政策而維持計畫，以安排額外折扣。醫院一般會將財務補助折扣視為慈善照護。此類計畫將由 Partners 財務執行副總裁核准，並依第 2 節所述提出。因為患者得依據 101 CMR 13.08 (3) 及本政策第 9 B (3) 節所述內容而豁免於催收動作，對於不會向患者催收之餘額，醫院也可認定為慈善照護。符合醫院慈善照護政策之患者餘額可能被列為聯邦醫療保險 (Medicare) 壞帳。

9. 患者帳務及催收

A. 概述

依據既有的業界標準，醫院會善盡各種努力以催收保險業者應支付之所有費用，並且尋求及時地將給付及合約調整適用到患者帳目。其中包括依據支付方條件而要求所有可用保險計畫進行付款，以及及時後續追蹤索賠遭拒的情形。於申請所有保險給付、契約調整，以及當事人各方同意的折扣/調整之後，根據支付方之匯款通知所剩餘的帳目餘額，將由患者或其他保證人負責支付，但提交至 HSN 之餘額，或是依據州立法規而可豁免於催收動作之餘額除外。催收動作可能包含患者費用報表、患者信函、電話聯絡及認證的最終催收通知。

B. 患者費用報表、信函及電話

醫院可直接或透過其指定代理人，定期擬定費用報表或將費用報表準備郵寄給患者，告知患者所積欠醫院之餘額。在可能的情況下，患者會收到所有費用、付款及調整的摘要，連同每個服務日期的初始帳單。一般而言，若未發生任何其他動作表明醫院不宜額外收費，患者就會在計費週期期間（預期持續期間為 120 天）收到三 (3) 份以上的費用報表或信函。所有帳目相關動作及通訊的記錄（包含帳單）通常會反映在帳務系統交易登錄項目及/或帳目註解中。員工必須在適用的帳務系統或自付繳費系統中，記錄與患者（或保證人）的所有聯絡往來內容。

- 1) 暫停計費。在特定情況下，計費及催收活動可能因不適合持續進行而暫停或中止。此類情況包含但不限於：地址錯誤（以下第 7 節）、破產個案（第 F (1) 節）、患者亡故、患者申訴或提出客戶服務問題、小額餘額（第 10(B) (8) 節）或待決的 MassHealth 或低收入裁決。
- 2) 財務補助可用性通知。患者費用報表將包含法規要求之任何通知，以便向患者告知財務補助之可用性及使用的方法。這些通知的語言及內容遵循目前的健康與公眾服務執行辦公處 (EOHHS) 及 IRS 501(r) 法規。在其他一切書面通訊及口語通訊中，醫院也會在可行範圍內，將財務補助方案告知患者。
- 3) 豁免於催收動作的患者。醫院會採取合理步驟，以確保不會針對可依法規豁免於催收動作之那些患者餘額而啟動催收動作（包含電話、聲明或信函），包括由聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 判定為低收入患者（限牙科低收入患者除外）、或投保 MassHealth、兒童醫療安全計畫 (CMSP) 且 MAGI 家庭收入等於或小於 FPG 的

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- 300%、年長者、殘疾人士及兒童緊急援助 (EAEDC) 及健康安全網 (Health Safety Net) (全額或部分)，但不包括該等計畫判定為患者責任之自付額及定額手續費，以及來自任何第三方支付方 (Medicare 除外) 之定額手續費。若確定患者已投保其中一個類別，則對於該患者採取之所有催收動作 (適用的定額手續費及 HSN 自付額除外) 將針對患者具備保險適格期間發生之服務而停止。若餘額是在患者尚未投保合格計畫的期間產生，則只要患者經判定為低收入，催收動作也會停止。醫院得繼續寄送信函以要求患者提供資訊或採取動作，以解決主要支付方之承保及/或適格性問題、職業災害補償計畫或是取得第三方責任或 MVA 保險業者資訊。
- 4) 最終催收通知。在帳目被註銷為壞帳之前，醫院會盡合理努力，將最終催收通知寄送給每位患者。在大多數情況下，最終催收通知會包含在保證人費用報表中。
 - 5) 緊急壞帳。醫院將申請 HSN 之帳目認為是壞帳之情況下，醫院會確保符合下列條件：
 - (a) 應持續對帳目進行催收動作至少 120 天。
 - (b) 向 MMIS 提出適格性查詢，審查是否可獲得給付。
 - (c) 所提供的服務符合此政策定義的「緊急」或「急症」。
 - (d) 若餘額達 1,000 美元或以上，最終催收通知會以掛號信寄送。假設自開立最初帳單之後已經過 120 天，且經過合理努力後，醫院仍無法取得更新地址，則可將經適當記錄為「地址錯誤」帳目之帳目提交至 HSN，而無需使用掛號信郵寄最終催收通知。醫院會盡合理嘗試通知麻薩諸塞州居民，表示健康安全網 (Health Safety Net) 可能會向患者的雇主提供提交至 HSN 之任何索賠詳細資料。
 - 6) 催收電話及信函。醫院會盡合理努力，以催收患者積欠醫院的所有未清餘額。催收行動的範圍會依許多因素而異，包含但不限於，帳目餘額及患者之前的催收歷史記錄。其他催收行動可包含致電和致函給患者，以補充第 10 B 節所述之例行性患者費用報表程序。在可能的情況下，這些電話通訊及信函中將提醒患者申請財務補助。
 - 7) 因地址錯誤而退信。醫院會盡合理努力以追蹤和回應未能投遞而遭美國郵政署 (USPS) 退回的所有患者費用報表。在可能的情況下，在帳務系統中會將帳目識別為「地址錯誤帳目」，而且會使用可由第三方提供之「資料偵搜」方案來確認和更正地址資訊。一般而言，將帳目標示為「錯誤地址」後，則除非識別出新地址，否則不應進一步處理費用報表或信函。若持續將費用報表郵寄到不正確的地址，不僅在財政方面不適當，且可能導致違反《健康保險隱私及責任法案》(HIPAA) 之隱私權規範。醫院會在掛號系統中標示出「錯誤地址」帳目，以提醒掛號程序相關員工向患者取得新地址。最新的人口統計資訊中包含錯誤地址之帳目，可能會醫院被視為「壞帳」而轉介至外部機構，以進行其他後續追蹤處理；但醫院會追蹤可能的「緊急壞帳」帳目 120 天之後才進行轉介。
 - 8) 小額餘額調整。醫院基於對帳單處理及催收活動成本的認識，得不對低於「小額計費」閾值的帳目發出費用報表。同樣地，在開立帳單之後，醫院可能限制對小額餘額的催收及調查活動，並針對低於其「小額餘額註銷」閾值的帳目進行調整。在任何情況下，

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

針對依據本節進行的小額餘額調，醫院均不會整向 HSN 開立帳單。一般的低餘額閾值適用於低於 10.00 美元的保證人帳目餘額。

C. 額外費用通知

醫院會採取程序，根據 101 CMR 614 所規範之健康安全網信託基金額外費用，查明所有患者餘額。醫院會依據 HSN 要求的時程，向患者開立帳單，並將催收的資金匯回 HSN。

D. 付款安排

- 1) 概觀。付款可在所有 Partners 醫院的多種情況下進行。延期付款、付款計畫或預付款部分付款之安排通常僅由醫院住院服務部門或 PHS 患者帳務解決方案部門進行。所有付款安排均遵循預先決定的條件，而且會在醫院的帳務及掛號系統中適當記錄。
- 2) 付款形式
 - (a) 預先付款可透過保付支票/銀行支票、匯款或信用卡/簽帳卡進行。大多數醫院都不接受現金付款。除非患者或去曾因存款不足而導致支票跳票，否則針對 5,000 美元以下之餘額，醫院通常都能接受美國銀行開立的個人支票。醫院可在排程服務之前索取個人支票，以便有足夠時間確認支票。醫院可對有壞帳歷史的患者進行個別審查，以決定適當的付款模式。
 - (b) 銀行支票代收服務。透過個人支票進行的付款可支付給銀行支票代收服務。不得使用郵件進行信用卡付款。
 - (c) Partners 電子計費及付款。許多地點都能以電子方式存取帳單，而且可使用信用卡/簽帳卡或銀行轉帳，以電子方式支付那些帳單。
 - (d) 可藉由致電 PHS 患者帳務解決方案客服中心或其他指定的客戶服務中心來接受付款。
 - (e) 醫院會持續進程序以追蹤「錯誤」支票並撤銷已適用至患者帳目之任何付款。提交「空頭支票」可以構成醫院將帳目歸類為「壞帳」的原因。
- 3) 貨幣。除非雙方同意，否則付款應以美國貨幣為單位。對於以非美國貨幣支付的款項，會以醫院銀行指定的匯率進行兌換，並會扣除任何兌換費用。
- 4) 付款計畫。只要患者帳目已更新，則可應要求向所有患者提供付款計畫。最終是否接受付款計畫需視患者狀態及付款歷史記錄之完整審查而定。PHS 患者帳務解決方案部門會處理和監控所有患者付款計畫。一般而言，計畫會涵蓋已加入 Partners eCare 之所有 Partners 醫院的未結餘額。在可能的情況下，會協調所有實體之間的付款計畫。
 - (a) 適用於 HSN 部分自付額及醫療困難的付款計畫：
 - (i) 可以要求少於 500 美元或自付額餘額之 20% 的初期付款，其中包含在非急症/非緊急事件中，服務提供之前收取的所有預付款。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

- (ii) 對於 1,000 美元或以下之餘額，會提供一年付款計畫，對於所有其他餘額，則可提供長達兩年付款計畫。對於使用這些計畫的患者，醫院會提供 25 美元的每月付款金額。
- (b) 所有其他患者的付款計畫
 - (i) 對於 1,000 美元或以下之餘額，時間可達一年
 - (ii) 對於超過 1,000 美元之餘額，時間可達兩年
 - (iii) 若是獲得高層管理人員核准之例外情況下，得提供較長時間的付款計畫。
 - (iv) 若每月付款金額少於 25 美元，則不會提供任何計畫。
- (c) 若患者同意接受付款計畫且患者目前都有按時付款，則不會對餘額收取利息。
- (d) 醫院應定期審查計畫，以確保所有付款情況正常。如果患者連續兩次未付款，醫院便會將該帳目列為「壞帳」。收到患者變更財務情況通知時，對於患者尚未付款之款項，醫院得重新評估其義務。

E. 特殊情況 - 帳單

- 1) 患者破產：醫院會盡合理努力，以追蹤所有破產通知並將之歸檔，確保後續追蹤所有核准的法院程序，包含在適當情況下，向法院申請賠償或免除債務。
- 2) 患者亡故：在適當且具成本效益的情況下，醫院會執行房地產搜尋、房地產帳單，以及針對房地產行使留置權。
- 3) 汽車意外 (MVA) 及第三方責任 (麻薩諸塞州)：醫院應盡合理努力向 MVA/TPL 業者開立帳單，以催收任何個人傷害防護險 (PIP) 金額。在用盡 PIP 金額之後，醫院才會處理保險索賠。如果我們可以確認管理索賠之患者律師的姓名，醫院也可以針對 MVA 未來對患者給付之之人身傷害賠償行使優先權。在盡一切合理努力，用盡一切方式催收其他方的餘額之前，醫院不會將索賠提交至 HSN。在可能的範圍內，醫院會提醒患者其有責任在提出索賠的 10 天內，向聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 或 HSN 報告可能的 TPL 索賠。醫院將索賠提交至 HSN 之後收到的任何收回款項將會抵銷原始索賠，並應向 HSN 報告該收回款項，其中包含必要的取消款項或退款。
- 4) 汽車事故(MVA)和第三方責任 (NH)：具備醫療保險的患者可以選擇讓醫院為其醫療保險開立帳單。向患者收取的餘額將不享任何常規折扣或調整。
- 5) 職業災害補償：如果患者享有有效的職業災害補償，對職業災害補償的索賠一般會完全由職業災害補償業者處理。醫院會盡合理努力尋求職業災害補償之給付，包含提出申請或法律主張。如果患者並未享有職業災害補償，便會以一般方式處理索賠。
- 6) HSN 作為次要保障：對於提交至 HSN 作為次要支付方，視為由 HSN 給付之餘額 (包含自付額、定額手續費及非承保服務，包含患者已用完其權益，或是在接受服務

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

時，其向支付方的投保並非有效），醫院會付出勤奮謹慎的努力，限制這類索賠。患者對服務之索賠，若有技術性錯誤，或如 101 CMR 613.03(1)(c) 中所概述，有其他技術性問題而遭拒絕時，該索賠將不會提交至 HSN。如果醫院對於之前提交至 HSN 之索賠收到額外或更正的付款，則會將更正的索賠提交至 HSN。

- 7) **部分 HSN 自付額：**直到向患者收取等於年度自付額的費用（包含付款計畫包含之任何餘額）之前，醫院會向患者收取 100% 的年度部分 HSN 自付額。在達到患者的自付額之前，不會將索賠提交至 HSN。這包含屬於醫院執照可營運範圍之所有衛星設施及醫院健康中心。
- 8) **暴力犯罪受害者：**醫院會協助患者向麻薩諸塞州檢察總長之暴力犯罪受害者計畫提出索賠。在大多數情況下，VVC 索賠處於待決狀態時，向患者開立帳單的作業也會暫停。這些付款一般會被視為全額付款，而且不會向患者收取剩餘的金額。

10. 壞帳處置

用盡內部催收手段之後，可能會將帳目註銷為「壞帳」。這通常會在帳目完成其 120 天計費週期之後進行，但會因為錯誤地址或其他從寬處理情節而有一些例外情形。一般會有許多來源（包含內部員工、外部催收機構或催收律師）對壞帳帳目採取其他催收措施。醫院會確保壞帳的所有後續處理（無論是透過內部員工或外部機構進行）均遵循下列規範：

A. 信貸報告

一般而言，醫院通常不會向任何信用機關報告壞帳，但此政策目的不在於限制醫院針對特定個案採取此動作，或是限制醫院在未來採取此動作。然而，醫院及其代理人得運用信用機關之服務，以識別患者的信用評等，判定患者是否能履行其財務義務。

B. 訴訟

醫院及其代理人得針對積欠醫院之債務而向患者提起訴訟，以取得法院判決書。在任何情況下，醫院均不應在催收期間尋求收押手段（在大眾媒體中也稱為「人身扣押」）。

C. 財產留置權

醫院僅能在醫院財務長審查及核准時，才能對財產進行扣押、執行和變賣動作。此外，對於與聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 指定為低收入或符合任何補助計畫資格之患者，在一切有關個案中，若未經醫院董事會特別核准，醫院不會針對患者或保證人之個人住所尋求法律執行手段。

D. 催收機構

任何代表醫院催收患者餘額之機構均必須遵循此信貸及催收政策。催收機構會向醫院報告任何重大患者申訴，以供審查及追蹤。所有機構均完全遵循適用之聯邦公平債務催收 (Federal Fair Debt Collection) 法規，以及麻薩諸塞州檢察總長得決定的債務催收法規。所有機構應及時報告任何催收或其他帳目動作，包括及時停止催收手段之決策。一般而言，機構會對已開始催收一年而沒有任何動作、付款或目前不具有付款可能性的任何帳目停止催收手段。

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020年1月1日

11. 信貸餘額及退款

一般而言，醫院會將任何信貸餘額退還給患者，這些餘額是因為向患者催收超額金額所產生。若是無法將信貸餘額退還給患者/保證人，則依據麻薩諸塞州「拋棄財產」(Abandoned Property) 法規，醫院便會將信貸餘額匯回麻薩諸塞州財政廳 (Treasurer of the Commonwealth of Massachusetts)。

12. 嚴重異常事件 (SRE)

醫院會持續遵循適用的計費要求；包括公共衛生署法規 (105 CMR 130.332)，也就是醫院認定再入院或未對特定醫療服務付款之情況係因強制通報事件 (SRE) 所導致的相關規定。此未付款的認定會排除未在該醫院發生之強制通報事件。對於經認定符合健康安全網 (Health Safety Net) 計畫資格之低收入患者，若其索賠先前因為醫院的帳務管理錯誤而遭到保險計畫拒絕，醫院也不會向其索取付款。醫院也會依據適用的聯邦及州立隱私權、安全性及身份竊盜法律而保留所有資訊。

13. 患者權利及責任

A. 患者責任

患者有義務：

- 提供完整且及時的保險及人口統計資訊，以及向醫院及州政府（如果患者是州立計畫的成員）通知其狀態的任何變更，包含但不限於收入或保險狀態的變更。
- 對於麻薩諸塞州居民，申請可能符合資格的任何政府補助計畫並持續受計畫補助，包含在要求的時段內提交所有必要文件。若有可負擔的保險服務，所有患者都應該取得和維持承保狀態。向醫院通知任何可能的汽車意外保險、第三方責任保險或職業災害補償。對於州立計畫所支付的患者，針對任何意外、傷害或損失之補償（若有）提出索賠，且若索賠將涵蓋醫院提供之服務的費用，應在收到任何訴訟或保險索賠相關資訊十日內通知州立計畫（例如，聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid) 及健康安全網 (Health Safety Net)）。若有第三方付款足以涵蓋聯邦醫療保險辦公室麻薩諸塞州或健康安全網 (Health Safety Net) 支付之服務的成本，患者必須進一步轉讓這項權利。
- 盡合理努力以瞭解其保險承保之限制，包含基於有限承保、定額手續費、共保額及自付額的網路限制、服務承保限制及財務責任。
- 遵循保險轉介、預先授權及其他醫療管理政策。
- 遵循其他保險要求，包含完成權益協調表、更新成員資格資訊、更新醫師資訊和其他支付方要求。
- 及時支付定額手續費、自付額和共保額。
- 提供及時更新人口統計資料、保險及 HSN 資格和年度可扣除額資料。



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Partners HealthCare 醫院信貸及催收政策

2020 年 1 月 1 日

B. 無歧視政策

醫院不會因為種族、膚色、國籍、公民身份、外國人身份、宗教、教義、性別、性別認同、性傾向、年齡或殘疾情況而在其政策、適用政策、關於取得及確認財務資訊、住院前或治療前的預付款，或是否符合健康安全網 (Health Safety Net) 申請資格等方面而歧視患者。

14. 報告、稽核及遵循法規

醫院會遵循 MGL c. 118G 及相關 101 CMR 613、614 及相關聯管理公告板定義之所有報告需求。

依據 101 CMR 613 及 101 CMR 614 的準則及要求，醫院會保留可稽核的活動記錄。

當政策有所變更或是聯邦醫療保險辦公室 (Office of Medicaid)、健康安全網 (Health Safety Net) 頒布的法規變更而要求提交新政策時，醫院便會透過電子方式，向聯邦醫療保險辦公室、健康安全網提交此信貸及催收政策。

其他適用的 PARTNERS HEALTHCARE 政策：

Partners 未投保患者折扣及財務補助政策

參考：

麻薩諸塞州法規 101 CMR 613, 614 and MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c