



醫療保健獲取計劃

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

政策概要:

有鑑於聖塔克拉拉縣衛生系統(以下稱「本縣」)為加強支持獲得可負擔醫療保健機會，本縣透過醫療保健獲取計劃(也稱為患者財務援助政策或「財務援助」)向符合條件的低收入和中等收入戶自費和高額醫療費用患者提供折扣性的醫療必要的服務或用品。本政策的簡要概述如下。患者應查看完整政策以獲取完整的計劃信息，如有任何問題，請致電 (866) 967-4677(週一至週五，上午 8 點至下午 5 點) 聯繫本縣財務顧問。

- 自費患者是指沒有健康保險公司、醫療保健服務計劃、紅藍卡或白卡 (Medicare、Medi-Cal) 等第三方保險的患者，其受傷不屬於工傷賠償、車禍保險賠償或其他保險可賠償的傷害保險，以及沒有資格獲得本縣提供的醫療必要服務或用品健康保險或其他第三方保險的患者。
- 高額醫療費用患者是 (1) 患者自己每年在本縣支付的自付醫療費用超過其當前家庭收入或過去 12 個月家庭收入 10% 的患者，或 (2) 其家庭向任何醫療服務提供者支付超過患者家庭收入 10% 的醫療費用的患者，前提是患者提供患者或患者家庭成員在過去 12 個月內支付的患者醫療費用的文件。
- 自費和高額醫療費用患者其為本縣居民且家庭收入等於或低於聯邦貧困線 400% 者有資格獲得本縣醫療服務提供者所提供的 100% 醫療必要的服務或用品折扣。
- 自費和高額醫療費用患者其為本縣居民且家庭收入高於聯邦貧困水平的 400% 但低於 450%、550% 或 650% 其有資格獲取本縣醫療服務提供者的必要醫療服務或用品 70%、50% 或 25% 分別的折扣。有資格獲取部分折扣的患者可以要求本縣政府設定一項長期的免息付款計劃，使患者能夠支付折扣價。
- 聯邦貧困線每年都會改變。本政策中所引用的 2022 年聯邦貧困線列於附件 A。
- 符合條件的患者有資格獲得為期一年的財務援助，除非他們的資格在該年結束前發生重大變化。患者必須將其資格發生重大變化(例如收入、健康保險資格或其他醫療保健服務、家庭組成員和/或醫療費用的變化) 在六十 (60) 天內或在下一個服務時間點，兩者以時間較快者為準，儘快通知本縣。本縣保留隨時重新驗證患者資格的權利。
- 符合條件的患者必須盡一切合理努力，自特定「護理事件」(Episode of Care) 的初始帳單發出日期起 (帳單隨附醫療保健獲取計劃通知) 的 180 天內，根據本政策提交填妥完整的財務援助申請[或符合「折扣護理推定註冊資格」(Presumptive Enrollment for Discount Care)]。如果患者自特定「護理事件」的初始帳單日期起 180 天內未按照本政策提交完整的財務援助申請 (或有資格獲得「折扣護理的推定註冊」)，且沒有資格獲得財務援助，患者帳戶則會依附件 B「患者債務催收政策」(Patient Debt Collection Policy) 中所述，傳送至催收部門。

- 如果患者未能提供本縣做出資格決定所需的合理且必要的信息，則收入週期主管 (Revenue Cycle Director)或其指定人員有權酌情拒絕資格。收入週期主管或其指定人員可在 180 天期限後根據正當理由，裁定患者是否有資格獲得財務援助，正如本政策稍後所述。
- 一般來說，非本縣居民的自費和高額醫療費用患者沒有資格在聖塔克拉拉縣醫療設施中獲得非急救醫療服務。然而在那些仍有病人容納量的本縣醫療設施內，非本縣居民則可以接受非急救醫療保健服務。在本縣醫療設施內接受醫療必要的服務或用品的非縣居民以及自費或高額醫療費用患者，有資格獲得特定護理事件 (定義見下文)100% 折扣，前提是他們有家庭收入，但處於或低於聯邦貧困線的 400%。

名詞定義:

1. **患者的家庭或家人：**對於十八 (18) 歲及以上的患者，患者的家庭包括患者、患者的配偶或同居伴侶，以及二十一 (21) 歲以下的受撫養子女，無論是否住在家裡。對於十八 (18) 歲以下的患者，患者家庭包括患者的父母或看護親屬，以及父母或看護親屬的二十一 (21) 歲以下的其他子女。
2. **本縣居民：**本縣居民是指居住在聖塔克拉拉縣的人士。
3. **非本縣居民：**非本縣居民是指不居住在聖塔克拉拉縣的人士。
4. **家庭收入：**家庭收入包括患者家庭所有成員的年總收入，減去任何贍養費或子女撫養費。
5. **自費患者：**自費患者是指沒有健康保險公司、醫療保健服務計劃、紅藍卡或白卡 (Medicare、Medi-Cal) 等第三方保險的患者，其受傷不屬於工傷賠償、車禍保險賠償或其他保險可賠償的傷害保險，以及沒有資格獲得本縣提供的醫療必需服務或用品的健康保險或其他第三方保險的患者。自費患者包括但不限於：
 - (a) 有資格參加政府保險計劃但接受該計劃未涵蓋的服務的患者，以及
 - (b) 在提供服務之前或期間福利用盡的患者。
6. **高額醫療費用患者：**高額醫療費用患者是指：
 - a. 醫療保健服務的第三方支付來源 (即不是自費患者)，並且
 - b. 以下符合任何一項：
 - i. 欠縣政府的年度自付醫療費用超過患者當前家庭收入的 10% 或超過之前十二 (12) 個月家庭收入，以較低者為準，或
 - ii. 已支付，或有一名或多名家庭成員每年向任何醫療保健提供者支付超過患者家庭收入 10% 的自付療費用，前提是患者必需提供患者或患者家庭成員在過去 12 個月內支付的醫療費用文件。

這些醫療保健費用可以包括共付額 (copayment)、共同保險額 (coinsurance)、保險免賠額 (deductible) 或患者健康保險計劃下受保患者應付的其他金額。
7. **折扣護理的推定註冊：**根據從市場來源蒐集的特定於患者的社會經濟信息，可以確定患者有資格參加醫療保健獲取計劃。無家可歸或在接受服務期間到期，並且既沒有資金來源也沒有責任方或遺產的患者可能被確定有資格獲得財務援助，即使他們沒有完成財務援助申請。Patient Access Director 或 Revenue Cycle Director 或其指定人員，會審查此類案例並根據具體情況做出決定。
8. **醫療必要服務或用品：**「醫療必要服務或用品」是治療或診斷醫療狀況所必需的醫

療服務和/或用品供應，若有遺漏則可能會對患者的健康產生不利影響。以下服務通常不被視為醫療必要的服務或用品，因此通常不在本政策的承保範圍內：

- a. 生殖內分泌和不孕症服務;
- b. 美容服務或整形外科服務;
- c. 視力矯正服務，包括 LASEK、PRK、傳導角膜移植術、Intac 的角膜環段、定製輪廓的 C-CAP;
- d. 患者自己叫的救護車;和
- e. 生活方式藥物: 由聖塔克拉拉縣立醫療中心 (SCVMC) 藥房和治療委員會定義。

本縣保留更改此一般未承保服務和/或用品清單的權利。在極少數情況下，例如，根據醫生或參與服務提供者的建議，本縣首席醫療官或其指定人員可能會批准其中一項服務或用品作為特定患者的醫療必要服務或用品。縣首席醫療官或其指定人員的決定為最終決定。

9. 護理事件: 就本政策而言，護理事件 (Episode of Care) 是指:

- a. 在住院環境中，在入院之日至出院之日之間收到的醫療必要服務或用品與該入院相關;或
- b. 在急診室或門診環境中，個人就診以接受醫療必要的服務或用品

程序:

A. 財務援助獲取資格

1. 要在本政策下獲得財務援助，患者必須提交完整的財務援助申請或有資格獲得折扣護理的推定註冊來申請財務援助。

- a. 符合條件的患者必須自特定護理事件的初始帳單發出日期起(帳單隨附醫療保健獲取計劃通知) 的 180 天內，盡一切合理努力提交填妥的完整財務援助申請(或有資格獲得折扣護理的推定註冊)。如果患者自特定護理事件的初始帳單日期起 180 天內，未按照本政策提交完整的財務援助申請(或有資格獲得折扣護理的推定註冊)，並且有資格獲得財務援助，則患者的帳戶可能會按照隨附的附件 B 「患者債務催收政策」 (Patient Debt Collection Policy) 中所述，進行催收款。如果患者未能提供本縣做出資格決定所需的合理且必要的信息，則收入週期主管 (Revenue Cycle Director) 或其指定人員有權酌情拒絕資格。
- b. 過了這段 180 天的時間之後，並且在任何情況下，在與患者未付帳單有關的民事催收訴訟中作出最終判決之前，收入週期主管或其指定人員可以求患者提供更多信息，以證實正當理由請求。除了填寫完整的財務援助申請表，患者還必須提交一份書面聲明，解釋他們為何未在規定的 180 天期限內申請財務援助。患者可能能夠證明存在正當理由的情況範例包括但不限於：本縣無意中向患者提供有關醫療保健計劃或基於政府的健康保險選項的不完整或不準確的信息；患者的身體、精神、教育或語言限制使患者無法在 180 天的時間範圍內提交完整的財務援助申請；和/或患者患有嚴重疾病，或者患者的直系親屬死亡或患有嚴重疾病，導致患者無法在 180 天的期限內提交完整的財務援助申請。

2. 患者在申請財務援助時，必須按照本縣的要求提供真實、準確和完整的信息，

包括必要的證明文件。如果患者在申請過程中提供虛假或不完整的信息，可能會被裁定不符合財務援助的資格。

3. 患者必須在其財務援助申請中提供以下每種類型的文件之一：
 - a. 身份證明(例如，駕照、護照、政府簽發的身份證、工作或學校身份證，或出生證明以及其他身份證明，例如健身房或 Costco 會員);
 - b. 收入證明(例如，工資單或所得稅申報表); 和
 - c. 居住證明(例如，租賃合同/租約、房貸按揭帳單、水電費帳單、車輛登記、駕駛執照、無家可歸聲明，或與申請人同住者的支持信以及該位同住者的居住證明)。
 - d. 任何根據上述「高額醫療費用患者」所定義的 (b)(ii) 部分而尋求財務援助資格的患者，還必須提交他們和/或其家庭成員在過去 12 個月內支付的醫療費用文件。
4. 符合條件的患者可根據其家庭收入獲得不同級別的財務援助，如下表和本政策的附件 A 所列。

依照家庭收入，自費患者或高額醫療費用患者可獲得的財務援助金額

家庭收入	註銷病人應付醫療必要服務或用品的金額
家庭收入等於或低於聯邦貧困線的 400%	100% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 401-449% 之間	70% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 450-549% 之間	50% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 550-649% 之間	25% 慈善關懷註銷

附件 A 列出 2022 年聯邦貧困線。

對於無法完成申請或提供所有必要文件的患者，本縣衛生系統 (Health System) 會開發並依賴一種推定工具，註冊患者納入醫療保健獲取計劃 (Healthcare Access Program)，該推定工具係根據目前現有已登記參加無家可歸者服務、婦女嬰兒和兒童 (WIC) 計劃、營養補充輔助計劃 (SNAP，通常也稱為食品券)、和某些住房補貼等項目者的情況而設計。

5. 沒有健康保險(或沒有其他第三方支付醫療必要服務或用品來源)的患者，將接受篩查以決定他們是否有資格參加任何州、聯邦和/或本縣健康計劃，和/或任何其他第三方支付來源。本縣會盡一切合理努力從患者那裡獲取有關私人或公共健康保險或贊助是否可以全部或部分支付該縣提供的醫療護理費用的信息。當患者聯繫 Patient Access Department 瞭解可供選擇的財務援助時，本縣還會採取措施，幫助他們完成白卡 (Medi-Cal)申請、完成其他政府資助的醫療保險和醫療保健獲取計劃 (Healthcare Access Program)申請(如有適用任何一項)。如果患者在申請財務援助的同時也申請或正在申請另一項健康保險計劃，則這兩項申請均不得排除其他計劃的符合資格。
6. 尋求財務援助的患者必須申請他們有資格獲得的所有健康保險(或醫療必要服務或用品的其他第三方支付來源)，除非本縣收入週期主任或其指定人員免除患者如下所陳述的要求。
7. 如果患者未能盡一切合理努力來獲得健康保險(或醫療必要服務或用品的其他第三方支付來源)，則該項可能成為被拒絕獲取財務援助的理由。

8. 收入週期主管或其指定人員可以免除聯邦規定中關於「公共收費理由不可受理」的最終規則(依據《聯邦法規》第84卷第41,292頁, 2019年8月14日), 針對「可能合理地遭受移民負面後果的」患者免除遵守此一要求。例如, 年滿21歲或以上, 並正在尋求合法永久居留權, 並具有以下移民身份的成年患者, 可能不需要申請聯邦資助的健康保險: (1) 獲准假釋進入美國至少一年的患者; (2) 准予暫緩遣返或遣返的患者; (3) 1980年4月1日之前准予有條件入境的患者; (4) 古巴-海地入境者; 或(5) 自1996年8月22日之前參加SSI相關白卡(Medi-Cal)的患者。
9. 符合條件的患者可從本縣醫療服務提供者處獲得醫療必要服務或用品的財務援助。患者無權為非醫療必要服務或用品的服務、或單獨收費的醫生專業費用、或本縣未要求的救護車運送獲得財務援助。在極少數情況下, 當需要轉診到本縣衛生系統以外的地方時, 本縣首席醫療官或其指定人員, 可以批准為從外縣衛生系統獲得醫療必要服務和用品而提供財務援助。

B. 本縣居民的財務援助範圍

1. 本縣居民的財務援助通常會延長一年期限, 從患者提交完整的財務援助申請或有資格獲得折扣護理推定註冊的當月第一天(以較早者為準)開始, 或患者完成的財務援助申請或折扣護理推定註冊所涉及的護理事件的第一天, 除非在該年結束前患者的資格發生重大變化(例如, 符合從健康保險公司或其他第三方支付醫療必要服務或用品的第三方保險的資格)。收入週期主管或其指定人員也有權根據正當理由提供額外折扣。
2. 患者必需根據情況, 每年重新申請財務援助, 可以藉由提交財務援助續約申請, 也可以重新申請折扣護理的推定註冊。
3. 患者必須在發生變更後的六十(60)天內或在下一個服務時間點(以較早發生者為準), 將其影響資格的重大變更(如收入、健康保險或其他醫療服務保險覆蓋範圍、家庭人口組成或醫療費用的變更)通知本縣。縣府保留隨時重新確認患者資格的權利。
4. 如果患者未能及時將其影響資格的任何重大變更通知本縣, 則縣府可從重大變更生效之日起追溯, 終止其財務援助。

C. 非本縣居民的財務援助範圍

1. 非本縣居民的自費和高額醫療費用患者通常沒有資格在聖塔克拉拉縣立醫療設施獲得非急救醫療服務。然而在那些仍有病人容納量的本縣醫療設施內, 非本縣居民則可以接受非急救醫療保健服務。
2. 如果非本縣居民的家庭收入達到或低於聯邦貧困線的400%, 則在本縣醫療設施接受醫療必要服務或用品且為自費或高額醫療費用患者的非本縣居民, 有資格獲得這些服務的100%註銷。
3. 符合條件的非本縣居民只能有資格獲得特定護理事件的財務援助, 而不能持續獲補助一年。收入週期主管或其指定人員, 有權在顯示正當理由時酌情提供額外折扣。

D. 付款計劃

1. 根據本政策有資格享受部分折扣的患者, 可要求與縣府建立長期無息支付計劃, 以允許長期支付折扣價格。

2. 本縣將和患者協商付款計劃的條件與限制。在與患者協商合理支付計劃的條款時，本縣會考慮患者的家庭收入和基本生活費用。「基本生活費」是指租金或房屋支付和維護、食品和家庭用品、水電瓦斯費和電話費、服裝費、醫療費和牙醫費、保險費、學校或兒童照顧費、子女或配偶贍養費、交通費和汽車費，包括汽車保險費、油費和修理費、分期付款、洗衣費和清潔費以及其他非常費用。
3. 如果本縣和患者無法就付款計劃的條件與限制達成一致，本縣將使用《加州衛生安全法》第127400節第(i)小節中所述的公式，制定一個合理的付款計劃，包括每月不超過患者家庭收入10%的付款，不包括基本生活費用的扣除額。

E. 上訴

1. 本縣將在收到患者填妥完整的財務援助申請後30天內做出決定。該決定會包括患者對資格被拒如何提出上訴，以及上訴時限的指示說明。
2. 對於申請財務援助資格被拒的患者，可以書面形式對資格被拒的決定提出上訴。上訴必須包含上訴依據理由和想請求的救濟。上訴表格可進入線上獲取 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 或撥打 (877) 967-4677 聯繫 Patient Access。
3. 上訴必須在被拒絕後三十(30)天內送達以下地址:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanos Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. 收入週期主管將在收到上訴表格後三十(30)天內決定所有初始上訴。
5. 如果收入週期主管或其指定人員再次維持原始拒絕裁定，患者可提交第二次書面上訴。任何的二次上訴則必須由聖塔克拉拉縣衛生系統首席財務官，在首次上訴被駁回後三十(30)天內，送達以下地址：

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. 首席財務官將在三十(30)天內決定所有二次上訴。
7. 任何第二次上訴的決定將是最終裁定。

F. 本政策修訂通知程序

1. 財務援助政策及其附件將至少每兩年於1月1日或在進行重大修訂時提供給衛生保健獲取和信息部(HCAI)。
2. 如果自上一次提交以來未進行任何重大修訂，HCAI 將被通知未進行重大修訂。

政策背景:

本政策旨在遵守以下法律規定:

- 加州醫院公平定價政策 (HFFP) 法，加州衛生安全法§127400 及以下各條。
- 加州急診醫師公平定價政策(EFPFP)法，加州衛生安全法§127450及以下各條。

本政策建構本縣的慈善關懷計劃。本政策將始終一致地適用於所有本縣患者。

本政策僅適用於本縣醫療服務提供者所提供的醫療必要服務或用品。本縣醫療服務提供者其最新名單可透過以下“Find A Provider”頁面獲得 <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O’Connor Hospital), and <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital)。進入本縣醫院暨診所一覽表：<https://www.scvmc.org/find-health-center>。

特此通知患者，根據《加州衛生安全法》第127450節的定義，在本縣醫療設施提供急救醫療服務的急診醫生，法律要求應為自費患者和高額醫療費用患者其收入等於或低於聯邦貧困線的400% 提供折扣。

對於聖塔克拉拉縣立衛生系統可選購服務的列表清單，請造訪 <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>。

本政策不放棄或更改本縣與第三方付款人之間協商的任何合同條款或費率，也不向非合同第三方付款人或其他有負有法律責任代表受益人、受保人或被保險人付款的實體提供折扣。本政策不允許保險公司對不符合財務援助資格的患者進行例行性保險免賠額、共同付款和/或共同保險豁免。

責任:

有關實施本政策的問題，請聯繫 Patient Access Director，地址為: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 或 (866) 967-4677。

本財務援助政策取代以下現已無效的政策: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O’Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; 以及 St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

本財務援助政策上次更新於2022年12月8日。

附件 A

2022 年聯邦貧困線圖表

2022 年聯邦貧困線							
Size of Household	100% Discount*	70% Discount		50% Discount		25% Discount	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件者： 聖塔克拉拉縣衛生系統
執行領導小組

寄件者： René G. Santiago, 副縣長暨
聖塔克拉拉縣衛生系統主任

主旨： 患者債務催收政策

參考文獻： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (醫療保健獲取計劃)

定義：

1. **患者**：就本政策而言，患者包括從 CSCHS 獲得醫療保健項目和/或服務的任何個人，如果非同一人，則包括他們的擔保人。
2. **擔保人**：承擔患者債務支付責任的個人。
3. **患者債務**：患者欠 CSCHS 療保健項目和/或服務的金額。
4. **DTAC**：聖塔克拉拉縣稅務和收款部 (The County of Santa Clara’s Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者債務。
5. **財務援助**：根據 CSCHS 財務援助政策的條款，由 CSCHS 授權患者債務的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 醫療保健獲取政策**：一項 CSCHS 財務援助計劃的單獨政策，也稱為醫療保健獲取計劃 (HAP)，該計劃為 CSCHS 向某些符合條件的低收入或中等收入患者其醫療保健項目和/或服務提供折扣付款。CSCHS 財務援助政策可在線獲取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景：

本政策目的是為向患者收取欠聖塔克拉拉縣衛生系統 (CSCHS)債務而定義的標準和實踐。

政策:

CSCHS 的政策是以準確、及時且符合適用法律和法規的方式向患者收費，包括但不限於《加州衛生安全法》、《加州民法》及《美國法》的適用條款。

程序:

責任方

行動

CSCHS 患者業務服務

1. 在 CSCHS 首席財務官的授權下，CSCHS 將追討患者因 CSCHS 提供的醫療保健項目和/或服務而欠下的債務，包括將未支付的金額指定為壞賬並將此類金額提交給 DTAC 進行催收。催收行動將由 CSCHS 和 DTAC 自行決定並遵守所有適用的州和聯邦法規，包括加州醫院公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127400 節等）、急診醫師公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127450 條及以下各節）、Rosenthal 公平債務催收實務法（加州民法，第 1788 條及以下各條）和聯邦公平債務催收實務法（美國法，第 15 條）。
2. CSCHS 將獲得 DTAC 的書面協議，即 DTAC 將完全遵守本政策。書面協議不會被解釋為在 CSCHS 和 DTAC 之間建立合資企業，或以其他方式允許 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在將患者債務轉介給 DTAC 之前，CSCHS 將執行以下所有操作：
 - a. 盡一切合理努力從患者那裡獲得有關私人或政府健康保險或贊助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的醫護費用的信息。
 - b. 為沒有第三方付款人提供醫療保險的患者，或要求折扣價格或慈善註銷關懷的患者，提供 Medi-Cal 計劃或其他州或縣資助的醫療保險計劃的申請。
 - c. 向患者郵寄至少四 (4) 份 CSCHS 提供服務的帳單，告知患者其財務責任。

- d. 在服務日期當天或之後、在開帳單時、以及在將患者債務提交給 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 財務援助政策和申請通知，告知患者財務援助參考選項。
 - e. 當患者聯繫 CSCHS Patient Access 部門瞭解財務援助選項時，必需採取措施幫助這些患者完成 Medi-Cal、其他政府資助醫療保險或醫療保健獲取計劃的申請（如有適用）。
 - f. 在將患者債務轉給 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者發送通知（也稱為“告別信”）。該通知將包括：
 - i. 將帳單轉給 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何從 CSCHS 獲得細目帳單的聲明;
 - iv. 接受醫療服務時在 CSCHS 病歷登記患者健康保險的名稱和類型，或登記 CSCHS 沒有該筆資料的聲明;
 - v. CSCHS 財務援助申請表的紙本; 以及
 - vi. 患者最初收到申請財務援助通知的日期、患者最初收到財務援助申請的日期、以及 CSCHS 對患者的財務援助申請做出決定的日期（如有適用）。
 - g. 在初始帳單發出至少等待 180 天之後，才將患者債務轉交給 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 條所列的步驟，CSCHS 可以將患者債務轉交給 DTAC，並採取以下一項或多項催收行動：
- a. 參與標準收款工作，包括但不限於使用帳

單、書面信函和電話;

- b. 以符合所有適用法律的方式對患者提起民事訴訟。通過書面機構間協定，CSCHS 將確保 DTAC 不會對患者提起民事訴訟，如果該患者對其收到 CSCHS 帳單的項目或服務(定義見《加州衛生安全法》第 127426 節第(b)小節)的承保範圍有未決上訴，且患者做出合理努力與 CSCHS 和 DTAC 溝通任何未決上訴的進展。未決上訴包括對醫保計劃不滿申訴、管理醫療保健部或保險部進行的獨立醫療審查、Medi-Cal 公平聽證會和 Medicare 上訴，詳見《加州衛生安全法》第 127426 節 (b)小節。
5. 透過書面機構間協定，CSCHS 將確保於收到任何表示可能開始催收活動的文件後，DTAC 將向患者發送一份通知，其中包含患者根據《醫院公平定價政策法》、《Rosenthal 公平債務催收實踐法》，以及《聯邦公平債務催收慣例法案》，該法案將包括一項聲明，即根據《衛生安全法》第 127430 節，患者所在地區可提供非營利信用諮詢服務; 並且在與患者的第一次書面溝通中，DTAC 將提供一份《告別信》紙本和一份聲明，聲明自患者最初為債務基礎的醫療服務開具帳單之日起已超過 180 天，DTAC 可對患者提起訴訟，以收回債務，DTAC 不會向信用機構通報患者不利資訊。
6. CSCHS 不會參與以下任何催收行動:
 - a. 向消費者信用報告機構或信用卡局報告患者債務的不利資訊;
 - b. 向債務買家出售患者債務;
 - c. 因患者先前未支付醫療護理的一張或多張帳單，而推遲或拒絕患者，或在提供醫療必要護理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不動產的贖回權;
 - e. 查封或扣押患者的銀行帳戶或其他個人財產;或
 - f. 使用工資扣押或對主要住所有留置權作為手段，向有資格獲得財務援助的患者收取未付醫院帳單。
7. 任何患者都可以要求建立無息支付計劃，支付患者債務。
- a. 在與患者協商付款計劃的條款時，CSCHS 要考慮患者的家庭收入和生活費用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合財務援助資格的患者無法就付款計劃達成一致時，CSCHS 將使用《加州衛生安全法》第 127400 節第(i) 小節中所述的公式和定義，制定一個合理的付款計劃，除扣除基本生活費用外，每月不超過患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天內連續支付所有到期款項，則付款計劃可能會被宣布無效。
 - d. 在宣布付款計劃無效之前，CSCHS 將：
 - i. 合理嘗試通過電話聯繫患者，以書面形式通知付款計劃可能失效，並告知患者有機會嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - ii. 應患者要求，嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - e. 在付款計劃被宣佈無效之前，CSCHS 不會因患者未付款而對患者提起民事訴訟。
8. CSCHS 不會使用付款存根、所得稅申報表或在財務援

助申請過程中從患者處獲得的資產文件進行索款。

9. 如果 CSCHS 收入週期主管或其指定人員審查在初始帳單發出後超過 180 天才提交財務援助申請時，CSCHS 收入週期主管或其指定人員將請求 DTAC 暫停收款活動，包括中止民事訴訟，直至 CSCHS 收入週期主管或其指定人員對申請作出決定。如果在民事訴訟開始後發現患者有資格獲得財務援助，CSCHS 將與 DTAC 合作以對法定利益有損的方式駁回訴訟。
10. 本政策中的任何內容均不妨礙 CSCHS 或 DTAC 以符合適用法律的方式追究第三方責任。

患者

1. 患者應直接向 CSCHS 患者業務服務提出本政策有關問題。患者可以透過電話 (408) 885-7470 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 或親自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 聯繫 CSCHS 患者業務服務。
2. 患者應盡一切合理努力及時回覆 CSCHS 和 DTAC 的帳單和相關通信。
3. 如果患者有健康保險、紅藍白卡 (Medicare、Medi-Cal) 或其他第三方保險，可能會支付在 CSCHS 接受的所有或部分醫療項目和/或服務，患者應盡一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓勵患者閱讀完整 CSCHS 財務援助政策，如果他們認為自己有資格獲得財務援助，請儘快完成並提交財務援助申請。患者可以查看 CSCHS 財務援助政策並在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下載申請表。患者如果對財務援助政策有任何疑問，也可以致電 (866) 967-4677 (週一至週五上午 8 點至下午 5 點) 聯繫 CSCHS Patient Access 部門。

發佈日期: 12/08/2022