

	Originale Data di Efficacia: Gennaio 2006 Ultima Data di revisione: Ottobre 2015 Revisione Data di Efficacia: Gennaio 2016	Pagina 1 di 6	Numero di polizza 515.00
	Oggetto: Politica Cura Carità Oregon		Autorizzazione: VP Revenue Cycle

Scopo:

Lo scopo di questa politica è quello di esporre le politiche Provvidenza Salute e servizi (PH & S) s'assistenza finanziaria e assistenza medica di emergenza, che sono progettati per promuovere l'accesso alle cure mediche necessarie per quelli senza la capacità di pagare, e di offrire uno sconto da oneri fatturati per gli individui che sono in grado di pagare solo per una parte dei costi della loro cura. Questi programmi si applicano esclusivamente dal punto di emergenza e altri servizi sanitari medici necessari forniti da PH & S. Questa politica e dei programmi di assistenza finanziaria qui descritti costituiscono la politica di assistenza finanziaria ufficiale ("FAP") e di emergenza politica assistenza medica per ogni ospedale che è di proprietà, locazione o gestito da PH & S all'interno Oregon State.

PH & S Ospedali in Oregon State:

Provvidenza Hood River Memorial Hospital, Providence Medford Medical Center, Providence Milwaukie Medical Center, Providence Newberg Medical Center, Providence Willamette Cascade Medical Center, Providence Portland Medical Center, Providence St. Vincent Medical Center e la Provvidenza Seaside Hospital.

Politica:

PH & S è una organizzazione sanitaria cattolica guidata da un impegno per la sua missione e valori fondamentali, progettato per rivelare l'amore di Dio per tutti, soprattutto il servizio compassionevole poveri e vulnerabili, attraverso. E 'sia la filosofia e la pratica di ogni PH & S ministero che i servizi sanitari medici necessari sono a disposizione di membri della comunità e coloro che hanno bisogno medico emergente, senza indugio, a prescindere dalla loro capacità di pagare. Ai fini di questa politica, "assistenza finanziaria" comprende cura carità e di altri programmi di assistenza finanziaria offerti da PH & S.

1. PH & S siano conformi alle leggi federali e statali e regolamenti in materia di servizi medici di emergenza, l'assistenza finanziaria del paziente, e la cura di carità, incluso ma non limitato alla sezione 1867 della legge sulla sicurezza sociale e la Sezione 501 (r), del codice fiscale.
2. PH & S fornirà assistenza finanziaria alla qualificazione pazienti o garanti senza altre fonti di pagamento principale per permettere loro di tutte o alcune delle loro obbligo finanziario per medicalmente necessarie PH & servizi sanitari S.
3. In linea con i suoi valori fondamentali, PH & S fornirà assistenza finanziaria per la qualificazione pazienti o garanti in modo rispettoso, compassionevole, giusto, coerente, efficace ed efficiente.
4. PH & S non discriminare sulla base di età, razza, colore, credo, etnia, religione, nazionalità, stato civile, sesso, orientamento sessuale, identità di genere o espressione, la disabilità, veterano o stato militare o qualsiasi altra base vietata da federali, statali o locali quando si effettua determinazioni di assistenza finanziaria.
5. In circostanze attenuanti, PH & S può, a sua discrezione approvare un'assistenza finanziaria al di fuori del campo di applicazione di questa politica. Uncollectible / carità presuntiva è approvato a causa ma non limitato a quanto segue: diagnosi sociale, senza fissa dimora, il fallimento, deceduto senza tenuta, storia della non conformità e il mancato pagamento del conto (s). Tutta la documentazione deve supportare il paziente / garanti incapacità di pagare e perché assegnazione agenzia di recupero non si tradurrebbe nella risoluzione del conto.

6. PH & S ospedali con reparti di pronto soccorso dedicati forniranno, senza discriminazione, la cura per le condizioni mediche di emergenza (ai sensi del Medical Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA)) coerenti con le capacità disponibili, indipendentemente dal fatto che un individuo è ammissibile al contributo finanziario. PH & S ospedali fornirà emergenza esami di screening medico e trattamento stabilizzante, oppure rinviare o trasferire una persona, se tale trasferimento è adeguato in conformità con il 42 CFR 482,55. PH & S proibisce qualunque azione che potrebbe scoraggiare le persone dal cercare assistenza medica di emergenza, come ad esempio consentendo attività di recupero crediti che interferiscono con la fornitura di assistenza medica di emergenza.

Provider riserva di PH & FAP di S:

In aggiunta a ogni PH applicabile e struttura ospedaliera S, tutti i medici e altri fornitori di rendering assistenza ai pazienti PH & S durante una degenza ospedaliera sono soggetti a queste politiche se non specificamente identificati altrimenti. Allegato A indica dove i pazienti possono ottenere l'elenco (s) appartenenti a tutti i fornitori che prestano cura nei PH & dell'ospedale S dipartimenti, e anche se non sono soggetti al PH & S Financial Policy Assistance. L'elenco può essere consultato on-line a www.providence.org, ed è disponibile in formato cartaceo anche dalla richiesta al consulente finanziario presso l'Ospedale.

Requisiti finanziari Assistenza ammissibilità:

L'assistenza finanziaria è disponibile sia per i pazienti e garanti senza assicurazione e underinsured cui tale assistenza è coerente con le leggi federali e statali che disciplinano i benefici consentiti per i pazienti. L'assistenza finanziaria è disponibile solo per quanto riguarda gli importi che si riferiscono al pronto soccorso o di altri servizi medici necessari. I pazienti o garanti con reddito familiare lordo, corretto per la dimensione della famiglia, pari o inferiore a 350% del livello di povertà federale (FPL) sono ammissibili al contributo finanziario, a condizione che nessun altre risorse finanziarie sono disponibili e il paziente o il garante sottopone le informazioni necessarie per confermare l'ammissibilità.

L'assistenza finanziaria è secondaria a tutte le altre risorse finanziarie disponibili per il paziente o garante, compresi ma non limitati a assicurazioni, terzo payors di responsabilità civile, programmi di governo, ed i programmi delle agenzie esterne. In situazioni in cui fonti adeguate di pagamento principale non sono disponibili, i pazienti o garanti possono chiedere un sostegno finanziario sulla base dei requisiti di ammissibilità di questa politica e di documentazione di supporto, che possono includere:

- Prova di applicazione di Medicaid può essere richiesto.

L'assistenza finanziaria viene concessa per l'emergenza e solo servizi medici necessari. Per PH & S ospedali ", di emergenza e servizi medici necessari" mezzi adeguati servizi basati ospedalieri. Questi sono medicalmente servizi necessari forniti all'interno di un PH & S ospedale o in tali altre impostazioni come definito da PH & S.

I pazienti che risiedono al di fuori dell'area di servizio PH & S dove vengono forniti servizi non sono ammissibili al contributo finanziario, tranne nei seguenti casi:

- Il paziente richiede servizi di Emergenza durante la visita a PH & area di servizio S s '.
- M cura edicallly necessarie previste per il paziente non è disponibile presso una struttura PH & S nell'area di servizio in cui il paziente risiede.

L'area di servizio PH & S è definita come qualsiasi contee dell'Oregon per i quali il PH & S ospedale. Idoneità per l'assistenza finanziaria si basa su necessità finanziaria, al momento della domanda. Tutti i proventi della famiglia è considerato nel determinare l'applicabilità del PH & S scorrevole tariffario nell'allegato B. I pazienti in cerca di assistenza finanziaria deve fornire qualsiasi documentazione di supporto indicato nella domanda di contributo finanziario, a meno che non PH & S indica il contrario.

Base di calcolo degli importi a carico pazienti ammissibili al contributo finanziario

Le categorie di sconti disponibili e le limitazioni con l'accusa nell'ambito di questa politica sono:

- 100 per cento di sconto / Libera Care: Ogni paziente o del garante la cui lordo reddito familiare, corretto per la dimensione della famiglia, è pari o inferiore al 300% della corrente

livello federale di povertà ("FPL") può beneficiare di uno sconto del 100 per cento di sconto dell'ospedale totale spese per emergenza o cure medicalmente necessarie, nella misura in cui il paziente o il garante non sono ammissibili per altre sponsorizzazioni copertura sanitaria pubblica o privata.

- Disco UNTS tantum al 75 per cento: Il PH & S scorrevoli tariffario di cui all'Allegato B saranno utilizzati per determinare l'importo del contributo finanziario da fornire sotto forma di uno sconto del 75 per cento per i pazienti o rantors gua con reddito tra 301% e 350% della corrente di livello federale di povertà dopo tutte le possibilità di finanziamento disponibili per il paziente o il garante sono state esaurite o negato e le risorse finanziarie ei beni personali sono stati esaminati per un eventuale finanziamento a pagare per le spese fatturate. Il contributo finanziario può essere offerta ai pazienti o garanti wi th reddito familiare superiore al 35 0% del livello federale di povertà quando le circostanze indicano gravi difficoltà finanziarie o perdita personale.

Limitazione di spese per tutti i pazienti eleggibili per assistenza finanziaria: Nessun paziente o del garante beneficiare di alcuna delle sconti sopra citati saranno personalmente responsabili di oltre il "Importi generalmente la tariffa" (AGB) percentuale di oneri lordi, come definito nel regolamento del Tesoro Sezione 1.501 (R) -1 (b) (2), dal PH applicabile & S ospedale per l'emergenza o altri servizi medici necessari ricevuto. PH & S determina AGB moltiplicando oneri lordi dell'ospedale per ogni emergenza o cure medicalmente necessarie da una percentuale fissa che si basa su crediti ammessi in Medicare. Le schede informative in dettaglio le percentuali AGB utilizzati da ogni PH & S Hospital, e il modo in cui vengono calcolati, si possono ottenere visitando il seguente sito web: www.providence.org oppure chiamando: **1-866-747-2455** per richiedere una copia cartacea. Inoltre, l'importo massimo che possono essere raccolti in un periodo di 12 mesi 1 per l'emergenza o servizi di assistenza sanitaria medici necessari ai pazienti che possono beneficiare di assistenza finanziaria è del 20 per cento del reddito familiare lordo del paziente, ed è soggetta al ammissibilità continua del paziente ai sensi del presente politica.

Metodo per la richiesta di assistenza e di processo di valutazione:

I pazienti o garanti possono chiedere l'assistenza finanziaria ai sensi del presente politica con uno dei seguenti mezzi: (1) consulenza PH & paziente staff di S servizi finanziari in corrispondenza o prima del momento della dimissione siffatta assistenza sia richiesta, e inviando un modulo di domanda e tutta la documentazione se requested da PH & S; (2) il download di un modulo di domanda dal sito web PH & S ', in: www.providence.org, e presentando il modulo con tutta la documentazione necessaria; (3) che richiede un modulo di domanda per telefono, chiamando il numero: **1-866-747-2455**, e presentando il modulo; o (4) qualsiasi altro metodo di cui PH & Fatturazione S e collezioni Politica. PH & S mostreranno la segnaletica e le informazioni sulla sua politica di assistenza finanziaria in aree di accesso appropriati. Incluso ma non limitato al reparto di emergenza e le aree di ammissione.

L'ospedale darà uno screening preliminare a qualsiasi persona che richiede assistenza finanziaria. Come parte di questo processo di screening PH & S esaminerà se la persona ha esaurito o è ineleggibile per qualsiasi fonte di pagamento di terze parti. PH & S possono scegliere di concedere assistenza finanziaria basata esclusivamente su una determinazione iniziale di stato di un paziente come una persona indigente. In questi casi, può non essere necessaria documentazione. In tutti gli altri casi, è richiesta la documentazione a sostegno di una domanda di contributo finanziario. Per i pazienti che applicano con reddito al 200% o al di sotto, è necessario dimensione della famiglia e verifica del reddito, che può includere la prova della dimensione della famiglia e del reddito, inclusi ma non limitati a: copie degli ultimi stipendi, W 2-dichiarazioni, dichiarazioni dei redditi, le forme approvando o negando Medicaid o assistenza medica finanziata dallo Stato, forme approvare o negare l'indennità di disoccupazione, dichiarazioni scritte dei datori di lavoro, e / o di estratti conto, se necessario. Se non può essere fornita una documentazione adeguata, PH & S possono chiedere ulteriori informazioni.

Per i redditi superiori a 200% del FPL, questo può includere la prova della dimensione della famiglia e reddito e patrimonio da qualsiasi fonte, inclusi ma non limitati a: copie degli ultimi stipendi, W 2-dichiarazioni, dichiarazioni dei redditi, le forme di approvazione o negano Medicaid o stato finanziato l'assistenza medica, le forme approvare o negare l'indennità di disoccupazione, dichiarazioni di datori di

lavoro o agenzie di welfare, e / o estratti conto bancari che mostrano attività scritta. Se non può essere fornita una documentazione adeguata, PH & S possono chiedere ulteriori informazioni.

Un paziente o garante che possono essere ammessi a chiedere un contributo finanziario possono fornire una documentazione sufficiente a PH & S per supportare una determinazione di ammissibilità fino a quattordici (14) giorni dopo la richiesta sia stata fatta o duecento quaranta (240) giorni dopo la data del primo post- disegno di legge di scarico è stato inviato al paziente, se successiva. Sulla base della documentazione fornita con l'applicazione, PH & S determinerà se sono necessarie informazioni aggiuntive o se una determinazione di ammissibilità può essere fatta. Il fallimento di un paziente o fideiussore a ragionevolmente completi le procedure di applicazione adeguate entro i termini di tempo di cui sopra costituisce una ragione sufficiente per PH & S per determinare il paziente o il garante non ammissibili per l'assistenza finanziaria e ad avviare sforzi di raccolta. Una determinazione iniziale del potenziale idoneità per l'assistenza finanziaria sarà completato il più vicino possibile alla data della domanda.

PH & S saranno avvertire il paziente o il garante di una determinazione finale di ammissibilità o inammissibilità entro dieci (10) giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione necessaria.

Il paziente può impugnare una determinazione di ineleggibilità per l'assistenza finanziaria, fornendo la documentazione aggiuntiva relativa a PH & S entro trenta (30) giorni dal ricevimento della notifica di rifiuto. Tutti gli appelli saranno riesaminati e, se la determinazione in appello afferma negazione, comunicazione scritta verranno inviati al paziente. Il processo di appello finale si concluderà entro dieci (10) giorni dal ricevimento del ricorso da PH & S.

Altri metodi di qualificazione per l'assistenza finanziaria potrebbe cadere sotto la seguente:

- La statua legale di limitazioni di raccolta è scaduto;
- Il garante è deceduto e non c'è immobile o di successione;
- Il garante ha depositato il fallimento;
- Il garante ha fornito documenti finanziari che si qualificano lui / lei di assistenza finanziaria; e / o
- Record finanziari indicano il garante 's reddito sarà mai migliorare per essere in grado di pagare il debito, ad esempio, con garanti di durata fissa redditi.

Fatturazione e Collezioni: Ogni saldo non pagati dovuti dai pazienti o garanti dopo l'applicazione di sconti disponibili, se presenti, di cui alle collezioni secondo PH & uniformi politiche di fatturazione e collezioni di S. Per informazioni su PH & S 'di fatturazione e collezioni pratiche degli importi dovuti dai pazienti o garanti, consulta PH & Fatturazione S e Collezioni politica, che è disponibile gratuitamente presso ogni PH & banco di registrazione di S ospedale, a: www.providence.org; o che può essere inviato a voi se si chiama: **1-866-747-2455**.

AUTORIZZAZIONE:

Teresa Spalding

VP Revenue Cycle

Firma in archivio Data:

ALLEGATO A

Provider Ospedaliere non soggette a PH & politica di assistenza finanziaria di S e sconti associati

Una lista è disponibile di tutti i fornitori che prestano assistenza nel PH & S Hospital, e anche se non sono soggetti al PH & S Financial Policy Assistance. L'elenco può essere consultato on-line www.providence.org, ed è disponibile in formato cartaceo anche dalla richiesta al consulente finanziario presso l'Ospedale. Se un fornitore non è soggetto alla politica di assistenza finanziaria allora che il Fornitore fatturerà i pazienti a parte per i servizi professionali che tale fornitore fornisce durante il ricovero in ospedale del paziente, sulla base di proprie linee guida di assistenza finanziaria in vigore del Provider, se presente.

ALLEGATO B
PH & S Cura Carità Percentuale scorrevole Fee Scala

L'importo totale delle spese ospedaliere sarà determinato per essere cura di carità per eventuali garanti il cui reddito lordo delle famiglie e dei beni è pari o inferiore a 300% del livello attuale linea guida federale di povertà, a condizione che tali persone non sono ammissibili per altro copertura sanitaria pubblica o privata sponsorizzazione.

Ai garanti con reddito familiare e di risorse superiori al 100% del FPL PH & S scorrevole tariffario di seguito si applica.

Reddito e patrimonio come percentuale del livello di povertà federale Guideline	Percentuale di sconto (write-off) da oneri originali	Equilibrio fatturato a garante
100-300%	100%	0%
301-350%	75%	25%

¹ Il periodo di 12 mesi per il quale l'importo massimo si applica inizia il primo appuntamento, dopo la data effettiva di questa politica, un paziente ammissibile riceve servizi di assistenza sanitaria che sono determinati ad essere ammissibili (ad esempio i servizi medici necessari).

