

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第1页，共24页

I. 目的

本政策旨在形成一个框架，以便 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago（“本医院”）根据该框架为其患者以及附录 A 所列实体的患者提供经济援助。本政策介绍与本医院的经济援助计划相关的程序、要求和资格标准，以及在未付款的情况下本医院可能采取的行动。

II. 适用范围和覆盖领域

- A. 本政策适用于本医院提供的所有紧急或医疗必要护理服务。本政策不对非受雇于本医院或未与本医院签约提供医疗服务的医疗服务提供者具有约束力，包括治疗本医院住院或门诊患者的医生。
- B. 本政策的附录 A 包括在本医院提供紧急或其他医疗必要护理服务的提供者的相关信息，其服务涵盖在本政策中。所有其他未列出的提供者服务不涵盖在本政策中。

III. 政策声明

- A. 本医院始终秉持自己的使命，致力于为儿科患者提供医疗保健服务，不会因种族、肤色、宗教信仰、残疾、性别、性别认同、国籍、性取向或支付能力而歧视患者，包括患者是否具有享受经济援助的资格，是否具有支付医疗费用的能力，或是否具有任何其他受法律保护的情形。本医院了解到，一些无力支付医疗护理相关费用的患者和家庭存在经济帮助需要。因此在这种情况下，本医院将按照本政策，向某些接受紧急或其他“有医疗必要的”医疗保健服务（定义见 Centers for Medicare and Medicaid）的具有资格的患者提供经济援助。
- B. 本政策所述之经济援助，将按照既符合州和联邦要求，又可以保护本医院整体资源的方式提供，让本医院可以不断地为居住在伊利诺伊州且需要高度专业化护理的儿童提供医疗保健服务。

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第2页，共24页

- C. 患者和家庭在了解、申请和获得付款源（包括在适用情况下的公共援助）时必须与本医院配合；在患者取得经济援助资格之前我们将不遗余力地帮助患者。如果患者或患者家庭的经济状况出现重大变化，本医院希望患者和家庭可以将此情况通知本医院。
- D. 为了管理本医院的资源和职责，也为了让本医院可以向大多数有需要的儿童提供经济援助，理事会通过财务委员会，制订了提供经济援助的指导原则。

IV. 定义

- A. **一般收费金额**：向具有享受经济援助资格的患者提供紧急或其他医疗必要服务时，所收取的费用限制在不超过公共或商业医疗保险承保范围内，个人就该等医疗服务一般情况下应支付的金额（“AGB”）。
 - i. 本医院采用“回溯”法来计算 AGB。也就是说，AGB 百分比确定的依据是 Medicare 服务费理赔部门过去向本医院支付的实际理赔款，加上所有私人健康保险公司向医院支付的理赔款。
 - ii. AGB 折扣百分比将按年计算，计算方式为：保险公司已于前 12 个月内清偿其债务时的所有合同调整金额总和除以索赔总费用，再将得到的百分比乘以个人总费用，以将账单费用减少至 AGB 百分比。
 - iii. 每年计算一次修订后的 AGB 百分比，并自用于决定计算方式之当年度首日后第 120 天应用。
 - iv. AGB 百分比列于附录 B 中。

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第3页，共24页

- B. **申请期限**：本医院将于申请期限内受理并处理经济援助申请；申请表副本随附于附录 B 并可在本医院网站上找到：<https://www.luriechildrens.org/financial-assistance>（”申请”）。申请期限的开始时间为提供护理服务之日，结束时间不迟于本医院就护理服务提供第一份出院结算单之日后的第 240 日。
- C. **完成截止日期**：完成截止日期是指，医院可能针对已提交未完成申请表的个人发起或重新开始 ECA（定义见下文）之后的日期，条件是该个人未向本医院提供完成申请表所需的缺失信息和/或文档。完成截止日期不得早于：(i) 本医院向个人提供本书面通知后的 30 天，或者 (ii) 申请期限的最后一天，以时间较晚者为准。
- D. **紧急服务**：最近发病且严重的医疗状况，导致拥有一般医学与健康知识的谨慎的外行人认为需要接受紧急医疗护理服务或计划外的医疗护理服务。
- E. **特别收款行动 (ECA)**：ECA 是指以下行动：(1) 要求就向患者提供服务而产生的款项向患者提起法律或司法程序，(2) 涉及向另一方出售债务，(3) 由于个人未支付与先前所提供医疗服务相关的一笔或多笔医药费，导致推迟、拒绝或付款后方可提供有医疗必要的护理服务，或者 (4) 向信贷机构或征信机构报告不利信息。就此目的而要求提起法律或司法程序的行动包括：(a) 设置留置权（除非该留置权是针对造成患者伤害的第三方）；(b) 丧失不动产的赎回权；(c) 查封或扣押银行账户或其他个人财产；(d) 针对个人提起民事诉讼；(e) 提起导致个人被逮捕的诉讼；(f) 提起导致个人被人身监禁的诉讼；或者 (g) 扣押工资。ECA 不包括在破产程序中提起索赔，或参与某些美国国税局指定的债务出售。本医院在尽合理努力确定患者是否具有享受经济援助的资格之前，不参与 ECA。有关本医院使用 ECA 的更多信息，请参阅本医院单独的《收款政策》，该政策可应要求提供，亦可登录本医院的网站查看：[\[www.luriechildrens.org/financial-assistance\]](http://www.luriechildrens.org/financial-assistance)。

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第4页，共24页

- F. **家庭收入**：家庭收入的定义以美国人口普查局使用的定义为准。家庭收入包括工资、失业赔偿金、工伤赔偿金、社会保障金、社会安全生活补助金、公共补助金、退伍军人补助金、遗属抚恤金、养老金或退休收入、利息、股息、租金、特许权使用费、房地产收入、信托、教育援助、赡养费、子女抚养费、家庭以外的援助以及其他收入来源。非现金收益（比如通过州援助计划提供的食品和住房补贴）不视为家庭收入。就本政策而言，家庭收入包括患者、父母、监护人产生的收入，或者负责支付本医院向患者所提供护理服务的费用的其他家庭成员产生的收入。
- G. **联邦贫困线（“FPG”）**：贫困线由美国卫生与公众服务部根据美国法典第42编9902(2)款的授权，定期在联邦公告中进行更新。FPG作为附录D附于本政策中，应在联邦政府修订并在《联邦公报》中发布后，每年在本政策中调整FPG。
- H. **经济援助**：经济援助是指根据医院向符合条件的患者提供服务的条款与条件或者根据法律要求向患者提供的折扣。
- I. **财务委员会**：财务委员会是由首席医疗官、首席财务官、外科和儿科主任或其指定人员、教师实习计划的代表以及其他人员（视情况而定）组成。委员会的职能和责任将在本政策下文作进一步讨论。
- J. **免费和慈善诊所**：符合第501(c)(3)条规定的免税医疗保健组织，为低收入、未参保或保额不足的个人提供健康服务，并得到伊利诺伊州免费和慈善诊所协会或全国免费和慈善诊所协会的认可。
- K. **健康保险费用分摊计划**：患者用作传统医疗保险的替代方案的成本分摊计划。Lurie Children’s没有与健康保险费用分摊计划签约。参与健康保险费用分摊计划的所有患者都将被视为未参保人士。

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第5页，共24页

- L. **医疗必要服务**：医疗必要是指服务、药物或用品对于诊断或治疗疾病或伤害是必要且适当的，符合提供服务、药物或用品时普遍接受的医疗实践标准。不包括被认为非医疗必要的服务，例如美容服务。
- M. **非承保**：个人患者的保险公司不承保的服务。非承保服务是患者在提前收到通知时负责自行支付费用的服务。服务是否在承保范围内因保险单而异。例如，作为承保服务的一部分，**Medicare** 将支付每年的体检费用。但 **Medicare** 不支付普通牙科手术的费用。非承保服务有资格获得经济援助。如果根据患者保险公司的反馈，在提供服务之前没有通知患者其服务或药物属于非承保服务，他们将不承担全额费用。
- N. **通知期限**：通知期限是指本医院必须尽其合理努力将本政策通知患者且不会采取 ECA 的期限。通知期限自本医院提供第一份出院结算单之时起算，至其后第 120 日结束。
- O. **网络外**：提供商或提供护理服务的机构没有与患者健康保险计划签订协商合同的情况。**本政策不涵盖网络外服务的患者责任**。本医院将遵守所有适用的规则和法规，包括联邦《无意外法案》，以确定哪些服务被视为网络外服务。《无意外法案》确定了可能不向网络外患者进行平衡计费的某些服务（例如，紧急服务和病情稳定后的服务，非紧急辅助服务）（“受保护的服务”）。患者有资格获得与受保护的服务相关的经济援助。
- P. **患者**：就本政策而言，患者被视为包括患者、父母、监护人，或者负责支付医院向患者所提供护理服务的费用的其他家庭成员。
- Q. **简明摘要**：用来告知本医院提供经济援助的书面声明，该声明以清晰、简洁和易于理解的语言提供其他信息，包括：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第6页，共24页

- i. 本政策提供的资格要求和援助的简要说明；
 - ii. 关于如何根据本政策申请的简短摘要；
 - iii. 可获取申请表的网站或位置的列表；
 - iv. 如何通过邮寄方式免费获取本政策和申请表副本的说明；
 - v. 协助处理申请的人员的联系方式（以及本医院确定可以为申请提供帮助的任何其他机构，条件是本医院选择这样做）；
 - vi. 本政策的某些语言翻译版本；以及
 - vii. 为无经济援助资格的患者提供紧急或医疗必要服务，收费超过 AGB 的声明。
- R. *合理努力*：在作出合理努力确定患者是否有资格获得本政策下的经济援助之前，医院不会参与 ECA 以获得护理费用。合理的努力将包括以下步骤。在采取 ECA 之前至少 30 天，本医院将：
- i. 向患者提供本政策《简明摘要》，并在患者出院前向患者提供申请表；
 - ii. 发送至少一份结算单，其中包含
 - (a) 可提供经济援助的明确书面通知；
 - (b) 可查询与本政策和申请程序相关信息的本医院的电话号码；
 - (c) 可直接下载本政策、申请表及本政策《简明摘要》副本的网址；以及
 - (d) 本医院拟采取 ECA 以获得与护理服务相关的付款的书面通知，以及何时可以开始采取此类 ECA。
 - iii. 尽合理努力以口头方式将本政策以及如何如何在申请程序中获得援助的方法通知患者。

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第7页，共24页

本医院可通过电子邮件提供本政策、申请表以及《简明摘要》的电子副本，亦会应要求提供此类文档的纸质副本。本医院将为其服务的英语水平有限的人群提供他们常用语言版本的本政策、《简明摘要》、申请表以及《收款政策》。

如果患者已经提交申请表，本医院将采取以下步骤：

- iv. *未完成的申请表*：如果患者和/或家属提交未完成的申请表，本医院将：
 - (a) 暂停针对患者的任何 ECA；
 - (b) 发送书面通知，说明完成申请程序所需的其他信息或文档，并附上一份《简明摘要》；以及
 - (c) 如果申请表在申请期限内完成，本医院将遵循与完成申请表相关的下述步骤。
- v. *已完成的申请表*：当患者和/或家属在申请期限内提交完成的申请表时，本医院将：
 - (a) 暂停针对患者的任何 ECA；
 - (b) 及时确定患者是否有资格获得经济援助，并予以记录；以及
 - (c) 将资格确定书面通知患者（在适用的情况下，包括患者有资格享受的援助）以及该确定的依据。
- vi. *确定患者有资格*：当患者和/或家属被确定有资格享受经济援助时：
 - (a) 在确定患者有资格获得除免费护理服务以外的经济援助的情况下，本医院将向患者出具一份结算单，说明：(i) 减去经济援助后所欠的金额，(ii) 该金额的确定方法，以及 (iii) 患者获得与护理服务 AGB 相关的信息的方式；
 - (b) 本医院将退还患者在退款期限内支付的任何超额款项。退款期限将从收到申请表的当月开始算起，并在最终完成申请表时结束，时间不超过三个月；以及

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第8页，共24页

(c) 本医院将采取一切合理可行的措施，取消针对患者所采取的 ECA（出售债务或因拒不付款而延迟或推迟提供医疗服务的决定除外）。

- S. **保额不足**：个人拥有某种形式的健康保险，但该保险无法提供全面的财务保护的状态。保额不足的患者有资格获得经济援助，除非他们的保险是网络外保险。
- T. **未参保**：当患者不在健康保险政策的承保范围内，并且不是公共或私人健康保险、健康福利或其他健康保险计划的受益人时，包括高免赔额健康保险计划、工伤赔偿金、事故责任保险或其他第三方责任。未参保患者有资格获得经济援助。已投保但网络外的患者不被视为未参保人士，也没有资格获得经济援助。

V. 资格标准

- A. 为了被认定为具有享受免费或折扣护理服务的资格，患者必须填写申请表（参见附录 C）并提供辅助文档。
- B. 本医院在确定是否提供经济援助时，至少要在审查以下具体标准之后进行，由患者在申请表中完整记录（受以下所列可获得同情的标准的约束）：家庭在接受护理服务之日的收入、资产和债务。患者或家属必须提供以下一份或多份证明文件，以确定家庭收入（如适用）：
 - i. 最新纳税申报表的副本；
 - ii. 最新的 W-2 表格和 1099 表格的副本；
 - iii. 最新工资单的副本；
 - iv. 雇主签署的收入证明信（如果以现金支付）；
 - v. 社会保障或残疾检查；以及
 - vi. 银行对账单。

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第9页，共24页

未能提供申请所需的上述任何文档可能会导致经济援助遭拒。如有必要，医院保留要求提供额外文档的权利。

- C. 决定是否提供经济援助，至少要在审查以下具体标准之后进行，由患者在申请表中完整记录（根据下文第 IV(E) 款）：
- D. 本医院在确定患者是否具备享受经济援助的资格时，可按其自行决定将其他可获得同情的标准考虑进去，包括但不限于：
 - i. 患者直系亲属的人数；
 - ii. 患者家庭主要供养人的医疗状况；
 - iii. 患者或患者监护人的就业状况以及家庭主要供养人未来可能获得的收入；
 - iv. 家属配合本医院获取所有可能的款项来源的意愿；
 - v. 与所有其他考虑因素相关的本医院以及其他医疗保健/医疗相关费用的金额及频率。
- E. 由于存在各种情况，可能无法提供可证明患者具备享受经济援助服务资格的辅助文档。本医院可按其自行决定是否将患者关于资格标准的口头和/或书面证词考虑在内。
- F. 要取得享受经济援助的资格，患者必须是伊利诺伊州或印第安纳州以下各县（莱克、拉波特和波特）的居民。仅为获得医疗保健服务福利之目的而搬到伊利诺伊州的，不符合居住条件。可接受的伊利诺伊州或印第安纳州居住条件证明包括：
 - i. 由州签发的有效身份证；
 - ii. 最近的住宅水电费账单；
 - iii. 租赁协议；
 - iv. 车辆登记证；
 - v. 选民投票登记卡；
 - vi. 从政府或其他可靠来源寄给伊利诺伊州或印第安纳州地址的未参保患者的邮件；

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第10页，共24页

- vii. 家庭成员声明未参保患者居住在同一地址，并出示居住证明；
 - viii. 无家可归者收容所、过渡性收容所或其他类似设施的信函，证明未参保患者居住在该设施；
 - ix. 临时访客驾照；或者
 - x. 上文第 V 节中所述的任何可接受的家庭收入证明文件：
- G. 本政策的适用与患者的移民身份无关。
- H. 居住在国外的儿童没有资格享受经济援助。
- I. 不会因患者的种族、肤色、宗教信仰、性别、性别认同、性取向、年龄、国籍、残疾、婚姻状况或任何其他受法律保护类别而拒绝向其提供经济援助。
- J. 根据本政策提供的任何免费或优惠护理服务均须经过审查，以确保符合本政策的要求。
- K. 对任何患者进行治疗的必要性将以医疗保健服务提供者的临床诊断为准，与患者和/或家庭的经济状况无关。所有患者在紧急医疗状况（定义见《社会保障法》第 1867 条（《美国法典》第 42 编第 1395dd 条））下都将得到治疗，不会遭到歧视，无论他们是否有支付能力或是否有资格获得免费或优惠护理服务。
- L. 经济援助申请表和/或与用来评估经济援助申请表的各项因素相关的新信息（比如家庭成员或收入的变化），将在申请期间进行确认和/或评估。据悉，经济困难可能发生在医疗服务日期之后。在不考虑经济困难开始日期的情况下，申请经济援助（申请期需正确提交）时，请将对个人境况进行评估。
- M. 家庭收入超过上述资格标准指导原则的家庭，可以向本医院申请付款计划审议，并由本医院进行筛选。
- N. 确定有资格获得经济援助时，在作出确定之日后的六个月，应以相同的方式就所提供的护理服务，处理同一家庭的患者的所有账户（即相同的父母、担保人或财务负责人），而无需填写新的申请表。

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第 11 页，共 24 页

折扣适用于所有未结的自费余额。在作出初次（或其他之前的）确定后六个月，或者如果知悉患者或家庭的财务状况自初次评估时起发生重大改变，则需要提出新的申请。

- O. 对于患者或家庭在经济援助申请审查过程中提出的请求，收入周期副总裁可对上述标准提出破例处理，每次不超过 \$10,000。每季度均须向委员会提交一份报告，以审查经批准的任何例外情况。超过 \$10,000 的申请须提交给委员会批准。

VI. 推定资格

- A. 以下所列是本医院假定视为患者可享受 100% 减免所依据的一些代表性情况（即免费提供紧急或其他医疗必要的护理服务），前提是要向本医院提供 (1) 患者、其法定监护人或父母代表提供的证明其满足一项或多项本标准的证词，和/或 (2) 患者参加一个或多个计划或寿险的文档，以及本医院要求的任何其他合理文档（如适用）：
- i. 参加下列任何一项针对资格标准等于或低于 FPG 200% 的低收入个人的援助计划：
 - (a) 由州出资的处方计划；
 - (b) 妇女、婴儿和儿童计划（Women's Infants, and Children's Programs, WIC）；
 - (c) 补充营养援助计划（Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP）；
 - (d) 伊利诺伊州免费午餐和早餐计划（Illinois Free Lunch and Breakfast Program）；
 - (e) 低收入家庭能源援助计划（Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP）；
 - (f) 医疗服务拨款援助；
 - (g) 接受有组织的社区计划提供的医疗护理，该计划评估并记录低收入财务状况作为标准；
 - (h) 低收入/补贴住房被提供作为有效地址；
 - ii. 患者精神上无行为能力，且无人代表患者行事；

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日
修订日期：2022年7月6日
第 12 页，共 24 页

- iii. 患者声称自己无家可归；
 - iv. 患者死亡且未留下遗产；
 - v. Medicaid 资格，但不是在服务的日期；或者
 - vi. 近期个人破产。
- B. 如果患者的推定资格获得批准，并且他们之前已支付了未结余额款项，则根据推定资格的新批准，这些余额不符合退款条件。
- C. 当患者的推定资格获得批准时，应调整患者账户的所有未结余额。这包括申请期之前的当前余额和账龄余额。

VII. 免费或优惠护理服务的计算

- A. 本医院将向本政策项下具备资格的患者收取的金额，限制在不超过 AGB 或下文第 VI.C 条图表中列明的金额（以金额较低者为准）。本医院向符合经济援助资格的患者/家属出具的账单应写明患者治疗的总费用，以及对此类总费用的合同约定津贴、折扣或扣减，但是个人有责任支付的实际金额低于 AGB 或第 VI.C 条中列明的金额。
- B. 本医院提供的经济援助水平以家庭收入和 FPG 为依据。FPG 更新通常每年发布一次，且本医院会根据最新发布的 FPG（参见附录 D）更新自己的政策。
- C. 折扣金额的计算方式如下所示：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第 13 页，共 24 页

家庭收入占 FPG 的百分比	家庭承担部分的百分比	Lurie Children's 慈善金承担部分的百分比
0-300	0%	100%
301-325	20%	80%
326-350	40%	60%
351-375	60%	40%
376-400	80%	20%
>400	100%	0%

- D. 对于有资格享受优惠护理服务，目前低于 600% FPL 阈值的未参保患者，本医院还会额外提供未参保患者折扣。在考虑经济援助时，此折扣会计算 Medicare 成本报告工作表 C 中所计算成本的 135%。对于任何一次住院或门诊超过 150 美元的所有医疗必要的医疗保健服务，本医院会以对患者最有利的折扣计算方式，调整家庭承担的部分。
- i. 对于有资格享受优惠护理服务的医保患者，本医院会额外计算 AGB 金额。然后，医院将通过对患者最有利的折扣计算方式来调整家庭承担的部分。
- E. 根据《伊利诺伊州未参保患者折扣法案》，医院应为符合条件的未参保患者提供以下保护：
- i. 对于任何一次住院或门诊超过 150 美元的所有医疗必要的医疗保健服务，其费用的 100% 享受慈善折扣，适用于任何申请折扣且家庭收入不超过联邦贫困线 200% 的未参保患者。
 - ii. 对于收入不超过 FPG 600% 的患者，在任意十二个月内，总付款不得超过患者家庭收入的 20%（最高可收取金额），并依本政策项下患者的持续资格性而定（”巨大折扣”）。
- F. 具备享受本政策项下经济援助资格的患者，考虑仅向其”收取”该患者个人应负责就其医疗服务向本医院支付的金额，将提供的所有减免和折扣，以及保险公司的任何理赔金额考虑在内。

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第14页，共24页

- G. 本医院的延期付款计划，为那些无法一次支付余额的、具备资格的患者提供了支付安排。

VIII. 医院考虑提供专业化服务的指导原则

- A. 向不具备享受本政策项下经济援助资格的患者提供免费或优惠的专业化服务时，例如器官移植或行为健康治疗，将根据适用的专业服务管理人员的建议经委员会批准后做出决定。适用的专业服务管理人员和委员会，将与医生和管理层协商，对所有相关的临床、道德和财务因素进行评估。
- B. 委员会还会与伦理学家进行协商。该等专业化服务的经济援助只有在极少数情况下，并且只有在本医院的经济援助预算允许的情况下才可以提供。本医院确认，有义务为无能力支付上述服务的患者，在该服务中尽自己的一份力量。本医院进一步确认，必须拥有充分的资金，才有能力履行自己的全面责任，为儿科患者提供所需的医疗保健服务。
- C. 要召开委员会会议，建议提供本第七条项下所考虑之特殊治疗的临床医生，应联络专业服务管理人员并遵循调整政策中规定的程序。专业服务管理人员将协助准备和提交收入周期调整请求。

IX. 申请经济援助

- A. *申请方式*：打算申请经济援助的患者和家庭，可以填写申请表，然后与辅助文档一起提交到住院处/业务处。

如对本政策、申请表和/或申请程序存有疑问，请联系住院处/业务处：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第 15 页，共 24 页

Admitting/Business Office
Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue
12th Floor
Chicago, Illinois 60611
(877) 924-8200

- B. *完成的申请表*：收到填写完成的申请表后的 30 个工作日内，将向患者和/或家属提供资格相关的书面决定。本通知还包括经济援助百分比数额（与获得批准的申请相关），或拒绝理由、确定依据以及经过评估的患者和/或患者家属预计支付的金额。

在对完成的申请表或其他三方支付来源（例如 Medicare、Medicaid）申请进行评估期间，患者和/或患者家属将继续收到结算单。然而，在评估期间，本医院将暂停针对患者的 ECA。如果患者账目已提交收款机构，本医院将通知该机构在作出资格确定之前，先暂停收款工作。

- C. *未完成的申请表*：如果患者和/或家庭成员提交未完成的申请表，本医院将：(a) 暂停针对患者的任何 ECA；(b) 提供书面通知，说明完成申请所需的其他信息或文档，包括《简明摘要》；以及 (c) 提供至少一份书面通知，通知患者，如果书面通知指定的截止日期之前未完成申请表，也没有进行任何支付，将可能对患者采取（或恢复）ECA，截止日期不得早于收到书面通知后 30 天或申请期限的最后一天。
- D. *资格确定的其他影响因素*：如果患者被确定为有资格享受经济援助，本医院将：(1) 向患者退还他或她为申请期限所提供医疗服务支付的、超出患者被确定为本政策项下有资格享受经济援助之人而有责任支付的金额的部份，但是该等超出金额低于 \$5.00（或者本通知或国税局公告公布的其他指导原则所设定的该等其他金额）的除外，以及 (2) 在适用情况下，

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第 16 页，共 24 页

采取合理措施，撤销针对个人的任何判决，解除对患者财产的扣押或留置，或从患者信用报告中删除提交到消费者报告机构或征信机构的任何不利信息，以及采取任何其他合理措施，撤销或取消本医院针对患者采取的 ECA。

- E. **联邦合格医疗中心转诊：**由联邦合格医疗中心 (FQHC) 或提供非紧急医院服务的免费慈善诊所转诊的患者将有机会接受筛查并获得申请公共健康保险计划的协助。那些不具备资格参加公共保险计划的患者将有机会申请医院经济援助。
- F. **上诉权：**患者和/或患者家属有权对医院拒绝经济援助的行为提出上诉。上诉必须在收到最初拒绝通知后 30 天内以书面形式提出。委员会将考虑所有患者和/或家属的上诉。委员会对任何此类上诉作出的决定将为最终决定，并对所有各方均具有约束力。

X. 通知

- A. 为了使我们的患者、家庭和社区居民了解本医院的经济援助计划，本医院应采取一系列措施广泛地向本医院的患者以及本医院服务的社区居民宣传本政策，包括：
 - i. **标牌：**在患者密集区域，比如住院处、急诊科以及门诊登记区张贴明显的标牌（将本政策告知患者）。
 - ii. **宣传册和纸质副本：**在入院和/或出院期间，本医院将向患者和/或其家属发放手册和宣传册。本医院将根据要求免费提供本政策、申请表及《简明摘要》的纸质副本，可通过邮件投递或者在住院处、急诊科以及门诊登记区等患者密集区域发放。
 - iii. **咨询：**在服务时间之前、期间或之后（视情况而定），本医院将安排向患者和家属提供专科住院医师、患者核算人员或财务顾问咨询。

修订日期：

行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日

修订日期：2022年7月6日

第 17 页，共 24 页

- iv. **网站：** 本医院将在医院网站上的显眼位置以广泛使用的格式（例如，PDF 文档）提供经济援助通知以及本政策的相关信息，包括本政策、申请表和《简明摘要》的副本。本医院将向询问如何在线获得本政策副本的人员提供用于发布本政策的直接网站地址或网页 URL；
 - v. **结算单：** 本医院将提供与本政策项下经济援助的可获得性有关之结算单相关的明确书面通知，包括可以找到与本政策和申请程序相关之信息的医院办公室或部门的电话号码，可直接获得本政策、申请表和《简明摘要》副本的网址。
 - vi. **直接患者沟通：** 本医院将在患者出院前提供申请表副本。就患者对于未支付医药费的财务责任进行适当口头沟通期间，本医院将向患者告知本医院的政策；
 - vii. **附加书面通知：** 本医院将向患者或患者家属发出至少一份书面通知，写明如果在指定日期（至少与通知期限时长一样）之前本医院未收到申请，患者也未进行付款，则本医院将采取相应的 ECA，并且本通知在适用截止日期之前至少 30 日发送。
 - viii. **社区外展：** 本医院将向那些为有医疗服务需要以及最有可能需要经济援助的个人提供服务的各社区机构宣传与本政策以及经济援助申请方式相关的信息（包括本政策、《简明摘要》和申请表的副本）。
- B. 根据州和联邦法律规定，与经济援助计划相关的打印信息和/或表格所用的语言，将采用我们所服务的大多数人口使用的主要语言。目前的语言版本有英语、西班牙语、波兰语、粤语和阿拉伯语。
- C. 本政策（包括申请表）、《简明摘要》以及本医院收款政策的打印副本，可以亲自到本医院的住院处/业务处或拨打电话通过邮件获得，不收取任何额外的费用。

修订日期：



行政政策和程序手册

经济援助
适用范围：整个组织

生效日期：2016年8月18日
修订日期：2022年7月6日
第**18**页，共**24**页

地址如下：

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue
12th Floor
Chicago, Illinois 60611
(877) 924-8200

修订日期：

XI. 报告要求

应审计长办公室伊利诺伊州办事处要求，本医院将会每年报告与已完成和批准的申请数、已完成但未批准的申请数，以及已开始但未完成的申请数相关的信息。此外，本医院将在医院的网站上发布这些信息。

XII. 相互参照/相关政策

- A. 管理政策：收款
- B. 管理政策：调整
- C. 管理政策：EMTALA

XIII. 监管要求。

本政策规定了卢里儿童医院经济援助计划的指导原则和标准。所授予的任何经济援助将仅用于患者对紧急或其他医疗必要服务的责任。本政策旨在遵守《国内税收法》(Internal Revenue Code) 第 501(r) 条、《伊利诺伊州医院未参保患者折扣法》(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) 和《伊利诺伊州患者公平收费法》(Illinois Fair Patient Billing Act) 以及根据该等法案颁布的法规。

附录 A
提供商名单

提供商名称	是否受经济援助政策约束（是/否）
Lurie Children's Medical Group, LLC	是
Lurie Children's Pediatric Anesthesia Associates	是
Lurie Children's Primary Care, LLC	是
Lurie Children's Surgical Foundation, Inc.	是
Pediatric Faculty Foundation, Inc.	是

附录 B
一般计费金额的计算

2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期间 提供之服务的账户费用	账户合同调整金额	总折扣百分比
\$840,883,202.14	\$487,099,960.43	57.93%
一般计费金额百分比		42.07%

AGB 计算方式:

- A. 就下列情形，卢里儿童医院的财务分析师会下载前一年度的所有账户：
 - i. 患者账户有私人保险付款人或 Medicare 服务费。
 - ii. 患者账户有合同调整金额。
 - (a) 合同调整金额是指用以将总费用降低至付款人允许之金额的交易。
 - (b) 计算 AGB 时，会同时使用主要与次要付款人合同调整金额。
 - iii. 已接收最终保险款。
 - (a) 指保险责任已结算完成。
 - (b) 患者对自付额及共同承担额的责任仍可能存在。
- B. 合同调整金额的总和除以总费用，即为总折扣百分比。
- C. 折扣百分比的倒数即为计算得出的 AGB。
- D. 计算得出的 AGB 与 Blue Cross 门诊补助款相比较：
 - i. 基于付款人的合同限制，合同调整金额不会过账至 Blue Cross 门诊患者账户。
 - ii. 计算得出的 AGB 与 Blue Cross 门诊合同补助率相比较。
 - iii. 下一年的 AGB 百分比为 Blue Cross 门诊补助率或计算得出的 AGB 百分比中较低者。
- E. AGB 百分比计算结果会提交至卢里儿童医院的会计与管理照护合同部门进行确认。
- F. 经过确认后，将更新经济援助政策附录 C，以供下一年使用。

附录 C –
经济援助申请表


Important: YOU MAY BE ABLE TO RECEIVE FREE OR DISCOUNTED CARE. Completing this application will help Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("the Hospital") determine if you can receive free or discounted services or other public programs that can help pay for your healthcare. Please submit this application to the Hospital.

IF YOU ARE UNINSURED, A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT REQUIRED TO QUALIFY FOR FREE OR DISCOUNTED CARE. However, a Social Security Number is required for some public programs, including Medicaid. Providing a Social Security Number is not required, but will help the Hospital determine whether you qualify for any public programs.

Please complete this form and submit it to the hospital in person, by mail, by electronic mail, or by fax to apply for free or discounted care to the address below within 240 days following the date of discharge or receipt of outpatient care.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
Tel: 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501
hospitalbilling@luriechildrens.org

Patient Account Number(s):			Guarantor Number:			
PATIENT INFORMATION						
Last Name		First	M.I.	Date of Birth	Social Security Number	Family Size
Street		City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer		Employer Address			Cell Phone	
City		State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	
Responses or nonresponses to the below questions about race, ethnicity, sex, and preferred language will not impact the outcome of the application.						
Race (Optional)		Ethnicity (Optional)		Sex (Optional)		Preferred Language (Optional)
GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)				Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name		First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street		City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer		Address			Cell Phone	
City		State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	
GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)				Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name		First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street		City	State	Zip Code	Home Phone	
Employer		Address			Cell Phone	
City		State	Zip Code	Monthly Income	Work Phone	

PATIENT/FAMILY E-MAIL CONTACT INFORMATION	
PRESUMPTIVE ELIGIBILITY PROGRAM	
<p>You may qualify for financial assistance if you are currently enrolled in one of the specific assistance programs listed below. Proof of current enrollment in the program must be supplied but no other documentation will be necessary, and the Monthly Income information requested above is not required.</p>	
	Please indicate in the check boxes below if you are currently enrolled in any of the following programs.
	Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)
	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
	Illinois Free Lunch and Breakfast Programs
	Low Income Home Energy Assistance Program (ILHEAP)
	Community Based program providing access to medical care Specify Name: _____
	Grant Assistance for medical services Specify Name: _____
	Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
	IHDA's Rental Housing Support Program
<p>If you are not currently enrolled in any of the programs listed above, please provide at least one document for each of the two requirements below:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Documentation of family income (<i>examples of acceptable documents:</i> most recent tax return; most recent W-2 and 1099 forms; 2 most recent pay stubs; written verification from an employer if paid in cash; other forms of documentation deemed acceptable by the Hospital) 2. Documentation of Illinois residency (<i>examples of acceptable documents:</i> documents submitted for #1 above that include residency verification; state-issued identification card; recent residential utility bill; lease agreement; vehicle registration card; voter registration card; mail addressed to the patient or guarantor from the government or a credible source; statement from a family member who resides at the same address and presents verification of residency; a letter from a homeless shelter, transitional house, or other similar facility verifying that the patient or guarantor resides there; a temporary visitor's drivers license). 	
<p>Note: Although typically the Hospital is able to determine eligibility using the documents required above, the Hospital may request further clarifying information during the qualification process, including the following items: checking and savings account information; stocks; Certificates of Deposit; mutual funds; real property; and Health Savings/Flexible Spending account information.</p>	

Applicant Certification: I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I will apply for any state, federal or local assistance for which I may be eligible to help pay for this hospital bill. I understand that the information provided may be verified by the hospital and I authorized the hospital to contact third parties if necessary to verify the accuracy of the information provided in this application. I understand that if I knowingly provide untrue information in this application, I will be ineligible for financial assistance, any financial assistance granted to me may be reversed, and I will be responsible for the payment of the hospital bill.

Applicant Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Questions or concerns related to this application can be directed to billing customer service - hospitalbilling@luriechildrens.org

If you require financial counseling, please contact the Lurie Children's Financial Counselors- (312)- 227-1230 (Select option 2, followed by option 2)

Complaints or concerns with the uninsured patient discount application process or hospital financial assistance process may be reported to the Health Care Bureau of the Illinois Attorney General at <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> or 1-877-305-5145.

附录 D
联邦贫困线

2022 年 1 月 21 日《联邦公报》(87 FR 3315-3316) 载有美国卫生与公共服务部发布的年度最新联邦贫困线；此贫困线可用以决定各种联邦援助计划的资格。伊利诺伊州 2022 年的指导原则为：

家庭人数	贫困线	300% FPL 2022
1	\$13,590	\$40,770
2	\$18,310	\$54,930
3	\$23,030	\$69,090
4	\$27,750	\$83,250
5	\$32,470	\$97,410
6	\$37,190	\$111,570
7	\$41,910	\$125,730
8	\$46,630	\$139,890
9	\$51,350	\$154,050
10	\$56,070	\$168,210

对于超过十人的家庭单位，每增加一人即增加 \$4,720。

就本政策而言，联邦政府在《联邦公报》中修订和公布联邦贫困收入水平后，将每年更新一次。