

医療機関:  
 全社方針

方針番号PFS-112

標準方針  
 モデル方針:

1 / 18ページ  
部署:収益管理

---

## 方針: 患者様への請求:助成金

---

### I. 目的

Adventist Health (AH) の医療機関は患者様のお役に立つために存在しています。それらの医療機関は、医師、看護師、その他の医療専門家、運営陣、受託者およびボランティアの方々から構成される、熱心な医療従事者チームの基に成り立っています。これらの個人が一丸となって地域の方々の健康を守っています。人々の役に立つためには、信頼と慈愛に基づいた地域の方々との関係が必要です。相互の信頼と善意を通して、Adventist Healthと患者様は、自らの責任を果たすことができます。以下の原則と方針は、この関係を強化し、また患者様の支払い能力に関係なく、AHが慈愛を最優先に考えていることを患者様に再認識してもらうことを意図しています。

本方針の目的は、助成金を必要とされる地域の方々のための、慈善的な救急医療と医学的に必要な医療を検討・実現する、公平で差別のない一貫した均一の方法を確立・確保することです。

連邦・州・地方自治体のすべての規則に従うことが、本方針の意図です。

### II. 定義

許容医療費：医療費がIRSによって許容されている医療費控除額を超過するかに関係なく、連邦所得税の目的のために控除可能な家族全員の医療費合計。支払い済みおよび未払いの請求書を含めることができます。

通常請求額 (Amount Generally Billed、AGB)：AHでの医療などに適用される保険の加入者から通常集金される請求額。AGBの計算方法は、Medicare受給者が受診ごとに支払ったメディケア分担額 (Medicare fee-for-service) に対して、被保険者個人が支払った分を含む、すべての民間健康保険会社からの支払額を合算した、実際の保険給付額に基づいて過去に遡って計算する方法です。

請求額：課金明細マスター (charge description master、CDM) で公表されているAHによる医療の請求額。

慈善医療：患者様に支払いが要求されていない、または患者様が請求額の名目上の金額のみを支払う、完全な慈善治療または無償治療。

割引医療：患者様に慈善医療の資格がないと医療機関が判断したものの、割引の資格があるため、請求額の一部のみの支払いが要求される医療。

救急医療：「救急医療処置および労働法 (Emergency Medical Treatment and Labor Act、EMTALA)」に準拠するAH方針で定義された「救急治療と医療」の項を参照。

必須生活費 (Essential Living Expenses、ELE)：次のものが含まれます。家賃または住宅ローンおよび維持費、食費と家庭用品代、光熱費と電話代、衣類代、医科・歯科の医療費、保険料、学校または育児の費用、養育費または配偶者扶養費、交通費と自動車関連費 (保険料、ガソリン代、修理代、分割払金などを含む)、洗濯・クリーニング代、およびその他の臨時費用。

家族：18歳以上の人の家族には、配偶者、医療機関が営業許可を受けている州の定義に従う同棲相手、および21歳未満の被扶養児童（同居の有無を問わず）が含まれます。18歳未満の人の家族には、両親、介護者たる親族、および親または介護者たる親族の21歳未満のその他の児童（同居の有無を問わず）が含まれます。

連邦所得税申告書：課税所得を報告する目的のためにIRSに提出する書類。この書類は署名と日付を記入してIRSに提出した書類のコピーでなければなりません。

連邦貧困水準（Federal Poverty Level、FPL）：世帯が、定義されている貧困水準または最低生活年収より上か下で生活するかを判定する連邦政府が設定した所得水準。

助成金：無保険患者様または過少保険患者様のAH未払額を、将来にわたってまたは過去に遡って軽減するAH制度。

高額医療費：次のいずれかとして定義されます。a) 過去12ヶ月間の患者様の世帯収入の1割（10%）を超過する、医療機関で個人に生じた年間自己負担費（Out-of-Pocket Costs）、または b) 過去12ヶ月間に患者様またはその家族が支払った患者様の医療費に関する書類を患者様が提供した場合の、患者様の世帯収入の1割（10%）を超過する年間自己負担額。

世帯収入：患者様と同一世帯に住む家族全員の収入、または自宅住所として納税申告もしくは他の公文書で使用されている患者様の住所に住む家族全員の収入。

英語力不足（Limited English Proficiency、LEP）のグループ：施設が医療を提供する地域内の、または医療機関で治療を受けたり、もしくは利用する可能性の高い人々の内の、1,000人かその五分（5%）のいずれか少ない人数を構成する集団。医療機関で治療を受けたり、または利用する可能性の高いLEPの患者数または患者率を判定する合理的な方法を、医療機関は使用することがあります。

医学的に必要な：「医学的に必要な」または「医学的必要性」とは、救命、重大な病気や障害の予防、激痛の軽減のために合理的かつ必要であるときに提供する医療です。カリフォルニア州福祉・医療機関法第14059.5条を参照。

自己負担費（Out-of-Pocket Costs）：患者様が個人的な資金から支払う費用。

患者様金融サービス（Patient Financial Services、PFS）：請求、債権回収および支払の処理を担当するAH部署。

支払プラン：AH請求額の中で患者様が未払いの金額を一定期間にわたって納める一連の支払額を設定する計画。月払い額は、必須生活費を控除した後の、患者様の世帯月収の1割（10%）を超過しないものとします。

適格資産：患者様が本プログラムの収入資格を満たしているかを判定する際に、患者様の収入として計算される金融資産。本方針の目的のための「適格資産」には、1) \$10,000を超える患者様の金融資産の50%が含まれます（現金、株式、債券、普通預金口座、または他の銀行口座を含む）。2) IRS適格年金制度（IRA、401(k)もしくは403(b)の年金口座など）または繰延報酬制度は含まれません。3) ある特定の不動産または有形資産は含まれません（主たる住まい、自動車など。ただし、1軒目の主たる住まい以外の住宅およびレクリエーション用車両が含まれることがあります）。

適格患者：セクションIII.C.の定義に従い助成金プログラムの資金要件を満たす患者様。

自己支払債務 (Self-Pay Liability) : 金銭的責任のある者が患者様またはその保証人 (第三者支払人ではない) であるときの未払残高。

第三者保険 : 患者様の医療費の全部または一部を支払う患者様以外の事業体 (法人、会社の健康保険または健康信託、自動車保険の医療給付、労働者災害補償など)。

無保険患者 : 健康保険会社からの第三者保険、医療プラン、MedicareまたはMedicaidに加入していない患者様であり、また労働者災害補償、自動車保険、もしくは医療機関が判定・記録するその他の保険によって補償対象にならないけがを負っている患者様。

過少保険患者様 : ある程度の第三者保険または補助はあるものの、なおかつ患者様の資金能力を超える自己負担費がある患者様

### III. 方針

AHは、救急医療または医学的に必要な医療を求めた方で、その医療費に対する支払い手段に限りがある、またはまったくない患者様に助成金を提供するよう努力しています。助成金は通称、慈善医療および割引医療と呼ばれています。AHは、個人の支払い能力、本方針の下での適格性、公的支援の適格性を問わず、差別なく、本方針で定義されている救急医療または医学的に必要な医療を提供します。

したがって、本方針書は、

- 慈善 (無償) 医療および割引 (一部慈善) 医療として助成金の適格基準を含みます。
- 本方針の下で助成金の資格がある患者様への請求額の計算基準を説明します。
- 患者様による助成金申込方法を説明します。
- 施設が医療を提供している地域内で本方針を広範囲に公表する方法を説明します。さらに
- 助成金の適格者に提供する慈善医療または医学的に必要なその他の医療に対して医療機関が請求する金額を、医療機関による通常請求 (集金) 額以下の金額に制限します。

慈善は個人の責任の代わりになるものとは考慮されていません。患者様には、慈善金、その他の種類の支払金、または助成金を得るために、また個人の支払い能力に基づいて治療費を支払うために、医療機関の手続きに協力することが求められています。資金能力のある方は、自身の全体的な健康を確保し、自身の資産を守るために、医療を受ける手段としてぜひ健康保険にご加入ください。

#### A. 本方針の下での適格医療

本方針は、付録Aに掲載のAH所有・運営医療機関が提供する救急医療または医学的に必要なその他の医療に適用されます。救急医のために請求業務を提供するAH医療機関は、慈善医療および無保険割引医療に関係する施設料金と同じ方法で医師診察料を取り扱うことが義務付けられています。

一般的な救急医療機関の救急医は、付録Cの文書に「本方針対象医療提供者」として載っていない限り、本方針から除外されます。これらの医師は、連邦貧困水準の350%以下にある、無保険の適格患者様または高額医療費を抱える適格患者様への請求額を制限する独自の助成金方針を策定しているはずであり、またカリフォルニア州ではそうすることが義務付けられています。収入が連邦貧困水準の350%以下にある、無保険患者様または高額医療費を抱える患者様で、救急医から請求書を受け取った方は、医師のオフィスに連絡し、医師の助成金方針についてお尋ねください。

## B. 助成金についての案内

Adventist Healthは、救急救命室、登録条件フォーム、入院・登録窓口、医療機関の患者様金融サービス部、および医療機関が選択できるその他の公共の場に、目立つように掲示された通知文書を含むがこれらに限られない種々の方法で、助成金が利用可能であることを通知します。1通の退院後請求書には、患者様が助成金の適格性判定を受けるための金融審査を申し込むこと、またその申込方法を伝える標準的な言語による患者様への通知が含まれます。患者様には無償で、本助成金方針と助成金方針を分かりやすい言語で記した概要を、医療機関ウェブサイトのページ、パンフレット、郵便物として出版し、また施設が医療を提供する地域内においてその選択により他の多くの場所でそれらを宣伝するものとします。そのような通知および概略情報は、患者様が英語力不足（LEP）のグループに属すると特定された場合、患者様の母国語で提供します。上記に加えて、AHは、経済的責任を果たせないリスクのあり得る患者様に、助成金が利用可能であることを個別に通知します。医療機関スタッフまたは医療スタッフは誰でも、助成金について患者様の紹介を行えます。患者様、その保護者または家族が慈善金を申請でき、それは適用可能なプライバシー保護法の対象となります。

助成金方針に関する情報を無料で受け取るには、1-844-827-5047に電話するか、または下記まで書面にてご連絡ください。

Adventist Health  
ATTN: Financial Assistance  
PO Box 619122  
Roseville, CA 95661

## C. 助成金の適格条件

本方針に従って決定された資金ニーズに基づいて、高額医療費を抱える無保険者または過少保険者および医療費支払不能者について助成金の適格条件が検討されます。助成金付与の賛否判定を含む、本方針に従った決定は、個々の資金ニーズに基づくものであり、人種、肌の色、国籍、市民権、宗教、信条、性別、性的嗜好、年齢、または障害を考慮に入れたものではありません。

メディケイド分担費（Medicaid Share of Cost、SOC）の金額は、SOCが、Medicaidの資格を得る条件として州によって決定される、患者様に支払義務のある金額であるため、助成金の対象にはなりません。

収入または費用に基づいて以下のガイドラインの1つを満たす場合、患者様は本方針の下で助成金の資格がある可能性があります。

1. 収入。患者様は、世帯収入（本方針にて定義）がFPLの400%以下である場合、本方針の下で規定されている収入に基づいて慈善医療または割引医療を受け取る資格があります。
2. 費用。収入に基づき非適格になった患者様は、許容医療費のために世帯収入と資金源が枯渇し、対象となる医療費が支払えなくなった場合、例外として審査を受け、助成金の適格者になる可能性があります。次の2つの適格条件の両方を満たさなければなりません。
  - a. 費用：患者様の許容医療費は世帯収入の50%を超える必要があります。
  - b. 資金源：患者様の超過医療費（許容医療費が世帯収入の50%を超えた分の金額）は利用可能な適格資産を超える必要があります。

**慈善医療：**慈善医療（無償医療とも呼ばれる）の適格性を判定する際には、世帯収入と適格資産が連邦貧困水準の200%に等しい金額を超過してはなりません。

**救急医療と医学的に必要な医療**

無保険患者様	
世帯収入	課金額
連邦貧困水準の200%以下	ゼロ

**割引医療：**割引医療の適格性判定を受ける際は、収入を示す書類に直近の給与明細書または所得税申告書を含める必要があります。

**救急医療と医学的に必要な医療**

無保険患者様	
世帯収入	課金額
連邦貧困水準の200~300%超	通常請求額の50%
連邦貧困水準の300~400%超	通常請求額の75%
連邦貧困水準の400%超	助成金方針の対象とならない。「無保険割引方針」の項を参照。

民間健康保険または非契約マネジドケア健康保険に加入し、かつ高額医療費のある患者様	
世帯収入	課金額
連邦貧困水準の400%以下	同じ医療について通常請求額によって許容される金額から患者様の保険会社が支払った金額を差し引いた金額。保険会社が通常請求額以上の金額を支払った場合、患者様の債務はゼロです。
連邦貧困水準の400%超	助成金方針の対象とならない。患者様は自己支払債務額を支払う責任があります。

**救急医療と医学的に必要な医療以外の医療**

無保険患者様	
世帯収入	課金額
連邦貧困水準の200%以下	通常請求額の50%
連邦貧困水準の200~400%超	通常請求額の100%
連邦貧困水準の400%超	助成金方針の対象とならない。「無保険割引方針」の項を参照。

民間健康保険または非契約マネジドケア健康保険に加入し、かつ高額医療費のある患者様	
世帯収入	患者様の債務
連邦貧困水準の350%以下	同じ医療について通常請求額によって許容される金額から患者様の保険会社が支払った金額を差し引いた金額。保険会社が通常請求額以上の金額を支払った場合、患者様の債務はゼロです。
連邦貧困水準の350%超	助成金方針の対象とならない。患者様は自己支払債務額を支払う責任があります。

#### D. 患者様による助成金申込方法

1. 本方針の下で助成金の適格者になるには、患者様または保証人は以下を行う必要があります。
  - a. 公的および民間の支払制度から、代替となる支払または補償の資金源を特定・判定する際にAHと協力する。
  - b. 最初の退院後請求書から240日以内に、洩れや誤りのない正確な助成金申込書を提出する。
  - c. 金融カウンセラーおよび患者様金融サービス部担当者を含むAHのスタッフは、必要に応じて、申込書の記入をお手伝いできます。
  - d. 患者様または保証人の直近の給与明細書のコピーを提供する（または当事者が現在失業中であることを証明する）。
  - e. 患者様または保証人の直近の連邦所得税申告書（すべてのスケジュールを含む）のコピーを提供する。そして
  - f. AHが合理的に要求し得るような、患者様または保証人の金融資産に関する文書と情報を提供する。
2. 適格医療に保険が適用されるはずである第三者保険に患者様が加入している場合、患者様または保証人はその健康保険の適用条件に従う責任があります。患者様が当然これに従えたはずであったにもかかわらず、そうしなかった場合、助成金プログラムの適格性を否定される結果になることがあります。
3. 非協力的な患者様とは、申込手続き中にMedicaidおよび/または助成金の決定のために要求される、必要な資金情報の開示に積極的でない患者様または保証人を指します。非協力的な患者様または保証人は、これに従わず情報を提供しない場合、これ以上助成金の申込手続きについて審査されないこと、また標準的な未払金回収手続きが開始されることが記された通知を受け取ります。
4. 人間の尊厳と保護に関するAHの価値観が、助成金申込手続き、資金ニーズの判定、および助成金付与に反映されます。
5. AHは、AHの債権回収活動で、申込みに関連して提出された患者様の金融資産についての情報を一切使用しません。患者様の金融資産について患者様から提出された情報は、本方針の下で助成金の適格性審査のみのために使用します。

#### E. その他の公的制度の適格条件

医療機関は、民間または公的な健康保険や支援が医療費の全部または一部に適用可能であるかについての情報を患者様またはその代理人から入手するために、あらゆる合理的な努力をします。それには以下のものを含みますが、それらに限定されません。

1. 健康保険取引所（Health Benefit Exchange）によって提供される保険を含む民間健康保険、
2. Medicare、または
3. Medicaidプログラム、Healthy Familiesプログラム、チルドレンズサービス（Children's Services）プログラム、または健康保険を提供する目的での州によるその他のプログラム。

患者様が医療機関の助成金プログラムの申込みと同時に、別の健康保険プログラムに申し込んだ場合または申込み中である場合、一方に申し込んだからといって他方のプログラムの適格性が否定されることはありません。

## F. 仮の助成金資格

患者様ごとに、患者様金融サービス部の担当者または運営陣が、以下の事項について完全な説明を含む内部助成金申込みを完了します。

1. 患者様またはその保証人が自分のために申込みできない理由と、当該当事者に申込みの完了を妨げる医学的または社会経済的な酌量すべき事情の説明。
2. AHはまた、許可された情報源から集めた所定の基準に基づいて、患者様が提出する助成金申込書なしに、慈善医療の仮の資格にアカウントを割り当てる場合があります。これらの基準には以下が含まれます。
  - a. ホームレスであることが医療記録に記載されている患者様、AHを通じて受け取った証明書がある患者様、既知の遺産を持たずに死亡した患者様の家族、もしくは現在投獄されている患者様を持つ家族、または
  - b. 公益プログラムの資格がある患者様（社会保障、失業保険、Medicaid、郡貧困者健康保険、AFDC、フードスタンプ、WIC、またはAH助成金プログラムの適格条件を合理的に満たした適格要件を設定するその他の貧困者関係の類似プログラムを含む）、または
  - c. 通常の債権回収活動によっても未支払額を回収できず、また患者様が助成金の申込みを完了できなかった場合、または書類提出の要請に従わなかった場合、もしくは申込手続きに対処しなかった場合、人口統計学ソフトウェアを使用して仮の資格を満たすかについてそのアカウントを審査します。その結果、正式の助成金申込みを完了することなく、これらのアカウントが助成金資格を持つかについて審査することがあります。このような状況では、AH医療機関は他の情報源を使用して、資金ニーズを個別に評価します。この情報を基に、患者様が直接情報を提供していない場合に利用できる最良の見積りを利用して、AHは応答のない患者様の資金ニーズについて情報に基づいた判断ができます。

AH医療機関は、患者様の資金ニーズを評価するために第三者を利用して、患者様の電子ファイルの情報を審査します。この審査は公的記録データベースに基づいた、医療業界で広く認められているモデルを利用します。この予測モデルは、公的記録データを組み入れて、収入、資産および流動性資産の見積りを含む社会経済・資金能力スコアを計算します。この電子技術は従来の申込手続きと同じ標準に対して各患者様を評価するように設計されています。

この電子技術は、その他すべての資格および資金源を使用し終わってから、不良債権に指定される前に実行されます。これにより、AH医療機関は、特別債権回収行為を進める前に、助成金が利用できるかどうかすべての患者様を審査できます。この電子適格性審査から戻ったデータは、過去の日付のみに対してFPLの200%未満で適格となる、十分な資金ニーズを示す文書となります。

仮の資格を付与された患者様アカウントは、助成金方針に従い再分類されます。それらのアカウントは、債権回収に回されたり、その他の債権回収行為の対象になったり、適格性の通知を受け取ったり、また医療機関の不良債権の費用に含まれることもありません。

## G. 適格期間

患者様が特定の適格の医療または入院に対して慈善医療または割引医療に適格である場合、申込許可日前に適格医療の全残高に対して過去に遡って助成金割引が適用されます。申込承認日後のさらに180日間に受けた適格医療も、助成金割引の資格があります。申込承認日からさらに180日間に受けた適格医療がある場合、その医療について助成金が検討されるには新規申込書を提出しなければなりません。

## H. 支払い済み金額の払い戻し

以前に受けた医療に対する請求書の一部または全部を患者様が支払い、かつ本方針の下で慈善医療または割引医療の資格があるとその後判断された場合、AHはAHIになされた過剰支払い分を直ちに患者様に払い戻します。

## I. 本方針の申込審査結果に関する不服申立て

助成金申込書が本方針に準じて適切に審査されなかったと患者様が考える場合、または本方針の申込審査結果に同意しない場合、適格医療を受けたAH医療機関の最高財務責任者（Chief Financial Officer、CFO）に再審査の要請を書面で提出できます。なお、不服申立てはこの最高財務責任者で最後となります。

## J. 請求と債権回収

AH医療機関は承認レベルを含む債権回収会社を任命する標準的な手続きに従います。債権代理回収契約には、本方針の範囲内での債権回収行為の内容と、請求書の支払いが資金的に不可能であることを患者様が示す場合はAH医療機関に報告の義務があることを、代行会社の活動範囲に定義します。

患者様に対する債権回収活動を始める前に、医療機関は患者様の権利の概要を簡単に説明しなければなりません。以下の決まり文句で大半が記載される場合、概要の内容は十分です。

「州・連邦の法律は、借金取立て人があなたを公平に扱い、また借金取立て人による虚偽の陳述や暴力の脅威、下劣な言葉や不敬な言葉、およびあなたの雇用者を含む第三者に対する不適切な連絡を禁止することを義務付けています。稀な状況を除き、借金取立て人は午前8時以前または午後9時以降にあなたに連絡を取ることはできません。一般に、借金取立て人は、あなたの住所を確認したり、または判決を執行するために別の人に連絡する場合があります。借金取立て活動についての詳細は、米国連邦取引委員会（Federal Trade Commission）まで1-877-FTC-HELP (382-4357) にて電話するか、または[www.ftc.gov](http://www.ftc.gov)までオンラインで連絡できます。」

医療機関は非営利のクレジット・カウンセリング・サービスが区域で利用できるかもしれないという文書も含めなければなりません。上記の文書は、データメーカーの添付に組み込まれ、またすべての患者様の債務についての最初のデータメーカーに含められます。

AH医療機関は、Medicaidなどの公的支援プログラムの申込手続き中である場合、患者様または保証人からの債権回収活動を停止します。また、これには、適格性審査結果についての不服申立てに必要な時間も含まれます。申込んだ助成金の資格が個人にないと医療機関が判断した場合、または個人が協力しなかった場合、債権回収活動は続けられます。適格要件を満たさない、または協力しなかった場合、その内容が完全に文書に記録される必要があります。

患者様または保証人のために助成金申込書が提出されると、決定がなされ、患者様にその決定が通知されるまで、すべての債権回収活動が停止されます。その決定は、別紙B（英語または定義を満たす英語力不足対象者の言語によるもの）の手紙を送付することによって、患者様に連絡する必要があります。

患者様またはその保証人が助成金プログラムの下で慈善医療を承認された場合、すべての債権回収活動は停止され、当該当事者に対する特別債権回収活動を破棄する合理的な努力がなされなければなりません。

患者様またはその保証人が助成金プログラムの下で債務を伴う割引医療を承認された場合、当該当事者によって合理的な月払いプランについて交渉するよう要請されたとき、医療機関はそれに応じることがあり、また外部の債権回収会社に未払い分の請求書を送ることはなく、特別債権回収行為も停止されます。医療機関の助成金方針の下で適格患者様を支援するために医療機関が同意した長期支払プランは無利子です。患者様または保証人が90日の期間中にすべての連続した、期日の来た支払いを行わなかった



場合、長期支払プランは無効と宣言されることがあります。この契約が無効と宣言される前に、医療機関または債権回収会社は、長期支払プランが無効となる可能性があること、また長期支払プランを再交渉する機会が与えられることを、患者様に電話で連絡し、さらに書面で通知する合理的な試みをします。医療機関が長期支払プランを無効と宣言する前に、患者様またはその保証人によって要請された場合、医療機関は不履行の長期支払プランの条件を再交渉するように試みなければなりません。医療機関または債権回収会社のいずれも、長期支払プランが無効と宣言される前に、信用調査機関に不利な情報を報告してはなりません。

AH医療機関および債権回収会社は、最初の退院後患者様請求書の241日以内に、賃金差押え、債権売却、信用調査機関への負債報告、治療前の支払い義務付け、主たる住居に対する抵当権の設定、患者様に対するその他の訴訟など、**特別債権回収行為**を行いません。

医療機関および債権回収会社は、特別債権回収行為を行う前に患者様に通知する合理的な努力をします。この合理的な行為には、助成金方針の通知書と明白な言語による概要書の提供、実行される具体的な特別債権回収行為の特定と通知、および患者様または保証人への口頭での通知のための合理的な努力をすることが含まれます。これらの行為すべては、通知に回答するための合理的な時間が得られるよう特別債権回収行為の実施前の最低30日になされることが義務付けられています。

受けた医療に対する支払い能力を患者様または保証人が持つにもかかわらず、支払いを拒否しているという兆しを債権回収会社が認める場合は、最初の退院後請求書から240日以内でない限り、債権回収会社は未払残高を回収するために訴訟を起こすことが許可されていることがあります。訴訟が適切であり、特別債権回収行為の基準が満たされている場合、債権回収会社は、訴訟を起こす前にCFOに個別の要請書を送付して承認を得る必要があります。要請書には、医療に対する支払い能力が患者様または保証人にあると債権回収会社が考えるに至った経緯を詳しく説明する文書のコピーを含む、紛争に関する全詳細が含まれる必要があります。医療機関のCFOは個々の訴訟を書面で承認しなければなりません。CFOはこの権限を委託することはできません。医療機関は署名済み訴訟承認書のコピーを恒久的に保持し、電子PFSの患者様アカウントの注釈欄に注記を付けなければなりません。患者様または保証人の金融手段についての情報がないにもかかわらず、患者様の支払いを促すために最終手段として債権回収会社が訴訟を起こすことは認められていません。

## K. 患者様/家族の指導

AHウェブサイトにおける本方針の掲載、金融カウンセラーからの直接指導、および本方針に概説されている方法（セクションIII.B.）での情報の掲示によって行われます。

## L. 文書

機密助成金申込書（本方針については別紙Aを参照。）

## M. 本方針対象医療提供者のリスト

医療機関内で救急医療および医学的に必要なその他の医療を提供する、本方針対象および対象外の医療提供者のリスト（本方針の付録Cを参照）は、少なくとも毎年四半期ごとに見直し、本方針のセクションIII.B.に記載されている方法を使用して利用可能にします。

## N. 助成金についての標準的な手順

医療機関は、AHが出版する別の助成金手順書に収められている助成金方針を管理するための標準的な内部手順に従います。

## O. 承認機関

Adventist Health法務理事会は本方針の承認および本方針のその後の変更を承認する機関です。

---

作成者：患者様金融サービス

承認者：収益サイクル管理2015年9月18日; 執行諮問委員会2014年12月1日; 理事会承認2015年12月15日

有効日：2015年12月29日

改訂日：2014年12月14日; 改訂：2009年12月21日、2011年1月25日、2011年6月3日、2011年1月27日、2013年5月13日、2014年2月3日、2014年11月(SB1276)、2015年1月22日 (FPL 改訂)、2015年12月17日 (501 (r)); 2017年4月19日(PFS 改訂); 2018年3月1日 (FPL と AGB 料金改訂)

配布：PFSディレクター、CFO各位

別紙A

患者様氏名 _____	医療機関: _____ DOS: _____
患者様番号 _____	機密資産報告書 (申込書)

責任当事者

氏名	婚姻区分	社会保障番号
番地・通り、市、州、郵便番号	この住所での居住期間	自宅電話
雇用者名と雇用者住所 (失業中の場合はその期間)	勤務先電話番号	
職位/職名	月収 - 総額	月収 - 純額
		現職期間

配偶者

氏名	社会保障番号
雇用者名と雇用者住所	勤務先電話番号
職位/職名	月収 - 総額
	月収 - 純額
	現職期間

扶養家族

世帯の全扶養家族の氏名と生年	世帯の扶養家族数 _____	その他の人が収入を提供しますか。「はい」の場合は、金額: はい/いいえ _____ 金額 _____
----------------	----------------	--

月収と資産

配当金、利子	\$	養育費/扶養手当	\$
公的扶助/フードスタンプ	\$	賃貸料収入	\$
社会保障	\$	助成金	\$
失業手当	\$	IRA	\$
労働者災害補償	\$	その他	\$
貯金	\$		

月額費用

住宅ローン/賃貸料支払: \$	残高: \$	医科/歯科	\$
持ち家ですか。(はい/いいえ)		医師 - 氏名	\$
食費	\$	医師 - 氏名	\$
光熱費:	\$	医師 - 氏名	\$
電気代	\$	クレジットカード:	\$
ガス代	\$	Visa 限度額	\$
水/下水代	\$	Mastercard 限度額	\$
ごみ収集代	\$	Discover 限度額	\$
電話代	\$	その他 限度額	\$
ケーブル代	\$	分割返済ローン額	\$
自動車ローン支払額	\$	養育費	\$
自動車関連費	\$	雑費	\$
保険:			
自動車保険料	\$		
生命保険料	\$		
健康保険料	\$		

私の知る限り、上記の情報に間違いありません。

事務所専用		
総収入 _____		
純収入 _____		
総費用 _____		
純収入 (損失) 合計 _____		
	患者様/保証人の署名 _____	日付 _____

## 別紙B

医療機関名  
医療機関住所  
医療機関電話

日付

保証人氏名  
保証人住所

件名 : アカウント番号 :  
患者様氏名 :  
受診日 :  
アカウント残高 :

- あなたのアカウントは慈善助成金の付与が可能であるか審査されました。あなたが提出された金融文書をすべて審査した結果、このアカウントについてあなたは完全な慈善助成金の適格性ガイドラインを満たされていると判定されました。
- あなたのアカウントは慈善助成金の付与が可能であるか審査されました。あなたが提出された金融文書をすべて審査した結果、このアカウントについてあなたは完全な慈善助成金の適格性ガイドラインを満たされていないことが判定されました。
- あなたのアカウントは慈善助成金の付与が可能であるか審査されました。あなたが提出された金融文書をすべて審査した結果、このアカウントについてあなたは一部の慈善助成金の適格性ガイドラインを満たされていると判定されました。(アカウント残高)は残りの部分で、あなたにはその支払い義務があります。

この判定が間違いであると思われる場合、あなたには不服を申立てる権利があります。不服申立ては書面で、患者様金融サービス部ディレクター宛に、本手紙に記載の住所に郵送しなければなりません。

ご質問がございましたら、通常の営業時間内に（医療機関電話番号）にて遠慮なくご連絡ください。

患者様金融サービス部  
医療機関名  
医療機関電話番号

別紙C

2018年連邦貧困水準 (FPL)

世帯人数	米国本土48州と コロンビア特別区	アラスカ州	ハワイ州
1	\$12,140	\$15,180	\$13,960
2	16,460	20,580	18,930
3	20,780	25,980	23,900
4	25,100	31,380	28,870
5	29,420	36,780	33,840
6	33,740	42,180	38,810
7	38,060	47,580	43,780
8	42,380	52,980	48,750
1名追加ごとに 次を追加	4,320	5,400	4,970

<http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>

## 付録A

## 対象となる医療機関リスト

本方針の下で対象となるAdventist Health医療機関リスト :

事業者名 (Doing Business As、DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Selma
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources

付録B

カリフォルニア州内医療機関の通常請求額（Amount Generally Billed、AGB）：

AGB表1

AGBの計算方法は、Medicare受給者が受診ごとに支払った個人負担額（Medicare fee-for-service）に対して、被保険者個人が支払った分を含む、実際の保険給付額に基づいて過去に遡って計算する方法です。純請求額の単一の平均パーセント、または個別の医療区分もしくは個別の項目や医療に対する複数のパーセント。AGB率は毎年1月1日に更新され、AGB率の変更の120日以内に導入されます。

医療機関	医療	有効日	AGB率
Adventist Health Hanford	すべての医療	2018年3月1日	25%
Adventist Health Selma	すべての医療	2018年3月1日	25%
Adventist Health Reedley	すべての医療	2018年3月1日	11%
Adventist Health Tehachapi Valley	すべての医療	2018年3月1日	38%
Adventist Health Feather River	すべての医療	2018年3月1日	13%
Adventist Health Glendale	すべての医療	2018年3月1日	18%
Adventist Health Howard Memorial	すべての医療	2018年3月1日	35%
Adventist Health Lodi Memorial	すべての医療	2018年3月1日	12%
Adventist Health Clear Lake	すべての医療	2018年3月1日	30%
Adventist Health St. Helena	すべての医療	2018年3月1日	15%

Adventist Health Vallejo	すべての医療	2018年3月1日	15%
Adventist Health Bakersfield	すべての医療	2018年3月1日	17%
Adventist Health Simi Valley	すべての医療	2018年3月1日	15%
Adventist Health Sonora	すべての医療	2018年3月1日	22%
Adventist Health Ukiah Valley	すべての医療	2018年3月1日	18%
Adventist Health White Memorial	すべての医療	2018年3月1日	20%



オレゴン州、ワシントン州およびハワイ州内医療機関の通常請求額（AGB）：

AGB表2

AGBの計算方法は、Medicare受給者が受診ごとに支払った個人負担額（Medicare fee-for-service）に対して、被保険者個人が支払った分を含む、すべての民間健康保険会社からの支払額を合算した、実際の保険給付額に基づいて過去に遡って計算する方法です。純請求額の単一の平均パーセント、または個別の医療区分もしくは個別の項目や医療に対する複数のパーセント。AGB率は毎年1月1日に更新され、AGB率の変更の120日以内に導入されます。

医療機関	医療	有効日	AGB率
Adventist Medical Center - Portland	すべての医療	2018年3月1日	29%
Adventist Health Castle	すべての医療	2018年3月1日	38%
Tillamook Regional Medical Center	すべての医療	2018年3月1日	46%

AGB表3

AGBの計算方法は、Medicare受給者が受診ごとに支払った個人負担額（Medicare fee-for-service）に対して、被保険者個人が支払った分を含む、実際の保険給付額に基づいて過去に遡って計算する方法です。純請求額の単一の平均パーセント、または個別の医療区分もしくは個別の項目や医療に対する複数のパーセント。AGB率は毎年1月1日に更新され、AGB率の変更の120日以内に導入されます。

医療機関	医療	有効日	AGB率
Adventist Health Physician Network	すべての医療	2018年3月1日	30%
Western Health Resources	すべての医療	2018年3月1日	74%

付録C

本方針対象および対象外の医師リスト

「PFS-112助成金対象および対象外の医師リスト（PFS-112 Financial Assistance Covered and Noncovered Physicians List）」と呼ばれる補足文書に収められている、医療機関内で救急医療または医学的に必要なその他の医療を提供する本方針の下で対象および対象外となる医師リスト。このリストは毎年四半期ごとに更新され、ウェブサイトに掲載され、本方針と一緒に書面で提供されます。

以下はこの補足文書の内に含まれている医療機関リストです。

事業者名 (DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Health Selma
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources