

	Data di validità originale: Gennaio 2013 Ultima data di Revisione: Ottobre 2015 Revisione efficace Data: Gennaio 2016	Peta 1 di 11	Policy Numbri CA-FIN-501
	Oggetto: California carità cura e politica di sconto pagamento		Autorizzazione: Ciclo di VP entrate

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 medicalmente necessarie per coloro che non hanno 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 dello stato della California.

PH & S Ospedali in California:

Providence San Giuseppe Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence Piccola Compagnia di Maria Medical Center di San Pedro, Centro di Salute di San Giovanni, Providence Tarzana Medical Center e la Provvidenza Piccola Compagnia di Maria Medical Center Torrance.

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.

- PH & S saranno conformi alle leggi e ai regolamenti federali e statali relative ai servizi medici di emergenza e assistenza carità.
- PH & S fornirà assistenza carità alla qualificazione pazienti senza altre fonti di pagamento principale per permettere loro di tutte o alcune delle loro obbligo finanziario per medicalmente necessarie PH & servizi sanitari S.
- In linea con i suoi valori fondamentali, PH & S fornirà assistenza carità alla qualificazione pazienti in modo rispettoso, compassionevole, giusto, coerente, efficace ed efficiente.
- 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 proibiti da federale, statale o legge locale quando si effettua determinazioni cura carità.
- 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 di, ma non limitato a quanto segue: diagnosi sociale, senza fissa dimora, il fallimento, deceduto senza tenuta, la storia di non-paziente / garanti incapacità di pagare e perché assegnazione agenzia di recupero non si tradurrebbe nella risoluzione del conto.
- Questa politica deve essere interpretato ed attuato in modo da essere in piena conformità con California Assembly Bill 774, codificato in Salute e Sicurezza Sezione Codice 127400 *et. ss.*, con efficacia dal 1 ° gennaio 2007, nel testo riveduto dal California State Senate Bill 350, con effetto dal 1 ° gennaio 2008, Assembly Bill 1503 con efficacia dal 1 ° gennaio 2011 e SB 1276 efficace 01/01/2015. Tutte le agenzie di raccolta che lavorano per conto della Provvidenza Salute e Servizi Southern California (PHSSC) impianti devono essere conformi Salute e Sicurezza Sezione Codice 127400 *et. ss.* le politiche PHSS modificato e vigenti in materia agenzie di raccolta. Vedere Affari Politica Ufficio legati regionale, GOV-107, Debt Collection Standard e pratiche politiche.

Definizioni:

- "**Cura Carità**" si riferisce alla piena assistenza finanziaria per i pazienti di qualificazione, per alleviare il loro il loro impegno finanziario in tutto per i servizi di assistenza sanitaria elettivo medicalmente necessarie o ammissibili (pieno di beneficenza).
- "**Il pagamento di sconto**" si riferisce a un aiuto finanziario parziale per i pazienti di qualificazione, per alleviare il loro il loro impegno finanziario, in parte per i servizi di assistenza sanitaria elettivo medicalmente necessarie o non aventi diritto (parziale) di beneficenza.

9. **Oneri lordi** sono le spese totali a prezzi stabiliti pieno dello strumento per la fornitura di servizi di assistenza al paziente prima di applicare le deduzioni dal reddito. Oneri lordi non sono mai fatturati ai pazienti che si qualificano per beneficenza parziale o privato a pagamento sconti.
10. **Privato Pay sconto** è previsto uno sconto fornite ai pazienti che non si qualificano per l'assistenza finanziaria e che non hanno un pagante di terze parti o la cui assicurazione non copre il servizio fornito o che hanno esaurito i loro benefici. Vedere privato Pay Politica di sconto, CA-FIN-5003.
11. **Medico di emergenza** si intende un medico e chirurgo autorizzato ai sensi del capo 2 (che inizia con la sezione 2000) di Affari e professioni codice che viene loro credenziali da un ospedale e subordinati o contratta dall'ospedale per fornire servizi medici di emergenza nel reparto di emergenza dell'ospedale, tranne che un "medico di emergenza" non deve comprendere un medico specialista che si chiama nel pronto soccorso di un ospedale o di chi è il personale o ha privilegi in ospedale al di fuori del dipartimento di emergenza. Medici di pronto soccorso che forniscono servizi medici di emergenza per i pazienti negli ospedali PHSSC sono tenuti per legge della California per fornire sconti ai pazienti non assicurati o pazienti con elevati costi medici che sono pari o inferiore al 350% del livello federale di povertà.
12. **Provider riserva di PH & FAP S s ':** Oltre 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 su richiesta attraverso il consulente finanziario presso l'Ospedale.
13. **Servizi ammissibili nel quadro della Politica:** La politica di pagamento carità, la cura e lo sconto si applica a tutti i servizi forniti ai pazienti idonei che ricevono emergenza o cure medicalmente necessarie o ammissibili cura elettivo, compresi i pazienti di auto-pay e passività di co-pagamento richieste dal paganti di terze parti, tra cui Medicare e Medi-Cal di condivisione dei costi ammonta, in cui si stabilisce che il paziente è finanziariamente in grado di pagare. Medicalmente cure necessarie sanitaria comprende:
 - a. Servizi di emergenza del pronto soccorso.
 - b. Servizi per una condizione che, se non trattata tempestivamente, porterebbe ad un cambiamento negativo dello stato di salute del paziente.
 - c. I servizi non elettivi fornite in risposta a situazioni pericolose per la vita al di fuori del dipartimento di emergenza (ricoveri diretti).
 - d. Medicalmente servizi necessari forniti per Medicaid beneficiari che sono i servizi non coperti.
 - e. Eventuali altri servizi medici necessari determinati su base caso per caso da PH & S.
14. **Idoneo elettivo Health Care comprende:**
 - a. I pazienti ed i loro medici possono chiedere servizi caritativi per elettivo, cura differibile. Cura elettivo diventa ammissibile per i servizi di carità e di sconto solo quando tutti i seguenti requisiti:
 - i. Un membro del personale medico di un PH & S impianto deve presentare la richiesta di servizi di carità;
 - ii. I pazienti è già un paziente del medico richiedente e la cura è necessaria per una buona continuità delle cure; procedure estetiche non sono ammissibili per i servizi caritativi;
 - iii. Il medico fornirà servizi allo stesso tasso di sconto determinato dalla ospedale secondo le linee guida di beneficenza di questa politica, fino al cure gratuite;
 - iv. Il paziente vive all'interno della nostra area servizi (come determinato da PH & S); e
 - v. Il paziente completa un assistenza finanziaria di applicazione e riceve l'approvazione per iscritto da S & PH prima di ricevere la cura elettivo.
15. **Idoneità alla carità** deve essere determinato da una incapacità di pagare definito in questa politica basata su uno o più dei seguenti criteri:
 - a. **Carità presuntiva** - valutazione individuale determina che l'assistenza finanziaria di applicazione non è necessaria perché:
 - i. Il paziente è senza un indirizzo di residenza (ad esempio, senza fissa dimora);
 - ii. Servizi ritenuti ammissibili nell'ambito di questa politica, ma non coperti da un terzo pagante parti sono stati resi ad un paziente che è iscritto a una qualche forma di Medicaid (Medi-Cal per i residenti in California) o lo Stato programma Indigency (ad esempio la ricezione di servizi al di fuori della copertura ristretta Medi-Cal) o servizi sono stati negati Medi-Cal autorizzazione al trattamento, come la qualificazione finanziaria per questi programmi include ha soltanto le attività marginali e una quota Medi-Cal definito di costo come il massimo capacità di pagare; e / o
 - iii. L'incapacità del paziente di pagare è identificato tramite una agenzia di raccolta di ricerca reddito / patrimonio al di fuori. Qualora l'agenzia di determinare che una causa, non sarà perseguito, l'account verrà inserito in uno stato inattivo, dove un PH mensile & S recensione determineranno ulteriori azioni, compreso l'eventuale accettazione della carità e la cancellazione da parte dell'agenzia e la rimozione di informazioni creditizie.

- iv. L'incapacità del paziente di pagare è identificato da personale Ufficio regionale di business attraverso una ricerca di reddito / patrimonio con un terzo.
- b. **La carità** - la valutazione individuale di incapacità di pagare richiede:
- i. Completamento di una assistenza finanziaria Domanda per il Programma Potter Maria della dignità umana per tutte le strutture della Regione PHSSC;
 - ii. Convalida che il reddito lordo di un paziente è meno di tre volte (300%) le linee guida federali Povertà (FPG), applicabile al momento in cui il paziente ha presentato domanda di assistenza finanziaria. Un paziente con questo livello di reddito sarà considerato ammissibile per il 100% di cura di carità; e / o
 - iii. Convalida che il reddito lordo di un paziente è tra il 100% e il 350% del FPG applicabile al momento in cui il paziente ha presentato domanda di assistenza finanziaria e che le loro singole situazione finanziaria (costi sanitari elevati, etc.) rende ammissibile per un possibile pagamento di sconto (parziale cura di carità) o 100% cura di carità. Strumento può considerare reddito e attività monetarie del paziente per valutare la situazione finanziaria individuale del paziente. Attività monetarie, tuttavia, non includono la pensione o piani di retribuzione differita qualificati ai sensi del Codice di Internal Revenue, o non qualificati piani di compensi differiti. Inoltre, i primi dieci mila dollari (\$ 10.000) delle attività monetarie di un paziente non sono conteggiati nel determinare l'ammissibilità, né si 50 per cento delle attività monetarie di un paziente nel corso dei primi dieci mila dollari (\$ 10.000) si contano a determinare l'ammissibilità. Le informazioni ottenute su attività a reddito e monetaria, tuttavia, non deve essere utilizzato per attività collezioni.
 - iv. I pazienti con reddito lordo pari o inferiore al 350% di FPG non sarà mai in debito superiore al 100% del valore del pagamento dell'ospedale si aspetterebbe, in buona fede, per ricevere per la fornitura di servizi da Medicare, Medi-Cal, la Famiglie Programma sano, o un altro programma sponsorizzato dal governo di benefici per la salute in cui l'ospedale dove è stato ricevuto trattamento partecipa, qualunque sia maggiore. Tale importo è verificata almeno una volta all'anno. Se l'ospedale dove è stato ricevuto un trattamento fornisce un servizio per il quale non vi è alcun pagamento stabilito dal Medicare o qualsiasi altro programma sponsorizzato dal governo di benefici per la salute in cui l'ospedale partecipa, l'ospedale stabilisce e adeguato pagamento scontato. Un paziente con un reddito lordo superiore a 350% di FPG sarà dovuto non superiore a quello ospedaliero applicabile privato paga o ambulatoriale scontato tasso di rimborso, o detto importo co-pay, a seconda di quale è inferiore. Inoltre, i pazienti non assicurati e assicurati con reddito lordo pari o inferiori a 350% di FPG che sostenere spese mediche totali superiore al dieci per cento (10%) del reddito annuo lordo nel corso dei 12 mesi precedenti riceveranno il 100% di beneficenza. I costi ammissibili per beneficenza ripianare comprende solo gli importi di responsabilità del paziente dopo l'assicurazione viene fatturato e degli importi di responsabilità assicurazione raccolti.

Nota: oneri lordi non si applicano ai pazienti che si qualificano per beneficenza parziale o sconti privato a pagamento. Una volta che le spese lorde sono adeguati alla competente Medicare o tasso privato a pagamento, la responsabilità paziente non cambia anche se alla fine di cui ad un'agenzia di raccolta.

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

- a. Le categorie di sconti disponibili e le limitazioni con l'accusa nell'ambito di questa politica sono
- i. **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 a 300% della corrente livello federale di povertà ("FPL") può beneficiare di uno sconto del 100 per cento di sconto di spese totali ospedaliere per l'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.
 - ii. **Sconti O f f oneri al 75 per cento:** Il PH & S scorrevole 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 garanti 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 con reddito familiare superiore al 350% del livello federale di povertà quando le circostanze indicano gravi difficoltà finanziarie o perdita personale.
 - iii. **Limitazione di spese per tutti i pazienti eleggibili per l'assistenza finanziaria:** limitazione sulla tassa per tutti i pazienti eleggibili per assistenza finanziaria: Nessun paziente o il garante beneficiare di qualsiasi degli sconti sopra citati sarà personalmente responsabile di oltre i "Debiti generalmente la tariffa" (AGB) la percentuale degli 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 ricevuti. 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 all'ammissibilità continua del paziente ai sensi del presente politica.

17. Cura La carità non è:

- a. **Bad debito:** A risultati inesigibili da una mancanza di volontà ai pazienti di pagare o da una mancata qualificazione per l'assistenza finanziaria che altrimenti dimostrare l'incapacità di pagare;
- b. **Adeguamento contrattuale:** La differenza tra i prezzi al dettaglio per i servizi e la quantità consentita da un pagante managed care governativa o contratti per servizi oggetto che è cancellato; o
- c. **Altre rettifiche:**
 - i. **Servizio regolazioni di recupero** sono state completate quando il paziente identifica una non ottimale esperienza di cura del paziente;
 - ii. **Rettifiche Risk Management:** qualora venga individuato un potenziale situazione di rischio e di responsabilità Providence Risk Management ha scelto di assorbire il costo delle cure e non hanno il paziente fatturato;
 - iii. **Rifiuti pagante:** in cui l'impianto è stato in grado di ottenere il pagamento a causa di fatturazione prematura per le condizioni contrattuali; o la negazione retroattiva di servizio da parte di un pagante cura gestito in cui appello non va a buon fine.

18. **Ragionevole Piano di pagamento:** un piano predefinito richiesto da SB 1276 per i pazienti che beneficiano di beneficenza parziale, quando un piano negoziato non può essere reached. SB 1276 definisce il piano come i pagamenti mensili che non sono più del 10% del reddito familiare di un paziente per un mese, esclusi detrazioni per le spese di soggiorno essenziali.

- a. **"Spese di soggiorno essenziali",** ai fini di questa suddivisione, le spese per una delle seguenti: affitto o casa di pagamento e di manutenzione, alimentari e per la casa forniture, servizi e telefono, abbigliamento, spese mediche e dentistiche, assicurazioni, scuola o la custodia dei bambini, bambino o di supporto, di trasporto e auto spese sponsale, comprese le assicurazioni, il gas, e le riparazioni. Pagamenti rateali, lavanderia e pulizia, ed altri oneri straordinari. I medici del Dipartimento di Emergenza e dei loro aventi causa possono far valere la determinazione dell'ospedale di reddito e le spese nella creazione di un piano di pagamento ragionevole.

Valutazione del processo:

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 la documentazione richiesta da PH & S; (2) il download di un modulo di domanda dal sito web PH & S', a 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.

Una persona che chiede carità, la cura sarà data una selezione preliminare e se questo screening non squalificare lui / lei per carità cura, un'applicazione verrà fornito con le istruzioni su come applicare. Come parte di questo processo di screening PH & S sarà verificare se il garante ha esaurito o non è idoneo per qualsiasi fonte di pagamento di terze parti. Dove l'identificazione del garante come una persona indigente è evidente a PH & S una determinazione prima facie di ammissibilità può essere fatta e in questi casi PH & S può non richiedere una documentazione o il supporto.

Un garante che potrebbero avere diritto a richiedere cure carità dopo lo screening iniziale avrà fino a quattordici (14) giorni dopo che l'applicazione è fatto o due al cento quaranta (240) giorni dopo la data del primo disegno di legge post-dimissione è stato trasmesso a paziente, se posteriore, la documentazione necessaria per PH & S per supportare una determinazione di beneficenza. Sulla base della documentazione fornita con l'applicazione di beneficenza, PH & S determinerà se sono necessarie informazioni aggiuntive o se una determinazione carità può essere fatto. Il fallimento di un garante di ragionevolmente completi le procedure di applicazione adeguate entro i termini di tempo di cui sopra costituisce una ragione sufficiente per PH & S per avviare sforzi di raccolta.

Definire in via preliminare dello stato di sponsorizzazione e il potenziale idoneità per carità, la cura sarà completato il più vicino possibile alla data della notifica.

PH & S notificheranno il garante di una decisione definitiva per iscritto, entro dieci (10) giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione necessaria.

Il garante può presentare ricorso contro la determinazione di ineleggibilità per carità, la cura, 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 garante e il Dipartimento di Salute in conformità con la legge dello Stato. Il processo di appello finale si concluderà entro trenta (30) giorni dalla ricezione di un rifiuto da parte del richiedente.

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**.

RIFERIMENTO (S) / relative politiche

Ospedale Linee guida Carità American Association
 California Hospital Association Linee guida Carità
 California Alliance Healthcare di Cattolica Orientamenti servizi caritativi
 Provvidenza Salute e Servizi impegno riguardo agli orientamenti non assicurati
 Protezione del paziente e Affordable Care Act del 2010 (norme di esenzione federale) la politica di pay privato attualizzazione CA-FIN-5003
 Ufficio Regionale Affari Debt Collection Standard e pratiche politiche, RBO-GOV-107

COLLABORAZIONE

Questa politica è stata sviluppata in collaborazione con i seguenti reparti:

PHSSC Divisione Finanza
 Provvidenza Salute & Servizi direzione degli affari giuridici

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 su www.providence.org, o è disponibile in forma cartacea su richiesta attraverso il 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 CA Cura Carità Percentuale scorrevole Fee Scala

Ai garanti con reddito e patrimonio di oltre 300% del reddito familiare FPL e beni sono considerati nella determinazione della applicabilità della scala mobile tassa.

I beni considerati per la valutazione; IRA, 403b, 401k sono esenti ai sensi di questa politica, a meno che il paziente sta elaborando attivamente da loro. Per tutte le altre attività, il primo \$ 10,000 è esente.

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%

ALLEGATO C
AVVISO DI PRATICHE DI RACCOLTA
DIRITTI PAZIENTE RISPETTO ALLA RACCOLTA DEI DEBITI per i servizi ospedalieri

Stato e legge federale richiedono esattori per trattare in modo equo e proibire esattori di false dichiarazioni o minacce di violenza, usando linguaggio osceno o profano, e rendere le comunicazioni improprie con terzi, compreso il vostro datore di lavoro. Tranne che in circostanze insolite, esattori non possono contattarti prima 08:00 o dopo 09:00. In generale, un esattore non può dare informazioni sul vostro debito ad un'altra persona, diversa da un legale o coniuge. Un esattore può contattare un'altra persona per confermare la vostra posizione o di eseguire una decisione. Per ulteriori informazioni sulle attività di recupero crediti, è possibile contattare la Federal Trade Commission per telefono al 1-877- HELP-FTC (382-4357) oppure on-line sul www.ftc.gov.

Se si dispone di una copertura attraverso un gruppo o assicurazioni private, o altri programmi debitore di terze parti, e si desidera noi disegno di legge che l'organizzazione, ci è necessario fornire i vostri dati di iscrizione. Questo requisito è soddisfatto presentando la vostra carta di assicurazione o altro documento ad hoc che fornisce informazioni sulla politica, (e la copertura a carico, se del caso). Se avete bisogno di assistenza a pagare questo debito, si può beneficiare di Medicare, Medi-Cal, Famiglie sane, California bambini 'Servizi, responsabilità California vittime di reati violenti, assicurazione medica auto, o altri programmi di terze parti, tra cui la cura della carità. Chiedi a ricoveri ospedalieri o rappresentante dell'ufficio business se si desidera perseguire queste opzioni. Ospedale di carità e politiche di sconto self-pay possono essere ottenuti sia chiedendo un'ammissione o rappresentante ufficio commerciale per l'assistenza, o visitando il sito web del ospedale per un modulo scaricabile.

Servizi di consulenza di credito senza scopo di lucro possono essere di aiuto. Si prega di consultare un elenco telefonico per un elenco di questi programmi.

Sarà richiesto al paziente o la persona responsabile di firmare le condizioni di ricovero ospedaliero o ambulatoriale trattamento. Tale documento prevede un riconoscimento di responsabilità finanziaria per il pagamento per i servizi forniti dall'ospedale. L'ospedale fatturerà ogni debitore di terze parti per il quale si forniscono informazioni di iscrizione. Vi verrà chiesto di pagare i pagamenti co, come prescritto da quei contribuenti. Si può essere responsabile per i servizi di questi programmi non coprono. Sarete fatturati dopo la conclusione del servizio, anche se i depositi possono essere richiesti prima di essere resi i servizi. Se il debito non pagato rimanere, il conto può essere riferita ad un'agenzia di raccolta esterno sotto contratto con l'ospedale. L'agenzia di raccolta si atterrà ai principi di recupero crediti di cui sopra. Se il debito rimane non pagato, l'agenzia di raccolta, per conto dell'ospedale, elencherà il debito non pagato con le agenzie di credito di segnalazione e può avviare un procedimento giudiziario, che può provocare pignoramento dei salari o un pegno messo contro un bene del paziente o responsabile partito. La politica della carità Provvidenza Salute e Servizi prevede che le persone con reddito familiare lordo al di sotto del 250% delle linee guida federale di povertà (FPG) possono beneficiare di un'assistenza completa su presentazione di una assistenza finanziaria di applicazione. Le persone con un reddito lordo superiore a 250% possono anche beneficiare di assistenza parziale o totale, a seconda delle informazioni fornite sulla domanda.

Se avete domande su questo avviso, si prega di chiedere eventuali ricoveri o ufficio di rappresentanza di lavoro o chiamando il 800 (il numero di telefono di inserimento per l'ospedale appropriata).

Richiesta per Finanziario Assistenza

I. Paziente Informazioni			
NOME DEL PAZIENTE COGNOME NOME MI		SOCIALE SICUREZZA NUMERO	
INDIRIZZO		CITTA 'STATO ZIP	TELEFONO LAVORO DA CASA
DATA DI NASCITA	PRIMARY CARE MEDICO (PCP)		NOI CITTADINO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
II. Garante Informazioni			
NOME DI PERSONA RESPONSABILE PER IL PAGAMENTO DELLA BILL		RELAZIONE	
NDRIZZO VIA CITTÀ STATO CAP		SOCIALE SICUREZZA NUMERO	
NUMERO DI TELEFONO CASA LAVORO		NOI CITTADINO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DATA DI NASCITA

Per favore dai un'occhiata Questo scatola se tu avere non ricevuto Servizi e siamo applicazione di pre-qualificare.

Avere tu stato approvato per Finanziaria Assistenza di un altro Salute Cura organizzazione? Sì NO

Se sì, per favore fornire nome di organizzazione _____

Siamo tu essere di cui di un medico o chirurgo? Sì NO

Se sì, per favore fornire nome e telefono di numero di medico _____

III. Domestico Informazioni – per favore indicare TUTTI la gente vita in il tou famiglia, Compreso richiedente uso addizionale carta se necessario
--

Per favore lista chiunque vita in il tuo famiglia (compresi se stesso). Reddito include (al lordo delle imposte) salari, bambino support reddito, alimenti reddito, noleggio reddito, disoccupazione la compensazione, sociale sicurezza benefici, pubblico/Governo assistenza, affitto o spese di soggiorno scambiate per Servizi fornito eccetera.

FAMIGLIA SOCI	ETA	RELAZIONE AL PAZIENTE	FONTE DI REDDITO O DATORE DI LAVORO NOME	MENSILE LORDOREDDI TO PRIMA DELLA DATA DI DEL SERVIZIO	ASSICURATO? (cerchio sì ono) Se sì, lista assicurazione (ie Blu Croce, PHP, ecc)
1.					Sì o No
2.					Sì o No
3.					Sì o No
4.					Sì o No
5.					Sì o No
6.					Sì o No
7.					Sì o No

IV. Spese e Attivita

Affitto _____ Ricreativo veicoli _____

Mutuo pagamento _____ Inviare prova Salute assicurazione premi _____

Mutuo bilancio _____ Inviare prova Azioni obbligazioni, la pensione conti, eccetera. _____

Costo di utilities _____ Mensile bambino cura _____

Controllo conto bilancio _____ Vero tenuta altro di primario casa _____

Risparmi conto bilancio _____ Altro attività _____

Auto pagamento _____ _____

Anno e compiere del veicolo _____ _____

Siamo tu un completo orario studente? ____ per favore inviare studente prestito **relazione**.

Vuoi ricevere qualsiasi forma di assistenza pubblica (cibo francobolli, alloggiamento di HUD, ecc.) Se sì, per favore inviare **prova**.
