

主题： 经济援助政策

发布者： 行政部门

政策编号： EXEC-P.2006

修订日期： 2016 年 8 月 30 日

生效日期： 2016 年 9 月 26 日

替代： 日期为 2015 年 2 月 13 日的政策  
董事会于 2016 年 8 月 30 日批准

---

## I. 目的

根据我们的使命和价值观，太平洋康复医院（“REHAB”）致力于为需要必要医疗的康复医疗服务，但根据个人经济状况无力支付费用的患者提供经济援助。本政策的目的是确立非歧视、公平和统一的流程，为这类患者提供经济援助。

本政策不适用于以下情况：

- 不属于必要医疗服务，如第 III.B.部分所述，以及
- 由可能在 REHAB 地点为患者进行治疗或提供服务的非 REHAB 提供者提供的服务。本政策附件 A 列出了在 REHAB 地点提供服务的非 REHAB 提供者。

REHAB 可自行决定随时更改本政策的条款。

## II. 定义

就本政策而言，下列术语的定义如下：

一般收费金额：通常向由其保险涵盖此类必要医疗护理的患者收取的费用金额。一般收费金额根据预期法计算，并根据从 Medicare 和 Medicare 受益人处收到的服务总金额确定。

家庭：由居住在一起并通过出生、婚姻或收养而建立关系的两人或两人以上组成的群体。如果患者在其美国所得税申报表中声称某人是受赡养者，则就本政策而言他们可能被视为受赡养者。

家庭收入：

- 包括定义为收益、失业补偿、劳工赔偿、社会保障金、补充保障收入、公共援助、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、不动产收入、信托、教育援助、赡养费、子女抚养费、家庭外援助以及其他杂项来源的收入（税前）；
- 包括“家庭”中涉及的所有个人的收入。非亲属（如室友）的收入不包括在内；
- 不包括非现金福利（如食品券和住房补贴）；以及
- 不包括资本收益或损失。

**家庭流动资产:**

- 包括现金资源或按要求以现金支付的资源, 以及
- 包括“家庭”中涉及的所有个人的流动资产。非亲属(如室友)的流动资产不包括在内。

**医疗贫乏:** 在医疗账单总费用超过家庭收入 15%的情况下, 无法支付部分或全部医疗账单。

**必要医疗:** Medicare 对此的定义是, “诊断或治疗疾病、伤害、病情或其症状所需且符合公认医学标准的医疗保健服务或用品”

(<https://www.medicare.gov/glossary/m.html>, 2016 年 8 月)。

**无保险人群:** 没有保险或第三方援助来履行他/她对医疗服务提供者的付款义务的患者。

**保险不足人群:** 拥有一定程度的保险或第三方援助以履行他/她对医疗服务提供者的付款义务, 但是自付费用可能超出其支付能力的患者。

### III. 政策

#### A. 指导方针

经济援助仅为符合本政策资格要求的患者提供必要医疗服务。经济援助的提供方式是基于家庭收入来减免护理费用。

经济援助不应视为可替代个人责任。期望患者能与 REHAB 的程序合作以获得经济援助, 并根据个人支付能力支付其护理费用。根据本政策批准经济援助之前, 可协助患者寻找其他形式的支付。

可以鼓励无保险且有经济能力购买健康保险的个人购买健康保险, 以确保获得医疗保健服务, 保证患者的整体个人健康和福祉。

REHAB 不提供紧急医疗护理, 没有急诊室, 也不具备专业能力来接受需要稳定治疗以处理紧急医疗状况的个人。需要紧急医疗护理的个人将以符合 42 CFR 482.12(f)(2) 的方式转诊至其他医疗机构。

#### B. 符合资格的服务

根据本政策, 以下医疗保健服务有资格获得经济援助:

- REHAB 针对若不及时治疗将导致个人健康状况恶化的病症提供的康复服务; 服务以医生和/或治疗师的治疗计划为基础, 而治疗计划则根据病情需要和功能恢复情况制定, 且
- 符合资格的服务包括由 REHAB 雇用的提供者 (如附件 A 中所列) 执行的服务。

根据本政策, 以下服务没有资格获得经济援助:

- 并非必要医疗服务, 包括福利服务
- 由可能在 REHAB 地点为患者进行治疗或提供服务的非 REHAB 提供者提供的服务。本政策附件 A 列出了在 REHAB 地点提供服务的非 REHAB 提供者。由非 REHAB 提供者执行的服务可能单独向患者收费。

### C. 患者资格

在确定患者资格时不得考虑年龄、性别、种族、性取向和宗教归属。

根据本政策, 必须同时满足以下三项标准才能获得经济援助:

1. 流动资产测试: 家庭流动资产等于或低于\$50,000;
2. 收入测试: 患者家庭收入等于或低于确定资格时有效夏威夷联邦贫困指南(FPG)的 300%, 则符合收入测试标准。折扣按浮动计算法确定如下:

| 家庭收入水平                | 折扣   |
|-----------------------|------|
| 等于或低于 FPG 的 200%      | 100% |
| 高于 FPG 的 200%但低于 250% | 75%  |
| 高于 FPG 的 250%但低于 275% | 50%  |
| 高于 FPG 的 275%但低于 300% | 25%  |

家庭收入超过 FPG 的 300%的患者有资格获得医疗贫乏折扣, 但医疗账单总费用须超过家庭收入的 15%。折扣费用不得高于一般收费金额。

3. 居住权测试: 患者必须为美国公民或拥有夏威夷永久居住权的合法外籍人士。

推定的经济援助资格: 如果使用上述三个标准无法获得足够的支持来确定患者是否有资格获得经济援助, REHAB 可以使用其他途径确定本政策下的资格和折扣金额。推定的资格可以根据患者的具体情况来确定, 这可能包括:

- 无家可归或从收容所获取护理;

- 符合州、联邦或地方财政支持计划的资格, 例如妇女、婴儿和儿童计划(WIC), 食品券计划, 学校补贴午餐计划, 低收入/补贴住房计划;
- 患者死亡且没有已知的遗产。

#### D. 申请和审核流程

患者/患者担保人必须填写经济援助申请表(附件 B), 并按照 REHAB 的要求提交个人、财务和其他信息与文件。

被确定为可能符合 Medicaid/Quest 资格的患者将按要求提出申请并全面合作, 以提供完成 Medicaid/Quest 申请所需的信息。

REHAB 将审核提交的经济援助申请表和支持文件, 并根据第 III.C 节“患者资格”中规定的标准确定资格。

资格审定结果将以书面形式通知患者。经济援助期限为自确定日期起六个月。六个月之后, 患者必须根据本政策重新申请经济援助。在任何时候知晓了有关资格审定的额外信息时, 会对经济援助需求进行重新评估。

如上所述的折扣将适用于患者在确定日期当日的未结余额以及确定日期之后六个月的未来余额。如果患者有资格获得经济援助, 支付的费用不会超出由其保险涵盖此类必要医疗护理的患者支付的一般收费金额。

建议在提供必要医疗服务之前请求经济援助和确定经济需求, 但并非强制要求。但是, 确定经济需求可以在收费周期中的任何时间点进行。

可以从患者财务服务部门获取有关此政策的信息以及填写经济援助申请表的帮助, 地址是夏威夷州檀香山市 North Kuakini 街 226 号, 邮编 96817 (226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817); 或致电(808)544-3340 与该部门联系。

#### E. 向患者和社区宣传经济援助政策

REHAB 将做出合理努力, 在执行任何特殊催款活动(ECA)之前向患者和社区宣传本政策以及经济援助的可用性。应通过各种方式向患者和社区通知经济援助的可用性, 包括, 但不限于:

- 在入院和挂号区域、患者财务服务部和 REHAB 选定的医院其他公共位置张贴显眼的通知;
- 患者账单将包括标准语言, 告知患者经济援助的可用性以及如何获得额外信息;
- 包括政策、经济援助申请表和经济援助摘要(简明的语言摘要, 见附件 C)在内的信息也应发布在 REHAB 内联网, 并根据请求免费提供(包括通过邮寄);

- 此类通知和摘要信息应通过 REHAB 的社区外展活动在 REHAB 服务的社区中的其他地方分发。

执行 ECA 之前, 应通过合理努力来确定患者是否有资格根据本政策获得经济援助, 具体如下所述:

- 将向患者/担保人提供四份月度账单。每份账单将包括标准语言, 告知患者/担保人经济援助的可用性以及如何获得额外信息和提出申请。第四份月度账单(最后一份书面通知)将说明经济援助的可用性, 确定 REHAB 打算启动以获取付款的 ECA, 并包含一个截止日期, 告知在此日期之后即可能开始执行 ECA(至少在最后一份书面通知之日后 30 天)。经济援助摘要(简明的语言摘要)将与第四份月度账单一同提供;
- 在启动 ECA 前至少 30 天, 尝试以口头方式通知患者经济援助的可用性, 以及如何获取额外信息和提出申请;
- 将由财务主管进行审查合理努力。在未获得财务主管提前批准且未确定已做出合理努力的情况下, 不得开始 ECA。

在财务主管确定已做出合理努力来确定经济援助资格后, REHAB 可以启动 ECA, 包括向收款和/或信用报告机构报告不支付情况和提起诉讼。不得在提供第一份月度账单(出院后账单)之后 120 天内启动 ECA。

ECA 启动后, 如果 REHAB 获悉患者/担保人打算根据本政策申请经济援助, REHAB 将提供经济援助摘要(简明的语言摘要)、经济援助申请表和提交完整经济援助申请表的截止日期的书面通知。截止日期为自书面通知发出之日起 30 天或第一份月度账单(出院后账单)发出后 240 天(以时间较晚者为准)。ECA 启动之后如果收到填写完整的经济援助申请表, 此等 ECA 将在审核流程中暂停。如果没有在书面通知中详述的截止日期之前收到填写完整的经济援助申请书, REHAB 可能会继续 ECA。

如果经济援助获得批准但后来发现患者已收到有关 REHAB 治疗的伤害/疾病的赔偿, 则患者将被要求向 REHAB 补交费用。例如, 如果患者收到经济援助且随后收到车祸受伤赔偿金, 并且 REHAB 已经为该患者治疗这些伤病, 则患者将负责支付其 REHAB 账单, 任何经济援助调整将被撤销。

#### 附件:

- 附件 A – 本政策涵盖哪些医生的服务、不涵盖哪些医生的服务
- 附件 B – 经济援助申请表
- 附件 C – 经济援助摘要(简明的语言摘要)

S:policies:exec:exp2006 (2016 年 9 月 26 日)

## 附件 A

本政策涵盖哪些医生的服务及不涵盖哪些医生的服务



## 附件A

### REHAB 提供者列表(本政策涵盖的服务者)

自 2024 年 07 月 1 日起

- Bien, Gina, PhD

### 非 REHAB 提供者列表(在 REHAB 地点提供服务但不涵盖在本政策中)

自 2024 年 07 月 1 日起

- Ashman, Kenji, PA-C
- Badalucco, Laura, PA-C
- Beringer, William, DO
- Bhatt, Ajay, MD
- Burdick, Daniel, MD
- Burgos, Ricardo, MD
- Dadds, Ryan M., PA-C
- Harpstrite, Jeffery K., MD
- Katahara, Patrick, PA-C
- Kollarova, Tamara, MD
- Kosut, Shephard, MD
- Lamport-Hughes, Nancy, Ph.D.
- Lee, Eugene M.C., MD
- Marumoto, Jay MD
- Mun, Eluned, DNP, APRN-Rx
- Muraoka, Nicholas, DO
- Nishikawa, Owen, MD
- Nomura, Ryan YA, MD
- Oishi, Stephen M., MD
- Okada, Jeffrey, MD
- Oshiro, Shari Ann, MD
- Panya, Matveh, PA-C
- Pien, Brian, MD
- Ramstack, Michelle, PA-C
- Sandoval, Sanders, APRN-Rx
- Shin, Michael, MD
- Shinha, Takashi, MD
- Stearns, Fay, APRN-Rx



- Uyeno, Brent, MD
- Wang, Jordan SFT, MD
- Wong, Russell, MD
- Yamamoto, Kent S., MD
- Yee, Melvin HC, MD
- Yeoh, Jeffrey KC, MD





您好:

根据我们的使命和价值观,太平洋康复医院(REHAB)致力于为需要必要医疗的康复医疗服务,但根据个人经济状况无力支付费用的患者提供经济援助。我们的经济援助计划允许无保险和保险并且不足符合资格要求的患者获取经济支持,以帮助支付符合条件的必要医疗护理。

REHAB 的经济援助计划仅适用于我们经济援助政策(FAP)中所述符合资格的服务。根据我们的 FAP,由非 REHAB 提供者在 REHAB 地点提供的服务不符合资格,可能会单独向患者开具账单。

要符合资格,您必须为美国公民或拥有夏威夷永久居住权的合法外籍人士。我们将对您的家庭资产和收入进行审核,了解其是否符合授予经济援助的政策指南。如果符合,您的 REHAB 账单将获得折扣。实际折扣金额将根据您的家庭收入来确定。

要申请经济援助,请完整填写此经济援助申请表。您必须随申请表附上近期的文件,以支持您的回答。**经济援助-文件检查清单**(随附)详细说明了所要求的信息。

您与我们分享的信息将仅用于本次申请,将被视为机密信息。

请将填写完整的申请表和支持文件副本提交至 REHAB 医院一楼的患者财务服务部,或者邮寄至以下地址:

The Rehabilitation Hospital of the Pacific  
ATTN: Patient Financial Services  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

如有任何疑问,请联系 REHAB 患者财务服务部,电话:(808) 544-3340

## 经济援助 - 文件检查清单

提交申请时，请视情况随附以下文件的副本，以支持您的经济援助申请：

- 驾照、出生证明和/或其他带照片的身份证件或移民登记卡；
- 最近的联邦和州所得税申报表
- 能体现您家庭收入的文件，包括：
  - 工资单或 W-2 表
  - 社会保障金对账单或判定信
  - 显示公共援助资金或判定信的文件
  - 有关失业津贴的保险资格确定函
  - 有关劳工补偿的福利判定信
  - 养老金/退休福利月对账单
  - 退伍军人福利月对账单
  - 有关儿童抚养费或赡养费的福利判定信
  - 租金收入月结单
- 来自其他医院、医生、实验室等显示家庭医疗费用欠费金额的近期对账单
- 显示家庭流动资产的文件，包括：
  - 来自金融机构显示余额、利息收入和股息的月对账单
  - 显示其他家庭流动资产的文件
- 从夏威夷州提交的 Medicaid 申请和批准/拒绝函

如果这些文件都没有，请提供为何此类文件没有随填妥的申请表一同提交的书面解释。

| 患者信息                                |                |   |                  |
|-------------------------------------|----------------|---|------------------|
| 患者姓名：                               | 社会安全号：         | 出生日期：   | 患者/担保人家庭电话：      |
| 担保人姓名：                              | 社会安全号：         | 出生日期：   | 患者/担保人手机：        |
| 患者/担保固定地址：                          |                | 美国公民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                  |
|                                     |                | 患者/担保人电子邮箱：   |                  |
| 家庭成员                                |                |   |                  |
| 姓名：                                 | 关系：            | 出生日期：   | 社会安全号：           |
| 姓名：                                 | 关系：            | 出生日期：   | 社会安全号：           |
| 姓名：                                 | 关系：            | 出生日期：   | 社会安全号：           |
| 姓名：                                 | 关系：            | 出生日期：   | 社会安全号：           |
| 就业信息                                |                |   |                  |
| 患者/担保人的雇主和地址：                       |                | 职务：   |                  |
| 配偶的雇主和地址：                           |                | 职务：   |                  |
| 家庭流动资产：列出所有家庭成员的流动资产总额（必须附加支持文件副本）  |                |   |                  |
| 银行/CU 支票账户： \$                      | 银行/CU 储蓄账户： \$ | 货币市场账户： \$  | 手存现金： \$         |
| 投资（股票/债券）： \$                       | 其他（请指明）： \$    | 其他（请指明）： \$   | 其他（请指明）： \$      |
| 家庭收入：列出所有家庭成员的总收入（必须附加支持文件副本）       |                |   |                  |
| 工资/薪金： \$                           | 社会保障金： \$      | 公共援助/失业救济金： \$  | 劳工补偿： \$         |
| 养老金/退休金： \$                         | 租金： \$         | 子女抚养费/赡养费： \$   | 退伍军人福利： \$       |
| 其他（请指明）： \$                         |                |   |                  |
| 家庭医疗支出：列出所有家庭成员的总医疗支出（必须附加支持文件副本）   |                |   |                  |
| 提供者（医院/医生/实验室）：                     | 欠费金额： \$       | 服务类型：   | 服务月数/年数：         |
| 提供者（医院/医生/实验室）：                     | 欠费金额： \$       | 服务类型：   | 服务月数/年数：         |
| 提供者（医院/医生/实验室）：                     | 欠费金额： \$       | 服务类型：   | 服务月数/年数：         |
| 附加信息                                |                |   |                  |
| 您是否申请了 Medicaid 或其他经济援助计划？          |                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否       | 如果是，申请日期为： _____ |
| 申请结果，请指明： _____                     |                |   |                  |
| 是否存在与您在 REHAB 获得的服务有关的任何待定诉讼、结算、判决？ |                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否       |                  |
| 请说明： _____                          |                |   |                  |

**申请人声明：**本人确认，据本人所知，上述信息真实、准确。本人清楚 REHAB 可能核实提供的任何和所有信息。如果任何信息被证明是虚假信息，本人清楚，本人将无法在 REHAB 获得经济援助，并且将负责支付所提供服务的费用。

本人同意与 REHAB 全面合作，申请可用的任何经济援助（包括申请 Medicaid/Quest），以支付在 REHAB 的费用。本人清楚，在使用经济援助之前，必须先使用所有其他保险和第三方付款来源。本人将为这些费用向 REHAB 转让或支付来自任何来源的可支付款项，如结算、判决或保险。

本人清楚，此援助只涵盖 REHAB 提供的符合资格的医疗必需服务。此外，本人清楚，REHAB 可能随时以任何理由撤销本人的经济援助。

正楷姓名： \_\_\_\_\_ 签名： \_\_\_\_\_ 申请日期： \_\_\_\_\_ 与患者的关系： \_\_\_\_\_

**附件 C**  
经济援助摘要  
(简明的语言摘要)



## 经济援助计划

根据我们的使命和价值观，太平洋康复医院(REHAB)致力于为需要必要医疗的康复医疗服务，但根据个人经济状况无力支付费用的患者提供经济援助。我们的经济援助计划允许无保险和保险并且不足符合资格要求的患者获取经济支持，以帮助支付符合条件的必要医疗护理。

### 我是否符合经济援助资格？

要了解您是否有资格获取经济援助，请填写经济援助申请表。我们将审核您提供的信息，以确定您是否有资格获得本计划提供的援助，或者我们是否有可能协助您申请其他政府计划。

总体而言，如果您满足以下条件，REHAB 将为符合资格的服务提供全面的经济援助：

- 家庭流动资产等于或低于\$50,000；
- 家庭收入等于或低于当前夏威夷联邦贫困指南的 200%；
- 您是美国公民或拥有永久居住权的合法外籍人士。

我们的计划还可能提供其他折扣，以协助您支付医疗费用。

### 我该如何申请或找到更多关于经济援助的信息？

您可以通过以下任何一种方式免费获取我们的经济援助政策(FAP)、经济援助申请表或此摘要：

- **亲自前来：** 患者财务服务部，位于檀香山市 North Kuakini 街 226 号 REHAB 医院一楼 (first floor of REHAB Hospital in Nuuanu, 226 North Kuakini Street)
- **电话：** 周一至周五上午 8:00 至下午 4:30 拨打 (808) 544-3340，联系患者财务服务代表
- **网络：** <https://www.rehabhospital.org/how-does-billing-work>
- **电子邮件：** [FAProgram@rehabhospital.org](mailto:FAProgram@rehabhospital.org)

#### 有疑问？

如有任何关于经济援助的疑问，请联系 REHAB 患者财务服务部，电话：(808) 544-3340。

我们可以协助您填写经济援助申请表。

请将填写完整的申请表和支持文件副本提交至患者财务服务部，地址是夏威夷州檀香山市 North Kuakini 街 226 号，邮编 96817 (226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817)。

REHAB 的经济援助计划仅适用于我们 FAP 中所述的符合资格的服务。由非 REHAB 提供者在 REHAB 地点提供的服务不符合 FAP 的资格，可能会单独向患者开具账单。

如果患者有资格获得经济援助，支付的费用不会超出由其保险涵盖此类必要医疗护理的患者支付的一般收费金额。

