

Temat: Opatrzności polityki pomocy finansowej (Charity Care) – Południowej Kalifornii	Numer polisy: PSJH RCM 002 LAMKT	
Dział: Dochody cyklu zarządzania	<input checked="" type="checkbox"/> Nowy <input type="checkbox"/> Poprawione <input type="checkbox"/> Napisal(a) recenzję	Data : 3/22/2019
Osoba podejmująca decyzje: Kimberly Sullivan, SVP Chief Officer dochody cyklu	Zasady właściciel: Vicki Head, Dir pacjenta dostępu	
Zatwierdzone przez: Zarząd Providence	Data realizacji : 5/1/2019	

Opatrzność jest katolicka not-for-profit organizacji opieki zdrowotnej kieruje zobowiązanie do jego misji służenia wszystkim, zwłaszcza tych, którzy są słabe i podatne, przez jego podstawowych wartości współczucie, godności, sprawiedliwości, doskonałości i integralności, a przekonanie że opieki zdrowotnej jest prawem człowieka. Jest to filozofia i praktyka każdego szpitala Opatrzności, że wschodzących i medycznie niezbędne usługi opieki zdrowotnej są łatwo dostępne do tych społeczności, którym służymy, bez względu na ich zdolność do zapłaty.

ZAKRES:

Niniejsza polityka ma zastosowanie do wszystkich Opatrzności – Szpitale Południowej Kalifornii ("opatrznosc") w Los Angeles County w Kalifornii i do wszystkich nadzwyczajnych i pilnych medycznie niezbędne usługi świadczone przez szpitale Opatrzności w Los Angeles County (z wyjątkiem doświadczalnych lub dochodzeniowych opieki). Lista szpitali Opatrzności objęte niniejszą polityką znajdują się wykazywać A pokryte liście udogodnienia.

Tej zasady należy interpretować w sposób zgodny z sekcji 501(r) kodeksu podatkowego z 1986 r., ze zmianami oraz, w odniesieniu do szpitali Opatrzności w Kalifornii, Szpital godziwej ceny zasady opisane w Kalifornii zdrowie i bezpieczeństwo Kod (sekcje 127400-127446). W przypadku konfliktu pomiędzy przepisami ustawy oraz niniejszej polityki takie przepisy mają pierwszeństwo.

Cel:

Celem tej polityki jest zapewnienie sprawiedliwego, niedyskryminujące, skuteczne i jednolite metody udzielania pomocy finansowej (charity care) osobom uprawnionym, którzy są w stanie zapłacić w całości lub części do awaryjnego niezbędne z medycznego i innych usługi szpitalne świadczone przez szpitale Opatrzności.

Jest zamiarem niniejszych zasad do przestrzegania wszystkich praw federalnych, stanowych i lokalnych. Niniejszej polityki i programu pomocy finansowej w niniejszym dokumencie stanowią oficjalnej polityki pomocy finansowej ('FAP') i Emergency Medical Care zasad dla każdego szpitala, własnością, dzierżawionych lub obsługiwane przez Opatrzność.

Polityka:

Providence zapewni usługi szpitalne bezpłatne lub objęte zniżką do wykwalifikowanych niskie dochody, nieubezpieczonych i underinsured i pacjenta z wysokich kosztów medycznych jako Kim są w lub poniżej 350 procent FPL, gdy możliwość płacenia za usługi jest przeszkodą w dostępie do niezbędne z medycznego awaryjne i innych opieki szpitalnej i nie alternatywnego źródła pokrycia został zidentyfikowany. Pacjenci muszą spełniać wymagania kwalifikacyjne opisanych w niniejszej polityce, aby zakwalifikować się.

Zapewni Opatrzności szpitale z dedykowanym na oddziałach ratunkowych, bez dyskryminacji, opiekę medyczną w nagłych (w rozumieniu leczenia w nagłych wypadkach i pracy ustawa) zgodne z dostępnymi możliwości, niezależnie od tego o tym, czy osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej.

Opatrzność nie kierują się kryterium wieku, rasę, kolor, creed, pochodzenie etniczne, religia, pochodzenie narodowe, stan cywilny, Seks, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub wyrażenie, niepełnosprawności, weteran lub wojskowych status, lub jakiegokolwiek innej podstawie zabronione przez prawo federalne, stanowe lub lokalne podczas dokonywania ustaleń pomocy finansowej.

Opatrzność szpitale zapewni nadzwyczajnych badań medycznych i stabilizacji leczenia, lub odnoszą się i przenieść osoba, jeśli takie przeniesienie jest zgodnie z 42 C.F.R 482.55. Opatrzność zabrania jakichkolwiek działań, wstęp praktyk lub zasad, które by zniechęcić osoby z szuka opieki medycznej, takich jak prowadzenie działań działania windykacyjne, które kolidują z zapewnieniem opieki medycznej.

Lista specjalistów podlegających Providence FAP: Każdy szpital w Providence określi listę tych lekarzy, grup medycznych lub innych specjalistów świadczących usługi, którzy nie są objęci tą polityką. Lekarze z pogotowia ratunkowego, którzy świadczą usługi medyczne w nagłych wypadkach dla pacjentów w szpitalach Providence California, są zobowiązani przez prawo Kalifornii do udzielania zniżek pacjentom nieubezpieczonym lub pacjentom z wysokimi kosztami leczenia (zgodnie z Polityką uczciwych cen szpitali, przedstawioną w Kalifornijskim kodeksie zdrowia i bezpieczeństwa Sekcje 127400-127446)), którzy są w lub poniżej 350% FPL. Każdy szpital Providence dostarczy tę listę każdemu pacjentowi, który poprosi o kopię. Listę dostawców można również znaleźć online na stronach internetowych Providence : www.providence.org.

Wymagania kwalifikacyjne dotyczące pomocy finansowej: Pomoc finansowa jest dostępna zarówno dla pacjentów nieubezpieczonych, jak i ubezpieczonych oraz poręczycieli, jeżeli taka pomoc jest zgodna z niniejszą polityką oraz przepisami federalnymi i stanowymi regulującymi dopuszczalne korzyści dla pacjentów. Szpitale w Providence dołożą wszelkich starań, aby określić istnienie lub nieistnienie pokrycia przez osoby trzecie, które mogą być dostępne w całości lub w części dla opieki świadczonej przez szpitale Providence, przed skierowaniem wszelkich wysiłków związanych z pobieraniem na pacjenta.

Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową muszą wypełnić standardowy wniosek o pomoc finansową Providence, a kwalifikacje będą oparte na potrzebach finansowych w tym czasie. Zostaną poczynione rozsądne wysiłki, aby powiadomić pacjentów i poinformować ich o dostępności pomocy finansowej, udzielając informacji podczas przyjmowania i wypisywania, na wyciągu z rachunku pacjenta, w obszarach rozliczeniowych dostępnych dla pacjentów, na stronie internetowej szpitala Providence, poprzez powiadomienie ustne podczas dyskusji o płatnościach. jak w przypadku oznakowania w szpitalach i ambulatoriach o dużym natężeniu ruchu, takich jak przyjmowanie i oddział pogotowia. Opatrzność zachowa informacje wykorzystane do ustalenia uprawnień zgodnie z polityką prowadzenia dokumentacji

Ubieganie się o pomoc finansową: Pacjenci lub poręczyciele mogą zażądać i złożyć wniosek o pomoc finansową, który jest bezpłatny i dostępny w Ministerstwie Opatrzności lub w następujący sposób: doradzenie personelowi ds. Usług finansowych pacjenta w momencie wypowiedzenia lub wcześniej zażądano i złożono wraz z wypełnioną dokumentacją; pocztą lub odwiedzając www.providence.org, pobranie i przesłanie wypełnionego wniosku wraz z dokumentacją. Osoba ubiegająca się o pomoc finansową otrzyma wstępny przegląd, który obejmie przegląd tego, czy pacjent wyczerpał się lub nie kwalifikuje się do jakichkolwiek źródeł płatności osób trzecich.

Każdy szpital Providence udostępni personelowi wyznaczonemu do pomocy pacjentom w wypełnieniu wniosku o pomoc finansową i określeniu kwalifikowalności do pomocy finansowej Providence lub pomocy finansowej z programów ubezpieczeniowych finansowanych przez rząd, jeśli dotyczy. Służby tłumaczeń ustnych są w stanie odpowiedzieć na wszelkie pytania lub wątpliwości i pomóc w wypełnieniu wniosku o pomoc finansową.

Pacjent lub poręczyciel, który może być uprawniony do ubiegania się o pomoc finansową, może dostarczyć Providence wystarczającą dokumentację w celu wsparcia ustalenia kwalifikacji w dowolnym momencie po dowiedzeniu się, że dochód danej strony spada poniżej minimum FPL zgodnie z odpowiednimi przepisami federalnymi i stanowymi.

indywidualna sytuacja finansowa: dochód, aktywa pieniężne i wydatki pacjenta zostaną wykorzystane do oceny indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta. Aktywa pieniężne nie obejmują planów emerytalnych lub odroczonej wynagrodzeń kwalifikowanych zgodnie z Internal Revenue Code ani niekwalifikowanych planów odroczonego wynagrodzenia.

Kwalifikacje dochodowe: Kryteria dochodu, oparte na federalnym poziomie ubóstwa (FPL), mogą być wykorzystane do ustalenia uprawnień do bezpłatnej lub zniżkowej opieki. Szczegółowe informacje można znaleźć w Załączniku B.

Ustalenia i zatwierdzenia: Pacjenci otrzymają powiadomienie o ustaleniu kwalifikowalności FAP w ciągu 30 dni od złożenia wypełnionego wniosku o pomoc finansową i niezbędnej dokumentacji. Po otrzymaniu wniosku działania związane z nadzwyczajnymi zbiorami będą zawieszane do momentu wysłania pisemnego potwierdzenia kwalifikowalności do pacjenta. Szpital nie określi uprawnień do pomocy na podstawie informacji, które zdaniem szpitala są nieprawidłowe lub niewiarygodne.

Rozstrzygnięcie sporów: Pacjent może odwołać się od orzeczenia o zakazie ubiegania się o pomoc finansową, dostarczając Providence odpowiednią dokumentację w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o odmowie. Wszystkie odwołania będą rozpatrywane, a jeśli przegląd potwierdzi odmowę, pisemne powiadomienie zostanie wysłane do gwaranta i Departamentu Zdrowia, jeśli jest to wymagane i zgodnie z prawem. Ostateczny proces odwoławczy zakończy się w ciągu 10 dni od otrzymania odmowy przez Opatrzność. Odwołanie można przesłać do Regionalnego Biura Biznesu Providence, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

Przypuszczalna dobroczynność: Opatrzność może zatwierdzić pacjenta w celu dostosowania dobroczynności do stanu konta za pomocą środków innych niż pełny wniosek o pomoc finansową. Takie ustalenia będą dokonywane na zasadzie domniemania przy użyciu uznanego w branży narzędzia oceny finansowej, które ocenia zdolność do zapłaty na podstawie publicznie dostępnych rejestrów finansowych lub innych, w tym między innymi dochodów gospodarstwa domowego, wielkości gospodarstwa domowego oraz historii kredytów i płatności.

Inne szczególne okoliczności: Pacjenci, którzy kwalifikują się do programów kwalifikowanych przez FPL, takich jak Medicaid, Medi-Cal i inne programy pomocy o niskich dochodach sponsorowane przez rząd, są uważani za biednych. Dlatego tacy pacjenci kwalifikują się do pomocy finansowej, gdy programy odmawiają płatności, a następnie uznają opłaty podlegające rozliczeniu pacjentowi. Salda konta pacjenta wynikające z niezwróconych opłat kwalifikują się do pełnego odpisu na cele charytatywne. W szczególności uwzględnione jako kwalifikujące się są opłaty związane z następującymi

:

- Odmowa hospitalizacji
- Odmówiono dni opieki szpitalnej
- Usługi niepokryte
- Odmowa żądania autoryzacji leczenia (TAR)
- Odmowy spowodowane ograniczonym zasięgiem

atastrofalne wydatki medyczne: Opatrzność, według własnego uznania, może udzielić pomocy charytatywnej w przypadku katastrofalnych wydatków medycznych. Pacjenci ci będą traktowani indywidualnie.

W nagłych przypadkach: Pomoc finansowa może być dostępna według uznania Providence w sytuacjach kryzysowych na szczeblu krajowym lub stanowym, niezależnie od pomocy w przypadku katastrofalnych wydatków.

Ograniczenie opłat dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej: Żaden pacjent, który kwalifikuje się do którejkolwiek z wyżej wymienionych kategorii pomocy, nie będzie osobiście odpowiedzialny za więcej niż procent opłat brutto, zgodnie z definicją podaną poniżej.

Rozsądny plan płatności: Gdy pacjent zostanie zatwierdzony do częściowej pomocy finansowej, ale nadal ma należne saldo, Providence wynegocjuje układ planu płatności. Rozsądny plan płatności składa się z płatności miesięcznych, które nie przekraczają 10 procent miesięcznego dochodu pacjenta lub rodziny, z wyłączeniem potrąceń z tytułu istotnych wydatków na życie, które pacjent podał w swoim wniosku o pomoc finansową. Plany płatności będą nieoprocentowane. Terminy planów płatności zostaną przedłużone dla pacjentów, którzy oczekują na rozpatrzenie.

Rozliczenia i kolekcje: wszelkie niezapłacone salda należne od pacjentów lub poręczycieli po zastosowaniu dostępnych rabatów, jeśli takie istnieją, mogą być przekazywane do kolekcji. Działania windykacyjne na niezapłaconych saldach przestaną obowiązywać do czasu ostatecznego ustalenia kwalifikowalności FAP. Opatrzność nie wykonuje, nie zezwala ani nie zezwala agencjom windykacyjnym na wykonywanie żadnych nadzwyczajnych działań windykacyjnych przed: (a) podjęciem rozsądnego wysiłku w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej; lub (b) 120 dni po wysłaniu pierwszego oświadczenia pacjenta. Aby uzyskać informacje na temat rozliczeń Providence i praktyk poboru kwot należnych od pacjentów, należy zapoznać się z polityką szpitala Providence, która jest dostępna bezpłatnie w punkcie rejestracji każdego szpitala Providence lub w witrynie: www.providence.org.

Refundacje dla pacjentów: W przypadku, gdy pacjent lub poręczyciel dokonał płatności za usługi, a następnie zostanie uznany za uprawnionego do bezpłatnej lub dyskontowanej opieki, wszelkie płatności związane z tymi usługami w okresie kwalifikującym się do FAP, przekraczającym zobowiązanie płatnicze podlega zwrotowi, zgodnie z przepisami państwowymi.

Przegląd roczny: Zasady dotyczące pomocy finansowej świadczonej przez Providence (opieka charytatywna) będą corocznie weryfikowane przez wyznaczone kierownictwo cyklu podatkowego.

WYJĄTKI:

Patrz powyżej.

DEFINICJE:

Do celów niniejszej polityki obowiązują następujące definicje i wymagania:

1. Federalny poziom ubóstwa (FPL): FPL oznacza wytyczne dotyczące ubóstwa aktualizowane okresowo w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych.
2. Kwoty naliczane na ogół (AGB): Kwoty zazwyczaj naliczane w nagłych wypadkach i inne niezbędne z medycznego punktu widzenia pacjenci, którzy mają ubezpieczenie zdrowotne, są określani w niniejszej polityce jako AGB. Opatrzność określa odpowiednią wartość procentową AGB dla każdego szpitala Providence, mnożąc opłaty brutto szpitala za wszelką opiekę medyczną w nagłych wypadkach lub opiekę medyczną o stały procent, który jest oparty na roszczeniach dozwolonych w ramach Medicare. Arkusze informacyjne zawierające informacje o procentach AGB wykorzystywanych przez każdy szpital Providence i sposób ich obliczania można uzyskać odwiedzając następującą stronę internetową: www.providence.org lub dzwoniąc pod numer 1-866-747-2455, aby poprosić o kopię.
3. Nadzwyczajne postępowanie windykacyjne (ECA): Agencje kredytów eksportowych definiuje się jako działania wymagające procedury prawnej lub sądowej, polegające na sprzedaży długu innej stronie lub zgłaszaniu niekorzystnych informacji agencjom kredytowym lub biuram. Działania wymagające w tym celu postępowania sądowego lub sądowego obejmują zastaw; wykluczenie nieruchomości; zajęcie lub zajęcie konta bankowego lub innej własności osobistej; wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko osobie; działania, które powodują aresztowanie jednostki; działania, które powodują, że jednostka podlega przywiązaniu do ciała; i zajęcie płac.
4. Wysokie koszty medyczne: Wysokie koszty leczenia to koszty zdefiniowane przez Hospital Fair Pricing Policies - California Health and Safety Code (sekcje 127400-127446), stanowiące: (1) roczne koszty własne poniesione przez osobę w Szpital Providence, który przekracza 10 procent dochodu rodziny pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy, (2) roczne wydatki z własnej kieszeni, które przekraczają 10 procent dochodu rodziny

pacjenta, jeśli pacjent dostarcza dokumentację kosztów leczenia pacjenta opłaconą przez pacjent lub rodzina pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub (3) niższy poziom określony przez szpital Providence zgodnie z polityką opieki charytatywnej szpitala Providence.

REFERENCJE:

<i>Internal Revenue kod sekcji 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>W sekcji zdrowia Kalifornii i kody bezpieczeństwa 127000-127446</i>
<i>Leczenia w nagłych wypadkach i pracy Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 i 413.89</i>
<i>Wytyczne charytatywna stowarzyszenia American Hospital</i>
<i>California Hospital Association miłości wytyczne</i>
<i>California Sojuszu na wytycznych katolickiej służby charytatywnej</i>
<i>Zaangażowanie w zdrowia Opatrzności nieubezpieczonych wytyczne</i>
<i>Dostawca zwrotu Podręcznik, część I, rozdział 3, sekcja 312</i>

Załącznik A – krytymi listy

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John's Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance

Załącznik B - kwalifikacji dochodów dla szpitali Opatrzności w południowej Kalifornii

Jeśli...	Następnie...
Roczny dochód rodziny, dostosowana do wielkości rodziny, jest na poziomie lub poniżej 300% obowiązujących wytycznych FPL	Pacjent jest zdeterminowana, aby być finansowo biedny i kwalifikuje się do pomocy finansowej 100% odpisu na odpowiedzialność pacjenta kwot.
Roczny dochód rodziny, dostosowana do wielkości rodziny, jest od 301% do 350% obowiązujących wytycznych FP,	Pacjenta kwalifikuje się do 75% z oryginalnej opłat na odpowiedzialność pacjenta kwot zniżki.
Jeśli roczny dochód rodziny, dostosowana do wielkości rodziny, jest na poziomie lub poniżej 350% FPL i pacjent poniósł łącznych kosztów leczenia w szpitalach Opatrzności w uprzednim 12 miesięcy ponad 20% swoich rocznych dochodów rodziny, dostosowana do wielkości rodziny, dla usług z zastrzeżeniem niniejszych zasad,	Pacjenta kwalifikuje się do 100% świadczenie miłości na odpowiedzialność pacjenta kwot.