

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センター 資金援助方針

日本語要約

資金援助方針（下記参照）に従い、保険に加入しておらず、医療またはチャリティーケア（慈善医療）に認定されていない全ての患者は、当院にて支払援助を受けることができます。該当患者に対しては、実際にかかった料金よりも「割引」された医療費が請求されますので、患者が支払わなくてはならない金額が大幅に減ります。すべての保険に加入していない患者は、救急および医療上必要な治療を受けた場合でも、請求される割引料金を超えて請求されることはありません。

保険に加入していない全ての患者は自動的に支払援助対象と見なされ、上記割引料金を適用されますので、特に申請する必要はありません。患者が保険に加入しておらず、患者に提供されるサービスが救急措置または医療上必要な治療であること意外に特別な限定基準はありません。

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センターのウェブサイトで下記の方針についてご覧いただけます。www.inglewoodhealth.org

資金援助方針

ニュージャージー州病院医療支払援助プログラム（慈善医療）

支払請求および徴収方針

これらの方針の紙面フォームは、イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センターの登録エリアならびに資金相談部門（住所：350 Engle St. Englewood, NJ 07631）にて入手可能です。

上記全ての方針のコピーは郵送にでも無料で入手可能です。コピーが必要な方は、(201) 894-3031 までお電話下さい。また、資金援助方針に関する質問も、月曜日から金曜の朝 9 時から夕方 5 時までの間に (201) 894-3031 までお電話にてお問い合わせ下さい。

上記の方針は、下記の言語で閲覧可能です：

英語

スペイン語

韓国語

中国語

ロシア語

日本語

イタリア語

タガログ語

アラビア語

グジャラート語

ギリシャ語

ポルトガル語 / ポルトガルクレオール語

セルボ-クロアチア語

アルメニア語

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センター		番号：400.35
方針 & 手順マニュアル - セ クション 管理 & 支援サービス	主題： 資金援助方針	日付：2016年1月1日
		ページ1 / 2
		本文書の旧版：新規
		見直し：

方針

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センター (EHMC) では、すべての急患および医療上必要な治療については、患者の支払能力に関わらず患者全員を治療しています。EHMCは、N.J.S.A (ニュージャージー州法) §26:2H-12.52 「特定保険未加入患者についての料金徴収に関する制限」で定められている請求ガイドラインを採択し、これに基づき拡大し、保険に加入していない患者全員に対し、患者の収入に関わらず、資金援助を提供します。この方針は、イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センターが提供した医療上必要な治療および救急医療サービスにのみ適用されるものであり、そうした医療に関連する専門的サービスには適用されません。

手順

- 1) メディケイドまたは慈善医療 (「ニュージャージー州病院医療支払援助プログラム / 慈善医療方針」 を参照のこと) の対象として認められなかった保険未加入患者は全員、料金総額の一定割合で請求されます。州法に義務付けられているとおり、この減額はEHMCのメディケア料金レートの115%に相当します。EHMCは、12か月間遡ってのメディケア支払金合計額を、すべてのメディケア料金総額の合計額で割る遡及計算手法を用いて、請求する額を決定します。この例外は、美容整形のような医療上必要のない特定の施術について事前に決定された自己負担料金がある場合です。
- 2) EHMCではIRS (国税庁) セクション501 (r) 規則に従い、上記項目1で定義および計算された割合と、すべての請求データを活用し、501 (r) で詳述されている「遡及計算」手法とを比較し、患者の割引率をこれら2つのうち、より大きい数字に調整しています。こうした計算は、保険未加入者へのサービスすべてに適用される割引率を決定するため、501 (r) に従い、個々のサービスごとではなく、全体として計算されています。これらの計算は年に1度実行されており、暦年の末日から60日以内に導入されます。

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センター		番号：400.35
方針 & 手順マニュアル - セクション 管理 & 支援サービス	主題： 資金援助方針	日付：2016年1月1日
		ページ2 / 2
		本文書の旧版：新規
		見直し：

- 3) 保険未加入患者の請求書はすべて、上記項目1で詳述した料金総額の一定割合まで自動的に減額されるため、保険に加入していない患者は、資金援助の申し込みを行う必要はありません。患者が保険に入っていないこと、そして提供された医療サービスが救急または医療上必要であったこと以外に、「適格性」基準はありません。
- 4) 保険給付額の限度を超えている、実験的、医療上の必要性、既往症、補償対象外の料金などの理由で、患者の保険会社が保険金請求を拒否した場合には、上記項目1で詳述されているとおり、料金総額の割合の保険未加入レートで患者に請求されます。
- 5) EHMCにおけるニュージャージー州病院医療支払援助プログラム / 慈善医療を通じた援助の申し込み手順については、「ニュージャージー州病院医療支払援助プログラム / 慈善医療方針」を参照してください。
- 6) EHMCの支払請求および徴収手順については、「支払請求および徴収方針」を参照してください。
- 7) この方針の紙面フォームは、資金相談部門、ならびにメディカル・センター内のペイシエント・アクセス全エリア、EHMCの院外各拠点にて入手可能です。この方針はイングルウッド・ホスピタル&メディカル・センターのウェブサイトからも入手できます。
www.inglewoodhealth.org

イングルウッド・ホスピタル&メディカル・センター		番号：400.35
方針 & 手順マニュアル - セ クション 管理 & 支援サービス	主題： 資金援助方針	日付：2016年1月1日
		ページ3 / 2
		本文書の旧版：新規
		見直し：

	承認： ウォレン・ゲラー (プレジデント & CEO)

ENGLEWOOD HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Patient's Name _____

Patient's Address _____

Patient's Date of Birth _____

Does the patient have insurance coverage? (Circle One) Yes No

Guarantor's Name _____

Patient or Guarantor's Signature _____

Date of Application _____

As stated in #3 of Englewood Hospital's Financial Assistance Policy, uninsured patients do not need to apply for financial assistance because all uninsured patient bills are automatically reduced to a percentage of gross charges as described in #1 of the Financial Assistance Policy. There are no qualifying criteria, other than the patient having no insurance and the service provided being emergent or medically necessary.

Paper copies of this application are available in the Financial Counseling Department and all Patient Access areas.