

เรื่อง: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน (กุศลดูแล) สุขุมแคลิฟอร์เนียใต้	เลขที่กรรมธรรม์: LAMKT PSJH RCM 002	
ฝ่าย: จัดการวงจรรายได้	<input checked="" type="checkbox"/> ใหม่ <input type="checkbox"/> ปรับปรุง <input type="checkbox"/> การตรวจสอบ	วัน: 3/22/2019
ผู้บริหาร: คิมเบอร์ลีซัลลิแวน SVP บริหารวงจรรายได้	เจ้าของนโยบาย: Vicki หัว เข้าถึงผู้ป่วย Dir	
อนุมัติโดย: Providence Board of Directors	วันดำเนินการ: 5/1/2019	

โพรวิเดนซ์เป็นคาทอลิกไม่แสวงผลกำไรสุขภาพองค์กรนำ โดยความมุ่งมั่นต่อพันธกิจ ของการให้บริการทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากจน และอ่อนแอ โดย การกีดกันของเมตตา ศักดิ์ศรี ความยุติธรรม ความเป็นเลิศ และความสมบูรณ์ และความเชื่อที่ สุขภาพเป็นสิทธิมนุษย

มันเป็นปรัชญาและการปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ที่พร้อมที่ให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนที่เราให้บริการ โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพฉุกเฉิน และจำเป็นที่ทางการแพทย์

ขอบเขต:

นโยบายนี้ใช้กับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ทั้งหมด - ภาคใต้ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ("Providence") ใน Los Angeles County ในรัฐแคลิฟอร์เนียและในกรณีฉุกเฉินทั้งหมดเร่งด่วนและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลพรมณฑลใน Los Angeles (ยกเว้นการทดลองหรือการดูแลสอบสวน) รายชื่อโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ที่อยู่ภายใต้ในนโยบายนี้สามารถพบได้ในนิทรรศการรายการสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครอบคลุม นโยบายนี้จะถูกตีความในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรา 501 (r) ของประมวลรัษฎากรภายในของปี 1986 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมและเกี่ยวกับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในรัฐแคลิฟอร์เนียนโยบายราคายุติธรรมของโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยของแคลิฟอร์เนีย) ส่วนที่ 127400-127446) ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งระหว่างบทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าวและนโยบายนี้กฎหมายดังกล่าวจะควบคุม

วัตถุประสงค์:

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่อให้แน่ใจว่าวิธีการที่ยุติธรรมไม่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพและเป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน)การดูแลการกุศล(แก่ผู้มีสิทธิที่ไม่สามารถชำระเงินเต็มจำนวนหรือบางส่วนสำหรับเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นทางการแพทย์ จัดหาให้โดยโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์

มันเป็นความตั้งใจของนโยบายนี้ที่จะปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางรัฐและท้องถิ่นทั้งหมด นโยบายนี้และโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินในที่นี้ประกอบด้วยนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินอย่างเป็นทางการ)FAP') และนโยบายการรักษาพยาบาลฉุกเฉินสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่เป็นเจ้าของให้เขาหรือดำเนินการโดยพรอวิเดนซ์

นโยบาย:

ความรอบคอบจะให้บริการโรงพยาบาลฟรีหรือลดราคาให้แก่ผู้มีรายได้น้อยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมไม่มีประกันและไม่ได้รับการดูแลและผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงหรือต่ำกว่า 350 เปอร์เซ็นต์ของ FPL เมื่อความสามารถในการชำระค่าบริการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง โรงพยาบาลอื่น ๆ และไม่มีการระบุแหล่งที่มาของความคุ้มครอง ผู้ป่วยจะต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดที่อธิบายไว้ในนโยบายนี้เพื่อให้มีคุณสมบัติ

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ที่มีแผนฉุกเฉินโดยเฉพาะจะให้บริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติดูแลสภาพการแพทย์ฉุกเฉิน)ภายใต้ความหมายของพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและกฎหมายแรงงาน(ที่สอดคล้องกับความสามารถที่มีอยู่โดยไม่คำนึงว่า

ความรอบคอบจะไม่เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของอายุเชื้อชาติสีผิวความเชื่อเชื้อชาติศาสนาศาสนาชาติกำเนิดสถานภาพการสมรสเพศสนิยมทางเพศเอกลักษณ์ทางเพศหรือการแสดงออกความพิการทหารผ่านศึกหรือสถานะทางทหารหรือเกณฑ์อื่นใดที่รัฐบาลกลางห้าม กฎหมายของรัฐหรือท้องถิ่นเมื่อมีการพิจารณาความช่วยเหลือทางการเงิน

โรงพยาบาลพรวิเดนซ์จะจัดให้มีการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ฉุกเฉินและรักษาเสถียรภาพหรืออ้างอิงและถ่ายโอนบุคคลหากการถ่ายโอนดังกล่าวมีความเหมาะสมตาม 42 C.F.R 482.55 พรวิเดนซ์ห้ามมิให้มีการกระทำการรับเข้าหรือนโยบายใด ๆ ที่จะกีดกันบุคคลจากการแสวงหาการรักษาพยาบาลฉุกเฉินเช่นการอนุญาตให้มีการติดตามทวงถามหนี้ที่ขัดขวางการให้การดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉิน

รายชื่อผู้ประกอบการอาชีพภายใต้พรอพเพอร์ตี้ FAP:

โรงพยาบาลพรวิเดนซ์แต่ละแห่งจะระบุรายชื่อของแพทย์กลุ่มแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่ให้บริการที่เป็นและไม่ได้อยู่ในนโยบายนี้

แพทย์ในห้องพักฉุกเฉินที่ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรวิเดนซ์แคลิฟอร์เนียถูกกำหนดโดยกฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนียเพื่อมอบส่วนลดให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหรือผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง

(ตามที่กำหนดโดยนโยบายการกำหนดราคาขายดัตริกรรมของโรงพยาบาล ส่วนที่ 127400-127446)) ที่อยู่หรือต่ำกว่า 350% ของ FPL โรงพยาบาลพรวิเดนซ์แต่ละแห่งจะให้รายชื่อนี้แก่ผู้ป่วยที่ขอสำเนา

รายชื่อผู้ให้บริการสามารถดูได้ทางออนไลน์ที่เว็บไซต์พรวิเดนซ์: www.providence.org.

ข้อกำหนดคุณสมบัติการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน:

ความช่วยเหลือทางการเงินมีให้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันและผู้ประกันตนและผู้ค้าประกันที่ความช่วยเหลือดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายนี้และกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐที่ควบคุมผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยอนุญาต

โรงพยาบาลพรวิเดนซ์จะใช้ความพยายามตามสมควรในการพิจารณาการมีอยู่หรือไม่มีครอบคลุมของบุคคลที่สามซึ่งอาจมีอยู่ทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับการดูแลของโรงพยาบาลพรวิเดนซ์ก่อนที่จะนำผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงินจะต้องกรอกใบสมัครให้ความช่วยเหลือทางการเงินตามมาตรฐานของพรวิเดนซ์และการมีสิทธิ์จะขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินในเวลานั้น

ความพยายามที่สมเหตุสมผลจะทำการแจ้งและแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมของความช่วยเหลือทางการเงินโดยการให้ข้อมูลระหว่างกรรับและจ่ายเงินในใบเรียกเก็บเงินของผู้ป่วยในพื้นที่การเรียกเก็บเงินของผู้ป่วยที่เข้าถึงได้บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลพร

เช่นเดียวกับป้ายในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในปริมาณมากเช่นการยอมรับและแผนฉุกเฉิน

ความรอบคอบจะเก็บข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาสีทธิ์ตามนโยบายการเก็บบันทึก

การขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน:

ผู้ป่วยหรือผู้ค้าประกันสามารถขอและส่งใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินซึ่งไม่มีค่าใช้จ่ายและมีให้บริการที่กระทรวงความรอบคอบหรือด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ ร้องขอและส่งพร้อมเอกสารครบถ้วน ทางไปรษณีย์หรือโดยการเยี่ยมชม

www.providence.org, ดาวน์โหลด และส่งโปรแกรมประยุกต์เสร็จสมบูรณ์แล้วพร้อมเอกสารประกอบ

คนขอความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งจะมีความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้หมดแล้ว หรือไม่มีสิทธิ์ใด ๆ แหล่งเงินอื่น.

แต่ละโรงพยาบาลสุขุมจะทำให้กำหนดบุคลากรที่คอยให้บริการผู้ป่วยเสร็จสิ้นโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงิน

และการกำหนดสิทธิ์สำหรับการจัดเตรียมความช่วยเหลือทางการเงินหรือความช่วยเหลือทางการเงินจากรัฐบาลที่ได้รับการสนับสนุน โปรแกรมประกันภัย ถ้าเกี่ยวข้อง ที่พิกมีบริการตีความ เพื่อตอบคำถามหรือข้อกังวลใด ๆ และ

เพื่อช่วยในความสำเร็จของโปรแกรมช่วยการเงิน.

ผู้ป่วยหรือผู้ค้าประกันซึ่งเป็นสิทธิ์ที่จะใช้สำหรับความช่วยเหลือทางการเงินอาจให้เอกสารเพียงพอเพื่อจัดเตรียมการสนับสนุนกำหนดสิทธิ์ได้ตลอดเวลาตามการเรียนรู้ที่มีรายได้ของบุคคลด้านล่าง FPL ชั้นต่ำต่อรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้อง และ ระเบียบรัฐ.

แต่ละสถานการณ์ทางการเงิน: รายได้ สินทรัพย์

และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะใช้ในการประเมินสถานการณ์ทางการเงินส่วนบุคคลของผู้ป่วย สินทรัพย์ นับรวมเพื่อการเลี้ยงชีพหรือแผนการตัดบัญชีขาดตอบแทนที่มีคุณสมบัติภายใต้รหัสภายในรายได้หรือค่าตอบแทนเงินที่ไม่ผ่านรับรองแผน.

คุณสมบัติรายได้: รายได้เกณฑ์ คะแนนจากสหพันธ์ระดับความยากจน (FPL), อาจใช้การตรวจสอบคุณสมบัติฟรีหรือส่วนลดดูแล โปรดดูเอกสารแนบรายละเอียด.

การพิจารณาและอนุมัติ: ผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งการกำหนดสิทธิ์ FAP ภายใน 30 วันหลังจากยื่นคำขอความช่วยเหลือทางการเงินที่สมบูรณ์และเอกสารที่จำเป็น

เมื่อได้รับแอปพลิเคชันแล้วจะมีการพยายามรวบรวมชุดพิเศษจนกว่าจะมีการกำหนดคุณสมบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะถูกส่งไปยังผู้ป่วย โรงพยาบาลจะไม่กำหนดสิทธิ์ในการขอความช่วยเหลือจากข้อมูลที่โรงพยาบาลเชื่อว่าไม่ถูกต้องหรือไม่น่าเชื่อถือ

การระงับข้อพิพาท:

ผู้ป่วยอาจอุทธรณ์การตัดสินใจที่ไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับพรอวิเดนซ์ภายใน 30 วันหลังจากได้รับหนังสือแจ้งการปฏิเสธ

การอุทธรณ์ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบและหากการตรวจสอบยืนยันการปฏิเสธการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรจะถูกส่งไปยังผู้ค้าประกันและกระทรวงสาธารณสุขของรัฐตามที่จำเป็นและเป็นไปตามกฎหมาย

กระบวนการอุทธรณ์ขั้นสุดท้ายจะสรุปภายใน 10 วันหลังจากได้รับการปฏิเสธโดยพรอวิเดนซ์

การอุทธรณ์อาจถูกส่งไปที่สำนักงานธุรกิจภูมิภาค Providence, P.O. กล่อง 3268 พอร์ตแลนด์หรือ 97208-3395

การกุศลที่สันนิษฐานว่า:

ความรอบคอบอาจอนุมัติให้ผู้ป่วยสำหรับการปรับการกุศลเพื่อความสมดุลบัญชีของพวกเขาโดยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการใช้ความช่วยเหลือทางการเงินเต็มรูปแบบ

การคำนวณดังกล่าวจะใช้วิธีการสันนิษฐานโดยใช้เครื่องมือประเมินทางการเงินที่ได้รับการยอมรับในอุตสาหกรรมซึ่งประเมินความสามารถในการชำระหนี้ตามบันทึกทางการเงินหรือบันทึกอื่น ๆ ที่เปิดเผยสู่สาธารณะซึ่งรวมถึง แต่ไม่ จำกัด เฉพาะรายได้ของครัวเรือนขนาดครัวเรือน

สถานการณ์พิเศษอื่น ๆ : ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับโปรแกรมที่ผ่านการรับรอง FPL เช่น Medicaid, Medi-Cal

และโครงการความช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่รัฐบาลให้การสนับสนุนอื่น ๆ

ดังนั้นผู้ป่วยดังกล่าวมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อโปรแกรมปฏิเสธการชำระเงินและจากนั้นคิดค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บเงินกับผู้ป่วย ยอดคงเหลือในบัญชีผู้ป่วยที่เกิดจากค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ชำระคืนมีสิทธิ์ได้รับการตัดสิทธิ์การกุศลเต็มจำนวน

เฉพาะที่รวมอยู่ในคุณสมบัติที่มีสิทธิ์เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้:

- ปฏิเสธการเข้าพักผู้ป่วยใน
- ปฏิเสธวันดูแลผู้ป่วย
- บริการที่ไม่ครอบคลุม
- การปฏิเสธการอนุมัติการรักษา (TAR)
- ปฏิเสธเนื่องจากความคุ้มครองที่ จำกัด

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่รุนแรง: พรอวิเดนซ์ ที่ของ ' ดลยพินิจ อาจให้องค์กรการกุศลในกรณีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รุนแรงได้ผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกจัดการสำหรับแต่ละ.

เวลาฉุกเฉิน:

ความช่วยเหลือทางการเงินอาจขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของพรอวิเดนซ์ในยามเกิดเหตุฉุกเฉินระดับชาติหรือระดับรัฐโดยไม่ขึ้นกับความช่วยเหลือสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดภัยพิบัติ

ข้อจำกัดในค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ป่วยทั้งหมดที่มีสิทธิ์ขอความช่วยเหลือทางการเงิน:

ไม่มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเพียงพอสำหรับประเภทที่ระบุข้างต้นของความช่วยเหลือใดจะรับผิดชอบเป็นการส่วนตัวมากกว่าเปอร์เซ็นต์ของค่าธรรมเนียมรวม "ยอดโดยทั่วไปเรียกเก็บเงิน" (ยอดคงเหลือทั้งหมด) ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง.

แผนการชำระเงินที่เหมาะสม: เมื่อผู้ป่วยได้รับการอนุมัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วน แต่ยังคง มีดุลยพินิจที่กำหนด Providence จะเจรจาการวางแผนการชำระเงิน

แผนการชำระเงินที่เหมาะสมต้องประกอบด้วยการชำระเงินรายเดือนที่ไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้ป่วยหรือครอบครัวของรายได้ต่อเดือน

ยกเว้นการหักค่าใช้จ่ายอาศัยจำเป็นที่ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรมประยุกต์ของตนช่วยเหลือ แผนการชำระเงินจะเป็นฟรีดอกเบีย จะขยายระยะเวลาของแผนการชำระเงินสำหรับผู้ป่วยที่รออุทธรณ์ความคุ้มครอง.

เรียกเก็บเงินและคอลเลกชัน: ใด ๆ ดลชำระหนี้ โดยผู้ป่วยหรือผู้ค้าประกันหลังจากแอปพลิเคชันของส่วนลดที่มี ถ้ามี อาจถูกเรียกว่าคอลเลกชัน ความพยายามรวบรวมจากยอดดุลที่ยังไม่ได้ชำระจะหยุดการกำหนดสิทธิ์สภาสุดท้ายที่ค้างอยู่ พรอวิเดนซ์ไม่ทำ อนุญาต หรืออนุญาตให้รวบรวมหน่วยงานเพื่ดำเนินการคอลเลกชันพิเศษใด ๆ ก่อนอย่างใดอย่างหนึ่ง: (a) ทำให้ความพยายามที่สมเหตุสมผลเพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติเพียงพอสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หรือส่งรายการ (b) 120 วันหลังจากผู้ป่วยครั้งแรก สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติและการคอลเลกชันโพรวิเดนซ์สำหรับยอดเงินที่ค้างชำระ โดยผู้ป่วย โปรดดูนโยบายของโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ ซึ่งมีค่าใช้จ่าย ที่โตะลงทะเบียนของแต่ละโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ หรือ: www.providence.org.

ผู้ป่วยคืน: ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันได้ชำระเงินสำหรับบริการ และต่อมาเป็นมุ่งมั่นที่จะมีสิทธิรักษาฟรี หรือลดราคา การชำระเงินเงินที่เกี่ยวข้องกับบริการเหล่านั้นในระหว่างสภาวะวิชาชีพบัญชีได้ระยะเวลาที่เกินตัว ภาระผูกพันในการชำระเงินจะได้รับคืน ตามกฎระเบียบของรัฐ.

ทบทวนประจำปี: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินโพรวิเดนซ์ (กุศลดูแล) นี้จะถูกตรวจสอบเป็นประจำ โดยกำหนดวงจรรายได้น้ำ.

ข้อยกเว้น:
ดูขอบเขตด้านบน.

คำจำกัดความ:
สำหรับวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้จะใช้คำจำกัดความและข้อกำหนดต่อไปนี้:

1. ระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL): FPL หมายถึง แนวทางความยากจนปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ในทะเบียนกลางโดยสหรัฐอเมริกากรมของสุขภาพและมนุษย์ชนบริการ.
2. โดยทั่วไปเงิน Billed (ข้อตกลงทั้งหมด): ยอดเงินที่เรียกเก็บเงินโดยทั่วไปสำหรับการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น และถูกเงินกับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเรียกว่านโยบายนี้เป็นข้อตกลงทั้งหมด โพรวิเดนซ์กำหนดเปอร์เซ็นต์ข้อตกลงทั้งหมดเกี่ยวข้องกับสำหรับแต่ละโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ โดยคุณค่าใช้จ่ายรวมของโรงพยาบาลสำหรับการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น หรือถูกเงินใด ๆ เปอร์เซ็นต์ตั้งที่ซึ่งเป็นไปตามข้อเรียกร้องที่ได้รับอนุญาตภายใต้เมดิแคร์ ข้อมูลรายละเอียดข้อตกลงทั้งหมดเปอร์เซ็นต์ใช้ โดยแต่ละโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ และวิธีที่พวกเขาคำนวณ สามารถได้รับ โดยการเยี่ยมชมเว็บไซต์ต่อไปนี้: www.providence.org หรือ โดยการเรียก 1-866-747-2455 เพื่อขอสำเนา.
3. พิเศษชุดการกระทำ (ECA): ECAs ถูกกำหนดเป็นการกระทำที่ต้องใช้กระบวนการทางกฎหมาย หรือความยุติธรรม เกี่ยวข้องกับการขายหนี้ให้แก่บุคคลอื่น หรือการรายงานผลข้อมูลเครดิตหน่วยงานหรือสำนักงาน การดำเนินการที่ต้องใช้กระบวนการยุติธรรม หรือกฎหมายเพื่อการนี้ได้แก่ เลียน ยึดสิ่งหาริมทรัพย์ในทรัพย์สินจริง สิ่งที่แนบหรือการยึดบัญชีธนาคารหรือทรัพย์สินส่วนบุคคลอื่น ๆ เริ่มต้นของการดำเนินการทางแพ่งต่อบุคคล การดำเนินการที่ทำให้เกิดการจับกุมของแต่ละบุคคล การดำเนินการที่ทำให้บุคคลที่จะต้องแนบร่างกาย และค่าจ้าง garnishment.
4. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์: ค่ารักษาพยาบาลสูงเป็นผู้กำหนด โดยโรงพยาบาลยุติธรรมกำหนดราคานโยบาย - แคลิฟอร์เนียสุขภาพและความปลอดภัย (ส่วน 127400-127446), เป็น: (1) ออกจากกระเป๋าต้นทุนประจำปีเกิด โดยบุคคลที่โรงพยาบาล Providence ที่เกิน 10 ร้อยละของรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยในเดือน 12 ก่อน, (2) ประจําปีค่าใช้จ่ายที่เกิน 10 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยให้ออกสารของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ชำระ โดยผู้ป่วยหรือผู้ป่วย ครอบครัวใน 12 เดือนล่วงหน้า หรือ (3) ระดับต่ำกว่าตามโรงพยาบาลของโรงพยาบาล Providence กุศลดูแลตามนโยบาย Providence.

อ้างอิง:

ส่วนรายได้ภายในรหัส 501(r) 26 แก่ 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)
รหัสความปลอดภัยและสุขภาพแคลิฟอร์เนียส่วน 127000-127446
การรักษาพยาบาลฉุกเฉินและพระราชบัญญัติแรงงาน (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd
แก่ 42 482.55 และ 413.89
แนวทางการกุศลสมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน
แนวทางการกุศลสมาคมโรงพยาบาลรัฐแคลิฟอร์เนีย
แคลิฟอร์เนียพันธมิตรบนแนวทางคาทอลิกกุศลดูแลสุขภาพ
โพรวิเดนซ์เซนต์โจเซฟสุขภาพมุ่งมั่นกับแนวทางที่ไม่มีประกัน
ผู้ให้บริการชำระเงินคืนด้วยตนเอง ส่วนเงิน บทที่ 3 มาตรา 312

จัดแสดง A – รายการสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครอบคลุม

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

เอกสารแนบข – คุณสมบัติรายได้สำหรับโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ในแคลิฟอร์เนียใต้

ถ้า...	จากนั้น...
มีรายได้ครอบครัวต่อปี ปรับขนาดครอบครัว หรือต่ำกว่า 300% แนวทางปัจจุบัน FPL,	ผู้ป่วยถูกกำหนดเป็นเงิน indigent และเงินช่วยเหลือตัด 100% ตามจำนวนเงินความรับผิดชอบผู้ป่วย.
รายได้ครอบครัวต่อปี ปรับขนาดครอบครัว อยู่ระหว่าง 301% และ 350% แนวทางปัจจุบันของ FP,	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับส่วนลด 75% จากเต็มค่าธรรมเนียมจากยอดเงินที่รับผิดชอบผู้ป่วย.
ถ้ารายได้ของครอบครัวประจำปี ปรับขนาดครอบครัว เป็น หรือต่ำกว่า 350% FPL และผู้ป่วยได้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ใน 12 เดือนก่อนหน้าเกิน 20% ของรายได้ครอบครัวต่อปี ขนาดครอบครัว สำหรับบริการการปรับปรุง ภายใต้นโยบายนี้,	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับประโยชน์การกุศล 100% ตามจำนวนเงินความรับผิดชอบผู้ป่วย.