



主题: 普罗维登斯财政援助 (慈善关怀) 政策- 华盛顿	保单编号: PSJH RCM 002 WA	
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: 3/22/2019
执行赞助商: 金伯利·沙利文, 高级收入周期官	政策所有者: Dir 财政咨询和援助	
批准人: Providence 董事会	实施日期: 5/1/2019	

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:

这项政策适用于华盛顿州的普罗维登斯健康与服务-

华盛顿 ("普罗维登斯") 医院, 以及华盛顿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 (实验或调查性护理除外)。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。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:

这项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和其他费用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。由普罗维登斯医院提供的医院服务。

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:

当支付服务费用的能力阻碍他们获得医疗上必要的紧急护理和其他医院护理, 无法选择其他服务时, 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已确定覆盖来源。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。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。

普罗维登斯医院将提供紧急体检和稳定治疗, 或根据 42 c. f. r. 482.55.Providence 禁止任何行动、入院, 如果这种转移是适当的, 则推荐和转移个人阻止个人寻求紧急医疗服务的做法或政策, 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 要求的专业人员名单: 每个普罗维登斯医院将具体确定本政策所涵盖和不在本政策范围内的提供服务的医生、医疗团体或其他专业人员的名单。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。

经济资助资格要求: 未参保和参保的病人以及担保人都可获得财政援助, 条件是这种援助符合这一政策以及关于允许向病人提供福利的联邦和州法律。在对病人进行任何收集工作之前, 普罗维登斯医院将作出合理努力, 确定是否存在第三方保险, 而第三方保险可以全部或部分提供, 供普罗维登斯医院提供护理。

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, 资格将根据服务之日或申请之日 (如适用) 的经济需要。如果患者的经济状况随着时间的推移而恶化, 即使以前的申请被部分拒绝或批准, 也可以重新申请援助。将作出合理努力, 通过在入院和出院期间提供有关账单或收款的书面通信、患者可获得的账单或信息, 通知和告知患者是否有经济援助。金融服务领域, 在医院的网站上, 通过口头通知在付款讨论, 以及在大量住院和门诊区域的标志, 如入院和急诊科。医院服务区 10% 以上的人口将以任何语言提供翻译。

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: 在出院时或之前向患者金融服务人员提供咨询意见; 请求提供援助并提交完整的文件; 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。

普罗维登斯承认, 根据华盛顿《行政法》(WAC) 246-453-020, 在得知一个政党的收入低于联邦贫困标准的 200% 后, 可以随时确定资格。此外, 根据 WAC 246-453-010 的定义, 普罗维登斯可以选择仅根据初步确定病人贫困者的身份提供财政援助。在这些情况下, 可能不需要文档。

个人财务状况: 患者的收入、货币资产和费用将用于评估患者的个人财务状况。为了 FAP 的目的, 华盛顿根据 WAC 246-453-010 界定了收入和家庭。货币资产不得包括《国内税收法》规定的退休或递延补偿计划, 也不得包括



不合格的递延补偿计划。如果患者或担保人的收入达到或低于联邦贫困标准的 200%，则不使用货币资产来确定资格。

收入资格: 基于联邦贫困水平的收入标准可用于确定获得免费或折扣护理的资格。有关详细信息，请参见附件 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 14 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。医院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，向医院提供相关的补充文件，对确定没有资格获得财政援助提出上诉。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。最后的上诉程序将在收到医院的拒绝后 10 天内结束。可向 Providence 区域商务办公室 (P. O. BOX 3268, 波特兰) 或 97208-3395 号发出上诉。

推定慈善机构: 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: 有资格参加 fpl 合格方案的患者，如医疗补助和其他政府赞助的低收入援助方案，被视为贫困。因此，当这些方案拒绝付款，然后将费用计费给患者时，这些患者就有资格获得财政援助。未偿还费用产生的患者账户余额有资格获得全部慈善注销。具体包括在符合条件的费用与以下各项相关的费用：

- 拒绝住院病人
- 住院天数的护理
- 非承保服务
- 拒绝治疗授权请求 (TAR)
- 因覆盖面限制而拒绝

灾难性的医疗费用: 普罗维登斯可以酌情在发生灾难性医疗费用的情况下提供慈善。这些病人将在个人基础上处理。

对所有有资格获得经济援助的病人的收费限制: 任何有资格获得上述任何类别援助的病人，个人都不承担下文界定的超过 "一般计费金额" (AGB) 总费用百分比的个人责任。

合理的付款计划: 一旦患者获准获得部分财政援助，但仍有余额到期，PSJH 将协商付款计划安排。合理的付款计划应包括不超过病人或家庭月收入 10% 的月付款，但不包括病人在其财政援助申请中列出的基本生活费用扣除。

结算和收款: 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：如果病人或担保人支付了服务费用，并随后被确定有资格获得免费或折扣护理，则在符合 fap 资格的期间内支付的与这些服务有关的任何款项将超过付款义务。根据国家规定予以退还。

年度审核：这项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进行一次审查。

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：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。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)
《华盛顿行政法》(WAC) 第 224 6-453 章
经修订的《华盛顿法典》(RCW) 70.170.060 章
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 Washington	
Providence Centralia Hospital	Providence St. Joseph's Hospital
Providence Mount Carmel Hospital	Providence Regional Medical Center Everett
Providence St. Peter Hospital	Providence Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital
Providence Holy Family Hospital	Providence St. Mary Medical Center



展览 B-普罗维登斯华盛顿医院的收入资格

收入确定的时间: 患者的年收入将在提供医院服务时确定, 如果申请是在提供服务后两年内提出的, 而且病人已经获得服务的时间, 则将在申请时确定为支付服务做出真诚的努力。

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. ¹
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 350%,	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 350%, 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。

¹ 与 WAC 第 246-453 章一致, 条件是这些人没有资格获得其他第三方保险 (见 RCW 70.170.020 (5) 和 70.170.060 (5))。