

Temat: Opatrzności polityki pomocy finansowej (Charity Care) – Alaska, Montana	Numer polisy: PSJH RCM 002 AK/MT	
Dział: Dochody cyklu zarządzania	<input checked="" type="checkbox"/> Nowy <input type="checkbox"/> Poprawione <input type="checkbox"/> Napisał(a) recenzję	Data: 3/22/2019
Osoba podejmująca decyzje: Kimberly Sullivan, SVP Chief Officer dochody cyklu	Zasady właściciel: Lesa Ellis, Dir doradztwo i pomoc	
Zatwierdzone przez: Zarząd PSJH	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:

Ta zasada dotyczy wszystkich szpitali Providence Health & Services Alaska, Providence Health & Services-Montana („Providence”) w stanach Alaska, Montana a także w medycynie ratunkowej, pilnej i innych niezbędne usługi świadczone przez szpitale Providence na Alasce, w Montanie (z wyjątkiem opieki eksperymentalnej lub śledczej). Lista szpitali Providence objętych niniejszą polityką znajduje się w Załączniku A Lista obiektów objętych usługą.

Polityka ta powinna być interpretowana w sposób zgodny z sekcją 501 (r) Kodeksu Podatkowego z 1986 r., Z późniejszymi zmianami. W przypadku konfliktu między postanowieniami takich przepisów a niniejszą polityką, takie prawa będą kontrolować.

CEL, POWÓD:

Celem tej polityki jest zapewnienie uczciwej, niedyskryminacyjnej, skutecznej i jednolitej metody udzielania pomocy finansowej (opieka charytatywna) uprawnionym osobom, które nie są w stanie zapłacić w całości lub części za konieczną pomoc medyczną i inne usługi szpitalne dostarczone przez szpitale Providence.

Celem tej polityki jest przestrzeganie wszystkich przepisów federalnych, stanowych i lokalnych. Niniejsza polityka i programy pomocy finansowej w niniejszym dokumencie stanowią oficjalną Politykę pomocy finansowej („FAP”) i Politykę w zakresie opieki medycznej w nagłych wypadkach dla każdego szpitala będącego własnością, dzierżawionego lub obsługiwane przez Providence.

POLITYKA:

Opatrzność zapewni bezpłatne lub zniżkowe usługi szpitalne wykwalifikowanym pacjentom o niskich dochodach, nieubezpieczonym i nieubezpieczonym, gdy możliwość opłacenia usług stanowi przeszkodę w uzyskaniu dostępu do medycznie niezbędnej opieki medycznej i innej opieki szpitalnej oraz nie zidentyfikowano alternatywnego źródła ubezpieczenia. Pacjenci muszą spełniać wymagania kwalifikacyjne opisane w tej polityce, aby się zakwalifikować.

Szpitale Providence z wyspecjalizowanymi oddziałami ratunkowymi zapewnią, bez dyskryminacji, opiekę medyczną w nagłych wypadkach (w rozumieniu Emergency Medical Treatment and Labor Act) zgodnie z dostępnymi możliwościami, niezależnie od tego, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej.

Opatrzność nie będzie dyskryminować ze względu na wiek, rasę, kolor skóry, wyznanie, pochodzenie etniczne, religię, pochodzenie narodowe, stan cywilny, płeć, orientację seksualną, tożsamość płciową lub ekspresję,

niepełnosprawność, status weterana lub wojskowego lub inne podstawy zakazane, stanowe lub lokalne prawo przy ustalaniu pomocy finansowej.

Szpital Providence zapewni badania przesiewowe w nagłych wypadkach i leczenie stabilizujące lub skierują i przekażą osobę, jeśli takie przeniesienie jest właściwe zgodnie z 42 C.F.R 482,55. Opatrzność zabrania jakichkolwiek działań, praktyk przyjmowania lub zasad, które zniechęcałyby osoby do szukania pomocy medycznej w nagłych wypadkach, takich jak zezwalanie na czynności windykacyjne, które kolidują z zapewnieniem opieki medycznej w nagłych wypadkach.

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. Każdy szpital Providence dostarczy tę listę każdemu pacjentowi, który poprosi o kopię. Listę dostawców można również znaleźć online na stronie 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: doradzanie 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. Aktywa pieniężne nie będą wykorzystywane do określenia uprawnień, jeśli dochód pacjenta lub poręczyciela wynosi 200% federalnego standardu ubóstwa lub poniżej.

Kwalifikacje dochodowe: Kryteria dochodu, oparte na federalnym poziomie ubóstwa (FPL), mogą być wykorzystane do ustalenia uprawnień do bezpłatnej lub niżkowej 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. Providence nie określi uprawnień do pomocy na podstawie informacji, które szpital uważa za 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 PH&S, 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 okoliczności szczególne: Pacjenci, którzy kwalifikują się do programów kwalifikujących się do FPL, takich jak Medicaid i inne sponsorowane przez rząd programy pomocy o niskich dochodach, 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:

- Odmowa hospitalizacji
- Odmówiono dni opieki szpitalnej
- Usługi niepokryte
- Odmowa wcześniejszego żądania autoryzacji
- Odmowy spowodowane ograniczonym zasięgiem

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

Ograniczenie opłat dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej: Żaden pacjent, który zakwalifikował się do któregośkolwiek z wyżej wspomnianych kategorii pomocy będzie osobiście odpowiedzialny za więcej niż "Kwoty zazwyczaj rozliczane" (AGB) procent opłat brutto, jak określono poniżej.

Rozsądny plan płatności: gdy pacjent zostanie zatwierdzony do częściowej pomocy finansowej, ale nadal ma należne saldo, Providence negocjuje 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 na swojej aplikacji pomocy finansowej.

Rozliczeń i Kolekcje: wszelkie salda niezapłacone należne przez pacjentów lub poręczycieli po aplikacji dostępne zniżki, jeśli jakiegokolwiek, może być określonych kolekcje. Kolekcja wysiłki na niewypłaconych przestaną

się do czasu ostatecznego ustalenia kwalifikowalności FAP. Opatrzność wykonać, nie Zezwalaj lub nie Zezwalaj agencji inkasa akcje niezwykłą kolekcję przed albo: () Dokonywanie starań, aby ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej; lub (b) 120 dni po pierwszym pacjentem instrukcja jest wysyłany. Szczegółowe informacje o Opatrzności rachunków i wskazówki dotyczące kwoty należne od pacjentów, prosimy o Opatrzności Szpital polityki, która jest dostępna bezpłatnie w punkcie rejestracji każdego szpitala Opatrzności, lub w: 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:

Dla 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 przez wywołanie 1-866-747-2455 zażądać kopii.
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.

REFERENCJE:

<i>Internal Revenue kod sekcji 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</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>Zaangażowanie w St. Joseph zdrowia Opatrzności nieubezpieczonych wytyczne</i>
<i>Dostawca zwrotu Podręcznik, część I, rozdział 3, sekcja 312</i>



Załącznik A – krytymi listy

Providence Hospitals in Alaska	
Providence Alaska Medical Center	
Providence Hospitals in Montana	
St. Patrick Hospital	Providence St. Joseph Medical Center

Załącznik B - kwalifikacji dochodów dla szpitali Opatrzności w Alaska, Montana

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.