



主题: 普罗维登斯财政援助 (慈善关怀) 政策-阿拉斯加, 蒙大拿州和俄勒冈州	保单编号: PSJH RCM 002 AK/mtor	
部门: 收入周期管理	<input checked="" type="checkbox"/> 新 <input type="checkbox"/> 修订 <input type="checkbox"/> 来自	日期: 1/1/2022
执行赞助商: 金伯利·沙利文, 高级收入周期官	政策所有者: 财务咨询执行董事	
批准人: Providence 董事会	实施日期: 12/1/2021	

普罗维登斯是一个天主教非营利的保健组织, 其使命是为所有人, 特别是穷人和弱势群体服务, 以同情、尊严、正义、卓越和正直的核心价值观为指导, 并相信: 医疗保健是一项人权。每个普罗维登斯医院的理念和做法是, 我们所服务的社区的人, 无论他们的支付能力如何, 都可以随时获得紧急和医疗上必要的保健服务。

范围:

这项政策适用于俄勒冈州的所有 普罗维登斯 (“普罗维登斯”) 医院, 以及俄勒冈州普罗维登斯医院提供的所有紧急、紧急和其他医疗必要服务 (实验或调查护理除外)。
本政策涵盖的普罗维登斯医院列表可在附件 A 覆盖设施列表中找到。

本政策的解释应符合经修订的 1986 年《国内税收法》 501(R) 节。如果这些法律的规定与本政策发生冲突, 则应控制这些法律。

目的:

本政策的目的是确保向无法全额或部分支付医疗上必要的紧急情况的符合条件的个人提供财政援助 (慈善护理) 的公平、非歧视、有效和统一的方法。普罗维登斯医院提供的其他医院服务。

这项政策的目的是遵守所有联邦、州和地方法律。本政策和此处的财政援助计划构成了由普罗维登斯拥有、租赁或运营的每一家医院的官方财政援助政策 (FAP) 和紧急医疗政策。

政策:

普罗维登斯将向合格的低收入、未参保和保险不足的病人提供免费或打折的医院服务, 如果支付服务费用的能力是获得医疗上必要的紧急和其他医院护理的障碍, 而且没有已确定了替代的覆盖来源。患者必须符合本政策中规定的资格要求才能获得资格。

拥有专门急诊科的普罗维登斯医院将不受歧视地提供符合现有能力的紧急医疗条件护理 (《紧急医疗和劳动法》意义上的), 无论个人是否有资格获得财政援助。普罗维登斯不得基于年龄、种族、肤色、信仰、族裔、宗教、民族血



统、婚姻状况、性别、性取向、性别认同或表达、残疾、退伍军人或军事地位或任何其他禁止的理由进行歧视。联邦、州或地方法律在确定财政援助时。

根据 42 c. f. r 482.55, 普罗维登斯医院将提供紧急体检和稳定治疗, 或在适当的情况下转介和转移个人。普罗维登斯禁止任何阻止个人寻求紧急医疗服务的行动、接纳做法或政策, 例如允许干扰提供紧急医疗服务的收债活动。

受普罗维登斯 FAP 约束的专业人员名单: 每家普罗维登斯医院将明确确定哪些医生、医疗团体或其他提供服务的专业人员的名单, 这些医生、医疗团体或专业人员不在本政策范围内。每个普罗维登斯医院将向任何要求副本的病人提供这份名单。供应商名单也可以在普罗维登斯网站上在线找到: www.providence.org.

财政援助资格要求:

经济援助适用于未投保和投保的患者和担保人, 前提是此类援助符合本政策以及关于患者允许福利的联邦和州法律。普罗维登斯医院将尽合理努力确定是否存在第三方保险, 这些保险可能全部或部分用于普罗维登斯医院提供的护理, 然后再将任何收集工作指向患者。未投保的患者可能会获得无保险折扣。

符合条件的经济援助余额包括但不限于以下内容: 自付额、来自没有合同关系的实体承保的患者的费用、共同保险、免赔额以及与投保患者相关的共付额。

作为医疗保险坏账索赔的免赔额和共同保险金额将被排除在慈善护理报告之外。

寻求财政援助的患者必须完成标准的普罗维登斯财政援助申请, 资格将基于当时的经济需要。将作出合理努力, 在入院和出院期间, 在普罗维登斯医院的病人可进入的账单区, 提供病人账单上的信息, 从而通知和告知病人是否有经济援助。网站, 在支付讨论期间通过口头通知, 以及在大量住院和门诊区域的标志, 如入院和急诊科。普罗维登斯将保留用于根据其记录保存政策确定资格的信息。

申请经济援助: 患者或担保人可要求并提交经济援助申请, 该申请免费, 可在普罗维登斯部提供, 或通过以下方式: 在患者金融服务人员的位置上或之前提供咨询在解除任务时, 请求提供援助并在提交完整文件的同时提交; 通过邮件, 或通过访问 www.providence.org, 下载并提交已完成的应用程序和文档。申请财政援助的人将接受初步检查, 其中将包括审查病人是否已经用尽或没有资格获得任何第三方付款来源。

每个普罗维登斯医院应提供指定人员, 协助病人完成财政援助申请, 并确定是否有资格获得政府资助的普罗维登斯财政援助或财政援助保险计划, 如果适用。提供口译服务, 以解决任何问题或关切, 并协助完成财政援助申请。

有资格申请经济援助的病人或担保人可在得知一方的收入低于相关联邦和联邦的最低 FPL 后, 随时向普罗维登斯提供足够的文件, 以支持资格确定。国家法规。

个人财务状况: 患者的收入和支出将用于评估患者的个人财务状况。



收入资格: 基于联邦贫困水平 (FPL) 的收入标准可用于确定获得免费或折扣护理的资格。详情见附件 B。.

确定和批准: 患者将在提交完整的财政援助申请和必要文件后 30 天内收到 FAP 资格确定通知。一旦收到申请, 将对特别的收集工作进行, 直到向患者发送资格的书面决定。普罗维登斯不会根据医院认为不正确或不可靠的信息确定获得援助的资格。

争议解决: 患者可在收到拒绝通知后 30 天内向普罗维登斯提供相关的补充文件, 对确定没有资格获得经济援助的情况提出上诉。将对所有上诉进行审查, 如果审查确认拒绝, 将在必要时依法向担保人和国务院发出书面通知。最后上诉程序将在收到普罗维登斯的拒绝后 10 天内结束。可向 Providence 区域商务办公室 (p. o. box 3268) 提出上诉, 波特兰, 或 97208-3395。

假定慈善: 普罗维登斯可以通过全额资助申请以外的方式, 批准患者对其账户余额进行慈善调整。这种确定将在推定的基础上使用业界公认的财务评估工具, 根据公开的财务或其他记录, 包括但不限于家庭收入、家庭规模, 评估支付能力, 以及信用和付款历史记录。

其他特殊情况: 有资格获得 FPL 合格计划 (如医疗补助和其他政府赞助的低收入援助计划) 的患者被视为贫困人口。因此, 当计划拒绝付款, 然后认为患者应支付费用时, 这些患者有资格获得经济援助。因未报销的费用而产生的患者账户余额有资格获得全额慈善 注销。包括但不限于与以下相关的医疗必要服务:

- 拒绝住院病人
- 拒绝住院护理日
- 非承保服务
- 先前的授权请求拒绝
- 因覆盖范围受限而拒绝

灾难性的医疗费用: 普罗维登斯可酌情提供慈善, 以防发生灾难性的医疗费用。这些病人将在个人的基础上处理。

对所有符合经济援助条件的病人的收费限制: 任何符合上述任何类别援助条件的病人, 个人对超过 "一般计费金额" (AGB) 的费用总额百分比的个人责任, 定义如下。

合理的支付计划: 一旦患者被批准提供部分财政援助, 但仍有余额到期, 普罗维登斯将协商付款计划安排。合理的支付计划应包括不超过患者或家庭月收入 10% 的月供, 不包括患者在经济援助申请中列出的基本生活费用扣除。

收款和收款: 患者或担保人在申请可用折扣后所欠的任何未付余额 (如有) 均可转用于收款。在最终确定 FAP 资格之前, 将停止收取未付余额的工作。普罗维登斯不执行、允许或允许收集机构在以下任何一项行动之前执行任何非常收集行动: (a) 作出合理努力, 确定病人是否有资格获得财政援助; 或 (b) 在发送第一份病人陈述后 120 天。有关患



者欠款金额的普罗维登斯账单和收款做法的信息, 请参阅普罗维登斯医院的政策, 该政策可在每个普罗维登斯医院的登记台免费提供, 或在: www.providence.org.

患者退款: 如果患者或担保人已支付服务费用, 并随后被确定有资格获得免费或折扣护理, 则在符合 fap 资格的时间段内支付的与这些服务有关的任何款项将超过付款义务将根据国家规定退还.

年度审查: 本普罗维登斯财政援助 (慈善关怀) 政策将由指定的收入周期领导每年审查一次.

例外 :

见上述范围.

定义 :

为本政策的目的, 适用以下定义和要求:

1. 联邦贫困水平 (FPL): FPL 是指美国卫生与公众服务部在联邦登记册中定期更新的贫困准则.
2. 一般计费金额 (AGB): 本保单将向有医疗保险的患者收取的紧急和其他医疗必要护理费用金额称为 AGB。普罗维登斯确定每个普罗维登斯医院的适用 AGB 百分比, 将医院用于任何紧急或医疗必要护理的费用总额乘以固定百分比, 这是以医疗保险允许的要求为基础的。详细说明每个普罗维登斯医院使用的 AGB 百分比以及如何计算这些百分比的信息表, 可通过访问以下网站获得: www.providence.org 或拨打 1-866-747-2455 索取副本。
3. 特别收集行动 (ECA): 出口信贷机构的定义是需要法律或司法程序的行动, 涉及向另一方出售债务或向信贷机构或局报告不利信息。为此目的需要法律或司法程序的行动包括留置权; 不动产止赎; 扣押或扣押银行账户或其他个人财产; 开始对个人提起民事诉讼; 导致个人被捕的行为; 导致个人受到身体依恋的行为; 和工资扣押。

参考文献 :

国内税收法 501(R) 节; 26 c. f. r. 1.501(r)(1)-1.501(r)(7)
紧急医疗和劳动法 (EMTALA), 42 u. s. c. 1395dd
42 c. f. r. 482.55 和 413.89
美国医院协会慈善指南
普罗维登斯圣约瑟夫卫生承诺未投保的准则
供应商报销手册, 第一部分, 第 3 章, 第 312 节



展品 A-涵盖设施列表

Providence Hospitals in Oregon	
Providence Hood River Memorial Hospital	Providence Medford Medical Center
Providence Milwaukie Medical Center	Providence Newberg Medical Center
Providence Willamette Falls Medical Center	Providence Portland Medical Center
Providence St. Vincent Medical Center	Providence Seaside Hospital



展览 B-阿拉斯加、蒙大拿州和俄勒冈州普罗维登斯医院的收入资格

如果...	然后 ...
经家庭规模调整的家庭年收入为现行 FPL 准则的 300% 或以下,	病人被确定为经济贫困, 并有资格获得财政援助, 100% 注销病人的责任金额.
经家庭规模调整后, 家庭年收入占目前计划生育准则的 301% 至 400%,	患者可享受原费用的 75% 折扣.
如果经家庭规模调整后的家庭年收入在 FPL 或低于 400%, 病人在过去 12 个月中在普罗维登斯医院的医疗费用总额超过其家庭年收入的 20%, 并根据家庭规模进行调整在遵守本政策的前提下,	患者有资格从患者责任金额中获得 100% 的慈善津贴.