

# 政策

## 患者欠缴费用计费 and 收款政策

本政策适用于 **Corewell Health** 的如下场所：

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Post Acute Care (Beaumont) Corewell Health (Corporate), Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate, Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals at Niles and St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

适用限制：	不适用
参考号：	13636
版本号：	5
生效日期：	11/01/2022
功能领域：	财务、税收循环
部门领域：	财务、患者通道、患者金融服务（PFS）

**无歧视通知：** Corewell Health 及其全部附属机构所采取的政策是向所有人提供优质的医疗保健服务。Corewell Health 不会因种族、肤色、民族、国籍、性别、宗教、年龄、残疾、政治信仰、性取向、婚姻或家庭状况而歧视任何人。是否收治患者的决定仅取决于患者的医疗需求及医疗机构提供所需医学护理和治疗的能力。不会因种族渊源、肤色、性别、血统、民族、宗教、残疾、年龄、HIV 状况、退伍军人或兵役状况、服务费用缴费来源或联邦、州或地方法律所禁止的任何其他原因而拒绝收治患者。将以符合患者性别认同的方式对待患者。此外、经国家医疗服务队（“NHSC”）及密歇根州贷款偿还计划（“MSLRP”）批准的场所在向个人提供服务时、不会因个人的缴费能力（无论是否通过 Medicare、Medicaid、CHIP 或儿童健康保险计划缴纳服务费用）而歧视个人（且不会根据个人的缴费能力认定其参与计划的资格）、亦不会因种族、肤色、性别、民族、残疾、宗教、年龄、性取向或性别认同而歧视个人。

### 1. 目的

确保公平公正地对待所有欠缴 Corewell Health 或其任何附属机构费用的患者和担保人。为此、在做出合理努力以根据经济援助资格政策 (FAP)

确定患者和/或担保人是否有资格获得援助之前，Corewell Health 不会对患者和/或担保人采取非常规收款行动以获取护理费用。

本政策旨在遵守经修订的 1986 年《国内税收法》第 501(r)(6) 节的要求，该节针对根据医院经济援助政策有资格获得经济援助的患者、向医院提出了有关此类患者的计费和收款活动的某些要求。

## 2. 定义

- 2.1. 拖欠款：Corewell Health 或其委托的第三方试图收取的患者欠缴余额、指在 Corewell Health 或其委托的第三方用尽内部收款手段后、仍未得到全额缴付或加入约定的缴费计划的款项。
- 2.2. 非常规收款行动（“ECA”）：这些行动包括提起民事诉讼、扣押患者的薪资和退税。
- 2.3. 担保人：为 Corewell Health 向患者提供的服务之费用得到缴付作担保的个人。
- 2.4. 患者：接受 Corewell Health 或其附属机构服务的个人。
- 2.5. 患者欠缴费用：由患者和/或担保人负责的任何应付余额。其中包括不赔付余额、共付额、自付额、共同保险、非承保服务、以及除了保险缴费外被视为患者和/或担保人债务的任何应付余额。

如果患者参与了 Medicaid、并负责支付非承保服务（即自助用药、分娩教育）、Corewell Health 将考虑这些费用是否符合资格参与经济援助判定。

- 2.6. 第三方收款供应商：代表 Corewell Health 收取患者欠缴费用的签约公司、但按照所有联邦、州和地方法律法规、以其自身名义进行此类收款活动。
- 2.7. 申请期限：Corewell Health 必须接受和处理经济援助申请（见 FAP 中的定义）的期限。申请期限从提供第一份出院后的护理账单之日起、至其后第 240 天为止。（如本政策所述、在某些情况下、Corewell Health 可能需要在申请期限结束后接受并处理经济援助申请。）
- 2.8. 经济援助政策 (FAP)：Corewell Health 的每个附属机构都制定了经济援助政策、以进行确认需要帮助来支付医院账单的患者并向其提供经济援助。
- 2.9. 合理努力：Corewell Health 在通过任何 ECA 收取护理款项之前必须采取的行动、以确定根据经济援助政策、患者和/或担保人是否有资格获得经济援助、此类行动符合国内税收局和 U.S. 财政部的规定。

### 3. 责任

患者欠缴费用计费 and 收款政策将由相关程序中规定的适当指定的 Corewell Health 人员管理。

### 4. 合规

违反本政策的任何 Corewell Health 员工可能需要接受潜在的纠正措施。

### 5. 政策

5.1. Corewell Health 将与患者和/或担保人以及任何必要的许可授权第三方合作、适当为患者欠缴费用确定并实施适当的解决方案。患者欠缴费用将根据本政策结清。

5.1.1. 已故患者 — Corewell Health 的首要任务是在已故患者去世期间对其家属表示同情。Corewell Health 将按照已故患者欠缴费用或担保人程序中的规定、确定并结清已故患者的欠缴费用。如该程序所述、Corewell Health 将根据公共记录核实死亡日期、评估接受经济援助、Medicaid 的资格、并可能评估对已故患者遗产的索赔。

5.1.2. 破产患者 — Corewell Health 遵守《美国破产法》。因此、Corewell Health 将按照患者欠缴费用破产程序中的规定、确定并结清破产患者的欠缴费用。破产通知发出时、破产申请中涵盖的所有服务日期内的收款和计费活动均将停止。Corewell Health 和第三方供应商将监督破产程序、直到破产申请结束或被驳回。

5.1.3. 需要经济援助的患者 — Corewell Health 根据 FAP、为患者提供经济援助方案以支付患者欠缴费用。该节规定了在各种情况下必须采取的行动、以便 Corewell Health 在针对个人采取任何 ECA 之前做出合理努力、确定患者和/或担保人根据 FAP 是否有资格获得经济援助。

5.1.3.1. 患者和/或担保人将收到相关程序中规定的 FAP 书面通知。Corewell Health 将在所有内部收款工作期间、以及在申请期限内转交第三方收款供应商负责时接受账户的经济援助申请。

5.1.3.1.1. 提交完整的经济援助申请表。

- 如果患者和/或担保人在申请期限内提交了完整的经济援助申请表、Corewell Health 将：
  - 暂停所有 ECA
  - 就患者是否有资格获得经济援助作出资格决定、并以书面形式通知患者和/或担保人该资格决定（包括患者有资格获得的援助、如适用）以及作出该决定的依据。
  - 如果确定患者有资格获得护理经济援助、Corewell Health 将：
    - 向患者和/或担保人发出书面通知、说明 FAP 规定的患者和/或担保人的经济责任；

- 根据 FAP、向患者和/或担保人退还其为护理缴纳的超出个人负责缴纳金额的任何金额、除非该超出金额低于 5 美元（或国税局公告中公布的其他金额）；
- 采取一切合理可行的措施、撤销为收取护理费用而对患者和/或担保人采取的任何 ECA。

5.1.3.1.2. 提交不完整的经济援助申请表。

- 如果患者和/或担保人在申请期限内提交了不完整的经济援助申请表、**Corewell Health** 将：
  - 暂停任何为收取护理费用而采取的 ECA。
  - 为患者和/或担保人提供书面通知、说明 FAP 或经济援助申请要求提交的其他信息和/或文件、这些信息和/或文件必须在书面通知日期后三十 (30) 天内收到、否则申请将被拒绝、且将恢复收款活动。
    - 该通知中包含了 **Corewell Health** 的联系信息。
  - 如果之后收到了其他信息和/或文件、且账户处于申请期限内、则该账户将再次被视为经济援助账户、且在进行确定之前将暂停收款活动。

5.1.3.1.3. 未能提交经济援助申请表。

- 如果在申请期限内未提交经济援助申请表、**Corewell Health** 可在通知患者和/或担保人有关本文所述的 FAP 后、采取 ECA 以收取护理款项。

5.1.4. 对未参保患者进行的调整 — 无论本政策中是否有任何相违规定、对于年收入不高于联邦贫困指南 (FPG) 的 250% 且不符合 FAP 的未参保患者、**Corewell Health** 应将其提供的任何医院服务费用调整为不超过医疗补助计划为相同或类似服务缴付费用的 115%。缴纳调整后的费用需要得到全额缴付。

5.1.5. 缴费方案 — **Corewell Health** 将向承担欠缴费用的患者和/或担保人规定并提供缴费方案、使患者和/或者担保人能够按照患者欠缴费用缴费选项程序结清其欠款。可通过现金、支票、汇票或信用卡全额缴费。其他缴费方式包括内部和外部延期缴费计划。

5.1.6. 收款 — 如果已经尝试了上述 5.1.3 至 5.1.5 中规定的所有方案、而患者欠缴费用仍未结清、则 **Corewell Health** 可根据患者欠缴费用计费 and 收款程序、将未结清的患者欠缴费用转交第三方收款供应商。在转交前至少 120 天内、应至少向患者和/或担保人发送四 (4) 份账单。

- 5.1.6.1. Corewell Health 不会在转交给第三方收款供应商后的前三十 (30) 天内批准者采取任何 ECA。
- 5.1.6.2. 在未做出合理努力确定患者是否符合 FAP 规定的资格之前、Corewell Health 不会对患者和/或担保人采取任何 ECA。具体而言、如果 Corewell Health 打算采取 ECA、则将在首次启动一项或多项 ECA 之前至少三十 (30) 天完成以下操作：
- Corewell Health 将以书面形式通知患者和/或担保人、表明可向符合资格的个人提供经济援助、并将确定 Corewell Health (或其第三方收款供应商) 为收款而打算启动的 ECA。
  - Corewell Health 将尽合理努力告知患者有关 FAP 的信息以及患者和/或担保人如何在申请过程中获得帮助。

5.1.7. 邮件退回 — 将使用 USPS 数据库处理邮件退回事宜、并根据需要进行更正。担保人有责任在提供医疗服务或搬家后提供最新邮寄地址。如果账户没有有效地址、Corewell Health 将认为已做出合理努力。

## 6. 最终裁定

Corewell Health 已做出合理努力确定患者是否有资格获得 FAP 规定的援助、并因此可以对患者和/或担保人采取 ECA 的最终裁定权属于税收循环高级副总裁或其指定人员。

## 7. 修订

Corewell Health 保留随时变更、修正、修订或取消本政策而不事先发出通知的权利。

## 8. 参考内容

[经济援助资格政策](#)

[已故患者欠缴费用或担保人程序](#)

[破产患者欠缴费用程序](#)

[PFS - 患者欠缴费用缴付方案程序](#)

## 9. 政策的制定与审批

文件所有人：

Paula Cersosimo (Administrative Assistant)

撰写人：

Crystal Lang (Mgr, Patient Financial Services)

审稿人：

Amy Assenmacher (SVP, Finance Revenue Cycle), Courtney Guernsey (VP, Patient Financial Services), Matthew Cox (Chief Financial Officer), Sarah Clark (VP, Registration/Fin Counseling), Steffany Dunker (Managing Counsel)

批准人：

Christina Freese Decker (President & CEO)

## 附件A

### 无歧视通知：

Corewell Health 及其全部附属机构所采取的政策是向所有人提供优质的医疗保健服务。是否收治患者的决定仅取决于患者的医疗需求及医疗机构提供所需医学护理和治疗的能力。不会因种族渊源、肤色、性别、血统、民族、宗教、残疾、年龄、HIV 状况、退伍军人或兵役状况、服务费用缴费来源或联邦、州或地方法律所禁止的任何其他原因而拒绝收治患者。将以符合患者性别认同的方式对待患者。NHSC 批准的场所必须同意、在向个人提供服务时、不会因以下情况而歧视个人：个人没有缴费能力；无论是否通过 Medicare、Medicaid 或 CHIP 缴纳服务费用；个人的种族、肤色、性别、民族、残疾、宗教、年龄、性取向或性别认同。

如需了解更多信息，请参阅[患者权利与责任](#)政策。

### Corewell Health：

- 向残疾人提供免费的帮助及服务、以便其与我们进行有效的沟通、例如：
  - 合格的手语口译员
  - 其他格式的书面信息（大号字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 向母语并非英语的患者提供免费的语言服务、例如：
  - 合格的口译员
  - 采用其他语言书写的信息

如需上述服务、可拨打如下电话、联系 Corewell Health 的语言服务处：616.267.9701 或 1.844.359.1607（文字电话：711）

如您认为 Corewell Health 因种族、肤色、民族、年龄、残疾或性别原因而未提供上述服务或在其他方面做出歧视行为、您可通过如下方式进行投诉：

- 对于 Legacy Beaumont Health：  
Patient Experience Department  
26901 Beaumont Blvd  
Southfield, MI 48033  
电话 947-522-1472  
[Pfcc@beaumont.org](mailto:Pfcc@beaumont.org)
- 对于 Legacy Spectrum Health Lakeland 和 Legacy Spectrum Health West Michigan：  
Director, Patient Experience  
100 Michigan St NE, MC 006  
Grand Rapids, MI 49503  
电话 616-391-2624； 免费电话: 1-855-613-2262  
[patient.relations@spectrumhealth.org](mailto:patient.relations@spectrumhealth.org)

您可通过专人递送、邮寄或电子邮件的方式提交投诉。如在提交投诉的过程中需要帮助、可联系 Patient Experience 总监获取帮助。

您还可向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉、投诉时可采用电子方式（利用民权办公室门户网站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>）或根据如下信息发送邮件或拨打电话：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

投诉表可访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取。

## 联系我们

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

### 中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)

請注意：如果您講中文、你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打 1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：711)。

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### Ako govornite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)

OBAVJEŠTENJE: Ako govornite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

### አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711).

### नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711).

### Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)

PIID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë kɔc waar thook atō kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### Kiswahili (Swahili)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711). تماس بگیرید.

### Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

各实体将参考本文件中包含的相关文件（如适用）  
本文件的打印日期可能已过期，打印日期不受约束。

**မြန်မာ (Burmese)**

သတိပြုရန်- သင် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက ဘာသာစကား အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-359-1607, (TTY: 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

**(Dari)** فارسی دری  
توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس 1-844-359-1607 (TTY: 711).  
است. تماس ب

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Ikinyarwanda (Kinyarwanda)**

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

**Soomaali (Somali)**

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

**(Sudanese)** اللهجة السودانية  
انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام [1-844-359-1607](tel:1-844-359-1607) (رقم الصم والبكم: 711).

**தமிழ் (Tamil)**

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**ትግርኛ (Tigrinya)**

ትኹረት: ትግርኛ እንደሕገ ትዘረብ ኮንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቕርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።