Boston Medical Center
衛生系統

政策編號：	08.26.001
審閱/修訂日期：	4/2020、11/2020、6/2022、3/2023、2/2026
章節：	財務

患者財務援助

目的：

BMC Health System（簡稱「BMCHS」）旗下單位 Boston Medical Center、Boston Medical Center Brighton、以及 Boston Medical Center South（合稱「醫院」或「BMCHS 醫院」）制定本政策，用以識別符合資格的低收入、未投保及保險不足人員，協助其參加醫療保險計畫或財務援助計畫，以此負擔相關醫療費用，並確保患者能夠以及時、適當的方式取得醫療必要照護。作為各個醫院之合作夥伴，Boston University Medical Group（BUMG）與 Boston Medical Center Affiliated Physicians（BMCAP）同意遵守醫院財務援助政策所訂定之既有規範。

政策聲明：

在與 BMCHS 持證社區健康中心開展合作過程中，BMCHS 醫院的政策如下：向所有患者提供醫療必要照護，不論其支付能力，並為未投保或保險不足、無力支付的人員提供財務援助。所有至 BMCHS 醫院就診、需要急診或緊急服務、或其他醫療必要照護的患者，皆應接受治療，不因種族、膚色、宗教、信仰、性別、原國籍、年齡、身心障礙、性別認同或性別表達、或支付能力而受到區別對待。

BMCHS 醫院為所有低收入、未投保或保險不足，且證明無法支付全部或部分一般應繳費用的患者，提供財務援助。無財務支付能力的患者，將接受資格篩檢，評估是否符合 Medicaid 或其他州政府計畫、合格健康保險方案；或依預先訂定的規範進行審核，判定是否符合醫院慈善照護計畫（CCP）的援助資格。慈善照護計畫載明患者可符合免費或折扣照護資格之所有情形。折扣幅度依 CCP 資格規範所訂，由個人的家庭收入、資產、家庭人數及醫療需求決定。

醫院財務援助計畫相關資訊，會於患者辦理就診登記以及收到帳單時提供給患者。所有患者在帳單開立與催收週期內，隨時均可申請財務援助審核。經認定符合 BMCHS 醫院慈善照護計畫資格的患者，對於醫療必要服務，其收費絕不會高於一般收費金額；醫院亦不會為了取得聯邦醫療計畫給付業務、或影響受益人選擇特定醫療保健服務提供者、執業醫師或供應商而安排患者申請慈善照護計畫下的免費或折扣照護。

Boston Medical Center、Boston Medical Center – Brighton 以及 Boston Medical Center - South 董事會財務委員會已審閱並核准本政策。財務援助政策與財務援助計畫相關資訊，包含簡明語言摘要（《附件 A》）、《BMCHS 醫院慈善計畫申請表》、或本政策與慈善照護計畫文件副本，可透過以下方式取得：

- 於 BMC、BMC Brighton、BMC South、BUMG 或 BMCAP 內任意患者登記區
- 可致電財務諮詢部門，或於週一至週五上午 8 時至下午 5 時親訪辦公地點索取，地址如下：
  - BMC – 617-414-5155
    - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC Brighton – 617-779-6406
    - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC South – 508-427-3538
    - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- 可造訪醫院網站查閱或下載：https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance
- 亦可透過郵寄方式提交書面申請，索取文件副本，收件地址：
  - Boston Medical Center
    收件人：Financial Counseling Office
    Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
    Boston, MA 02118

適用範圍：

財務援助政策適用於 Boston Medical Center、Boston Medical Center Brighton、Boston Medical Center South、Boston University Medical Group、Boston Medical Center Affiliated Physicians、以及依各個醫院執照營運的下列附屬社區健康中心：

- Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center, 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

例外條款：

BMCHS 致力協助收入與資源有限的患者申請適用的計畫，以幫助負擔照護費用；慈善照護計畫僅限給付急診服務、緊急服務以及其他醫療必要照護。一般而言，CCP 折扣不適用之費用包含：

- 由合約醫師提供、採用私單收費、而非透過醫院附屬醫師團體收費的服務。（BMCHS 合作醫療機構列表請見《附件 E》）。
- 機動車理賠、第三方責任理賠、固定收費服務、合約費率、其他非醫療必要服務、或費用已適用其他折扣的服務。

定義：

《平價醫療法案》（ACA） - 2010 年 3 月頒布的全面醫療改革法案（亦稱 ACA 或 Obamacare），其目的為：透過補助（「保費稅額抵減」），為收入介於聯邦貧困線 100% 至 400% 之間的家庭降低費用，使更多人可取得負擔得起的醫療服務；擴展各州 Medicaid 計畫，納入收入達聯邦貧困線 138% 的所有成人；並支援創新醫療照護模式，從整體上降低醫療費用。

一般帳單金額（AGB）- 作為未投保及保險不足患者收費衡量基準的金額。符合財務援助資格的未投保患者，其急診服務、緊急服務或其他醫療必要照護收費，不會高於有保險患者適用的一般收費金額（AGB）。BMCHS 採用回溯法計算 AGB，該方法使用過去 12 個會計年度的 Medicaid 給付資料，據此決定適用於收費的 AGB 比例。BMCHS 所採用的 AGB 比例及其計算方式，可向患者財務諮詢部門（PFC）免費索取。可致電 PFC（617-414-5155）或發送電子郵件至 DG-FinancialCounseling@bmc.org 提出申請。

認證申請顧問（CAC） - 經過訓練的個人、且能夠協助消費者、小型企業及其員工查閱符合 ACA 規範並透過 Health Insurance Marketplace 提供的各種健康保險選項，並可協助確定資格和填寫投保表單（隸屬於指定組織）。

慈善照護計畫（Charity Care Program）- 由 BMCHS 醫院提供的一項財務援助計畫，根據患者的支付能力以及醫院的財務援助政策所規定的計畫資格審查結果，針對患者的帳單餘額給予一定比例折扣。

擇期服務 - 醫療必要服務，無需透過急診科或急症病醫院進行醫療穩定醫療狀況，因此不屬於急診或緊急服務範疇。患者通常（但非必然）需預先預約此類服務。

緊急服務 - 指出現身體或精神病症後所提供的醫療必要服務，相關症狀嚴重（包含劇烈疼痛），若未能及時就醫，可合理預期會對患者狀況或健康造成不良影響，引發嚴重風險、身體部位或器官損傷及功能障礙；針對妊娠女性的定義，另見《社會安全法》第 1867 (e)(1)(B) 條（42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B)）。急診服務包括醫療篩檢、檢查與急診醫療狀況的治療，或依 **EMTALA**（42 USC 1395 (dd)）規定所需提供的任何其他服務，均屬急診照護。急診服務還包括：持證醫療專業人員判定為緊急情況的服務；與門診急診照護相關的住院醫療照護；以及從其他急症照護醫院轉入 BMCHS 醫院接受住院照護（轉出醫院無法提供該項住院服務）的轉診服務。

EMTALA - 《緊急醫療治療與活產法案》（EMTALA）是美國國會在 1986 年頒布的法律，旨在確保公眾可獲得緊急服務，無論其支付能力如何。《社會保障法》第 1867 節對參與 Medicare 且開設緊急服務的醫院設定特定義務：如果患者提出急診醫療狀況檢查或治療（包括臨產）要求，醫院必須提供醫療篩檢，無論該個人是否具備支付能力。並且，醫院須為 EMC 患者提供穩定治療。如果醫院無法在自身能力範圍內穩定患者病情，或患者提出要求，則應執行適當轉診。

特別催收行動（ECA） - BMCHS 醫院（或其代理人，包含催收機構）為收回本政策適用帳款而對個人採取的各類行動；該等行動涉及透過法律或司法程序、將個人債權轉售予第三方，或向消費者信用報告機構或徵信單位提交個人不良信用資訊。將帳單交由第三方催收，不屬於 ECA。

聯邦貧困指南（FPG） - 由美國政府制定，每年於《Federal Register》發布。FPG 以家庭和家庭收入規模為基礎，用於判斷患者是否符 Medicaid 各項計畫和 BMCHS 醫院財務援助政策下的經濟援助資格。

總收費額 - BMCHS 向所有患者統一收取的醫療服務標準全價，尚未扣除合約減免、折扣或其他扣減項目。

Health Safety Net（HSN） - Health Safety Net 是一項財務援助計畫，用於為符合資格的低收入患者給付其在麻薩諸塞州社區健康中心（CHC）與急症照護醫院接受之部分醫療必要服務的費用。HSN 還向社區健康中心（CHC）及急症照護醫院支付醫療困難補助費用（當符合資格的醫療費用

超過家庭收入的特定比例時）、以及部分類型的醫院壞帳。HSN 設立之目的是：透過州內各急症照護醫院提供免費或減價醫療服務，以更公平的方式分攤為麻薩諸塞州低收入居民提供無補償醫療服務所產生的成本。Health Safety Net 之無償照護資金池透過向各醫院徵收攤款建立，用以負擔收入低於聯邦貧困線 300% 之未投保及保險不足患者的醫療費用。醫院政策規定，根據醫院財務協助政策獲得財務補助的所有患者，其 Health Safety Net 服務均納入向低收入患者提供的無償照護範疇。

已投保 - 擁有保險或第三方保險的患者狀態，可支付患者醫療服務總收費額之全部或部分費用。此類別包含由政府給付單位（例如 Medicare、Medicaid、CHAMPUS 及合格退伍軍人福利）承保的患者；以及私人給付單位（如 Medicare Advantage、Medicaid 管理式照護機構、商業保險或管理式照護、車險及工人賠償險）承保的患者。

醫療必要服務 - 可合理預期用於預防、診斷、防止惡化、減輕、矯正或治療危及生命、引發不適或疼痛、造成身體畸形或功能異常、可能導致或加重失能、或引發疾病或體弱等狀況的服務。醫療必要服務包含住院、行為健康、急性後續照護及輔助服務，且須符合《社會安全法》第 XIX 篇所核定的醫療必要標準。然而，「醫療必要」之分類，並不牽涉或涵蓋「急診服務」之分類、或與該認定相關之 EMTALA 法規。

其他服務 - 未經臨床醫師審核判定為具醫療必要性之服務、或患者申請該服務的資格不符合保險計畫對該服務所訂核心醫療必要性標準。此類服務亦包含多數保險計畫不認定為具醫療必要性的處置或治療，包括但不限於：整形手術、體外受精（IVF）或其他先進生殖療法（ART）、胃繞道手術（若給付單位未認定其具醫療必要性）、以及患者便利型項目（例如：超出醫療照護所需的過夜服務收費）、或缺乏明確醫療必要性證據的患者住院或部分住院過夜服務。

初級醫療保健服務 - 通常由普通科醫師、家庭醫師、普通內科醫師、普通小兒科醫師、初級醫療保健護士或醫師助理提供的醫療保健服務初級醫療保健服務並不需要急診照護醫院、急診科的專業資源，且不含括輔助服務與產科照護服務。

合格健康保險計畫 - 經 Health Insurance Marketplace 保險交易平台認證的保險計畫，提供基本醫療福利、遵循既定之分攤費用上限（例如免賠額、共付額與自付費用上限），並符合《平價醫療法案》之其他規定。

自付折扣 - 基於患者未投保或選擇不使用保險支付醫療服務費用之情形，對患者賬單餘額給予一定比例折扣。此折扣適用於所有收入水準的患者，無須審核財務資格，亦無需提出申請。

保險不足 - 患者持有某種醫療保險、但保險無法提供充足的財務保障，導致患者無力承擔保險公司規定、須由患者自行支付的醫療服務相關自付費用（包括共付額、共保額及免賠額）之狀態。

未投保 - 患者於特定就醫日期沒有任何生效醫療保險；或因網路限制、保險福利已用罄、或屬於其他不給付服務，導致保險承保範圍對該特定服務不生效之狀態。

緊急照護服務 - 在患者突發身體或精神疾病後提供、且具醫療必要性的服務，其中，疾病呈現足夠嚴重的急性症狀（包含劇痛），一般理性普通人會認為，若 24 小時內未接受醫療處置，將有合理幾率會造成：患者健康陷於危險、身體功能受損、或身體任一器官 / 部位功能障礙。緊急照護服務適用於非危及生命、且不會對個人健康造成嚴重損傷高風險的病況。緊急照護服務不包括初級醫療保健服務與預約擇期醫療服務。

保險流程

1. 醫療保健服務的承保範圍

BMCHS 醫院為所有需要緊急醫療服務、緊急照護服務、其他具醫療必要性服務的患者、以及臨產孕婦提供照護，不論其支付能力如何。根據聯邦《緊急醫療治療與活產法案》（EMTALA）規定，本院將對所有至 BMCHS 醫院尋求緊急醫療服務的患者實施醫療篩檢，以判定是否存在緊急醫療狀況。主治醫療專業人員會依據患者就診時的臨床症狀、並遵循適用的執業標準評估每位患者所需照護與治療等級，判定是否需要緊急或非緊急醫療服務。

1.1. BMCHS 醫院慈善照護計畫的免費或減價照護的資格適用於急診、緊急照護與初級醫療保健服務。資格審核一般於提供醫療服務後進行，審核依據為按聯邦貧困指南（FPG）認定的患者財務狀況、以及所提供醫療照護的類型與分類。（請參閱《附件 C》的 FPG 表）。在任何情況下，患者的 FAP 資格審核絕不應該影響其獲得緊急照護的權益；不論患者是否符合 FAP 資格，醫院將均提供緊急照護。

1.2. 初級醫療保健服務包括維持健康和預防疾病所需的醫療保健服務。此類服務一般預先排程，亦可由患者或醫療保健服務提供者於當日安排預約。

1.2.1. 初級醫療保健服務通常由普通科醫師、家庭醫師、普通內科醫師、普通小兒科醫師、初級醫療保健護士或醫師助理提供，無需急症醫院急診部的專業資源，並且可能不含輔助服務與產科照護服務。

1.3. BMCHS 醫院的慈善照護計畫資格始終適用於醫院提供的所有急診服務、緊急服務、初級醫療保健服務和其他醫療必要照護。

2. 財務援助和計畫資格

2.1. BMCHS 醫院以透過自付費用折扣方式為所有未投保患者提供財務協助，不論其支付能力如何。但是，如果未投保患者在應用自費折扣後無法支付帳單餘額，患者可以申請 BMCHS 醫院的慈善照護計畫。

2.1.1. 如果未投保患者已享有自付費用折扣，但其後提供本次就醫日期有效的保險資料，則該自付費用折扣將予以撤銷，並由 BMCHS 醫院向第三方保險機構開立賬單。

2.1.2. 如果未投保患者獲得自付折扣、且隨後有資格獲得慈善照護計畫的財務援助，自付折扣將會被撤銷，而慈善照護計畫的折扣將用於對帳單調整進行適當分類。

2.1.3. 自費患者折扣通常不適用的服務項目包括：

2.1.3.1. 由獨立合約醫師提供的服務（該等醫師就其提供的照護自行收費，不隸屬 BMCHS 旗下任何醫師團體）。

2.1.3.2. 保險理賠後的賬單餘額，包含共付額、共保額以及保險免賠額。

2.1.3.3. 機動車事故索賠、第三方責任索賠、固定收費服務、合約約定費率、其他非醫療必要性服務、及 / 或已對收費適用其他折扣的服務，通常不適用自付費用折扣（但並非絕對禁止），可視個案情況單獨審核。

2.2. 對於針對醫療服務表現出經濟需求的未投保或保險不足的患者，將根據州Medicaid、合格健康計畫和 BMCHS 醫院慈善照護計畫確定的一致性預定規範來評估其資格及承保範圍。

2.3. 患者可於預掛號、登記、住院期間、門診服務階段、或帳單開立與催收流程中的任何時段，索取並提交填寫完畢的財務援助申請書，申請財務援助。

2.4. 醫院財務諮詢部設有認證申請顧問（CAC），可為患者篩查各項計畫資格，並視需求提供現場參保登記協助。申請慈善照護計畫所需材料項目：

2.4.1. 填寫完畢的申請書，須由患者簽署；已婚者另需患者配偶簽署，或由擔保人（即家長或監護人）簽署。

2.4.2. 居住證明

2.4.3. 身份證明

2.4.4. 家庭收入證明

2.4.4.1. 勞動收入

2.4.4.2. 非勞動收入

2.4.4.3. 租金收入

2.4.5. 撫養費明細表（如果未申報收入）

2.4.6. 資產資訊，包括：

2.4.6.1. 銀行對帳單

2.5. 所有申請財務援助的患者，須先接受資格審核，確認是否符合其居住所在州的公共援助計畫或合格健康保險計畫（QHP）資格。

2.5.1. 在麻薩諸塞州，相關計畫包括但不限於 MassHealth、Health Connector 平台運營的保費補助付款計畫、兒童醫療保障計畫、Health Safety Net 以及 Medical Hardship 計畫。

2.5.2. 符合公共承保選項資格的患者必須遵守該計畫的申請流程，並受到駁回通知，才能申請慈善照護計畫的額外福利。

2.5.3. 公共醫療保險的資格篩查與申請流程，由醫院內的認證申請顧問（CAC）完成。申請可以透過紙質、傳真或透過州醫療保險交易所系統 （HIX） 在線填寫和提交。

2.6. 醫院的 CAC 人員亦可協助患者申請推定資格，讓處於特殊狀況的患者可透過 MassHealth 或 Health Safety Net 立即獲得承保的服務。

2.6.1. 推定資格審核由 CAC 進行；CAC 依據患者自行申報的財務資料判定患者是否符合該州低收入患者定義，從而認定患者是否符合 MassHealth 或 HSN 承保的資格。

2.6.2. 推定資格認定可提供一段有限期間的保障；保險保障起算日為醫院 CAC 作出認定當日，有效期至次月月底。在推定資格有效期內，患者必須填寫並提交完整申請書及所需證明文件，以維持保險保障持續有效。

2.7. 如經確定患者不符合公共援助計畫、QHP、HSN 或 Medical Hardship 計畫的資格，則將進一步評估患者是否符合醫院慈善照護計畫的資格。

2.7.1. 透過參與麻薩諸塞州 Health Safety Net，在 BMCHS 醫院就診的低收入、未投保及保險不足患者可申請財務補助，包含屬於 HSN 適用服務的全免或部分免費照護。醫院政策規定，依據醫院財務協助政策獲得財務補助的所有患者，其 Health Safety Net 服務均納入向低收入患者提供的無償照護範疇。

2.7.1.1. *Health Safety Net - Primary* - 經核實收入介於聯邦貧困線 0% 至 300% 的麻薩諸塞州未投保居民，可判定為符合 Health Safety Net 適用服務資格。

2.7.1.1.1. 對於符合麻薩諸塞州 Health Connector 運營的保費補助付款計畫（Premium Assistance Payment Program）參保資格的患者，*HSN Primary* 的資格有效期及承保服務類別將會受到限制。

2.7.1.1.2. 受麻薩諸塞州 Student Health Insurance Program 約束的患者，不符合 *HSN Primary* 計畫的申請資格。

2.7.1.2. *Health Safety Net – Secondary* - 擁有主要醫療保險、收入介於聯邦貧困線 0% 至 300% 的麻薩諸塞州居民患者，可判定為符合 Health Safety Net 適用服務資格。

2.7.1.2.1. 對於符合麻薩諸塞州 Health Connector 運營的保費補助付款計畫參保資格的患者， *HSN- Secondary* 的資格有效期及承保服務類別將會受到限制。

2.7.1.3. *Health Safety Net - Partial Deductibles* - 符合 *HSN Primary* 計畫或 *HSN - Secondary* 計畫資格、家庭收入介於聯邦貧困線 150.1% 至 300% 之間的患者，若保費計費家庭組內全部成員收入均高於聯邦貧困線 150.1%，則須繳納年度免賠額。如果保費計費家庭組任意成員的收入高於聯邦貧困線 150.1%，該家庭組所有成員均無需承擔免賠額。年度免賠額取以下兩者中的較高者：

2.7.1.3.1. 由 Health Connector 運營的保費補助付款計畫的最低保費，（於日曆年度期初，依據保費計費家庭組人數，參照 MassHealth 聯邦貧困線收入標準按比例調整）；或

2.7.1.3.2. 申請人保費計費家庭組的最低 MassHealth 修正調整後家庭總收入（或 101 CMR 613.04 (1) 條所定義的 Medical Hardship 計畫家庭可計收入）與聯邦貧困線 200% 差值的 40%。

2.7.1.4. *Health Safety Net - Medical Hardship* - 如果某些醫療費用已經耗盡其收入，以至於其無法支付健康服務的費用，任何收入水準的馬薩諸塞州居民均可符合資格透過 Health Safety Net 申請 *Medical Hardship* 計畫輔助。如希望符合 *Medical Hardship* 計畫的資格，申請人的可認列醫療支出必須超過其收入的指定比例，具體規定如下：

2.7.1.4.1. 收入水準 占可計算收入的百分比：

0 - 205%	聯邦貧困線 10%
205.1 - 305%	聯邦貧困線 15%
305.1 - 405%	聯邦貧困線 20%
405.1 - 605%	聯邦貧困線 30%
> 605.1%	聯邦貧困水平 40%

2.7.1.4.2. 申請人所需自行承擔的費用的計算方式為根據 *Medical Hardship* 計畫家庭對應的聯邦貧困線，取可計收入的指定比例，再乘以「實際可計收入減去 HSN 不予給付、仍須由申請人自行負擔的帳單金額」。

2.7.2. 符合 FAP 文件第 II.E 節所列 Health Safety Net 計畫財務援助資格的個人，可針對在申請日前 10 天之前已提供服務的既有賬單申請 Health Safety Net 保障。根據 Health Safety Net 規定，部分初級照護與擇期服務不在前述 10 天追溯期的保障範圍內，該類帳單金額仍須由申請人自行承擔。在確定 Health Safety Net 計畫的資格時，BMCHS 醫院將對上述申請日 10 天前發生的服務賬單提供 100% 慈善照護保障，並不再就該類賬單繼續催收。

2.8. 對於經認定不符合公共援助計畫、QHP、HSN 或 Medical Hardship 計畫資格的患者，將進行 BMCHS 醫院慈善照護計畫的資格評估。所收集的資訊將用於確定患者是否符合資格參與慈善照護計畫。

2.8.1. 經確定符合慈善照護計畫資格的未投保患者，可就總收費金額享有折扣，用以全額或部分抵減其未繳納醫療費用帳單。符合慈善照護計畫資格的患者，收費絕不會超過一般收費金額（AGB）。患者的資格及適用折扣依《附件 C》之表格進行判定。

2.8.2. 經認定符合慈善照護計畫資格的保險不足病患，可針對保險理賠後的帳單餘額享有折扣。患者的資格及適用折扣依《附件 C》之表格進行判定。

2.8.3. 所有財務援助申請案件中，免費或減價醫療的資格，均依最新發布的聯邦貧困指南判定（參見《附件 C》）。

2.8.3.1. 合格的資產限額：申請人資產上限不得超過 3,000 美元；如適用，申請人配偶資產上限亦不得超過 3,000 美元。

2.8.3.2. 資產核算時，不會計入患者的主要居所及自用的主要車輛。

2.8.4. BMCHS 為無保患者的多數醫療服務提供自付費用折扣。
此折扣適用於所有收入水準的患者，無須審核財務資格，亦無需提出申請。

2.8.5. 對於符合財務援助資格的未投保患者，BMCHS 針對其急診服務、緊急服務及其他醫療必需服務收取的費用，不會高於有保險患者適用的一般收費金額（AGB）。BMCHS 採用回溯法計算 AGB，該方法使用過去 12 個會計年度的 Medicaid 給付資料，據此決定適用於收費的 AGB 比例。BMCHS 所採用的 AGB 比例及其計算方式，可向患者財務諮詢部門（PFC）免費索取。可致電 PFC（617-414-5155）或發送電子郵件至 DG-FinancialCounseling@bmc.org 提出申請。

2.8.6. BMCHS 不會向任何符合 FAP 資格、或無醫療保險但未達財務援助門檻的患者開列總額帳單或要求其按總金額繳費。

2.9. 對於經濟狀況特殊的患者，可根據個案予以酌情考慮；依據 BMCHS 信用與催收政策，可在 FAP 其他條款之外，按個案情形給予折扣，以處理特殊醫療困難案例。

3. 申請財務援助的方法

3.1. 患者可透過以下方式申請財務援助：

3.1.1. 造訪患者財務諮詢辦公室：

- BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62 Boston, MA 02118
- BMC Brighton - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
- BMC South - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

3.1.2. 致電財務諮詢部門，透過電話參與篩查，或在週一至週五上午 8 時至下午 5 時與財務顧問安排預約面談。

- BMC: 617-414-5155
- BMC Brighton: 617-779-6406
- BMC South: 508-427-3538

3.1.3. 以郵寄方式提出財務協助政策（FAP）資格書面申請，檢附財務協助篩查表與 BMCHS 醫院慈善照護計畫申請書副本，填妥後郵寄提交，以供審核。

3.1.3.1. FAP 和 BMCHS 醫院慈善照護計畫申請表可在以下網站取得 https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance，並可以親自列印、填妥，然後以親自送達或郵寄方式返回給我們。

3.1.3.2. 若透過郵寄方式提交申請，患者需將財務援助初審表、申請書及所需文件副本寄送至：

- Boston Medical Center
  收件人：Patient Financial Counseling
  Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
  Boston, MA 02118

3.2 資格審定

3.2.1 BMCHS 患者財務諮詢部門負責依據患者於申請流程中提交的文件，進行資格審定。患者如對資格審定結果有疑問，可致電 (617) 414-5155 聯繫財務援助部門。

3.2.2 醫院收到並處理完備的申請書後，將進行資格審定，並將審核結果以書面形式通知申請人。

3.2.3 補件通知或駁回通知：

3.2.3.1 財務援助不會僅因患者初次提交的申請文件不完整而直接駁回。申請所需的最常見文件類型可參見本政策第 II.D 部分，並在隨附的 BMCHS 摘要文件（《附件 B》）中進行概述。

3.2.3.2 如果需要補充文件才能進行資格審定，醫院將透過美國郵政（USPS）通知患者，要求患者於通知日起30 日內提交佐證文件。

3.2.3.3 如果患者未能提交補充文件，財務援助申請可能遭到駁回，並依 BMCHS 信用與催收政策向患者開立帳單。

3.2.3.3.1 如經審核不符合財務援助資格或申請遭駁回，未投保患者將視情形享有自付費用折扣。

3.2.3.3.2 如經審核不符合財務援助資格或申請遭駁回，保險不足的患者須承擔保險理賠後剩餘的帳款餘額。

3.2.3.3.3 BMCHS 將盡合理努力催收應付帳款餘額。

i. 在其帳款被認定為壞帳前，患者將於 120 天期間內至少收到四份帳單。

ii. 其他催收方式包括電話、催收函、親訪通知、系統通知、或任何可切實聯絡帳款負責人之通知手段。

iii. BMCHS 會委外聘請催收機構協助處理部分帳款，包含醫院開立帳單或發出最後通知後仍未結清、須由患者承擔的應付金額。然而，BMCHS 不會採取特殊催收行動（ECA）追討逾期帳款餘額。

3.2.3.3.4 BMCHS 信用與催收政策可於醫院網站查閱，網址：https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

3.2.4 核准通知

3.2.4.1 獲核准的未投保或保障不足患者，可享有財務援助政策（FAP）規定之折扣（資格標準及適用折扣摘要見《附件 C》）。

3.2.4.2 BMCHS 將透過美國郵政（USPS）聯絡患者，以通知其財務援助計畫申請已核准。該通知將載明，患者如欲瞭解其應承擔醫療費用（如有）之核算方式可採取的步驟，並確認應付帳款金額不超過一般收費金額。

3.2.4.3 如果患者已設定分期還款方案或已繳納部分帳款，後續其 BMCHS 醫院慈善照護計畫申請獲得核准，那麼，超出慈善計畫自付額的已繳款項，將用以抵銷其他未結清帳款；如果無其他未償還債務，該款項將退還給患者。

3.2.5 患者的義務

3.2.5.1 患者須參加財務援助資格審查程序；如經評估可能符合州政府公共援助計畫或合格健康保險計畫之資格，則須同意申請相關可取得的醫療保險保障。

3.2.5.2 BMCHS 保留權利要求患者提供可申請醫療保險計畫的駁回佐證文件，然後再審核其 BMCHS 醫院慈善計畫之財務援助申請。

3.2.5.3 患者須提交填寫完畢並簽署的 BMCHS 醫院慈善照護計畫申請書，並隨附文件以證明收入、資產與居住身分，以供辦理醫療保險投保或申請 BMCHS 醫院慈善照護計畫的援助。（慈善計畫申請書見《附件 D》）。

3.2.5.4 患者必須完整披露任何勞工補償、機動車輛或第三方責任保險保障，並積極配合要求，由相關給付方處理理賠。

3.2.5.5 患者須根據財務援助計畫規定及時向醫院財務諮詢辦公室通報地址、就業或保險狀態變更等最新資訊。

3.2.5.6 患者須承擔保險理賠後、不符合財務援助政策（FAP）折扣資格的帳款餘額，例如自付額、共保額及免賠額。

3.2.6 BMCHS 的義務

3.2.6.1 BMCHS 會採取一切合理方式蒐集所需的患者保險狀態與財務資料，以判定住院或門診醫療服務費用負擔責任，具體資料的時間節點包含患者預掛號、就診當日、入院、出院、以及出院後一段合理期間。合理的方式包括：

3.2.6.1.1 申請獲取患者的保險卡

3.2.6.1.2 在醫院資格系統中驗證承保範圍

3.2.6.1.3 存取公共或私人保險資料庫來檢查承保範圍

3.2.6.1.4 獲取第三方付款人資訊。

3.2.6.2 BMCHS 將嘗試調查任何可能負責支付醫療服務費用之第三方付款方，包括但不限於：

3.2.6.2.1 機動車輛或房主責任保險

3.2.6.2.2 一般意外保險

3.2.6.2.3 工人賠償保險計畫

3.2.6.2.4 學生保險

3.2.6.3 如果患者或擔保人 / 監護人無法提供所需資料，且經患者同意，BMCHS 可聯絡親屬、友人、擔保人 / 監護人及（或）其他適當第三方以取得補充資料。

4. 財務援助可申請通知

4.1. BMCHS 採取下列措施廣為宣導其財務援助政策：

4.1.1. 於掛號時，作為標準入院流程之一，向患者告知 BMCHS 醫院慈善計畫，並提供簡明語言摘要（PLS）副本。

4.1.2. BMCHS 醫院各個患者服務地點均於顯著位置張貼財務援助計畫相關告示，載明申請方式與申請地點：

4.1.2.1. 在提供住院、門診、診所及急診服務之各科室及（或）候診區進行宣傳。

4.1.2.2. 在各個財務諮詢辦公室進行宣傳。

4.1.2.3. 在中央入院和患者登記區進行宣傳。

4.1.3. 提供政策、篩檢表、申請表和簡明語言摘要的副本進行宣傳：

4.1.3.1. 應患者要求（親自或透過電話或郵件請求）之時。

4.1.3.2. 在醫院的網站上進行宣傳，以供查閱或下載：https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

4.1.3.3. 在 BMCHS 各個患者服務點進行宣傳。

4.1.4. 於患者帳單內載有財務援助計畫可申請之通用通知進行宣傳。

4.2. 如果 BMCHS 醫院服務區域內有 5% 或以上人口使用某種非英語語言，所有與財務援助政策（FAP）相關之張貼告示及書面資料，包括篩查表、申請書、簡明語言摘要（PLS）及宣傳手冊，均會翻譯為該語言。目前，所有標誌和書面材料均已翻譯成以下語言：

i. 英語
ii. 西班牙文
iii. 俄語
iv. 海地克里奧爾語
v. 葡萄牙文
vi. 越南文
vii. 佛得角語
viii. 阿爾巴尼亞文
ix. 阿拉伯文
x. 中文

5. 醫院賬單與收費作業規範

5.1. BMCHS 負有受託責任向具備付款能力的個人、負擔醫療費用的第三方保險公司、以及患者符合資格的其他援助計畫追索已提供的醫療服務之費用償還。

5.2. 如《信用與收費政策》所述，BMCHS 實施合理的帳單開立與催收流程：

5.2.1. 患者收到的每一份帳單，均為對未結餘額進行的催收。每份帳單均載有相關資訊，告知患者或擔保人可申請財務援助計畫，並說明援助的申請方式；

5.2.2. BMCHS 會留存持續催收作業記錄：在帳款被認定為壞帳前的 120 天內，至少向患者寄發四（4）份帳單。

5.2.3. 於最後通知中，將告知患者或擔保人該筆帳款可能移送外部催收機構，並說明可申請財務援助計畫。

5.2.4. 對於被郵政機構退回、標註「地址錯誤」或「無法投遞」的帳單，BMCHS 將記錄所有為查找帳款負責人、取得正確地址所採取的替代措施。

5.2.5. BMCHS 會記錄並保存持續開立帳單或催收作業的相關資料，以供聯邦及（或）州政府機關針對該帳單或帳款所屬會計年度成本報告進行審計查核使用。

5.2.6. 由於成本不划算，對於金額低於 25 美元的醫院欠款餘額，BMCHS 不會持續進行帳單開立或催收作業。但是，BUMG 及 BMCAP 針對醫師服務所產生、餘額超過 5 美元之帳款，仍會持續進行帳單開立與催收作業。

5.3. 對於經認定不符合財務援助計畫資格、但能證明因特殊或突發狀況陷入經濟困難的患者，建議向患者財務諮詢部門（Patient Financial Counseling）說明情況，以進行個案評估。BMCHS 可依據《信用與收費政策》，在個案基礎上行使裁量權，給予超出《財務援助政策》其他條款規定之折扣，以處理特殊經濟困難案例。

5.4. BMCHS 《信用與收費政策》可在醫院網站上查閱：https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance。

責任：
Patient Financial Counseling

附件/附表
附件 A – BMCHS 簡明語言摘要
附件 B – FAP 可接受驗證文件摘要
附件 C – 慈善計畫資格指南與折扣方案
附件 D – BMCHS 慈善計畫申請表
附件 E – BMCHS 合作醫療機構列表

其他相關政策：
09.11.000 急症患者之治療與轉診
08.26.000 信用與催收

提案單位：
Patient Financial Counseling

參與部門：
收入循環
- Patient Financial Counseling
- Patient Access Services
- Patient Financial Services and Revenue Cycle Strategy
- Revenue Integrity and Professional 帳單管理

報銷和付款系統
法律與合規

Boston Medical Center
衛生系統

Boston Medical Center 衛生系統

BMCHS 財務援助政策：**簡明語言摘要**

Boston Medical Center 衛生系統為所有患者提供醫療上必要的照護，不分種族、膚色、宗教、性別、國籍、年齡、身心障礙、性別認同或表達，亦不論支付能力。BMCHS 為有需求、無力負擔醫療費用的低收入且未投保或保險不足之患者提供財務援助。BMCHS 將協助患者確定是否符合資格獲得財務援助，並幫助患者申請 Medicaid 或其他州政府計畫、聯邦合格醫療保險計畫、或醫院慈善照護計畫之補助。符合慈善照護計畫資格之患者，其收費不得高於急診或其他醫療必要照護之一般收費金額（AGB）。

誰有資格申請?
需要醫療上必要照護且無力負擔服務費用的低收入且未投保及保險不足患者，可申請財務援助計畫。計畫資格依據相關規範判定，包含個人之家庭收入、家庭人數、醫療需求以及居住州別。患者取得財務援助的資格條件，將決定其可適用的計畫類型。部分患者可適用無需繳納服務費用的計畫，另有些計畫則會要求符合資格的患者支付部分款項。此外，在麻薩諸塞州，居民可申請 Medical Hardship 計畫補助；此為該州的 Health Safety Net 提供的計畫。不論家庭人數與收入如何，若個人可認列醫療支出超過其家庭收入之規定比例，即可符合 Medical Hardship 計畫的資格。經認定不符合州或聯邦財務補助計畫保障資格之患者，將接受醫院慈善照護計畫之資格評估。

如何申請：
有關 BMCHS 財務協助政策、慈善照護計畫及申請書之資訊，可透過以下方式獲取：

- 致電 (617) 414-5155 聯絡 Patient Financial Counseling，或親赴辦公地點，服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時，地址如下：
  - BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

- 請造訪醫院網站： https://www.bmchealthsysterr.org/patient-financial-assistance

- 透過郵寄方式書面索取計畫資訊與申請說明，收件地址：
  Boston Medical Center
  收件人：Patient Financial Counseling Office
  850 Harrison Ave
  Boston, MA 02118

所有患者皆可取得英文版資訊。西班牙語、海地克里奧爾語、俄語、葡萄牙語、越南語、維德角語、阿拉伯語、阿爾巴尼亞語。可透過 MassHealth 口譯服務（電話：1-800-841-2900）、致電 617-414-5155 聯絡 Patient Financial Counseling 部門，或親赴辦公地點，取得其他語言的申請表填寫援助。

V.2_8/2026

Boston Medical Center
衛生系統

Boston Medical Center 衛生系統財務援助計畫

BMCHS 將幫助未投保和保險額不足的馬薩諸塞州居民透過公共援助計畫（包括 MassHealth，由 Health Connector 運營的保險費援助付款計畫、Children's Medical Security Program、Health Safety Net 和 Medical Hardship）或 BMCHS 慈善照護計畫申請健康保險。BMCHS 財務援助政策和慈善照護申請書和說明以英語、西班牙語、海地克里奧爾語、俄語、葡萄牙語提供。越南語、佛得角語、阿拉伯語、阿爾巴尼亞語和中文。有關其他語言之申請表填寫援助，可透過 MassHealth 口譯服務（電話 **1.800.841,2900**）、致電 **617.414.5155** 聯絡 BMC Financial Counseling 辦公室取得，亦可於週一至週五上午 8 時至下午 5 時親赴 Financial Counseling 辦公室，地址：

- BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
- BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
- BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

醫院員工將協助個人申請適合的計畫。可接受之文件清單如下：

- **家庭收入證明** - 家庭內每位有工作的成年成員皆須檢附。有效文件包括：
  - 兩張最近的工資單
  - 社會安全給付核定函
  - 所得稅申報書及附表 C（僅自營業者需檢附）
  - 失業給付證明

- **有身分證明文件** - 家庭內每位成年成員皆須檢附。有效的身分證明文件包括：
  - 駕駛執照、政府核發之有相片身分證件。
  - 徵兵紀錄或軍人證。
  - 學生證
  - 護照照片

  （若無法提供上述文件，可詢問其他形式之身分證明）

- **公民身分驗證** - 用以驗證美國公民身分，為必備文件。MassHealth 接受的文件包括：
  - 出生證
  - 護照
  - 經認證之醫院紀錄
- **移民身分證明** - 非公民申請 MassHealth Limited 以外之醫療援助者，須檢附文件驗證移民身分，例如：
  - 合法永久居民卡
  - 入籍公民證明

- **資產資訊** - 65歲（含）以上者須檢附文件以驗證資產，包含但不限於下列項目：
  - 銀行對帳單（支票帳戶與儲蓄帳戶）
  - 人壽保險
  - 自有不動產價值
  - 車輛價值

Boston Medical Center
衛生系統

聯邦貧困指南與和 BMCHS 慈善照護計畫（Charity Care Program）折扣

聯邦貧困指南（FPG）- 由美國政府訂定，每年於《聯邦公報》公布。FPG 是依據家庭人數與家庭收入訂定，用於判定患者是否符合州 Medicaid 計畫以及 BMCHS Hospitals 財務援助政策之援助資格。本標準適用於FY26，可於 httpa://www.mass.go-masshealth Yearly FPL **查閱。**

2026 MassHealth 收入標準與聯邦貧困指南，2026 年 3 月 1 日生效

家庭人數	MassHealth 收入標準		100% 聯邦貧困線		133% 聯邦貧困線		150% 聯邦貧困線		190% 聯邦貧困線	
	每月	每年	每月	每年	每月	每年	每月	每年	每月	每年
1	$522	$6,264	$1,330	$15,960	$1,769	$21,228	$1,995	$23,940	$2,527	$30,324
2	$650	$7,800	$1,804	$21,648	$2,399	$28,788	$2,705	$32,460	$3,427	$41,124
3	$775	$9,300	$2,277	$27,324	$3,028	$36,336	$3,415	$40,980		
4	$891	$10,692	$2,750	$33,000	$3,658	$43,896	$4,125	$49,500		
5	$1,016	$12,192	$3,224	$38,688	$4,288	$51,456	$4,835	$58,020		
6.	$1,141	$13,692	$3,697	$44,364	$4,917	$59,004	$5,545	$66,540		
7	$1,266	$15,192	$4,170	$50,040	$5,547	$66,564	$6,255	$75,060		
8	$1,383	$16,596	$4,644	$55,728	$6,176	$74,112	$6,965	$83,580		
每增加一位成員，請加計	$133	$1,596	$474	$5,688	$630	$7,560	$710	$8,520		

這些數位以四捨五入為四捨五入，可能無法反映計畫確定中使用的數位。機構收入標準為 72.80 美元。

家庭人數	200% 聯邦貧困線		225% 聯邦貧困線		250% 聯邦貧困線		300% 聯邦貧困線		400% 聯邦貧困線	
	每月	每年	每月	每年	每月	每年	每月	每年	每月	每年
1	$2,660	$31,920	$2,993	$35,916	$3,325	$39,900	$3,990	$47,880	$5,320	$63,840
2	$3,607	$43,284	$4,058	$48,696	$4,509	$54,108	$5,410	$64,920	$7,214	$86,568
3	$4,554	$54,648			$5,692	$68,304	$6,830	$81,960	$9,107	$109,284
4	$5,500	$66,000			$6,875	$82,500	$8,250	$99,000	$11,000	$132,000
5	$6,447	$77,364			$8,059	$96,708	$9,670	$116,040	$12,894	$154,728
6.	$7,394	$88,728			$9,242	$110,904	$11,090	$133,080	$14,787	$177,444
7	$8,340	$100,080			$10,425	$125,100	$12,510	$150,120	$16,680	$200,160
8	$9,287	$111,444			$11,609	$139,308	$13,930	$167,160	$18,574	$222,888
每增加一位成員，請加計	$947	$11,364			$1,184	$14,208	$1,420	$17,040	$1,894	$22,728

這些數位以四捨五入為四捨五入，可能無法反映計畫確定中使用的數位。機構收入標準為 72.80 美元。
DG-FPL_2026-03

慈善照護計畫（Charity Care Program） - 由 BMCHS 醫院提供的一項財務援助計畫，根據患者的支付能力以及醫院的財務援助政策所規定的計畫資格審查結果，針對患者的帳單餘額給予一定比例折扣。

慈善照護計畫 - 資格指南與折扣方案			
患者類型	**免費照護** **0 - 150% FPLG**	**減少照護** **151% - 300% FPLG**	**自費折扣** **> 300% FPG**
未投保	總收費的 100% 折扣	總收費 90% 折扣	45% 折扣
保險不足	保險後餘額的 100% 折扣	保險後餘額 90% 折扣	不符合資格 保險後餘額由患者負責
• **資產上限 - 申請人不得超過 3,000 美元，每一位 HH 會員各不得超過 3,000 美元。** • **資產認定包括銀行對帳單（支票及/或儲蓄）**			

Boston Medical Center
衛生系統

Boston Medical Center 衛生系統慈善照護計畫申請表

患者姓名 | 社會安全號碼 | 出生日期

父母/監護人的姓名（若患者為兒童） | 社會安全號碼 | 出生日期

家庭地址	**郵寄地址** _____ **若與戶籍地址相同，請勾選**
街道 公寓或單元#	街道 公寓或單元#
城市 州 郵遞區號	城市 州 郵遞區號

婚姻狀況 ☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 **您是否受僱就業？** ☐ 否 ☐ 是 **如選「是」，工作多久了？** _____

僱主名稱： _____ **僱主是否提供健康保險？** ☐ 否 ☐ 是

請填寫下方的家庭成員與家庭收入表格。請列出同住的所有人姓名與收入資料。請使用所提供的收入代碼確定每個人的收入類型。

家庭成員和家庭收入

收入類型和收入代碼

勞動收入	EI	補充安全收入	SSI	退伍軍人管理局	VA	子女扶養費	CS
自僱收入	SE	社會安全失能生活補助金	SSDI	工人賠償	WC	配偶扶養費	SS
社會安全退休給付	SSR	失業給付證明	UC	養老金或年金	PA	租金收入	RI

資產 - 銀行資訊

姓名	**與申請人的關係**	**出生日期**	**年齡**	**依代碼分類的收入類型**	**收入金額（年/月/周）**
	本人				$
					$
					$
					$
					$
					$

如果您需要額外的空間以填寫所有家庭成員的資料，請使用表格的背面。

支票帳戶： ☐ 否 ☐ 是 銀行名稱：_____ 餘額：_____

儲蓄帳戶： ☐ 否 ☐ 是 銀行名稱：_____ 餘額：_____

貨幣市場： ☐ 否 ☐ 是 銀行名稱：_____ 餘額：_____

資產 – 住房與財產資訊

擁有其他房產？ ☐ 否 ☐ 是 按揭貸款：$_____/月 租金/租賃？ ☐ 否 ☐ 是 $_____/月

自有車輛？ ☐ 否 ☐ 是 估計價值：$_____ 自有車輛？ ☐ 否 ☐ 是 車輛數量？_____

我在下方簽名，即表示我同意以下聲明：

- 我聲明，據我所知，我給出的回答真實無誤。
- 我將提供所有必要的驗證文件，以判定我是否符合 BMCHS 慈善計畫的資格。
- 我瞭解，若我未符合慈善計畫資格，我須自行負擔 BMCHS 所提供服務之相關費用；我亦可檢附額外文件，以書面方式針對駁回決定提出申訴。

患者/監護人簽名：_____ 日期：_____

患者配偶簽名：_____ 日期：_____

V.2_5/2026

附件 E – BMCHS 合作醫療機構列表

Boston Medical Center
衛生系統

Boston Medical Center 衛生系統附屬服務提供者列表

醫院	**部門/團體/診所**	**備註**	**遵循 Boston Medical Center 財務援助政策（FAP）**	**Health Safety Net 資格**
Boston Medical Center	Boston University Medical Group (BUMG)	包括以下部門/服務線： • 急診科 • 麻醉科 • 初級照護 • 重症醫師 • 病理科醫師 • 放射科 • 大多數外科 • 內科次專科 • 婦產科 • 新生兒加護病房（NICU） • 小兒科 • 精神科	是	是
	Codman Square Health Center		是	是
	East Boston Neighborhood Health Center		是	是
	South Boston Community Health Center		是	是
	Dathouse Health		是	是
Boston Medical Center - Brighton	Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP)	包含以下部門/服務線： • 急診科 • 麻醉科 • 初級照護 • 放射科 • 新生兒加護病房（NICU） • 婦產科 • 大多數外科 • 內科次專科 • 病理科醫師 • 精神科	是	是
Boston Medical Center - South	Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP)	• 急診科 • 麻醉科 • 放射科 • 初級照護 • 婦產科 • 大多數外科 • 內科次專科 • 病理科醫師 • 精神科	是	是

V2_5/2026