

管理政策

主题：面向低收入、无保险和保额不足患者的经济援助

生效日期：04/29/2026

首要职责：主任 – 患者财务服务

I. 目的：

旨在确保全体患者，无论是否有支付能力，均能获得由大西洋健康系统有限公司 (简称“大西洋健康系统”) 医疗机构提供的基本紧急医疗服务和其他必要医疗护理服务。本政策适用于任何大西洋健康系统医院，包括 Morristown Medical Center、Overlook Medical Center、Chilton Medical Center、Newton Medical Center、Hackettstown Medical Center、CentraState Medical Center 和根据 42 C.F.R. 413.65 被指定为基于供应商的任何大西洋健康系统机构。

II. 政策：

大西洋健康系统的政策是确保患者获得其医疗机构提供的基本紧急医疗服务和其他必要医疗护理服务，无论患者是否有支付能力。通过下文第 IV 节所述的各种计划，向没有能力支付全部或部分医院账单的低收入、无保险和保额不足的患者提供经济援助。本政策应适用于上文提到的任何大西洋健康系统医疗机构，以及根据联邦法规有关基于供应商状态的规定 42 C.F.R. 413.65 被指定为基于供应商的任何大西洋健康系统机构。

经济援助和折扣仅适用于紧急医疗服务或其他必要医疗护理服务。对于独立于医院收费的某些服务项目，包括但不限于诊疗费、麻醉费、放射学解释和门诊处方，可能无法通过大西洋健康系统获得经济援助资格。除医疗机构本身外，在医疗机构中提供紧急医疗服务或其他必要医疗护理的所有供应商名单（按机构列出）可在本经济援助政策 (“FAP”) 的附录 A 中找到，其中具体说明了哪些供应商在本 FAP 的承保范围内，哪些不在承保范围内。供应商清单 2 将每季度审核一次，且必要时会进行更新。

III. 综述：

- A. 大西洋健康系统将为所有需要紧急医疗服务或必要医疗护理的新泽西州居民提供医疗护理服务、住院和门诊服务，无论患者是否有能力支付此类服务的费用，也无论此类患者是否以及在多大程度上有资格根据本 FAP 获得经济援助。
- B. 大西洋健康系统不会参与任何阻碍个人寻求紧急医疗护理的行动，例如要求急诊患者在接受治疗前付费，或允许在急诊部或其它区域存在债务收集活动，此类活动可能会干扰在非歧视基础上提供紧急护理。
- C. 大西洋健康系统的 FAP、经济援助申请表和平实语言总结 (“PLS”) 均可在以下网站在线获取：<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>

- D. 每家医疗机构的主要服务区域均提供英文版本的大西洋健康系统的 FAP、经济援助申请表和 PLS，并为人数较少的英语水平有限人群提供其主要语言版本，这些人群达到 1,000 人或占到所服务社区人口的 5%，以二者中较少的为准。FAP、经济援助申请表和 PLS 均提供本 FAP 附录 B 中所列语言的翻译版本。我们将竭尽全力，确保向其主要语言不在现有译本语言之列的患者清楚地传达 FAP、经济援助申请表和 PLS。
- E. FAP、经济援助申请表和 PLS 的纸质副本可应要求通过邮寄方式免费提供，并在医疗机构内的各个区域提供，包括如下所列的入院部、急诊部和财务咨询办公室。经济援助申请表可以亲自提交，也可以通过邮寄、传真或电子邮件提交。
- 财务咨询办公室： Call Center Phone # 1-844-487-3627
- Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, NJ 07960
- Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, NJ 07901
- Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, NJ 07444
- Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, NJ 07860
- Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove St., Hackettstown, NJ 07840
- CentraState Medical Center: 901 West Main St., Freehold, NJ 07728
- F. 如果患者需要协助获取 FAP、经济援助申请表或 PLS 的纸质副本，或需要其他帮助，可以拨打 1-800-619-4024 联系客户服务部，或访问或联系上面列出的财务咨询办公室。
- G. 告知患者有关提供经济援助的标志或告示将张贴在公立医院的醒目位置，包括入院区、急诊部和财务咨询办公室。
- H. PLS 将作为入院手续的一部分提供给所有患者。
- I. 大西洋健康系统致力于为没有能力支付全部或部分紧急医疗服务和其他必要医疗护理服务费用的符合条件的患者提供经济援助。为了实现这一慈善目标，大西洋健康系统将通过与当地社会服务和非营利机构合作，在所服务社区内广泛宣传本 FAP、经济援助申请表和 PLS。
- J. 患者或其代表可以申请经济援助。患者或其代表可能由大西洋健康系统的雇员、咨询医师或其他服务人员引荐给财务顾问。财务顾问将解释可用经济援助计划的要求，并确定患者是否符合可用经济援助计划的条件。申请经济援助的患者需要填写大西洋健康系统经济援助申请表（包括证明页），并提供申请表中规定的证明文件，以便考虑是否给予经济援助。将根据需要使用翻译的材料和口译员，以便与英语水平有限的人员进行有效沟通。

- K. 无保险患者可以在首次收到出院账单后的 365 天内提交填写完整的经济援助申请表。已参保或保额不足患者可以在首次收到由保险公司处理的出院账单后的 365 天内提交填写完整的经济援助申请表。

IV. 经济援助计划:

大西洋健康系统的患者可能有资格根据下述各种计划获得免费或折扣医疗护理服务。在每种情况下，大西洋健康系统将被视为已提供经济援助，其金额等于所提供服务的总费用扣除患者或患者保险公司（如果有）支付的金额以及政府对此类服务的任何报销或支付后的净额。大西洋健康系统将把此净额（如需根据成本而不是按费用适当报告经济援助额时，需要应用成本费用比率）报告为本组织提供的经济援助额。

A. 新泽西州计划:

1. 慈善护理:

在患者符合 Medicaid 资格的情况下, 该计划仅涵盖州 Medicaid 计划所涵盖的必要医疗服务的急症护理医院收费。财务咨询办公室将在收到填写完整的初始申请表之日起十 (10) 个工作日内确定申请人是否符合资格。如果申请表不完整 (例如, 未提供要求的收入/资产证明或证明不充分), 将发出书面拒绝函, 其中将详细说明为获得批准还需哪些其他文件。无保险的申请人可以在首次收到出院账单之日起的 365 天内凭所需文件重新申请慈善护理。已参保或保额不足的申请人可以在首次收到由保险公司处理的出院账单之日起的 365 天内凭所需文件重新申请慈善护理。符合慈善护理资格的患者将根据附录 C 中规定的指导原则获得免费护理或总费用折扣。

不符合资格的申请人可以在将来想接受服务且经济状况发生变化时重新申请。

慈善护理是一个面向下列新泽西州居民提供的州立计划:

- a. 没有医疗保险, 或医疗保险仅支付部分医疗帐单,
- b. 没有资格获得任何私人或政府赞助的保险 (例如社会保障 (退休和残障保障)); 伴随 Medicaid 的补充社会保障收入 (SSI); 或 Medicaid), 并且
- c. 达到州规定的收入和资产资格标准。

获得慈善护理资格需要满足的其他标准:

- a. 患者将接受慈善护理计划的筛选, 根据附录 C 中规定的指导原则, 该计划: (i) 为家庭总收入低于或等于联邦贫困线 200% 的患者支付 100% 费用; (ii) 为家庭总收入高于联邦贫困线 200% 但低于或等于 300% 的患者支付部分费用。
- b. 慈善护理资格限额为个人资产限额 7,500 美元、家庭资产限额 15,000 美元。为了说明此部分, 在 N.J.A.C.10:52-11.8(a) 中规定的必须考虑其资产的家庭成员包括: 成年申请人的家庭规模包括申请人、其配偶、任何由其抚养的未成年子女以及申请人须为其承担法律责任的成年人。未成年申请人的家庭规模包括父母双亲、单亲的配偶、未成年兄弟姐妹以及申请人的父母须为其承担法律责任的家庭中的任何成年人。如果申请人书面证明他或她已被配偶或父母遗弃, 则该配偶或父母不得作为家庭成员看待。一名孕妇算作两名家庭成员。

根据《医院服务手册》的慈善护理部分、N.J.A.C.10:52 等条款的规定, 需要提供的证明文件包括:

- a. 适当的患者和家庭成员身份证明文件。可以是以下任何一种：驾驶执照、社会保障卡、外国人登记卡、出生证明、工资单、护照、签证等。
- b. 截至服务日期的新泽西州居住证明（注：在特定条件下，紧急护理可破例不要求居住证明）。此证明可以包括以下任何一种：驾驶执照、选民登记卡、工会会员卡、保险或福利计划身份证、学生证、水电费账单、联邦所得税申报表、州所得税申报表或失业津贴证明。
- c. 总收入证明。这应包括医院为确定患者总收入所需的详细信息（下列信息之一）：
 - i. 服务前 12 个月的实际总收入。
 - ii. 服务前 3 个月的实际总收入。
 - iii. 服务前一个月的实际总收入
- d. 截至服务日期的资产证明。这些包括能够随时转化为现金的资产，例如股票、债券、IRA、CD、支票和储蓄账户或非主要住所的产权价值。

2. N.J.S.A.26:2H-12.52 规定的折扣护理资格：

根据 FAP 第 IV.C 节，身为新泽西居民且家庭总收入低于联邦贫困线 500% 的无保险患者，将有资格获得折扣护理。适用于慈善护理和上文 A.1 节规定的文件要求也适用于本节规定的资格确定，除非该个人及其家庭资产阈值不符合本节规定的折扣护理资格。

3. 儿童灾难性疾病救济基金计划：

新泽西州的儿童灾难性疾病救济基金计划为家中有灾难性疾病患儿的家庭提供经济援助。有关资格条件、合格费用和申请援助的信息，请访问 <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>。

4. 新泽西州犯罪受害者赔偿办公室：

新泽西州设立了新泽西州犯罪受害者赔偿办公室，为犯罪受害者补偿损失和费用，包括因某些犯罪行为导致的某些医疗费用。有关资格条件、合格费用和申请援助的信息，请访问 <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>。

B. 自费：

1. 新泽西州居民

不符合慈善护理或任何其他类型的联邦或州资助的经济援助计划资格的无保险患者，将采用下列收费原则：

- i. 住院患者：接受医疗必要住院治疗的患者将为所接受的服务按照适当的 Medicare DRG 费率加 15% 缴纳费用。
- ii. 门诊患者：在 Atlantic Health System 接受门诊治疗服务的患者将按照 Medicare 相关费用的 115% 收费。

2. 州外和外籍患者

- a. 住院患者：接受医疗必要住院治疗的患者将为所接受的服务按照适当的 Medicare DRG 加 25% 缴纳费用。
- b. 门诊患者：在 Atlantic Health System 接受门诊治疗服务的患者将按照 Medicare 相关费用的 115% 收费。

C. 一般收费金额

身为新泽西州居民的无保险患者，如果家庭总收入低于联邦贫困线的 500% 且不符合联邦或州资助的经济援助计划（慈善护理除外）资格，将根据第 IV 节的规定享受应用于其账户的折扣。在提交经济援助申请并确定患者符合本节规定的经济援助资格后，将按照 AGB 或适当 Medicare 费率加 15% 中的较低者对患者收取费用。

大西洋健康系统选择对各个医疗机构采用回顾方法。AGB 百分比（按医疗机构排列）为：

Morristown Medical Center: 23.97%
Overlook Medical Center: 26.50%
Chilton Medical Center: 19.32%
Newton Medical Center: 12.60%
Hackettstown Medical Center 19.07%
CentraState Medical Center: 26.70%

根据《国内税收法典》第 501(r) 节，各个医疗机构均采用回顾方法核算其各自的 AGB 百分比。AGB 百分比是根据 12 个月内提出的所有付款请求除以与这些请求相关的收费总额核算得出的。所有医疗机构选用以下付款组合方式：Medicare 服务费 + 所有私营健康保险公司。

每年在日历年结束之前的一百二十 (120) 天内更新一次 AGB 百分比。如果按照 AGB 百分比计算出的金额低于患者的欠费金额，患者只需负责支付根据 AGB 计算出的金额。

如果按照 AGB 百分比计算出的金额高于患者的欠费金额，则患者需要负责支付根据上述经济援助计划计算出的金额。

V. 计费 and 收账政策

本节规定了大西洋健康系统的计费 and 收账政策及程序，并解释了如果医疗护理账单（包括在应用经济援助折扣后的余额账单）未支付时可能采取的措施。代表大西洋健康系统行事的收账机构和律师会收到此 FAP 的副本。

每份账单都将包含一份关于经济援助可用性的醒目通知，以及特定医疗机构的财务咨询办公室的电话号码，患者可使用该号码接收有关 FAP 的信息以及经济援助申请方面的帮助。该账单还将提供可用于获取 FAP、经济援助申请表和 PLS 副本的网址。

- A. 通知期限：大西洋健康系统将在确认患者结算后立即向患者开具所有未清余额账单。对于无保险的患者，第一份出院账单将标志着 120 天通知期限的开始，在此期间，不会向患者发起特别收账行动（“ECA”）（定义见下文）。对于已参保或保额不足的患者，由保险公司处理的第一份出院账单将标志着 120 天通知期限的开始，在此期间，不会向患者发起特别收账行动（“120 天通知期限”）。
- B. 当患者拖欠付款时，将向患者发送一份通知，提出讨论账单，以确定是否需要经济援助或是否需要新建或修改付款计划。大西洋健康系统会满足要求建立付款计划的患者。
- C. 如果在 120 天通知期限结束时仍未收到任何付款，且患者没有申请经济援助或与该医疗机构的财务咨询办公室或客户服务办公室安排商议其他支付计划，则该患者的账户将移交给收账机构。大西洋健康系统将以书面形式通知患者，告知如果 10 天内未收到付款，其账户将被移交给收账机构（“最终通知”）。最终通知将告知患者，可为符合资格的患者提供经济援助，并提供特定医疗机构的财务咨询办公室的电话号码，患者可使用该号码接收有关 FAP 的信息以及经济援助申请流程方面的帮助。该账单还将提供可用于获取 FAP、经济援助申请表和 PLS 副本的网址。
- D. 大西洋健康系统可在 120 天通知期限后授权代表大西洋健康系统工作的收账机构和律师（“第三方”）对欠款患者账户发起 ECA。一旦账户移交给第三方，第三方将确认已采取合理措施确定患者是否符合 FAP 经济援助的资格，并且在发起 ECA 之前已采取下列措施：
 - 1. 已向患者提出书面通知（“30 天通知函”），其中：(a) 说明符合资格的患者可以获得经济援助；(b) 确定第三方将为获取护理费发起的 ECA；以及 (c) 说明逾期将发起 ECA 的最后期限（该最后期限不得早于提出该通知之日后的 30 天）；
 - 2. 该 30 天通知函包含一份 FAP 的平实语言总结的副本；以及
 - 3. 大西洋健康系统和/或第三方已采取合理措施口头通知患者有关 FAP 的信息以及患者如何获得经济援助申请流程方面的帮助。
- E. 一旦确认已采取合理措施确定患者是否符合 FAP 经济援助的资格，第三方可对患者发起下列 ECA，以获取护理费：

1. 需要法律或司法程序的行动，包括但不限于：

- a. 对患者财产行使留置权，除非 I.R.C. Section 501(r) 有另行规定；
- b. 对患者发起民事诉讼；

仅当欠款总额达到或超过 800 美元时，才可以发起行动。

2. ECA 不包括涉及人身伤害判决、和解或妥协所得的留置权，也不包括破产中申请的债权。

F. 如果收到不完整的经济援助申请，大西洋健康系统将向患者提供书面通知，说明确定 FAP 资格所需的其他信息或文件。大西洋健康系统将通知第三方，不完整的经济援助申请已提交，第三方将暂停为获取护理费而发起任何 ECA，期限为等待 30 天。

G. 如果收到完整的经济援助申请，大西洋健康系统将确保执行下列事项：

- 1. 暂停对患者发起 ECA；
- 2. 将及时做出资格认定并记录在案；
- 3. 大西洋健康系统将以书面形式通知患者该认定结果和认定依据；
- 4. 将出具更新的账单，其中将说明符合 FAP 资格的患者的欠款金额（如适用）、该金额的判定方法以及适用的 AGB 百分比；
- 5. 超出符合 FAP 资格的患者应付金额的任何已付款项都将相应退还（如适用）；以及
- 6. 第三方将采取一切合理的可用措施，撤销对患者采取的任何收账 ECA，例如撤销判决或解除征收或留置权。

H. 如果任何医疗机构做出推定资格认定，则需要满足下列条件：

- 1. 如果推定某患者符合比 FAP 提供的最高援助标准更低的条件，则大西洋健康系统将：
 - a. 通知患者有关推定 FAP 资格确定的依据，并解释如何申请更高的经济援助。
 - b. 在授权发起 ECA 以收取计算的折扣金额之前，为患者留出合理的时间用于申请更高的援助。
 - c. 如果收到完整的经济援助申请，则重新确定患者的 FAP 资格状态。

参考：

美国国税局，26 CFR 第 1、53 和 602 部分，对慈善医院的附加要求；慈善医院的社区健康需求评估；第 4959 节消费税申报表的要求和提交申报表的时间；最终规则；N.J.S.A.26:2H-12.52； N.J.A.C.10:52

审核/批准摘要： AHS 政策监督委员会 (APOC) 和 AHS 董事会	
发起日期： 11/08/2004	APOC 批准日期： 04/01/2026
最后修订日期： 02/25/2026	AHS 董事会批准日期： 04/28/2026

附录 A

供应商名单

大西洋健康系统有限公司（简称“大西洋健康系统”）经济援助政策（“FAP”）适用于大西洋健康系统医院或基于供应商的门诊服务机构提供的紧急医疗或其他必要医疗护理，账单由 AHS 医疗公司（大西洋健康系统的子公司）开具。

FAP 也应适用于 Practice Associates Medical Group、P.A. d/b/a Atlantic Medical Group（“AMG”）的医生在大西洋健康系统医院提供的紧急医疗或其他医疗必要的住院护理。FAP 不适用于 AMG 医生为在大西洋健康系统医院以外提供的护理所开具的专业收费。

其他供应商可能会在大西洋健康系统医院和门诊服务机构参与您的护理。如果这些供应商未在上面具体列出，则他们不会遵守大西洋健康系统的经济援助政策。您会收到这些供应商单独开具的账单，并需要相应地做出付款安排。

如有必要，本供应商名单将每季度复核和更新一次。如有 FAP 或供应商名单方面的问题需要帮助，请致电 1-800-619-4024 联系客户服务部。第 11 页，共 12 页

附录 B

FAP、经济援助申请表和 PLS 备有英文版本和下列语言版本：

阿拉伯文
亚美尼亚文
中文
法国克里奥尔文
希腊文
古吉拉特文
印地文
意大利文
日文
韩文
波兰文
葡萄牙文
俄文
塞尔维亚克罗地亚文
西班牙文
他加禄文

收入标准
慈善护理和减免慈善护理资格标准
生效日期：2026 年 3 月 15 日

患者必须同时符合收入和资产标准

收入标准

当年收入总额在下列范围内时，
患者应支付的费用百分比

	患者支付 0% 费用	患者支付 20% 费用	患者支付 40% 费用	患者支付 60% 费用	患者支付 80% 费用	患者支付 100% 费用
家庭规模	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$31,920 或以下	至 \$31,921 至 \$35,910	至 \$35,911 至 \$39,900	至 \$39,901 至 \$43,890	至 \$43,891 至 \$47,880	\$47,881 或以上
2	\$43,280 或以下	至 \$43,281 至 \$48,690	至 \$48,691 至 \$54,100	至 \$54,101 至 \$59,510	至 \$59,511 至 \$64,920	\$64,921 或以上
3	\$54,640 或以下	至 \$54,641 至 \$61,470	至 \$61,471 至 \$68,300	至 \$68,301 至 \$75,130	至 \$75,131 至 \$81,960	\$81,961 或以上
4	\$66,000 或以下	至 \$66,001 至 \$74,250	至 \$74,251 至 \$82,500	至 \$82,501 至 \$90,750	至 \$90,751 至 \$99,000	\$99,001 或以上
5	\$77,360 或以下	至 \$77,361 至 \$87,030	至 \$87,031 至 \$96,700	至 \$96,701 至 \$106,370	至 \$106,371 至 \$116,040	\$116,041 或以上
6	\$88,720 或以下	至 \$88,721 至 \$99,810	至 \$99,811 至 \$110,900	至 \$110,901 至 \$121,990	至 \$121,991 至 \$133,080	\$133,081 或以上
7	\$100,080 或以下	至 \$100,081 至 \$112,590	至 \$112,591 至 \$125,100	至 \$125,101 至 \$137,610	至 \$137,611 至 \$150,120	\$150,121 或以上
8	\$111,440 或以下	至 \$111,441 至 \$125,370	至 \$125,371 至 \$139,300	至 \$139,301 至 \$153,230	至 \$153,231 至 \$167,160	\$167,161 或以上
对于超过 8 人的家庭，每增加一名家庭成员，在每一栏的最高金额基础上增加以下金额。						
	\$11,360	\$12,780	\$14,200	\$15,620	\$17,040	
* 一名孕妇算作两名家庭成员。						
如果处于 20% 至 80% 变动费用区间的患者须负责的符合条件的自付医疗费用（即没有其他各方承担的账单）超过其年收入总额的 30%，则超过 30% 的金额将考虑给予医院付款援助（慈善护理）。						

资产标准

个人资产不得超过 7,500 美元，家庭资产不得超过 15,000 美元。

2026 年 3 月 15 日