

## 目的

---

Intermountain Health 致力于为有医疗护理需求，未参保、参保额度不足、无资格参加政府计划，或因家庭状况无法支付医疗必需护理费用的人士提供经济援助。

Intermountain Health 将一视同仁，为个人提供紧急医疗服务，无论其是否有能力支付或是否有资格获得经济援助或政府援助。

经济援助应提供给符合计划资格的患者和 Intermountain Health 服务范围内的居民。经济援助应无差别地提供给 Intermountain Health 服务区域以外符合本计划资格且病情急迫、紧急、危及生命的患者。

Intermountain Health 将使用最新“联邦贫困线”划分来确定经济援助政策资格。根据该政策，符合经济援助条件的患者可享受全额折扣护理或按折扣价支付费用。对于收入高于经济援助资格门槛但医疗账单超出家庭收入阈值百分比的患者，可以按照医疗困难条款获得经济援助。

根据联邦、州和地方法律向患者或患者担保人提供经济援助。提供经济援助的前提是患者配合 Intermountain Health 的程序，申请经济援助或其他形式的付款。患者也应根据自身的支付能力支付医疗费用。为了个人整体健康，鼓励有经济能力的个人购买医疗保险，从而享受医疗保健服务。联邦和州健康交易所的出现，大大扩大了获得保险或 Medicaid 承保的机会。希望任何未参保的患者都能配合 Intermountain Health，确定是否有资格获得 Medicaid 或保险承保。

经济援助应以经济需求为依据，不应考虑种族、民族、宗教、信仰、性别、年龄、社会或移民身份、性取向或参保情况。

因此，本书面政策：

- 包括经济援助资格标准 - 享受全额或折扣护理。
- 说明根据本政策向符合经济援助条件的患者计算收取费用的依据。
- 说明患者可以申请经济援助的方法。
- 说明在 Intermountain Health 服务的社区范围内广泛宣传本政策的方法
- 说明 Intermountain Health 对向有资格获得经济援助的个人提供的紧急或其他医疗必需护理收取的费用限额。该限额将以 Medicare 通常批准的平均费率为基础。

范围：本政策适用于为或代表 Intermountain Health 工作的所有人员。本政策适用于所有 Intermountain Health 医院机构、诊所和受雇医生，包括但不限于：

## 科罗拉多州

Good Samaritan Hospital、Lutheran Hospital、Platte Valley Hospital、Saint Joseph Hospital 和 St. Mary's Regional Hospital

#### 爱达荷州

Cassia Regional Hospital

#### 蒙大拿州

Holy Rosary Hospital、St. James Hospital 和 St. Vincent Regional Hospital

#### 犹他州

Alta View Hospital、American Fork Hospital、Bear River Valley Hospital、St George Regional Hospital、Fillmore Community Hospital、LDS Hospital、Layton Hospital、Logan Regional Hospital、McKay-Dee Hospital Center、Orem Community Hospital、Primary Childrens Hospital、Riverton Hospital、Sanpete Valley Hospital、Spanish Fork Hospital、Sevier Valley Hospital、Park City Hospital、Utah Valley Hospital、Cedar City Hospital、Heber Valley Hospital、Intermountain Medical Center 和 The Orthopedic Specialty Hospital

为了充分管理好其资源，并确保 Intermountain Health 能够向有需要的人提供适当水平的援助，Intermountain 董事会制定了以下经济援助准则。

#### 定义：

根据本政策目的，定义了以下项目：

**一般账单金额 (AGB)** – 针对参保个人开具的急诊治疗或其他医疗必需护理的一般账单金额。根据 §1.501(r)-5(b)，采用“回溯法”计算 AGB。（AGB 不包括医疗团队和家庭护理费用）

**全额折扣护理** – 针对 Intermountain Health 提供的医疗服务，100% 替患者支付应付费用。年家庭收入不超过联邦贫困线 250% 的未参保和参保额度不足的患者将有资格享受全额折扣护理。

**医学必需** – Medicare 定义为诊断或治疗疾病或损伤的合理且必要的服务或项目。

**医疗困难** – 经济援助，为家庭年收入超过联邦贫困线 500%，且由任何 Intermountain Health 实体或医疗服务提供者提供的医疗服务产生的经济负担超过家庭年收入 25% 的符合条件的患者提供按比例计算的折扣。

**参保额度不足的患者** – 拥有私人或公共保险的个人，但其个人无法全额支付 Intermountain Health 提供的医疗服务的预期自付费用。

**工作队列 (WQ)** – 可用的列表或交互式报告。

**已故者** – 曾负责处理遗产、遗嘱认证和其他死亡后法律程序的已故之人。

**急救和紧急医疗** – 诊断和治疗严重且可能对生命和健康造成直接威胁的医疗状况。

**总费用** - 在从收入中扣除之前，按机构提供患者护理服务的既定全额费率计算的总费用。

**折扣护理** - 向家庭年收入等于或大于联邦贫困线 250% 但小于或等于 500% 的符合条件患者提供折扣护理的经济援助。针对 Intermountain Healthcare 提供的医疗服务，缴纳完适用折扣后的应付费用，患者可借助此类经济援助在一定程度上缓解经济压力。

**担保人** - 除患者外，负责支付患者账单的个人。

**无家可归的人** - 可能流落街头无永久性住房的个人；住在收容所、传教所、单人住房、废弃建筑物或车辆内的个人；或居无定所的个人。

**未亡配偶** - 患者死亡时的配偶。

**未参保的患者** - 没有第三方商业保险、ERISA 计划、联邦医疗保健计划（包括但不限于医疗保险、医疗补助、SCHIP 和 CHAMPUS），工伤赔偿或其他第三方援助来帮助其履行付款义务的个人。

**经济援助** - 向需要全额支付 Intermountain Health 提供的医疗必需服务的预期自付费用且符合此类援助资格标准的患者提供援助。

**联邦贫困指南** - 根据《美国法典》第 42 篇第 9902 节第 (2) 小节的授权，美国卫生与公众服务部每年在

《联邦公报》上更新《联邦贫困指南》。当前贫困指南详见下文“主要来源”部分。Intermountain Healthcare 每年 4 月 1 日更新其联邦贫困表。

**联邦贫困水平 (FPL)** - 美国卫生与公众服务部每年更新和发布的指南，用于规定某些联邦计划和福利的财务资格。

**财务顾问** - 通过回答有关医疗服务成本的问题、制定付款计划或确定其他形式的经济援助，帮助患者和/或担保人做出正确的财务决策的护理人员。

## 政策：

### **符合条件的服务：**

符合本经济援助政策条件的服务和商品包括：

1. 在紧急情况下提供的创伤和紧急医疗服务。在确定任何付款安排之前，医疗服务将一致持续至患者病情稳定为止；
2. 针对如果不及时治疗，会导致患者健康状况发生不利变化的疾病而提供的服务；
3. 在非急诊室环境中为应对危及生命的情况而提供的非选择性治疗；和/或
4. 由 Intermountain Health 自行决定提前安排、评估和批准的其他医疗必需服务。

有许多提供者参与提供患者护理服务。患者可在公共网站、下文“辅助材料”部分的附件中找到本政策所涵盖的提供者列表，也可索要书面副本。本政策未涵盖的医疗服务提供者可能有其自己的经济援助政策和条件要求。如需了解其计划，患者应直接联系其医疗服务提供者。

不符合经济援助条件的服务包括：

1. 非医学必需的选择性手术，包括但不限于美容服务。具体不符合条件的服务清单详见下文“辅助材料”部分。
2. 其他未通过 Intermountain Health 计费准则的医疗服务提供者（例如，独立医师服务、私人护理、救护车运送等）。患者必须直接联系服务提供者，询问援助事宜，并与这些机构协商付款安排。

### 申请资格和援助标准

对于未参保、参保额度不足且无力支付医疗费用的个人，应根据本政策确定其经济需求，考虑其是否符合获得经济援助的条件。在确定患者是否符合条件时，Intermountain Health 不会考虑种族、性别、年龄、性取向、宗教信仰、社会或移民身份或患者账户年龄等问题。

Intermountain Health 应根据联邦、州和地方法律向患者或患者的担保人提供经济援助。经济援助应以经济需求为依据，不得考虑种族、民族、宗教、信仰、性别、年龄、社会或移民身份、性取向或保险状况等。

申请经济援助的申请人需要申请参与公共计划，以获得可用的保险。他们会寻求公共或私人健康保险，从而获得 Intermountain Health 的医疗服务。患者或患者的担保人应配合申请适用的计划和可确定的资金来源，包括 COBRA 保险（允许在一定时间限制内延长医疗保健福利的联邦法律）。如果 Intermountain Health

确定可以使用 COBRA 保险，且患者不是 Medicaid 或 Medicare 的受益人，则患者或患者的担保人应向 Intermountain Health 提供必要的信息，以确定每月的 COBRA 保险费。患者和其担保人应配合 Intermountain Health 工作人员，以确定自己是否有资格获得 Intermountain Health COBRA 保险费援助。

该援助可在一定时间内帮助患者获得保险。

如果患者或患者的担保人不配合申请 Medicaid 等可支付其医疗服务费用的计划，可能会被拒绝提供经济援助。Intermountain Health 应积极协助患者或患者担保人申请公共和私人保险计划。

根据《联邦紧急医疗护理和劳动法》(EMTLA) 规定，在紧急情况下提供服务之前，不得对患者进行经济援助或付款信息筛查。

**全额折扣（免费）医疗护理：**对于符合条件的服务，将向符合以下标准的患者或患者的担保人提供完全折扣

医疗护理：

1. 符合其他资格标准且家庭年收入不超过联邦贫困线 250% 的未参保和参保额度不足的患者，以及
2. 患者已用尽其他所有其他付款方式，包括私人保险、联邦、州和地方医疗援助计划以及第三方提供的其他形式的援助（地方、州或联邦法律禁止的情况除外）。

**折扣医疗护理：**对于符合条件的服务，将向符合以下标准的患者或患者的担保人提供折扣医疗护理：

- 符合其他资格标准且家庭年收入超过联邦贫困线 250% 但低于或等于 500% 的未参保和参保额度不足的患者，以及
- 患者已用尽其他所有其他付款方式，包括私人保险、联邦、州和地方医疗援助计划以及第三方提供的其他形式的援助。

折扣问题请参考附件 B - 经济援助患者责任矩阵

**医疗困难：**虽然通常会根据既定标准提供经济援助，但我们也承认，有时候可能需要酌情给予额外资助。

对于符合条件的服务，将向符合以下标准的患者或患者的担保人提供折扣医疗护理：

1. 患者或患者担保人的年家庭收入超过联邦贫困线的 500%
2. 患者或患者的担保人已用尽所有其他付款方式，包括私人保险、联邦、州和地方医疗援助计划以及第三方提供的其他形式的援助；以及
3. 患者因使用 Intermountain Health 提供者提供的医疗服务而产生的自付费用超过家庭年收入的 25%。

符合医疗困难资格标准的患者或患者的担保人，其所支付的 Intermountain Health 费用应限制在其年家庭收入的 25% 以内。该费用调整适用于日历年内符合本规定的所有医疗服务。

**未参保折扣：**不符合经济援助条件且无第三方保险的患者在接受 Intermountain Health 提供的医疗必需服务时，可享受 Intermountain Health 患者折扣政策规定的折扣。

**付款计划：**对于根据经济援助政策扣除医疗费用后的剩余费用，Intermountain Health 与患者或患者担保人将制定合理的付款计划。

### 紧急医疗服务

Intermountain Health 医疗机构应向请求紧急护理的个人，或在患者无法提出请求的情况下由其代理人提出请求的个人，提供医疗筛查检查，以确定是否存在紧急医疗状况。Intermountain Health 医疗机构不得因询问保险支付方式或患者的公民身份或法律地位而延误检查和治疗。

Intermountain Health 医疗机构应为急诊患者提供治疗，直至病情得到缓解或稳定，患者出院后能够进行自我护理，或在无法进行自我护理的情况下能够接受所需的持续护理。无论患者的支付能力如何，都将为其提供同等水平的住院治疗。如果患者的保险在住院期间被取消或停止支付，则在病情稳定之前，Intermountain Health 医疗机构不会让由紧急医疗状况的患者出院。

如果 Intermountain Health 医院不具备治疗紧急医疗状况的能力，则会通过适当方式将患者转移到另一家有这种能力的医院。

### 向患者收费的计算依据

对于有保险的个人，Intermountain Health 不会向符合本政策经济援助条件的患者收取高于 AGB 的急诊或其他医疗必需护理费用。个人可通过联系财务咨询部门或下文“辅助材料”部分中的账单办公室联系链接，索要任何特定时间生效的 AGB 百分比。

Intermountain Health 采用回溯法计算 AGB 百分比，至少每年一次，方法是将前十二（12）个月期间作为索赔主要支付方的医疗保险和所有私人医疗保险公司共同全额支付的所有索赔总额除以这些索赔的相关总费用之和。

### 申请经济援助

将根据 Intermountain Health 政策和经济需求评估确定经济援助资格。未参保和参保额度不足的患者将有机会获知经济援助政策和提交申请的流程。患者或患者的担保人有责任配合申请经济援助，提供有关家庭人口和收入的信息及文件。

Intermountain Health 将首先做出合理努力，向患者或患者担保人解释 Medicaid 和其他可用的公共和私人保险计划的益处，并向患者或患者的担保人提供这些计划可能提供的服务承保信息。

Intermountain Health 将积极努力帮助患者或患者担保人申请公共保险计划、私人保险计划和

COBRA 保险，他们可能符合获得这些计划承保的条件，通过这些计划帮他们获得医疗服务，支付医疗费用。被确认为可能符合条件的患者应申请此类计划。

有关外部承保范围和 Intermountain Health 经济援助政策的信息将以通俗易懂、符合文化背景并使用患者所在社区最常用语言的方式传达给患者。

**申请和文件：**所有申请人必须填写地区特定的经济援助申请表，并在申请经济援助时提供所需的文件。

文件可能包括：

1. 收入信息，如最近的工资单、自营职业收入证明文件、最近的所得税申报表和银行对账单；
  2. 每月开支详情（如经济援助申请表所述）；和/或
  3. Intermountain Health 政策和经济援助申请表中列出的其他支持文件，可能包括：
    - Medicaid 拒绝函（如适用）
    - 离婚判决书或合法分居通知（如适用）
    - 死亡证明（如适用）。可以通过提供死亡证明、死亡通知、殡仪馆通知来证明。
    - 人道主义服务任务证明（如适用）
    - 佐证书（如适用）
    - 外部医疗债务报表（如果超过 5,000 美元，如适用）
- 评估过程中使用的资格标准包括与联邦卫生与公众服务部每年根据家庭人口和家庭收入确定的联邦贫困水平（FPL）相关的收入。
  - 居住在 Intermountain 服务区内，接受非急诊医院服务和/或情有可原的情况。在紧急情况下提供的创伤和急救服务均在承保范围内，与居民身份无关。
  - 患者和/或担保人在申请经济援助之前，应寻求所有可用的资金来源，包括政府和私人援助计划。Intermountain Health 可以帮助患者申请非 Intermountain Health 提供的援助。

### 推定资格

Intermountain Health 了解到，并非所有患者或患者担保人都能够完成经济援助申请或提供必要的文件。医疗机构的财务顾问可以为任何寻求申请援助的个人提供帮助。对于无法提供所需文件但满足特定经济需求标准的患者或患者担保人，Intermountain Health 可给予经济援助。具体而言，可根据个人生活情况确定推定资格，这些情况可能包括：

1. 享受州政府资助的处方计划；
2. 无家可归者或在无家可归者诊所接受照护；
3. 参与妇女、婴儿和儿童（WIC）计划；
4. 有资格领取政府食品券；
5. 有资格享受学校午餐补贴计划；
6. 有资格申请其他未获资助的州或地方援助计划（例如，Medicaid 支出减少计划）；

7. 提供低收入/补贴住房作为有效地址
8. 根据医疗行业的信息来源（例如，公共记录数据、社会经济信息、供应商计算得分），推定符合资格。

对于未对 Intermountain Health 应用程序做出答复的患者或其担保人，可通过其他信息来源对其经济需求进行单独评估。这些信息将使 Intermountain Health 能够就未回复申请的患者的经济需求做出明智决定。

为了帮助经济困难的患者，Intermountain Health 可能会请第三方审查患者或患者担保人信息，以评估经济需求。该审查使用的是医疗行业公认的、基于公共记录数据库的预测模型。该模型结合公共记录数据计算社会经济和财务能力得分。该模型的规则集旨在按照相同的标准评估每位患者，并根据 Intermountain Health 的历史经济援助批准情况进行校准。该预测模型使 Intermountain Health 能够评估患者是否向其他患者一样，具有传统申请流程下符合经济援助条件的特征。

Intermountain Health 可利用预测模型中的信息对患者或其担保人进行资格推定或放宽部分文件要求。在缺乏由患者直接提供的信息的情况下，并且在努力确认承保范围后，预测模型提供了一种系统性方法，以向经济困难的患者授予推定资格。

如果患者不符合这套推定规则，则患者仍可提供必要的信息，并在传统的经济援助申请过程中被给予考虑。

**已故患者：**如果已故者未婚，无已确定遗产，且符合调整标准，则该账户将被送交进行调整审查。为了确认遗

产状况，慈善机构代表将向已故者居住的县提交查询。其中将包括账户详细信息，以了解账户余额。

如果已故者有未亡配偶，则已故者居住地的州法律将确定余额是归未亡配偶所有还作为已故者遗产处理。如果归未亡配偶所有，账户将指定给配偶。如果州法律确定已故配偶的债务归未亡配偶所有，则未亡配偶可申请经济援助。未亡配偶需要填写经济援助申请并提供所需文件。然后，将对该账户进行经济援助审查，以确定是否符合条件。

### 经济援助审批

将根据已批准的政策，以反映财务管理和社会责任的方式确定经济援助。将按照 Intermountain Health 政策中规定的水平进行调整。

### 确定经济援助资格的时间表



可在病情稳定后患者接受护理的任何阶段或收款周期内确定是否需要经济援助。在尽一切努力帮助患者获得其他公共或私人计划的资助资格后，才会做出决定。如果正在寻求其他经济资助渠道，Intermountain Health 将与患者或患者担保人沟通，说明确定的过程和预期时间，在确定过程中不得试图向患者或其担保人收费。

Intermountain Health 应及时处理经济援助申请，并且应在合理时限内书面通知患者或申请人。如果审批合格，患者将获得为期 12 个月的经济援助。经济援助也将适用于在申请日期之前接受服务所产生的所有符合条件的账目。如果经济援助申请被拒绝，患者或患者担保人可在收入或身份发生变更时重新申请。如果自首次被拒后已经超过六个月，则需要重新提交经济援助申请。

### 关于经济援助的通知

可随时获取有关经济援助政策或计划的信息，详见所有 Intermountain Health 网站推文。此外，在急诊科、急救中心、入院和挂号处以及 Intermountain Health 认为适当的其他位置，将张贴经济援助资料海报。有关经济援助的标语和其他信息将以其他语言提供，这些语言至少占特定医疗机构每年服务患者人数的 5%。

除上述方法外，还向适当的社区卫生和公共服务机构以及其他互助组织提供经济援助政策或计划摘要。经济援助信息（包括联系电话）应包含在患者账单中，还应通过口头沟通告知。挂号处提供有关经济援助的信息。为患者提供财务咨询，帮助他们管理其 Intermountain Health 账单。患者或其担保人有责任联系财务顾问为其提供帮助。

Intermountain Health 对与患者密切接触的护理人员（包括患者挂号和入院、经济援助、客户服务、账单和收款等部门的工作人员）进行有关经济援助和收款政策及惯例的教育。任何 Intermountain Health 护理人员或医务人员（包括医生、护士、财务顾问、社会工作者、个案经理、牧师和宗教赞助人）均可将患者转介至经济援助机构。

### 上诉和争议解决

如果对本经济援助政策的适用性存在争议，患者可要求 Intermountain Health 复审。申请被拒的患者也可对其资格认定提出上诉。争议和上诉可通过联系经济援助领导小组提出。争议或上诉的依据应为书面形式提出，并在经济援助确定后 90 天内提交。

Intermountain Health 可为与未参保、参保额度不足或未被个人健康计划承保的个人接受的与医疗护理合理相关的某些项目提供经济援助。请参阅辅助材料中的“经济援助-与医疗有关的项目”。

有关提交争议或上诉的 Intermountain Health 医院地点清单，请参阅[附录 A Intermountain Health 医院地点清单](#)。

### 记录保存

无论是全额折扣（免费）护理、折扣护理还是医疗困难，Intermountain Health 都将对经济援助一一记录在册，以适当把控信息，并满足所有内外部合规要求。

### 未付款时的行动

Intermountain Health 将努力向未参保的患者提供有关我们经济援助政策的信息，例如，在 Intermountain Health 或我们的收款供应商采取特定行动收款之前，在账单中附上该政策的摘要。

Intermountain Health

的收款政策应符合联邦和州有关医疗计费和收款的法律法规。通过申请程序获得的任何文件信息均不得用于

收款行动。

在未做出合理努力确定患者是否有资格获得经济援助之前，不得对任何患者采取任何特殊的收款行动。合理的努力应包括但不限于：确认患者拖欠未付账单，确认所有第三方付款来源均已确定，并已向 Intermountain Health 开具账单。合理努力还包括禁止对未参保患者（或可能投保额不足的患者）采取收款行动，直到患者了解到医疗机构的经济援助政策，并有机会申请或利用合理的付款计划。如果患者提供文件证明其已申请 Medicaid 计划或其他政府资助的医疗护理计划的医疗保险，医疗机构将不会对其采取特殊的收款行动。

根据 Intermountain Health 的政策要求，在向患者发送的所有对账单中均应包含经济援助信息，告知患者任何未付余额。此外，医疗机构和/或医疗机构的业务关联方应通过口头和书面沟通方式联系未回复的患者，告知其未清偿的欠款，并讨论是否有资格获得经济援助或合理的付款方案。

### 监管要求

在执行本政策时，Intermountain 管理层和机构应遵守适用于根据本政策开展的活动的的所有其他联邦、州和地方法律、法规和规章。

### 不适用情况

本政策不涵盖以下医疗机构：

- Mount Saint Vincent
- Saltzer Health 各诊所
- Tellica Imaging 各站点

### 政策批准

Intermountain Health 经济援助政策应接受定期审查。对该政策的任何变更必须获得 Intermountain Health 董事会的批准



## **参考文献和/或原始资料:**

### [年贫困指南](#)

## **相关政策和/或指南:**

- 收款和坏账政策
- 患者折扣政策

## **支持性文件**

---

- 保险人 - 爱达荷州、内华达州和犹他州
- 保险人 - 科罗拉多州、堪萨斯州和蒙大拿州
- 经济援助申请
- 经济援助不包括医院服务
- 经济援助按比例折扣表
- 财务咨询联系人 - 爱达荷州、内华达州和犹他州
- 财务咨询联系人 - 科罗拉多州和蒙大拿州

如有争议和申诉，可联系财务援助计划财务咨询领导小组。

**爱达荷州、内华达州或犹他州：**

经济援助计划  
P.O. Box 30193  
Salt Lake City, UT 84130

**科罗拉多州、堪萨斯州或蒙大拿州：**

经济援助计划  
500 Eldorado Blvd. Ste 4300  
Broomfield, CO 80021

Intermountain Health 医院：

**科罗拉多州：**

Good Samaritan Hospital  
200 Exempla Circle  
Lafayette, CO 80026

Lutheran Hospital  
8300 W 38<sup>th</sup> Avenue  
Wheat Ridge, CO 80030

Platte Valley Hospital  
1600 Prairie Center Pkwy  
Brighton, CO 80601

St Joseph Hospital  
1375 East 19<sup>th</sup> Avenue  
Denver, CO 80218

St Mary's Regional Hospital  
2635 N. 7<sup>th</sup> Street  
Grand Junction, CO 81501

**爱达荷州：**

Cassia Regional Hospital  
1501 Hiland Ave  
Burley, ID 83318

**蒙大拿州：**

Holy Rosary Hospital  
2600 Wilson Street  
Miles City, MT 59301

St. James Hospital  
200 S. Clark Street  
Butte, MT 59701

St. Vincent Regional Hospital  
1233 N. 30<sup>th</sup> Street  
Billings, MT 59101

**犹他州：**

Alta View Hospital  
9660 S 1300 E  
Sandy, UT 84094

American Fork Hospital  
170 N 1100 E  
American Fork, UT 84003

Bear River Valley Hospital  
905 N 1000W  
Tremonton, UT 84337

Fillmore Community Hospital  
674 UT-99  
Fillmore, UT 84631

Layton Hospital  
201 W Layton Pkwy  
Layton, UT 84041

Intermountain Medical Center  
5121 Cottonwood St.  
Murray, UT 84107

Logan Regional Hospital  
1400 N 500 E  
Logan, UT 84341

Orem Community Hospital  
331 N 400 W St  
Orem, UT 84057

McKay-Dee Hospital  
4401 Harrison Blvd  
Ogden, UT 84403

**犹他州 (接上页)**

Primary Childrens Hospital  
100 Mario Capecchi Dr  
Salt Lake City, UT 84113

Riverton Hospital  
3741 W 12600 S  
Riverton, UT 84065

Sanpete Valley Hospital  
1100 S Medical Dr  
Mt Pleasant, UT 84647

Spanish Fork Hospital  
765 E Mkt Pl Dr  
Spanish Fork, UT 84660

Sevier Valley Hospital  
1000 N Main St  
Richfield, UT 84701

Park City Hospital  
900 Round Valley Dr  
Park City, UT 84060

Utah Valley Hospital  
1034 N 500 W  
Provo, UT 84604

Cedar City Hospital  
1303 N Main St  
Cedar City, UT 84721

Heber Valley Hospital  
454 East Medical Way  
Heber City, UT 84032

LDS Hospital  
8<sup>th</sup> Avenue, C ST E  
Salt Lake City, UT 84143

Orthopedic Specialty Hospital  
5848 S 300 E  
Murray, UT 84107

**附件 B**

**Financial Assistance Patient Responsibility Matrix**  
Attachment B

2025 Sizes of Household	Percentage of Federal Poverty Guideline														*501% +				
	0%	to	250%	251%	to	300%	301%	to	350%	351%	to	400%	401%	to		450%	451%	to	500%
1	\$ -	to	\$ 39,125	\$ 39,126	to	\$ 46,950	\$ 46,951	to	\$ 54,775	\$ 54,776	to	\$ 62,600	\$ 62,601	to	\$ 70,425	\$ 70,426	to	\$ 78,250	Self-pay Discount
2	\$ -	to	\$ 52,875	\$ 52,876	to	\$ 63,450	\$ 63,451	to	\$ 74,025	\$ 74,026	to	\$ 84,600	\$ 84,601	to	\$ 95,175	\$ 95,176	to	\$ 105,750	
3	\$ -	to	\$ 66,625	\$ 66,626	to	\$ 79,950	\$ 79,951	to	\$ 93,275	\$ 93,276	to	\$ 106,600	\$ 106,601	to	\$ 119,925	\$ 119,926	to	\$ 133,250	
4	\$ -	to	\$ 80,375	\$ 80,376	to	\$ 96,450	\$ 96,451	to	\$ 112,525	\$ 112,526	to	\$ 128,600	\$ 128,601	to	\$ 144,675	\$ 144,676	to	\$ 160,750	
5	\$ -	to	\$ 94,125	\$ 94,126	to	\$ 112,950	\$ 112,951	to	\$ 131,775	\$ 131,776	to	\$ 150,600	\$ 150,601	to	\$ 169,425	\$ 169,426	to	\$ 188,250	
6	\$ -	to	\$ 107,875	\$ 107,876	to	\$ 129,450	\$ 129,451	to	\$ 151,025	\$ 151,026	to	\$ 172,600	\$ 172,601	to	\$ 194,175	\$ 194,176	to	\$ 215,750	
7	\$ -	to	\$ 121,625	\$ 121,626	to	\$ 145,950	\$ 145,951	to	\$ 170,275	\$ 170,276	to	\$ 194,600	\$ 194,601	to	\$ 218,925	\$ 218,926	to	\$ 243,250	
8	\$ -	to	\$ 135,375	\$ 135,376	to	\$ 162,450	\$ 162,451	to	\$ 189,525	\$ 189,526	to	\$ 216,600	\$ 216,601	to	\$ 243,675	\$ 243,676	to	\$ 270,750	
For each additional person add:			\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500	SP Disc
Clinic Copay			0			\$25			\$35			\$50			\$75			\$100	
IP/OP Discount			100%			95%			90%			85%			80%			75%	

\*Patient responsibility per visit not to exceed 25% of household income for patients with incomes greater than 500% of the Federal Poverty Level who qualify for a Medical Hardship  
Sliding scale effective 4/1/2025