

| | | | |
|---|---|-------------------------|---------------------------------------|
|  | Oryginalne Daty Wejścia W Życie: Stycznia 2013 R. Ostatnia Zmiana Daty: Października 2015 Zmiany Daty Wejścia W Życie: Styczeń 2016 | P wiek 1 z 11 | Policy Number CA-FIN-501 |
| | Temat: California opieki charytatywnej i zniżki płatności polityki | | Autoryzacja: VP dochodów cyklu |

Cel:

Celem tej polityki jest określone Providence Zdrowie i usług (PH & S) jest pomoc finansowa i opieki medycznej polityki, które mają na celu promowanie dostępu do medycznie niezbędnej opieki dla osób bez zdolności do płacenia, i oferują zniżki od naliczane opłaty za osoby, które są w stanie zapłacić tylko część kosztów ich opieką. Programy te mają zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do nagłych i innych niezbędnych usług medycznych świadczonych przez PH zdrowotnej & S. Ta polityka i programy pomocowe finansowe opisane w niniejszym dokumencie stanowią oficjalną Polityka Pomocy Finansowej ("FAP") i ratownictwo medyczne Polityka opiekę dla każdego szpitala, który jest w posiadaniu, dzierżawionych lub obsługiwanych przez PH & S w stanie Kalifornia.

PH & S Szpitale w Kalifornii:

Opatrzność Saint Joseph Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence Mała Firma Mary Medical Center San Pedro, Saint John w Centrum Zdrowia, Providence Tarzana Medical Center i Providence Mała Firma Mary Medical Center Torrance.

Polityka:

PH & S jest katolicka organizacja opieki zdrowotnej prowadzony przez zaangażowanie w swoją misję i wartości podstawowych, mające na celu ujawnić miłości Boga do wszystkich, zwłaszcza ubogich i wrażliwych, przez współczującego usługi. Jest to zarówno filozofia i praktyka każdego PH & S ministerstwa, że medycznie niezbędne usługi zdrowotne są dostępne dla członków społeczności i tych w powstającej potrzeb medycznych, bez zwłoki, bez względu na ich zdolność do zapłaty. Dla celów tej polityki, "pomoc finansowa" obejmuje opiekę charytatywną i inne programy pomocy finansowej oferowanych przez PH & S.

- PH & S będą zgodne z federalnych i stanowych ustaw i przepisów dotyczących ratownictwa medycznego i opieki charytatywnej.
- PH & S zapewni opiekę charytatywną z kwalifikowaniem pacjentów bez innych źródeł pierwotnych płatności, aby złagodzić ich wszystkich lub niektórych z ich zobowiązań finansowych na medycznie PH i usług opieki zdrowotnej S.
- W zgodzie z jego podstawowymi wartościami, PH & S zapewni opiekę charytatywną do kwalifikowania pacjentów z szacunkiem, współczuciem, godziwej, spójny, skuteczny i efektywny sposób.
- PH & S nie będzie dyskryminacji ze względu na wiek, rasę, kolor skóry, wyznanie, pochodzenie etniczne, religię, narodowość, stan cywilny, płeć, orientację seksualną, tożsamość płciową lub ekspresję, niepełnosprawność, weterana lub status wojskowej lub innej podstawie zakazane przez federalny, województwo, lub lokalnego prawa przy dokonywaniu ustaleń opieki charytatywnej.
- W okoliczności łagodzące, PH & S może według swojego uznania zatwierdzić pomoc finansową poza zakresem tej polityki. Nieściągalne / przypuszczalny miłość jest zatwierdzony powodu, ale nie ograniczone do następujących: diagnoza społeczna, bezdomność, upadłości, zmarłego bez majątku, historia nie-pacjenta / gwarantów niezdolność do spłaty i dlaczego przypisanie firma windykacyjna nie spowoduje uchwały konta,
- Polityka ta ma być interpretowane i wdrażane w taki sposób, aby być w pełni zgodne z California Assembly Bill 774, skodyfikowane w Sekcji Zdrowia i Bezpieczeństwa 127400 Kod *et. nast.*, z dniem 1 stycznia 2007 roku, zmienionej Kalifornijski Senacie Bill 350, z dniem 1 stycznia 2008 roku, Assembly Bill +1.503 z dniem 1 stycznia 2011 roku i SB 1276 skuteczne 01.1.2015. Wszystkie agencje inkasa pracy w imieniu Providence Zdrowia i Usług Południowej Kalifornii (PHSSC) Wyposażenie są zgodne z Sekcji Zdrowia i Bezpieczeństwa 127400 Kod *et. seq.* z późniejszymi zmianami oraz odpowiednimi politykami PHSS dotyczących agencje inkasa. Zobacz związanych Regionalne Biuro Biznes Polityka, GOV-107, Windykacja długów standardy i zwyczaje Zasady.

Definicje:

- "Miłość i Troska"** odnosi się do pełnej pomocy finansowej dla pacjentów kwalifikujących się do zwolnienia ich z obowiązku finansowego w całości na medycznie niezbędne lub kwalifikowanych usług opieki zdrowotnej (do wyboru pełne dobroczynnych).
- "Rabat Płatność"** odnosi się do częściowej pomocy finansowej dla pacjentów kwalifikujących się do zwolnienia ich z obowiązku finansowego w części za medycznie lub kwalifikowanych usług niezbędnych do wyboru opieki zdrowotnej (częściowe charytatywnych).

9. **Opłaty brutto** są całkowite koszty w pełnych stawek ustalonych przez zakład o świadczenie usług opieki nad pacjentem przed zastosowaniem odliczeń od dochodu. Opłaty nie są naliczane brutto dla pacjentów, którzy kwalifikują się do częściowego miłości lub prywatnych Pay zniżki.
10. **Prywatne płatna Rabat** jest zniżka dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej i którzy nie mają płatnika trzeciej partii lub których ubezpieczenie nie obejmuje usług lub które wyczerpały swoje korzyści. Zobacz Prywatna Pay Rabat Polityka, CA-FIN-5003.
11. **Lekarz awaryjny** oznacza, lekarz i chirurg licencją na podstawie rozdziału 2 (począwszy od Sekcji 2000) w biznesie i zawodów kodeksu, który jest akredytowanych przez szpital i albo pracownika lub zakontraktowanych przez szpital w celu zapewnienia służb medycznych w oddziale ratunkowym szpitala, poza tym, że "awaryjny lekarza" nie obejmuje specjalisty lekarza, który nazywa się na izbę przyjęć szpitala lub kto jest personel lub uprawnieniami w szpitalu poza oddziału ratunkowego. Lekarzy pogotowie, którzy dostarczają ratownictwo medyczne dla pacjentów w szpitalach PHSSC są wymagane przez prawo w Kalifornii, aby zapewnić zniżki dla nieubezpieczonych pacjentów lub pacjentów z wysokimi kosztami leczenia, które są na poziomie lub poniżej 350% poziomu ubóstwa federalnego.
12. **Dostawcy zastrzeżeniem PH & FAP S 's:** W uzupełnieniu do każdej odpowiedniej placówce szpitalnej PH & S, wszyscy lekarze i inni dostawcy świadczący opiekę PH & S pacjentów podczas pobytu w szpitalu są przedmiotem tych zasad, chyba że wyraźnie określono inaczej. Załącznik A wskazuje, gdzie pacjenci mogą uzyskać listę (y) odnoszące się do wszystkich usługodawców świadczących opiekę w działach PH & S w szpitalu, i czy nie są one przedmiotem PH & S finansowego Polityki Pomocy. Ta lista jest dostępna na stronie internetowej www.providence.org, i jest również dostępny w formie papierowej na żądanie przez Doradcę Finansowego w szpitalu.
13. **Usługi kwalifikujących się w ramach polityki:** Polityka płatności opieki charytatywnej i Zniżka dotyczy wszystkich usług świadczonych na rzecz uprawnionych pacjentów otrzymujących awaryjne lub medycznie niezbędnej opieki lub kwalifikowalnych planowej opieki, w tym self-płacowych pacjentów i zobowiązań co-płatności wymaganych przez płatników osób trzecich, w tym Medicare Medi-Cal i kwoty podziału kosztów, w których okaże się, że pacjent jest w stanie finansowo zapłacić. Niezbędne z medycznego opieki zdrowotnej obejmuje:
- Służby ratownicze w oddziale ratunkowym.
 - Usługi w stanie, który, jeśli nie natychmiast leczona, będzie prowadzić do niekorzystnych zmian w stanie zdrowia pacjenta.
 - Usługi dla fakultatywnych przewidzianych w odpowiedzi na zagrażające życiu okoliczności spoza oddziału ratunkowego (bezpośrednie przyjęć).
 - Niezbędne z medycznego usługi świadczone do beneficjentów Medicaid, które są objęte usługi spoza.
 - Wszelkie inne medycznie niezbędne usługi ustala się na podstawie indywidualnych przypadków przez PH & S.
14. **Kwalifikuje się do wyboru Health Care zawiera:**
- Pacjenci i ich lekarze mogą starać usługi charytatywne dla planowych, opieki odroczeniu. Planowa opieki staje się uprawniony do usług charytatywnych i zniżkami tylko wtedy, gdy wszystkie z następujących warunków są spełnione:
 - Członek personelu medycznego z PH & S obiektu musi złożyć wniosek usług charytatywne;
 - Pacjenci już pacjent lekarza wnioskującego i opieki jest potrzebne do dobrego ciągłości opieki; zabiegi estetyczne nie kwalifikują się do usług charytatywnych;
 - Lekarz będzie świadczyć usługi w tym samym stopę dyskontową ustaloną przez szpital na wytycznych charytatywnych tej polityki, włącznie z bezpłatnej opieki;
 - Pacjent żyje w naszej dziedzinie usług (określona przez PH & S); i
 - Pacjent wykonuje wniosku o wsparcie finansowe i otrzymuje zgodę na piśmie od PH & S przed otrzymaniem planowej opieki.
15. **Uprawnienie do Miłosierdzia** ustala braku środków finansowych określone w niniejszej polityki w oparciu o jeden lub więcej z następujących kryteriów:
- Przypuszczalne charytatywna** - indywidualna ocena określa, że Zastosowanie pomoc finansowa nie jest wymagane, ponieważ:
 - Pacjent jest bez adres zamieszkania (np bezdomnych);
 - Usługi uznane za kwalifikowalne w ramach tej polityki, ale nie objęte trzecim płatnika partii były świadczone pacjentowi, który jest zapisany w jakiejś formie Medicaid (Medi-Cal dla mieszkańców Kalifornii) lub państwa Indigency Programu (np odbioru usługi poza zasięgiem Restricted Medi-Cal) lub usługi zostały odrzucone Medi-Cal zezwolenia leczenia, jak kwalifikacji finansowej dla tych programów obejmuje mającą jedynie aktywów marginalnych oraz Medi-Cal jest zdefiniowany jako udział kosztów maksymalnej zdolności do zapłaty; i / lub
 - Niezdolność pacjenta do zapłaty jest identyfikowany za pomocą zewnętrznej firmie windykacyjnej poszukiwaniu dochodów / aktywów. Jeśli agencja ustalić, że pozew nie będzie realizowany, konto zostanie umieszczony w stan nieaktywny, gdzie miesięczny PH i ocena S określi dalsze działania, w tym ewentualnej akceptacji charytatywnej i odstąpienia od agencji i usuwania sprawozdawczości kredytowej.

- iv. Niezdolność pacjenta do zapłaty jest identyfikowany przez pracowników Regionalnego Biuro Biznes przez poszukiwaniu dochodów / aktywów przy użyciu podmiotem trzecim.
- b. **Dobroczynność** - indywidualna ocena niewypłacalność wymaga:
- i. Wypełnienie wniosku o wsparcie finansowe dla Mary Potter Programu dla godności ludzkiej w odniesieniu do wszystkich obiektów w PHSSC regionie;
 - ii. Walidacja, że dochód brutto pacjenta jest mniejszy niż trzy razy (300%) Federalny Ubóstwo Wytyczne (FPG) wymierzyć w czasie, pacjent złożył wniosek o pomoc finansową. Pacjent z tego poziomu dochodów będzie uznane za kwalifikujące się do 100% opieki charytatywnej; i / lub
 - iii. Walidacja, że dochód brutto pacjenta wynosi od 100% do 350% wartości FPG zastosowanie w czasie pacjent złożył wniosek o pomoc finansową i że ich indywidualnej sytuacji finansowej (wysokie koszty leczenia itp) sprawia, że kwalifikują się do ewentualnej wypłaty dyskontowej (częściowe Opieka charytatywna) lub 100% opieki charytatywnej. Obiekt może rozważyć dochodów i aktywów pieniężnych pacjenta w ocenie indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta. Aktywa pieniężne, jednak nie obejmuje emerytury lub odroczonej planów wyrównania zakwalifikowanych Internal Revenue Code, lub nonqualified plany wynagrodzeń z tytułu odroczonego. Ponadto, pierwsze dziesięć tysięcy dolarów (\$ 10,000) aktywów pieniężnych pacjenta nie będzie liczony w ustalaniu prawa, ani 50 procent aktywów pieniężnych pacjenta w ciągu pierwszych dziesięciu tysięcy dolarów (\$ 10,000) liczy się w ustalaniu prawa. Informacje uzyskane na temat dochodów i aktywów pieniężnych, jednak nie powinny być wykorzystywane do działań kolekcje.
 - iv. Pacjenci z dochodu brutto równej lub niższej niż 350% z FPG nigdy nie będzie winien więcej niż 100% kwoty płatności szpital oczekiwałby, w dobrej wierze, aby otrzymać do świadczenia usług z Medicare, Medi-Cal, rodziny Programu Zdrowe, lub inny program sponsorowany przez rząd korzyści zdrowotnych, w których leczenie w szpitalu, gdzie został przyjęty uczestniczy, która jest większa. Kwota ta będzie weryfikowana co najmniej raz w roku. Jeśli leczenie w szpitalu, gdzie został przyjęty świadczy usługi, dla których nie ma założona płatności przez Medicare lub inny program sponsorowany przez rząd korzyści zdrowotnych, w których uczestniczy szpitala, szpital ustala i właściwe zdyskontowane płatności. Pacjent z dochodu brutto przekraczającej 350% z FPG będzie winien nie więcej niż obowiązującym prywatnej płatnej szpitalnych lub ambulatoryjnych dyskontowane stawki zwrotu lub podaną ilością co-pay, którakolwiek jest mniejsza. Ponadto, nieubezpieczeni i ubezpieczeni pacjenci z dochodów brutto w 350% lub poniżej z FPG, którzy ponoszą całkowite koszty leczenia ponad dziesięć procent (10%) dochodu rocznego brutto w ciągu poprzedzających 12 miesięcy, otrzymają 100% korzyści charytatywną. Koszty kwalifikujące się do miłości odpisać obejmuje jedynie kwoty odpowiedzialności pacjenta po ubezpieczenie naliczane i pobierane kwoty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Uwaga: opłaty brutto nie stosuje się do pacjentów, którzy kwalifikują się do częściowego miłości lub prywatnych płatnych zniżki. Po opłaty brutto są dostosowane do odpowiedniego Medicare lub prywatnego stawki wynagrodzenia, odpowiedzialność pacjent nie zmieni, nawet jeśli w końcu, o których mowa w firmie windykacyjnej.

16. Podstawą do obliczania kwot pobieranych od pacjentów kwalifikujących się do pomocy

- a. Kategorie dostępnych rabatów i ograniczeń dotyczących opłat w ramach tej polityki to
 - i. **100 procent rabatu / Opieka Bezpłatne:** Każdy pacjent lub poręczyciel, którego całkowity dochód rodziny, dostosowane do wielkości rodziny, jest na poziomie lub poniżej 300% obecnego poziomu federalnym ubóstwa ("FPL") kwalifikuje się do 100 procent zniżki całkowitych opłat szpitalnych awarii lub medycznie niezbędnej opieki, do tego stopnia, że pacjent lub gwarant nie kwalifikuje się do drugiej sponsoringu ubezpieczenie zdrowotne prywatne lub publiczne.
 - ii. **Rabaty O f f opłaty w wysokości 75 procent:** PH & S ruchomej skali opłat określonym w załączniku B będzie używany do określenia kwoty pomocy finansowej mają być przekazane w formie rabatu z 75 procent pacjentów lub gwarantów o dochodach między 301% i 350% obecnego poziomu federalnym ubóstwa po wszystkich możliwości finansowania dostępnych dla pacjenta lub poręczyciela zostały wyczerpane lub zaprzeczyl i osobiste środki finansowe i aktywa zostały zweryfikowane przez ewentualnego finansowania płacenia za naliczonych opłat. Pomoc finansowa może być oferowane pacjentom lub gwarantów z dochodu rodziny przekracza 350% poziomu ubóstwa federalnego, gdy okoliczności wskazują na poważne trudności finansowe lub osobiste straty.
 - iii. **Ograniczenie prowizji dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy:** ograniczenie dotyczące opłat dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy: Nie pacjentów lub gwarant kwalifikują się do żadnej z wyżej podanych zniżek będzie osobiście odpowiedzialny za więcej niż "ilościach zazwyczaj rozliczane" (AGB) procent opłaty brutto, zdefiniowany w sekcji 1.501 Skarb rozporządzenie (R) -1 (b) (2), przez odpowiednie PH & S szpitala dla wyjątkowego lub innych niezbędnych usług medycznych otrzymanych. PH & S określa AGB przez pomnożenie opłaty brutto szpitala na wszelki wypadek lub medycznie niezbędnej opieki ustalony procent, który opiera się na roszczeń dozwolonych w Medicare. Arkusze informacyjne zawierające szczegóły procentowe AGB używane przez każdego PH & S

szpital w jaki sposób są one obliczane, można uzyskać odwiedzając stronę: www.providence.org lub dzwoniąc pod numer: **1-866-747-2455**, aby otrzymać kopię papieru. Ponadto, maksymalna kwota, która może być gromadzona w okresie 12 miesięcy **1** do wyjątkowego lub medycznie niezbędnych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej wynosi 20 procent dochodu rodziny brutto pacjenta, i podlega dalszej kwalifikacji pacjenta pod tym polityka.

17. Dobroczynność służba nie jest:

- a. **Bad zadłużenia:** złe wyniki dłużne ze niechęć pacjentów do zapłaty lub z braku zakwalifikowania się do pomocy finansowej, która w przeciwnym razie udowodnienia braku środków finansowych;
- b. **Regulacja umowne:** Różnica wysokości opłat detalicznych za usługi i wysokości dozwolonej przez rządową lub zaciągniętego zarządzanej opieki płatnika dla usług, które są objęte spisanych; lub
- c. **Inne korekty:**
 - i. **Serwis Korekty ratownicze** zostały zakończone, gdy pacjent identyfikuje mniej niż optymalnego doświadczenia opieki nad pacjentem;
 - ii. **Korekty zarządzania ryzykiem:** gdzie potencjalne ryzyko sytuacji odpowiedzialność zidentyfikowane i zarządzanie ryzykiem Opatrzność wybrała do absorpcji kosztów opieki i nie mają pacjenta rozliczane;
 - iii. **Płatnik Odmowy:** gdzie obiekt był w stanie uzyskać płatność ze względu na nieterminowe naliczania warunków umowy; lub z mocą wsteczną odmowa usługi opieki zarządzanej przez płatnika, gdy odwołanie nie jest sukces.

18. **Rozsądne Plan płatności:** plan domyślny wymagane przez SB 1276 pacjentów kwalifikujących się do częściowego miłości, gdy negocjowane plan nie może być reached.SB jeden tysiąc dwieście siedemdziesiątsześciu określa plan jako płatności miesięcznych, które nie mają więcej niż 10% dochodu rodziny pacjenta na miesiąc, z wyłączeniem odpisy na podstawowych kosztów utrzymania.

- a. **"Zasadnicze koszty utrzymania"** oznacza, dla celów niniejszego podziału, wydatki na jedną z następujących czynności: wynajem lub domu płatności i konserwacji żywności i gospodarstwa domowego dostaw, media i telefon, odzież, płatności lekarskie i stomatologiczne, ubezpieczenia, szkoły lub opieki nad dzieckiem, dziecko lub małżonkami koszty wsparcia, transportu i ubezpieczenia, w tym auto, gaz, i napraw.Płatności ratalne, pranie i sprzątanie, i inne koszty nadzwyczajne. Lekarze oddziały ratunkowym i ich cesjonariuszom może polegać na określeniu szpitala przychodów i kosztów w tworzeniu rozsądny plan płatności.

Proces oceny:

Pacjenci lub gwarantów mogą ubiegać się o pomoc finansową w ramach tej polityki przez któregokolwiek z następujących środków: (1) doradztwo PH i pacjenta personel usługi finansowe S jest na lub przed czasem zakończenia, że pomoc jest wniosek, i składają formularz wniosku i dokumentacji na żądanie PH & S; (2) pobierając formularz zgłoszeniowy ze strony internetowej PH & S ", w www.providence.org i wysłaniu formularza wraz z wymaganymi dokumentacji; (3) Wnioski o formularz zgłoszeniowy, telefonicznie, dzwoniąc pod numer: **1-866-747-2455** i wysłaniu formularza; lub (4) wszelkie inne metody określone w PH & Billing Kolekcje S i polityki. PH & S wyświetli oznakowania i informacji o swojej polityce pomocy finansowej w odpowiednich obszarach dostępu. W tym między innymi na pogotowie i obszarów przyjęć.

Osoba ubiegająca się o dobroczynność służba będą wstępne badania przesiewowe, a jeśli ten pokaz nie dyskwalifikuje go / jej opieki charytatywnej, aplikacja będzie wyposażony w instrukcje dotyczące sposobu stosowania. W ramach tego procesu kontroli PH & S zweryfikuje, czy gwarant wyczerpane lub nie kwalifikuje się do źródeł płatności firm trzecich. Gdzie identyfikacja gwaranta jako niezamożnej osoby jest oczywiste PH & S determinacja prima-facie kwalifikowalności może być iw tych przypadkach PH & S nie mogą wymagać dokumentacji aplikacji lub pomocniczą.

Poręczyciel, którzy mogą być uprawnieni do ubiegania się o opiekę charytatywną po wstępnych badań, aż czternastu (14) dni po wniosek został złożony lub dwieście czterdzieści (240) dni od daty pierwszego rachunek po absolutorium zostało wysłane do pacjenta , co nastąpi później, aby zapewnić wystarczającą dokumentację PH & S na poparcie ustaleń charytatywną. Na podstawie dokumentacji dostarczonej z aplikacją charytatywnej, PH & S będzie określić, czy wymagane są dodatkowe informacje, czy też określenie miłości mogą być wykonane. Awaria gwaranta do kompletną odpowiednich procedur aplikacyjnych w terminach określonych powyżej będzie wystarczającą podstawą dla PH & S wszczęcia starań zbiórki.

Początkowe określenie statusu sponsorowania i potencjalnych kwalifikacji do opieki charytatywnej zostanie zakończona w jak największym stopniu do dnia doręczenia.

PH & S powiadomi gwarantem ostatecznego określenia na piśmie w terminie dziesięciu dni (10) gospodarczych od otrzymania niezbędnej dokumentacji.

Gwarant może odwołać się od określenia stracenie do opieki charytatywnej poprzez zapewnienie odpowiednich dodatkowych dokumentów do PH & S w ciągu trzydziestu (30) dni od daty otrzymania zawiadomienia o zaprzeczenie. Wszystkie odwołania będą rozpatrywane, a jeżeli postanowienie w sprawie odwołania potwierdza odmowę, pisemne zawiadomienie zostanie wysłane do gwaranta i Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z prawem państwa. Końcowy proces apelacyjny zawrze w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania odmowy przez wnioskodawcę.

Inne metody kwalifikacji dla pomocy finansowej może należą następujące:

- Prawne posąg kolekcji ograniczeń wygaśa;
- Gwarant ma zmarłego i nie ma ani nieruchomości spadkowych;
- Gwarant ma złożony upadłości;
- Gwarant dostarczył dane finansowe, które kwalifikują go do pomocy finansowej;
- I/lub finansowe informacje wskazują, że gwarant dochód nigdy nie poprawi się aby móc spłacić dług, na przykład z poręczycieli na lifetime stałych dochodów.

Rozliczanie i Kolekcje: każdej niewypłaconych należne przez pacjentów lub poręczyciela po aplikacji dostępne zniżki, jeśli każdy, może być określone Kolekcje zgodnie z PH idealna S jednolite zasady działalności rozliczeń i Kolekcje. Informacje na temat płatności i kolekcje S PH idealna praktyk kwoty należne przez pacjentów lub w formie poręczenia, proszę Zobacz PH idealna S fakturowanie i kolekcje polityki, który dostępny jest bezpłatnie dla w punkcie rejestracji każdego szpitala PH idealna S, w: www.providence.org; lub mogą być wysłane do Ciebie jeśli możesz zadzwonić: 1-866-747-2455.

POLITYKA odniesienia (S) / DOTYCZY

American Hospital Association charytatywne Wytoczne
California Hospital Stowarzyszenie Charytatywne Wytoczne
Kalifornia Sojusz katolicki Healthcare charytatywne Usługi wytocznych
Opatrzność Zdrowia i Opieki Zobowiązanie do nieubezpieczonych wytocznych
Ochrona cierpliw i niedrożej opieki Act of 2010 (Normy Federalna zwolnienia) Polityka prywatna płatna Dyskonto CA-FIN-5003
Regionalne Biuro Biznes Debt Collection standardy i zwyczaje Zasady, RBO-GOV-107

WSPÓŁPRACA

Polityka ta została opracowana we współpracy z następujących departamentach:

PHSSC Pion Finansów
Departament Providence Zdrowie i Usługi Prawna

Autoryzacja:

Teresa Spalding

VP Przychody Cykl _____

Podpis na pliku *Data*

DODATEK A

Szpital-Based Pośrednicy nie podlegają PH i polityki pomocy finansowej i zniżki S stowarzyszonych

Lista jest dostępna z wszystkich dostawców świadczących opiekę w szpitalu PH & S, i czy nie są one przedmiotem PH & S finansowego Polityki Pomocy. Ta lista jest dostępna na stronie internetowej www.providence.org lub jest dostępny w formie papierowej na żądanie przez Doradcę Finansowego w szpitalu. Jeśli dostawca nie jest przedmiotem polityki wsparcia finansowego wtedy Dostawcy obciążą pacjentów oddzielnie dla wszelkich profesjonalnych usług Dostawca zapewnia, że w czasie pobytu w szpitalu pacjenta, w oparciu o własne obowiązujących wytycznych pomocy finansowej usługodawcy, jeśli w ogóle.

ZAŁĄCZNIK B

PH & S CA charytatywna Pielęgnacja Procent przesuwne Opłata Scale

Dla poręczycieli o dochodach i majątku powyżej 300% dochodu gospodarstwa domowego FPL i aktywów są uwzględniane w określaniu możliwości zastosowania ruchomej skali opłat.

Aktywa uważane za oceny; IRA, 403b, 401k, są zwolnione w ramach tej polityki, o ile pacjent nie jest aktywnie korzystając z nich. Dla wszystkich innych aktywów, pierwsze \$ 10,000 jest zwolniony.

| Dochód i majątek jako procent Federal Poverty wytycznych poziomu | Procent zniżki (odpis) z oryginalnych opłat | Bilans obciążony gwaranta |
|---|--|----------------------------------|
| 100-300% | 100% | 0% |
| 301-350% | 75% | 25% |

Załącznik C
ZAWIADOMIENIE O praktyk w zakresie gromadzenia
PRAWA PACJENTA w odniesieniu do windykacji należności za leczenie szpitalne

Państwo i Prawo federalne wymaga komorniczych traktować cię sprawiedliwie i zakazać komorniczych od fałszywych oświadczeń lub groźby przemocy, obsceniczne lub przy użyciu profanum języka, a co niewłaściwe komunikację z osobami trzecimi, w tym pracodawcą. Z wyjątkiem w niezwyklej okolicznościach, komorników nie może skontaktować się przed godziną 8:00 lub po 9:00 pm W ogóle, komornik nie może udzielić informacji na temat zadłużenia do innej osoby, inne niż prawnikiem lub małżonka. Komornika może skontaktować inną osobę, aby potwierdzić swoją lokalizację albo wykonania wyroku. Więcej informacji na temat działań windykacyjnych, możesz skontaktować się z Federalnej Komisji Handlu telefonicznie pod 1-877- FTC-HELP (382-4357) lub on-line na www.ftc.gov.

Jeśli masz zasięg przez grupy lub prywatnego ubezpieczenia lub innego programu płatnika osobę trzecią, i chcesz nam rachunek tej organizacji, należy podać nam swoje dane rejestracji. Wymóg ten jest spełniony poprzez przedstawienie karty ubezpieczenia lub innego odpowiedniego dokumentu, który zawiera informacje polityczne, (i zasięg zależny, jeśli dotyczy). Jeśli potrzebujesz pomocy w płaceniu tego długu, może kwalifikować się do Medicare, Medi-Cal, zdrowych rodzin, Kalifornia Dziecka "usług, odpowiedzialności Kalifornii ofiar brutalnych przestępstw, samochodowe ubezpieczenie zdrowotne lub innych programów innych firm, w tym opieki charytatywnej ,Zadaj hospitalizacji lub przedstawicielstwa firmy, jeśli chcesz, aby realizować te opcje. Polityka wynagrodzeń siebie Szpital miłość i zniżki można uzyskać albo przez zwracanie się do przyjęć lub służbową przedstawicielstwa o pomoc, lub odwiedzając stronę internetową szpitala do pobrania formularza.

Non-profit usługi doradztwa kredytowego może być również pomocne. Proszę skonsultować się książkę telefoniczną, aby uzyskać listę tych programów.

Pacjent lub osoba odpowiedzialna będzie zobowiązany do podpisania warunki hospitalizacji lub Poradni Leczenia. Dokument ten będzie zawierać potwierdzenie odpowiedzialności finansowej do zapłaty za usługi świadczone przez szpital. Szpital obciąży każdą trzecią płatnika firm, dla których dostarczy Ci rejestrowania informacji. Będziesz musiał zapłacić płatności CO-, zgodnie z zaleceniami tych płatników. Możesz być odpowiedzialny za usługi programy te nie obejmują. Rachunek zostanie wystawiony po zakończeniu swojej służby, chociaż depozyty mogą być wymagane przed usługi są renderowane. Jeżeli dług pozostają niezapłacone, konto może zostać skierowana do zewnętrznej firmie windykacyjnej na podstawie umowy ze szpitalem. Firma windykacyjna będzie przestrzegać powyższych zasad windykacyjnych. Jeżeli dług pozostają niezapłacone, firma windykacyjna, w imieniu szpitala, będzie lista wierzytelności niezapłaconej z agencji kredytowych sprawozdawczości i może wszcząć postępowanie prawne, które mogą doprowadzić do zajęcia u płac lub zastawem umieszczony aktywów pacjenta lub odpowiedzialności przyjęcie. Opatrzność Zdrowia i Opieki Polityka charytatywna zapewnia, że osoby z gospodarstw domowych dochód brutto poniżej 250% federalnego progu ubóstwa ustalanego (FPG) mają prawo do pełnej pomocy po przedstawieniu wniosku o wsparcie finansowe. Osoby o dochodach brutto powyżej 250% może również kwalifikować się do częściowego lub całkowitego pomocy, w zależności od informacji podanych na wniosku.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące tego ogłoszenia, proszę zadać przyjęć lub przedstawicielstwa firmy lub dzwoniąc pod numer 800 (numer telefonu wstawić do odpowiedniego szpitala).

Prośba dla Budżetowy Pomoc

I. Cierpliwy Informacja

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| LAST NAME PACJENTA PIERWSZA MI | | SPOŁECZNY BEZPIECZEŃSTWO NUMER |
| ADRES ULICA | Miasto Stan pocztowy | TELEFON PRACA DOMOWA |
| DATA URODZENIA | Podstawowej opieki zdrowotnej LEKARZ (PCP) | NAS OBYWATEL <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

II. Gwarant Informacja

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| MIĘ Z OSOBA ODPOWIEDZIALNY Za wypłatę RACHUNEK | | ZWIĄZEK |
| Ulica, Miasto Stan pocztowy | | SPOŁECZNY BEZPIECZEŃSTWO NUMER |
| DOM NUMER TELEFONU PRACA | NAS OBYWATEL <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | DATA URODZENIA |

Proszę czek to pudełko Jeśli ty mają nie ogólnie przyjęty usługi i są stosowania wstępnie zakwalifikować.

Mają ty było zatwierdzone dla Financial Pomoc przez inne Zdrowie Opieka organizacja? TAK NIE

Gdyby Tak, proszę zapewniać imię z organizacja _

Czy ty istota o których mowa przez za lekarz lub ? TAK NIE

Gdyby Tak, proszę zapewniać imię i telefon z numer z lekarz _

III. Gospodarstwo domowe Informacja - Proszę wskazać WSZYSCY ludzie życie w Twój gospodarstwo domowe, w tym petent posługiwać się dodatkowy papier Jeśli potrzebne

Proszę lista kogokolwiek życie w Twój gospodarstwo domowe (w tym siebie). Dochód zawiera (przed opodatkowaniem) wynagrodzenie, dziecko wsparcie dochód, alimenty dochód, dzierżawa dochód, bezrobocie odszkodowanie, społeczny bezpieczeństwo korzyści, publiczny / Rząd pomoc, wynajem lub wydatki na życie wymieniane dla usługi opatrzone, itp.

| GOSPODARSTWO DOMOWECZŁONKOWIE | WIEK | ZWIĄZEK DO PACJENTA | ŹRÓDŁO Z NAZWA dochodu lub PRACODAWCA | Brutto miesięcznie DOCHÓD Przed datą USŁUGI | UBEZPIECZONY? (krąg Tak lub Nie) Gdyby Tak, lista ubezpieczenie (to znaczy Niebieski Krzyż, PHP, itd.) |
|-------------------------------|------|---------------------|---------------------------------------|---|---|
| 1. | | | | | Tak lub Nie |
| 2. | | | | | Tak lub Nie |
| 3. | | | | | Tak lub Nie |
| 4. | | | | | Tak lub Nie |
| 5. | | | | | Tak lub Nie |
| 6. | | | | | Tak lub Nie |
| 7. | | | | | Tak lub Nie |
| 8. | | | | | Tak lub Nie |
| 9. | | | | | Tak lub Nie |

IV. Wydatki i Majątek

Wynajem _____ Rekreacyjne pojazdy _____

Hipoteka zapłata _____ Wysłać Dowód Zdrowie ubezpieczenie Składki _____

Hipoteka saldo _____ Wysłać Dowód Akcje, więzy, przejście na emeryturę Konta, itp. _____

Koszt z narzędzia _____ Miesięczny dziecko opieka _____

Kontrola konto saldo _____ Real majątek inne niż Podstawowa Dom _____

Oszczędności konto saldo _____ nne majątek _____

Samochód zapłata _____ _____

Roku robić pojazdu _____ _____

Czy ty za pełny czas student? _____ Proszę wysłać student pożyczyc raport.

Robić ty otrzymać jakikolwiek forma z publiczny pomoc (jedzenie znaczki, HUD mieszkaniowy, itp. Gdyby Tak, proszę wysłać do wód.

Jakie były łączne koszty leczenia w ciągu poprzedzających 12 miesięcy? (Proszę podać dowód wpłaty)

Czy ty istota utrzymany przez za rośliną mateczna lub inne ? TAK NIE

Gdyby Tak, proszę zapewniać dochód i podatek Informacja z osoba wspierający ty.

Gdyby ty potrzeba do pisać za list wyjaśniając Twój indywidualny sytuacja proszę dołączać go to forma.

V. Wymagany Informacja - Musi być w zestawie z to Aplikacja

Proszę czek że ty mają w zestawie następujący:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopiuj od poprzedniego Rok podatek powrót | <input type="checkbox"/> Kopiuj od ostatniego 3miesiąc bank Oświadczenia | <input type="checkbox"/> Dochód weryfikacja seans zyski lub zapłacić odcinki dla wszystkich dochódrok spotykać się z kimś |
|--|--|---|
- Jeśli jesteś samozatrudniony, prosimy dołączyć kopię ostatniego miesiąca 12 P L idealna instrukcji i zeszłorocznego zeznania podatkowego.

Dodatkowy Informacja maj być wymagany w zamówienie w procesie TwójAplikacja. Gdyby tak, my będzie Skontaktuj się ty.

VI. Upoważnienie

Niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w powyższych kwestionariusz finansowe jest prawidłowe i kompletne do mojej najlepszej wiedzy. Upoważniam Opatrzności zdrowia idealna usługi Sprawdź, czy wszystkie informacje podane i zrozumieć, że sprawozdanie kredytowej może być uruchamiany jako część procesu weryfikacji.

X

PODPIS OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ

DATA

Providence Health & Services strives to provide excellent service for your health care needs.